

Resumen de Ponencias Mesa redonda de Neonatología

El maltrato infantil y del recién nacido

La perspectiva desde Atención Primaria

Resúmenes de las ponencias y comunicaciones de la CVII Reunión científica de la SPAOYEX celebrada en Cáceres 8 y 9 de marzo de 2019.

Guadalupe Membrillo Lucena.

Pediatra Consultorios de Malpartida de Cáceres- Talaván (Centro de Salud Manuel Encinas). Cáceres.

Recibido: 01/03/2019 Aceptado: 04/03/2019

Membrillo Lucena G. El maltrato infantil y del recién nacido. La perspectiva desde Atención Primaria. Vox Paediatr 2019; 26:85-90

Resumen: El maltrato infantil (MI) es un problema importante en la sociedad actual, con consecuencias nefastas en todas las etapas de la vida del niño, siendo los menores de 5 años los más vulnerables. Es importante que el pediatra no sólo reconozca y actúe ante el mismo, sino que la prevención debe ser un pilar importante desde la concepción, siendo imprescindible la formación tanto en actitud como en aptitud para evitar su infra diagnóstico.

Los centros de salud y educativos son lugares idóneos para aplicar medidas preventivas, existiendo cuatro niveles según la población diana a la que van dirigidas, los objetivos a conseguir y las medidas a aplicar. Dentro del maltrato prenatal y del recién nacido, hay que destacar el papel de la Consulta Prenatal en nuestros centros de salud. Por otra parte, es imprescindible realizar una búsqueda activa de los factores potenciadores y compensadores, ya que la disminución de los segundos es clave para el desarrollo de cualquier tipo de maltrato. En caso de sospecha debe ser siempre notificado a través de las hojas de notificación, acompañado o no de un parte de lesiones al Juzgado, y valoración de hospitalización del menor según sea el caso, quedando registrado en la historia clínica.

Una vez detectado el maltrato, desde la consulta de pediatría de atención primaria, se debe vigilar las repercusiones del mismo en el menor, haciendo hincapié en la posible existencia del maltrato reiterado, típico en la edad infantil.

Palabras clave: Maltrato infantil, atención primaria, prevención, pediatría.

Abstract Child abuse is a major problem in today's society, with dire consequences in all stages of the child's life, with children under 5 years of age the most vulnerable. It is important that the pediatrician not only recognize and act before it, but prevention must be an important pillar from the conception,

being essential the training of pediatricians both in attitude and fitness, avoiding underdiagnosis.

The health and education centers are ideal places to apply preventive measures, there being four levels according to the target population to which they are directed, the objectives to be achieved and the measures to be applied. In prenatal and newborn abuse, we must highlight the important role of the Prenatal Consultation in our health centers. On the other hand, it is essential to perform an active search for the compensatory and enhancing factors, since the decrease of the seconds is key to the development of any type of abuse. In case of suspicion must always be notified through the notification forms, accompanied or not of a part of injuries to the Court, and assessment of hospitalization of the child as the case may be, being recorded in the Medical Record.

Once the maltreatment is detected, from primary care pediatrics consultation, it should be monitored the impact of the same on the child, emphasizing the possible existence of repeated abuse, typical in childhood.

Key words: Key words: Child maltreatment, primary care, prevention, child abuse.

Introducción

El MI es un problema importante en la población actual, con consecuencias nefastas por el impacto negativo que produce en los niños, no sólo en la etapa pediátrica sino también en el resto de su vida. Cada vez son más los casos de niños que experimentan algún tipo de maltrato, siendo los menores de cinco años los más vulnerables, ya que presentan un crecimiento neurobiológico y psicológico más rápido¹, y porque no tienen ocasión de acudir a otros contextos normalizados, como por ejemplo la escuela, para su detección. Por tanto, son los que se van a ver más beneficiados de la actuación de los profesionales². Por otro lado, cada vez son más frecuentes los casos notificados de maltrato prenatal y en el recién nacido, ya sea de forma directa o como expresión de las consecuencias de un trato negligente o imprudente durante el embarazo, y que en no pocas ocasiones van unidos. Ambos constituyen una realidad cada vez más frecuente en nuestra sociedad.

Por ello es importante que el pediatra no sólo reconozca y actúe ante el maltrato, sino que la

prevención sea un pilar importante en la atención a estos niños desde su concepción o incluso antes de ésta. El abordaje y la prevención del MI empieza por nuestra formación en el tema, tanto en lo que se refiere a aptitud (conocimiento) como en actitud¹ dejando atrás la situación de infra diagnóstico de casos que imperaba.

Definición

Existen multitud de definiciones del MI, y debe de ser amplia y reconocer desde diferentes ópticas todas las tipologías del mismo. La OMS lo define como “los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”. Por otro lado, la Convención de los Derechos del Niño de Naciones Unidas, en su artículo 19, se refiere a él como toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, ma-

los tratos o explotación, mientras que el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un tutor o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo”. Sin embargo, el maltrato prenatal en su definición contiene algunas particularidades: “Falta de cuidado del propio cuerpo o de la ingesta de drogas o sustancias psicotropas por la mujer durante la gestación, y también producido indirectamente al neonato por la persona que maltrata a la mujer”³.

Un concepto en el que hay que hacer hincapié es la intencionalidad y no accidentalidad de las acciones maltratantes, siendo un criterio fundamental y básico cuando se detectan lesiones o signos físicos².

Legislación vigente

El MI, incluyendo el prenatal y del recién nacido, es una realidad en nuestra sociedad, y es objeto de atención en la legislación actual³. En el ámbito internacional los textos más relevantes serían la Convención de los Derechos del niño de Naciones Unidas y la Carta europea de Derechos del niño. En nuestro ordenamiento jurídico a nivel Estatal, la Constitución (artículo 15), establece que todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, de forma que el Estado tiene la obligación de garantizar la vida entendido en sentido amplio, incluida la del nasciturus (concebido pero no nacido). También el artículo 39 habla de forma explícita de la protección a los menores, y faculta a los poderes públicos para asumir plenitud de competencias en materia de asistencia social y desarrollar las correspondientes leyes referentes a la infancia. Desde la perspectiva Civil, la ley dispone que el concebido se tiene por nacido para todos los efectos que le sean favorables (artículo 29, Código civil), aunque no se consoliden esos derechos hasta después del nacimiento. El derecho Penal sanciona a las personas que intencionadamente o por imprudencia, causen al feto una lesión o enfermedad que perjudique gravemente su normal desarrollo, o provoque en el mismo una grave tara física o psíquica (artículo 157 y 158, Código penal). Sin embargo, la mujer embarazada solo

puede ser culpable de las lesiones que cause al feto a propósito, descartando que deba responder de las que cause por imprudencia, como sería el caso de las consecuencias indeseadas de los hábitos de consumo de sustancias tóxicas¹. También la legislación autonómica aborda el problema en cada uno de los Estatutos de Autonomía de cada Comunidad Autónoma². Todas ellas responden a dos principios básicos: 1) El deber de notificarlo y 2) la primacía del interés del menor por encima de todo. Aun así, en muchas ocasiones se puede llegar a una fase de dejadez y falta de previsión de ser los portavoces y veladores de los derechos del niño, que nos puede llegar a convertir en maltratadores institucionales, por acción u omisión⁴.

Hablemos de cifras

La prevalencia encontrada en España de MI es muy dispar, oscilando entre 5-15 casos por cada 10000 menores de 18 años según las distintas comunidades autónomas⁵. El RUMI (Registro Unificado de casos de Sospecha de MI), es un registro de ámbito estatal que aporta datos sobre las notificaciones de maltrato confirmadas y sin confirmar, y las modalidades de maltrato en cada Comunidad Autónoma. La mayoría proceden de los servicios sociales, alcanzando el 44%, seguido de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad que corresponden a un 25%, el ámbito educativo un 11%, y por último el ámbito sanitario que llega al 8%. La mayoría de los casos notificados pertenecen al sexo masculino, que si se relaciona con la gravedad del maltrato, la diferencia más significativa se encuentra en las “leves-moderadas”. En cuanto al grupo de edad, el de 15-17 años es el que más notificaciones ha registrado. Dentro de la tipología del maltrato, continúa la tendencia a que la negligencia y el maltrato emocional sean los más frecuentes⁶. A nivel regional, en Extremadura, según el último RUMI publicado de 2017 de la región, se ha producido un aumento del número de notificaciones de casos graves con respecto a otros años, y sólo se notificaron 6 casos de maltrato durante el embarazo y época neonatal,

siendo la minoría los que se quedaron en situación de desamparo⁵.

Modelo integral del maltrato infantil: factores potenciadores y compensadores

Aunque pueda existir el mito de que el MI sólo ocurre en familias de clases sociales bajas o desfavorecidas, lo cierto es que no hay características demográficas o familiares que excluyan la posibilidad de abuso en niños. El modelo etiopatogénico que mejor explica la presencia de factores de riesgo que pueden inducir al abuso, es el modelo integral del MI, que considera la existencia de diferentes niveles ecológicos que están encajados unos dentro de otros, en una dimensión temporal. En dicho sistema existen factores compensadores (protectores) que impiden el desarrollo de factores potenciadores (de riesgo o vulnerabilidad). La progresiva disminución de los compensadores explicaría la espiral de violencia intrafamiliar que se produce en el maltrato⁷. La búsqueda de estos factores es crucial en su prevención y detección por parte de la Pediatría de Atención Primaria.

Pero dentro del maltrato prenatal y neonatal, a éstos hay que añadir otros, como por ejemplo drogadicciones (especialmente consumo de alcohol constituyendo riesgo para el desarrollo en el recién nacido del síndrome alcohólico fetal, causa más frecuente de maltrato prenatal y de desarrollo neonatal), padres adolescentes, embarazo no deseado, falta de control médico del embarazo, planteamiento de dar al niño en adopción, rechazo al recién nacido, ...).

Consecuencias del maltrato infantil

Como pediatras, y en especial los pediatras de Atención Primaria, debemos garantizar el acceso de los niños maltratados a nuestras consultas para realizar un correcto seguimiento y detectar posibles consecuencias del mismo. Pueden detectarse a tres niveles: 1) El niño: desarrollo de conductas violentas, consumo de tóxicos, depresión, obesidad, ITS y embarazos no deseados, desarrollo de síndrome de alcohólico fetal, síndromes de abstinencia neonatal..., 2) Impac-

to económico: hospitalización, recursos socioeconómicos, tratamiento multidisciplinar, y por último 3) Consecuencias a largo plazo: suicidio (cinco veces más frecuentes en adolescentes maltratados), cáncer anogenital y cérvix (típico en abusos sexuales)... Muy importante es también detectar el maltrato reiterado característico en la población infantil.

La prevención: principal arma de la atención primaria contra el MI

Los centros sanitarios junto con los educativos, son lugares idóneos para aplicar medidas preventivas, con el objetivo de proporcionar a los padres las herramientas necesarias para afrontar las situaciones adversa⁷. Podemos aplicar diferentes niveles de prevención (del primario al cuaternario), definiendo en cada uno de ellos la población diana, los objetivos y las medidas a aplicar. La prevención primaria va dirigida a la población en general, con el objetivo de evitar la presencia de factores potenciadores y favorecer los protectores comentados anteriormente. Para ello las medidas a realizar abarcan: la formación de profesionales, educación para la salud para aumentar la habilidad de los padres en la crianza, prevenir el embarazo no deseado, evaluar la calidad del vínculo afectivo padres-hijo, intervenir en la consulta si observamos prácticas de castigo corporal inapropiadas o reprimendas con abuso psíquico, uso de guías anticipatorias específica de cada edad sobre los requerimientos del niño, y por último identificar y recalcar lo puntos positivos de los padres. Aplicado dicho nivel al maltrato prenatal y del recién nacido, hay que destacar el papel importantísimo de la consulta prenatal en Atención Primaria. Ésta es recomendada por la Academia Americana de Pediatría desde el año 1984⁸, con el objetivo de iniciar la relación padres-pediatra, explicarles las habilidades necesarias a adquirir, informar sobre lactancia materna y consejos de vida saludables, junto con un control adecuado de la gestación sin olvidar la resolución de dudas. Dentro de la prevención secundaria, los esfuerzos irían dirigidos a la población de riesgo,

con el objetivo de reducir los daños y atenuar los factores de riesgo y potenciar los protectores. Por ello será crucial detectar situaciones de abandono, violencia doméstica o abuso a la mujer, valorar remitir a la familia a terapia psicológica o centros de salud mental y de control de adicciones, ofrecer recursos comunitarios social, laboral o económica, colaborar con el trabajador social, aumentar el control sobre la familia con aumento de visitas del programa de salud infantil y visitas domiciliarias⁷. La prevención terciaria tiene como población diana a las víctimas y su entorno, y el objetivo es reducir la gravedad de las secuelas y evitar las recidivas. Para ellos trataremos las lesiones y favoreceremos la promoción de la salud y la competencia de las víctimas y de su entorno. Por último, algunos autores añaden un cuarto nivel de prevención dirigido también a las víctimas, pero más a largo plazo, con el desarrollo de la resiliencia en la víctima como medida de rehabilitación⁴.

Actuación desde atención primaria en caso de maltrato

En caso de sospecha de MI, es imperativo seguir un proceso organizado, y registrar todo en la Historia Clínica. Tras la entrevista con los padres/cuidadores y con el niño, se procederá al examen clínico del menor, y se realizará la notificación de dicha situación. Para ello usaremos la Hoja de Notificación, que se hará llegar a los servicios sociales, acompañado o no, de un parte de lesiones dirigido al Juzgado. En el caso de tratarse de una situación de emergencia, negativa de los padres a colaborar o requerimiento de intervención forense, se realizará por teléfono y se solicitará auxilio policial si precisa, valorándose la derivación hospitalaria si nos encontramos con lesiones a tratar o situación de desamparo familiar⁷. En Extremadura desde el año 2017 existen varios modelos de hojas de notificación según los distintos perfiles de profesionales en contacto y el tipo de caso (sanitario, educativo, trabajadores sociales, fuerzas y cuerpos de seguridad, hoja específica para maltrato prenatal-recién nacido-postnatal)⁹.

Conclusiones

El ámbito de la pediatría de atención primaria tiene mucho que decir en cuanto al maltrato infantil, ya que forma parte del equipo multidisciplinar necesario para abordarlo, aportando una de las herramientas más importantes para eliminar esta lacra de nuestra sociedad: la prevención.

Bibliografía

- 1.- Elph SS, Bougatsos C, Blazina I, Nelson HD. Behavioral interventions and counseling to prevent child abuse and neglect: a systematic review to update the US Preventive Services Task Force Recommendation. *Ann Intern Med.* 2013; 158:179-90.
- 2.- Guía Básica de maltrato infantil de la Junta de Extremadura.
- 3.- Manzano C, Figueras R, Patris E, García-Algar O. Maltrato prenatal. *An Pediatr (Barc).* 2016; 84(4):242-244.
- 4.- Dominguez- Salvany, F. El maltrato y el abuso sexual infantil en Atención Primaria de salud. Los pediatras: parte del problema y parte de la solución. *Pediatría Integral* 2013; 16:694- 712.
- 5.- RUMI Extremadura 2017. Dirección General de Política Social, Infancia y Familia. Servicio de Infancia, Adolescencia y Familia. Junta de Extremadura.
- 6.-Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia. Boletín número 20, datos 2017, Observatorio de la infancia. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- 7.- Soriano Faura FJ. Promoción del buen trato y prevención del maltrato infantil. Recomendación. En recomendaciones PrevInfad / PAPPs [en línea]. Actualizado octubre 2011.
- 8.- AAP Committee of psycho social aspects of child and family health. The prenatal visit. *Pediatrics.* 1984; 73:561-2.
- 9.- Wheeler S. M, Williams L, Beauchesne P, Dupras TL. Shattered lives and broken childhoods:

- Evidence of physical child abuse in ancient Egypt. *International Journal of Paleopathology*. 2013; 3(2): 71–82. <https://doi.org/10.1016/J.IJPP.2013.03.009>
- 10.- Emalee E. Flaherty, MD, John Stirling Jr, MD, and the Committee on child Abuse and neglect. *Pediatrics*. 2010; 126.
- 11.-Perdikis L, González de Dios J. Más allá de la identificación del maltrato infantil: reconocer los factores de riesgo de recurrencia. *Evid Pediatr*. 2006; 73.
- 12.-Barlow J, Johnston I, Kendrick D, Polnay L, Stewart-Brown S. Individual and group-based parenting programmes for the treatment of physical child abuse and neglect. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3. Art. No.:
- CD005463. DOI: 10.1002/14651858. CD005463.pub2.
- 13.-Carter YH, Bannon MJ, Limbert C, Docherty A, Barlow J. Improving child protection: a systematic review of training and procedural interventions. *Arch Dis Child*. 2006; 91:740-3.
- 14.-Hindely N, Ramchandani PG, Jones DPH. Risk factors for recurrence of maltreatment: a systematic review. *Arch Dis Child*. 2006; 91:744-52.
- 15.-Behavioral interventions and counseling to prevent child abuse and neglect: a systematic review to update the US Preventive Services Task Force Recommendation. Centre of Reviews and Dissemination (CRD) University of York. Database of Abstracts of Review of Effects web site (DARE) Documento número:2013004927 [en línea] [fecha de actualización: 2013; fecha de consulta: 29-01-2013].
- 16.-Maltrato infantil: indicadores comportamentales y actitudes en los perpetradores. *Guía Clínica Fisterra*. Oliván Gonzalvo, Gonzalo. Fecha de la última revisión: 24/12/2015.
- 17.-El Maltrato Infantil y su Impacto en el Desarrollo Psicosocial del Niño. Sheree L. Toth, PhD, Dante Cicchetti, PhD Mt. Hope Family Center & University of Rochester, EE.UU. *Disiembre 2004 (Inglés)*. Traducción: febrero 2010.
- 18.-De Bonis MC. Evolución histórico-social del fenómeno maltrato (infantil) implicancias médico-legales actuales en nuestro país. *Hospital Posadas. Revista nuestro hospital*, Vol.2, nº2,1998. Se encuentra en la biblioteca del hospital o http://www.hospitalposadas.gov.ar/docencia/revistadig/1998/2_2_maltrato.pdf
- 19.-Manual Práctico de Pediatría en Atención Primaria. Hospital Infantil Universitario La Paz. García-Sicilia López J. 2ª edición. Pág.1495-1501.