



ORIGINAL BREVE

Evolución de los ingresos por maltrato infantil durante 15 años

V. Trenchs Sainz de la Maza^{a,*}, A.I. Curcoy Barcenilla^a, G. Gelabert Colome^b,
C. Macias Borrás^c y J. Pou Fernández^d

^a Servicio de Urgencias de Pediatría, Hospital Universitari Sant Joan de Déu, Barcelona, España

^b Servicio de Documentación Clínica de Pediatría, Hospital Universitari Sant Joan de Déu, Barcelona, España

^c Servicio de Trabajo Social de Pediatría, Hospital Universitari Sant Joan de Déu, Barcelona, España

^d Servicio de Pediatría, Hospital Universitari Sant Joan de Déu, Barcelona, España

Recibido el 16 de enero de 2012; aceptado el 30 de mayo de 2012

Disponible en Internet el 15 de julio de 2012

PALABRAS CLAVE

Maltrato;
Abuso sexual;
Abuso infantil

KEYWORDS

Maltreatment;
Sexual abuse;
Child abuse

Resumen

Objetivo: Determinar la evolución de la incidencia de ingresos por maltrato entre 1995 y 2009 y describir sus principales características clínicas y epidemiológicas.

Métodos: Estudio retrospectivo de los niños con diagnóstico de alta de maltrato durante 15 años en un hospital de tercer nivel.

Resultados: Se incluyen 97 casos (incidencia mediana: 0,5 maltratos por 1.000 niños ingresados y año). Aumentan los ingresos por maltrato físico y disminuyen los de abuso sexual. Cincuenta y uno (53,6%) eran de sexo femenino; edad mediana 3,3 años (p25-75: 7,6 meses-10,0 años). El motivo de consulta no estaba relacionado con maltrato en 42 (43,3%) casos. Los hematomas (43; 44,3%) fueron las lesiones más frecuentes. En 91 (93,8%) casos el agresor fue un familiar (77; 74,9%, uno o ambos padres).

Conclusiones: El aumento de ingresos por maltrato físico hace necesario insistir en políticas de prevención. La disminución en los casos de abusos sexuales probablemente sea más por cambios en los circuitos de atención a las víctimas que por una disminución real. En casi la mitad de los casos la sospecha surgió tras el examen físico o ante resultados de pruebas complementarias, siendo aconsejable tener presente el maltrato en el diagnóstico diferencial de múltiples motivos de consulta. La mayoría de los maltratos se producen dentro del entorno familiar.

© 2012 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Hospital admissions due to child maltreatment over a fifteen year period

Abstract

Aim: To measure the incidence of admissions for maltreatment between 1995 and 2009 and to determine their main clinical and epidemiological characteristics.

Methods: Retrospective review of children diagnosed with maltreatment over 15 years in a third level hospital.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: vtrenchs@hsjdbcn.org (V. Trenchs Sainz de la Maza).

Results: A total of 97 cases (median incidence 0.5 cases per 1000 children admitted per year) were found. There was an increasing rate of physical maltreatment, while those of sexual abuse declined. 51 (53.6%) female; median age 3.3 years (p25-75: 7.6 months-10.0 years). Just under half (43.3%) or 42 patients, had a primary complaint unrelated to abuse. The most common injuries were haematomas (43; 44.3%). In 91 (93.8%) cases the perpetrator was found to be a member of the child's own family (77; 74.9%, one of the parents or both).

Conclusions: The increase in admissions for physical maltreatment stresses the need to insist in a prevention policy. The decrease in admissions for sexual abuse was probably attributable to changes in the care circuit rather than a real decrease. In almost half of the cases the suspicion of maltreatment arose upon physical examination or after complementary tests, making it advisable that maltreatment is included in the differential diagnosis in multiple consultations. The majority of maltreatment occurred in the context of the victim's family.

© 2012 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El maltrato infantil es un tema complejo y de difícil estudio. Los niños pequeños son las principales víctimas, pudiendo darse casos incluso en la adolescencia tardía¹. Las estimaciones sobre su prevalencia son muy variables y dependen del país y del método de investigación utilizado, que se ve influenciado por las definiciones de maltrato infantil empleadas, por el tipo de maltrato estudiado y por la cobertura y la calidad tanto de las estadísticas oficiales como de las encuestas basadas en los informes de las propias víctimas, los padres o los cuidadores². Por todo ello, los datos acerca de la frecuencia, el tipo y la forma de maltrato son difícilmente extrapolables entre diferentes comunidades.

En Cataluña, con una población de unos 7 millones de habitantes, el maltrato infantil ha ganado un lamentable protagonismo en los últimos años. Aunque las estadísticas disponibles son escasas en número y fiabilidad, hay un dato objetivo: el número de ingresos tutelados por la Dirección General de Atención a la Infancia y Adolescencia (DGAIA) ha pasado de 6.130 en el año 2004 a 7.450 a finales del 2008, un incremento del 21,5%³. Este hecho puede deberse tanto a un aumento en la sensibilidad de la sociedad ante determinados casos de maltrato, que ha conducido a un aumento de las denuncias y la detección precoz de los mismos, como a un incremento en los casos más graves, detectados en circunstancias que precisan de atención médica. El conocimiento de la evolución del número de casos que han precisado ingreso hospitalario, así como de sus características, es esencial para valorar este último punto. Sin embargo, y pese a la relevancia del problema, no hay trabajos publicados en nuestro medio sobre este tema. Este estudio es una revisión retrospectiva de las historias clínicas de los niños ingresados con diagnóstico al alta de maltrato en un hospital universitario de tercer nivel y valorados por la DGAIA. El objetivo es valorar la evolución de la incidencia de ingresos por maltrato entre 1995 y 2009, y determinar las principales características clínicas de los casos diagnosticados.

Métodos

Se incluyó a todos los pacientes menores de 18 años ingresados en el centro de estudio entre 1995 y 2009 y con diagnóstico de alta de maltrato (CIE-9 códigos 995.50 a 995.59 y 301.51).

La tasa de incidencia anual se calculó dividiendo el número de ingresos codificados como maltrato entre el total de ingresos agudos por cada año.

Se diferenció entre 4 tipos de maltrato: maltrato físico, abuso sexual, negligencia y maltrato emocional y psíquico.

Se define el maltrato físico de un niño como los actos infligidos por un cuidador que causan un daño físico real o tienen el potencial de provocarlo; abuso sexual como los actos en que una persona usa a un niño para su gratificación sexual; negligencia como la situación producida cuando uno de los padres o cuidadores no toma medidas para promover el desarrollo del niño (estando en condiciones de hacerlo) en una o varias de las siguientes áreas: la salud, la educación, el desarrollo emocional, la nutrición, el amparo y las condiciones de vida seguras, y maltrato emocional y psíquico como la situación producida cuando un cuidador no brinda las condiciones apropiadas y propicias e incluye actos que tienen efectos adversos sobre la salud emocional y el desarrollo del niño².

Se obtuvieron datos demográficos, incluyendo sexo y edad (neonatos de 0 a 1 mes, lactantes de 1 a 23 meses, preescolares de 2 a 5 años, escolares de 6 a 12 años y adolescentes de 13 a 18 años) e información específica sobre el maltrato, incluyendo motivo de consulta, lesiones diagnosticadas, relación de la víctima con el agresor y destino del paciente al alta hospitalaria.

Todos los casos fueron evaluados por la unidad funcional de abuso al menor de nuestro centro (equipo multidisciplinar, formado por trabajadores sociales, pediatras y psicólogos) y por la DGAIA, que fue la que determinó las medidas de protección y tutela de los menores.

Los datos se analizaron con el programa SPSS versión 19; los valores de $p < 0,05$ se consideraron significativos.

Resultados

Se incluyó a 97 pacientes. La incidencia mediana de ingresos por maltrato fue de 0,5 (p25-75: 0,4-0,7) casos por 1.000 niños y año. Hubo 57 (58,8%) maltratos físicos, 19 (19,6%) abusos sexuales, 17 (17,5%) negligencias y 4 (4,1%) maltratos emocionales y psíquicos (fig. 1).

Cincuenta y un (53,6%) pacientes eran de sexo femenino. La edad mediana fue de 3,3 años (p25-75: 7,6 meses-10,0 años); 2 (2,1%) neonatos, 38 (39,2%) lactantes, 21 (21,6%)

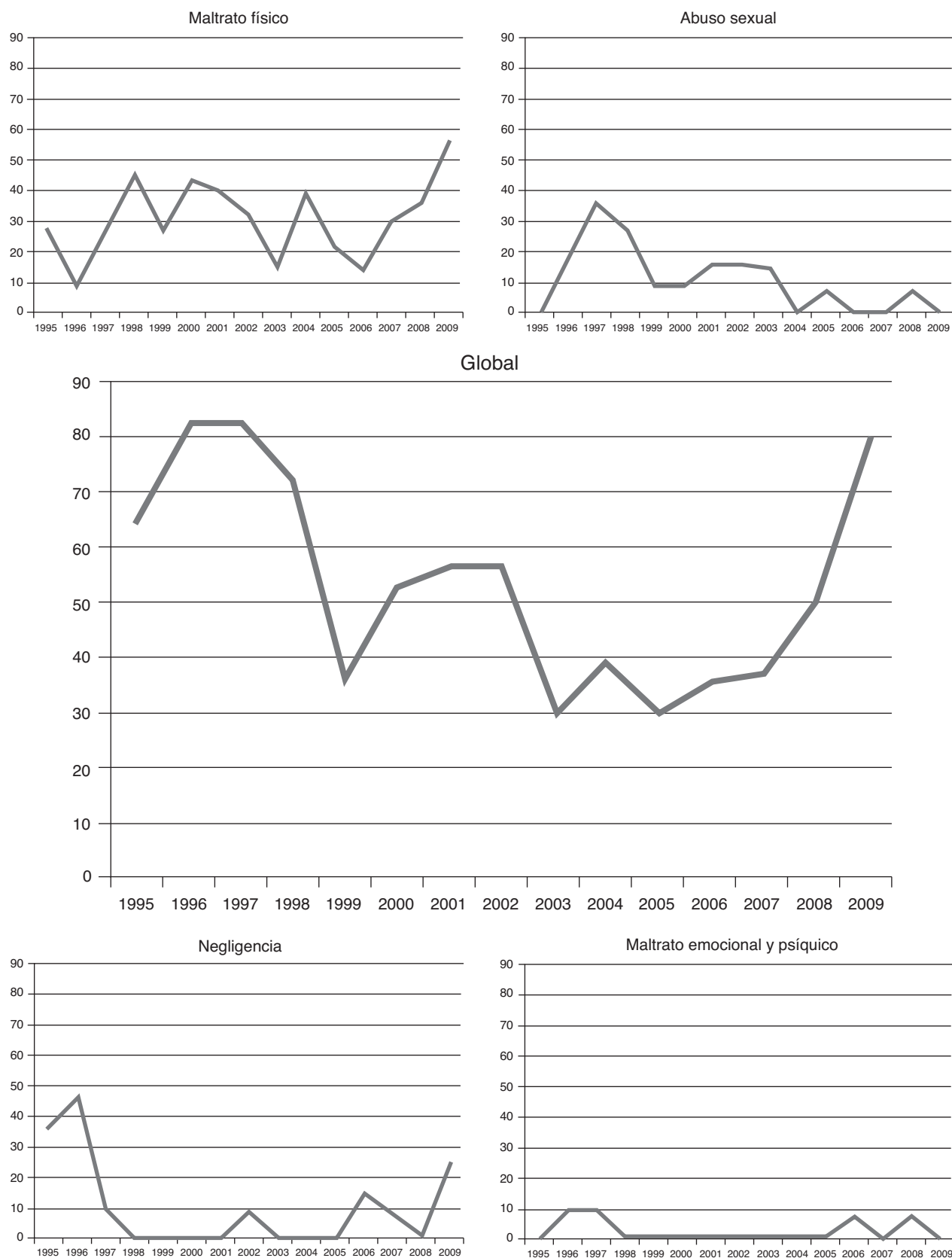


Figura 1 Incidencia de ingresos por maltrato de 1995 a 2009, datos globales y por tipo de maltrato (las ordenadas representan la tasa de incidencia de maltrato por 100.000 niños ingresados y año, y las abscisas el año analizado).

Tabla 1 Motivos de consulta y lesiones físicas de los 97 casos de maltrato

Motivos de consulta	n	%
<i>Sospecha maltrato</i> ^a	55	56,7
Maltrato físico	26	26,8
Abuso sexual	12	12,4
Negligencia	15	15,5
Maltrato emocional y psíquico	2	2,0
<i>Convulsión</i>	10	10,3
<i>Impotencia funcional, dolor y/o tumefacción de una extremidad</i>	6	6,1
<i>Lesiones cutáneas</i>	5	5,2
<i>Fiebre</i>	5	5,2
<i>Tentativa de suicidio</i>	4	4,1
<i>Apnea</i>	3	3,1
<i>Trastorno mental</i> ^b	3	3,1
<i>Leucorrea</i>	2	2,1
<i>Vómitos</i>	1	1,0
<i>Cefalea</i>	1	1,0
<i>Somnolencia</i>	1	1,0
<i>Macrocefalia</i>	1	1,0
<hr/>		
<i>Lesiones físicas</i> ^c		
<hr/>		
<i>Lesiones cutáneas</i>	43	44,3
Contusiones/hematomas	43	44,3
Laceraciones/abrasiones	11	11,3
Quemaduras	4	4,1
<i>Fracturas</i>	20	20,6
Costales	8	8,2
Huesos largos	15	15,5
Craneales	8	8,2
<i>Lesiones intracraneales</i>	15	15,5
Hematoma epidural	1	1,0
Hematoma subdural	14	14,4
Hemorragia subaracnoidea	5	5,2
Edema cerebral	2	2,1
Contusión cerebral	3	3,1
<i>Hemorragias retinianas</i>	10	10,3
<i>Traumatismo abdominal</i> ^d	2	2,1
<i>Traumatismo torácico</i> ^e	1	1,0
<i>Lesiones anales y/o genitales</i>	12	12,4
<i>Sin lesiones</i>	30	30,9

^a En 26 referido por alguno de los padres o cuidadores, en 12 por profesores, en 11 por la policía, en 3 por vecinos y en 3 por trabajadores sociales.

^b Dos trastornos de conducta y un síndrome depresivo.

^c Suma de 97 porque algunos niños presentaban más de un tipo de lesión.

^d Una hepatitis aguda y una rotura pancreática.

^e Un derrame pleural con contusión pulmonar.

preescolares, 18 (18,6%) escolares y 18 (18,6%) adolescentes.

Los varones fueron más jóvenes que las mujeres (edad mediana: 1,4 vs. 4,5 años; $p=0,004$). El maltrato físico fue más frecuente en los varones (78,3% vs. 41,2% en mujeres;

Tabla 2 Posible agresor (n = 97)

Posible agresor	n	%
<i>Familiar</i>	91	93,8
Ambos padres	39	40,2
Padre	25	25,8
Madre	13	13,4
Compañero sentimental de uno de los padres	7	7,2
Primo	2	2,1
Abuelo	2	2,1
Tío	1	1,0
Hermanastra	1	1,0
Padres de acogida	1	1,0
<i>Conocido no familiar</i>	4	4,1
Compañero del colegio	1	1,0
Carpintero	1	1,0
Amigo de la madre	1	1,0
Canguro	1	1,0
<i>Desconocido</i>	2	2,1

$p < 0,001$), el abuso sexual en las mujeres (35,3% vs. 2,2% en varones; $p < 0,001$) y no se hallaron diferencias por sexo en los otros 2 tipos de maltrato.

Cincuenta y cinco (56,7%) pacientes fueron traídos a urgencias por sospecha de maltrato; el resto tenía un motivo de consulta no relacionado con maltrato y el parte médico se basó en hallazgos físicos en la exploración o en la historia clínica posterior. Dieciséis (16,5%) pacientes fueron evaluados inicialmente en otros centros y remitidos a nuestro hospital para confirmación de maltrato y/o tratamiento de las lesiones derivadas. En la **tabla 1** se detallan los motivos de consultas y las lesiones físicas detectadas.

En 91 (93,8%) casos el agresor fue un miembro de la familia; la **tabla 2** muestra la relación de los posibles agresores con sus víctimas.

Veintinueve (29,9%) pacientes fueron dados de alta al propio domicilio, 8 (8,2%) a casa de un familiar y 60 (61,9%) a centros de acogida.

Discusión

La incidencia anual de maltratos ingresados se mantiene sin cambios importantes durante los 15 años analizados, pese al aumento del número de niños en situación de riesgo tutelados por la Administración. Al igual que Gonzalez-Izquierdo et al.⁴ en su estudio realizado en Inglaterra, comparado con estudios basados en códigos de alta hospitalaria de EE. UU., la incidencia de ingresos por maltrato es baja. Bullock et al.⁵, en un estudio realizado en EE. UU. encuentra una incidencia alrededor de 1,85 casos por 1.000 niños ingresados, más del doble de la detectada en este trabajo pese a tener solo en cuenta maltratos físicos. Parte de la diferencia podría deberse a diferencias socioculturales entre los países, como un menor reconocimiento de los casos de maltrato o un umbral más alto para la codificación de maltrato en el alta hospitalaria en nuestro medio.

El tipo de maltrato que generó más ingresos fue el físico, debido principalmente a las lesiones secundarias. Se observa un discreto aumento en los últimos años, que se ve compensado por una disminución del de abusos sexuales, lo que explica que la incidencia global de ingresos por maltrato se mantenga bastante estable. Por tanto, aumentan los casos que precisan de atención médica y disminuyen los que pueden manejarse de forma ambulatoria. Este hecho se debe posiblemente a los cambios en los circuitos administrativos para su evaluación y seguimiento. En los últimos años han mejorado algunos aspectos del sistema de protección del menor en nuestro país, no siendo indispensable la retención hospitalaria inicial⁶. Asimismo, las prestaciones de nuestro centro han cambiado, no siendo necesario el ingreso para el estudio de posibles abusos sexuales.

Al analizar las características epidemiológicas, se constata la mayor prevalencia de menores de 2 años (41,3%), aunque en menor proporción que en otros estudios^{5,7}, confirmando la mayor vulnerabilidad de este colectivo². La mayor proporción de pacientes de mayor edad estaría relacionada con los casos de abusos sexuales en mujeres adolescentes ingresadas durante los primeros años del estudio; esta causa también explicaría que los casos analizados afectarán más al sexo femenino cuando en otras series acosumbran a predominar los varones o a no hallarse diferencias entre sexos^{5,8,9}.

En cuanto a los motivos de consulta, destaca que prácticamente la mitad fueron inespecíficos. Como era previsible⁵, las lesiones cutáneas, seguidas de las fracturas, fueron las lesiones más prevalentes. Las lesiones intracraniales, principalmente los hematomas subdurales, fueron el tercer tipo, debiendo ser su hallazgo en niños pequeños previamente sanos, signo altamente sospechoso de traumatismo craneal no accidental¹⁰. Las lesiones ano-genitales se observaron en el 12,8% de los casos, mientras los diagnósticos de abuso sexual representaron el 20,2%. Es importante recordar que el abuso sexual generalmente no comporta secuelas ni señales físicas que permitan testimoniar su existencia^{3,11}, por lo que la clave del diagnóstico es lo que los menores explican. El resto de los hallazgos físicos fueron menos prevalentes y hubo un 31,9% de pacientes sin lesiones físicas, la mayoría correspondientes a negligencia por desamparo y a maltrato emocional y psíquico.

Este estudio confirma la teoría de que aunque un niño pueda ser abusado o maltratado fuera de un ambiente familiar como un hecho puntual y aislado, la mayoría de maltratos son intrafamiliares^{3,9}.

Este estudio ha sido realizado en un hospital de tercer nivel. El ser un centro de referencia explica que varios pacientes fueran remitidos y se incluyeran los casos más graves detectados en nuestra Región Sanitaria. Asimismo, al recogerse solo datos de los niños que requirieron ingreso, se

subestima la incidencia de maltrato, ya que muchos casos sin lesiones físicas importantes no requieren atención médica o son evaluados de forma ambulatoria. Sin embargo, creemos que describen con bastante precisión a la población que atendemos los profesionales de la salud y permite detectar cambios en la evolución y tipos de maltratos que se dan en nuestra sociedad.

Para concluir, debemos recordar que los profesionales de la salud cumplimos una función clave al identificar, tratar y remitir a los servicios apropiados los casos de maltrato, siendo indispensable ampliar nuestros conocimientos acerca de este problema y aumentar la concienciación acerca del mismo, ambos elementos esenciales para su prevención eficaz.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Maguire S. Which injuries may indicate child abuse. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2010;95:170-7.
2. Organización Panamericana de la Salud Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C.: OPS, © 2002.
3. Natal Pujol A. El maltrato infantil. Delicte o problema de salud? *Pediatr Catalana*. 2009;69:183-7.
4. González-Izquierdo A, Woodman J, Copley L, Van der Meulen J, Brandon M, Hodes D, et al. Variation in recording of child maltreatment in administrative records of hospital admissions for injury in England, 1997-2009. *Arch Dis Child*. 2010;95: 918-25.
5. Loder DP, Koval KJ, Moen KY, Carney BT, Spratt KF. Hospitalized cases of child abuse in America: who, what, when, and where. *J Pediatr Orthop*. 2009;29:231-7.
6. Ferrer J, Luna G. Els maltractaments infantils a Catalunya. On érem, on som, cap a on anem. *Pediatr Catalana*. 2008;68: 192-9.
7. Loder RT, Feinberg JR. Orthopaedic injuries in children with nonaccidental trauma: demographics and incidence from the 2000 kids' inpatient database. *J Pediatr Orthop*. 2007;27: 421-6.
8. Jud A, Lips U, Landolt MA. Characteristics associated with maltreatment types in children referred to a hospital protection team. *Eur J Pediatr*. 2010;169:173-80.
9. Sabaté Rotés A, Sancosmed Ron M, Cebrián Rubio R, Canet Ponsa M, Martín González M. Sospecha de maltrato infantil en urgencias pediátricas. *An Pediatr (Barc)*. 2009;71:60-3.
10. Trenchs V, Curcoy AI, Navarro R, Pou J. Subdural haematomas and physical abuse in the first two years of life. *Pediatr Neurosurg*. 2007;43:352-7.
11. Berkoff MC, Zolotor AJ, Makoroff KL, Thackeray JD, Shapiro RA, Runyan DK. Has this prepubertal girl been sexually abused. *JAMA*. 2008;300:2779-92.