

MALTRATO INFANTIL



Sergio Díaz Prados

MIR 3 Radiodiagnóstico

Hospital Virgen de las Nieves, Granada

Paloma García Peces

MIR 3 Pediatría

Hospital Clínico San Cecilio, Granada

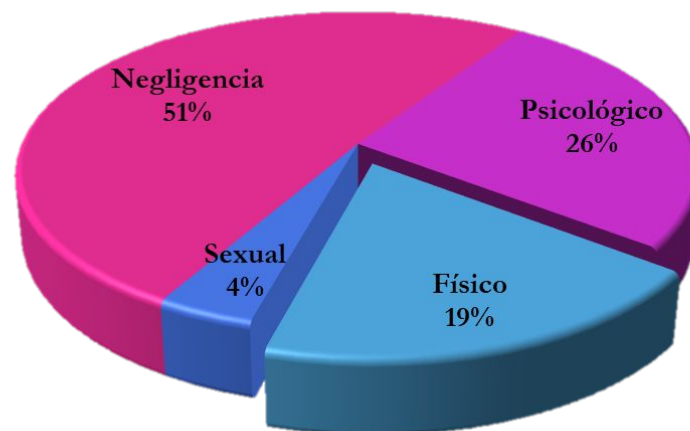
Índice

1. Introducción y epidemiología
2. Criterios de sospecha y abordaje integral: lesiones centinela
3. Pruebas complementarias
4. Criterios radiológicos
5. Lesiones: óseas, SNC y viscerales
6. Tratamiento y protocolo de actuación
7. Algoritmo
8. Bibliografía

Maltrato Infantil

Organización Mundial de la Salud (OMS): “toda forma de maltrato físico o emocional, abuso sexual, negligencia o tratamiento negligente, explotación comercial o de otra índole, que resulta en un daño real o potencial a la salud, la supervivencia, el desarrollo o de la dignidad del niño, en un contexto de relaciones de responsabilidad, confianza o poder”

- **Maltrato físico**
- Negligencia o abandono
- Maltrato psicológico o emocional
- Abuso sexual
- Maltrato prenatal
- Sumisión químico-farmacológica
- Enfermedad generada por el cuidador o trastorno facticio impuesto a otro
- Explotación y trata



Introducción

- Prevalencia subestimada. Detección 10-20% de los casos que se producen.
- Al menos **el 10% de los niños menores de 5 años que llegan a Urgencias** por traumatismo han sufrido un trauma no accidental.
- **Segunda causa de mortalidad en <5 años (excluyendo periodo neonatal)**
- Factor de riesgo prevenible más importante para el desarrollo de trastornos neuropsiquiátricos

FACTORES DE RIESGO:

- **Niño:** prematuridad, discapacidad, enfermedad, temperamento
- **Familiares:** violencia, alcohol y drogas, desestructuración, embarazo no aceptado
- **Socioculturales:** nivel socioeconómico, barrios marginales, discriminación, falta de apoyo



Maltrato físico



Más frecuente en niños entre **2-4 años**.

LESIONES CENTINELAS



siempre sugerentes de maltrato

- 0-6 meses:

- Lesiones piel: escoriaciones, equimosis, quemaduras
- Orofaríngea: laceraciones, hemorragias en cavidad

oral o mucosidad labial, rotura frenillo lingual, lesiones macizo facial

- 6-12 meses:

- Fracturas huesos largos
- Traumatismo craneal no accidental

- <24 meses:

Fractura costal, traumatismo abdominal, lesiones genitales...



Maltrato físico



ALTO ÍNDICE DE SOSPECHA DE MALTRATO

- **Mecanismo imposible** de producción de la lesión
- **Justificación inverosímil**, negación del trauma
- **Retraso inexplicable o excesiva solicitud** de atención médica
- Atribución de lesiones a **esfuerzos de reanimación** en el hogar
- **Relato cambiante o contradictorio** entre observadores

Abordaje Integral

Como pediatras no debemos olvidar nunca nuestro papel como **defensores** de niños, niñas y adolescentes, el hecho de no ejercerlo constituye una forma de maltrato por negligencia.

¿Qué se considera lesión grave?

Fractura(s), quemaduras >5% de la superficie corporal total, lesión cerebral traumática, traumatismo intraabdominal, traumatismo intratorácico, lesiones que requieren ingreso en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP).

Ante un caso de sospecha de maltrato es importante conocer si existen más niños en el hogar y evaluarlos en las siguientes 24 horas

Pruebas complementarias

- **Hemograma y coagulación:** hemorragia intracraneal, fracturas, quemaduras...
- **Bioquímica:** CPK, amilasa/lipasa, metabolismo férrico
- **Orina y sedimento:** traumatismo abdominal, deshidratación, fallo renal...
- **Tóxicos en sangre y orina:** alteración del nivel de conciencia o sospecha
- **Fondo de ojo:** Oftalmología EN MENORES DE 2 AÑOS



RADIOLOGÍA

➤ RADIOGRAFÍA SIMPLE

- <2 años: **serie ósea completa**
- > 2 años: en área de sospecha de lesión aguda o crónica

➤ TC craneal:

- < 2 años: TCE o paciente de «**alto riesgo**»
- > 2 años: TCE + síntomas o signos neurológicos o convulsiones

➤ TC espinal

➤ **TC, ECO ABDOMINAL:** sospecha de lesión visceral

➤ **RMN:** hemorragias agudas y lesión intracraneal

Fracturas costales
Lesiones faciales
Menores de 6 meses
Lesiones torácicas o abdominopélvicas incongruentes con la historia



MAPA ÓSEO INICIAL

ESQUELETO APENDICULAR (12RX):

Ambos húmeros (AP)
Ambos antebrazos (AP)
Ambas manos (PA)
Ambos fémures (AP)
Ambas tibias y peronés (AP)
Ambos pies (AP)

ESQUELETO AXIAL (9-6 RX):

Tórax (AP, lateral, oblicuas D/I)
Pelvis incluyendo columna lumbar y sacra
Columna lumbosacra
Cráneo (frontal y lateral), si no hay TC*
Columna cervical (lat), si no se incluye en lat cráneo*

Proyecciones adicionales, si se requieren:

Proyección lateral de articulaciones seleccionadas
Otra proyección de esqueleto apendicular

MAPA ÓSEO DE SEGUIMIENTO

Estudio mínimo, 7 proyecciones:

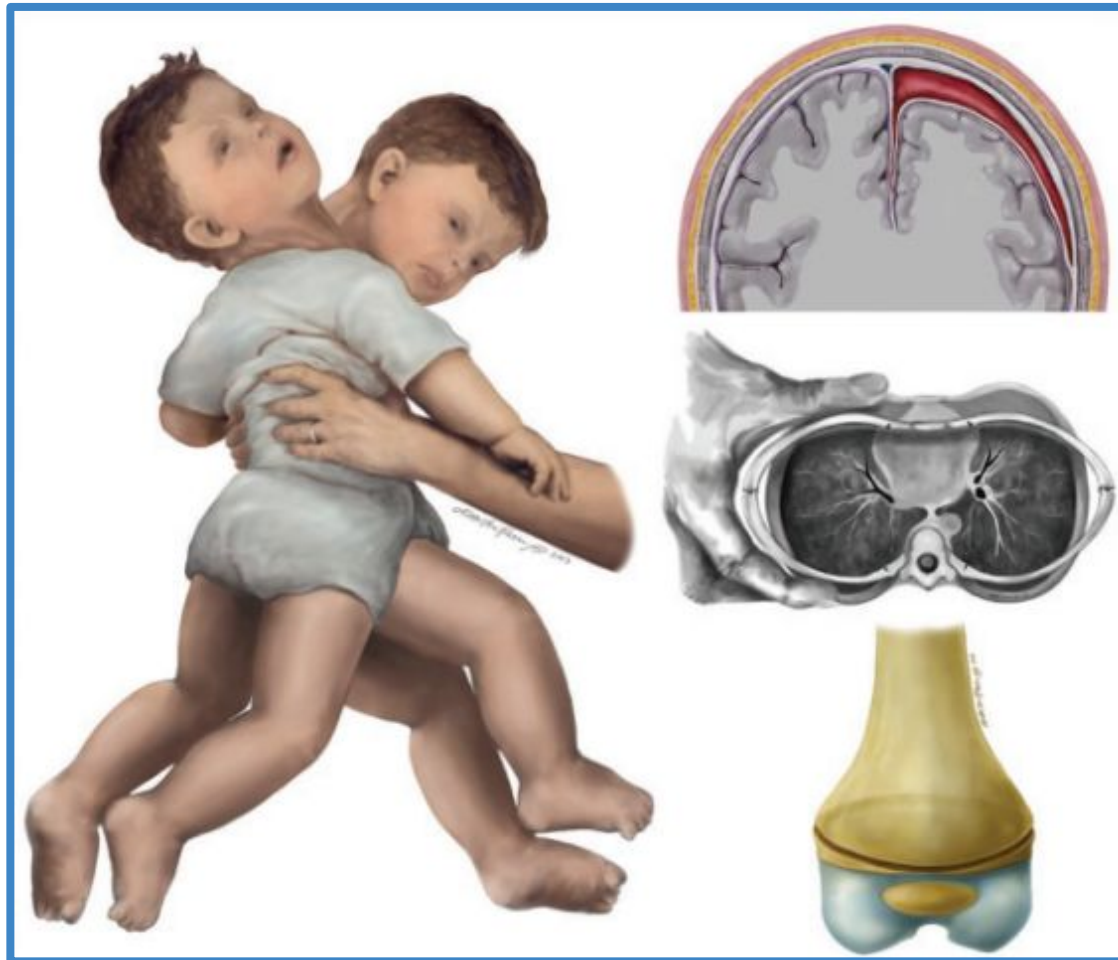
Tórax (AP y oblicuas D/I)
Ambos fémures (AP)
Ambas tibias y peronés (AP)

Se añade RX en localizaciones dudosas previas

21 radiografías

- En el esqueleto apendicular: húmero antebrazos y fémures en 1 sola proyección mediante 3 radiografías distintas
- En cuanto a esqueleto axial (columna y cráneo) se realizan en 2 proyecciones; AP y lateral. La de columna dorsal está incluida en las proyecciones de tórax con técnica ósea.

Lesiones



Zarandeo y opresión → hemorragia subdural y lesiones cerebrales tipo cizallamiento, fractura de costilla, fractura metafisaria....

Lesiones óseas

- Lesiones + frecs tras las de partes blandas
- **Distribución:**
 - 76% en huesos largos: + en niños mayores
 - 8% cráneo
 - 8% costillas; Más en postmortem: fracturas de costillas constituyen el 35% al 60% de las fracturas
- No consenso en TC → ¿Anormalidades en costillas en Rx?
- Ninguna fractura/patrón de fractura es patognomónica del abuso físico.
- Las fracturas de MMSS cicatrizan más rápido que las de MMII en adultos.

Las fracturas por abuso:

- *Clínicamente silentes*
- *+ frecs. en < de 18 m*

Lesiones óseas

1. Variantes

Fractura de estrés de pacientes que empiezan a andar, entre 1 y 4 años. localizada generalmente en la tibia. Son fracturas de trazo lineal muy finas y sin desplazamiento de fragmentos. Se producen por fuerzas de torsión de baja energía en hueso poroso. La historia clínica pueden ayudarnos a diferenciarlas

Posible fractura de Toddler



Lesiones óseas

1. Variantes

La diáfisis proximal de la tibia puede mostrar una pequeña prominencia de origen desconocido que puede confundirse con una fractura de toro. Fracturas incompletas de la diáfisis de un hueso largo que se caracteriza por un abultamiento de la corteza



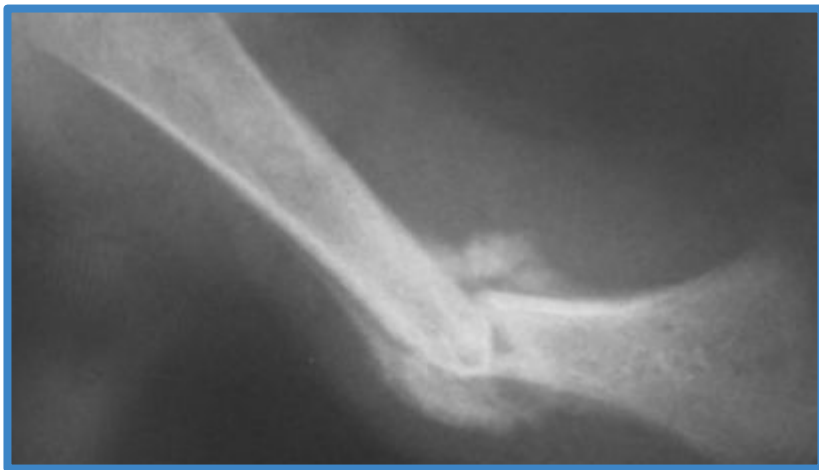
Lesiones óseas

Datación

- **Callo en fractura** diafisaria GENERALMENTE: Inicio a partir del 5º día, aunque puede tardar en iniciarse 14 días.

Por lo tanto, las fracturas sin callos visibles pueden tener hasta 14 días y las fracturas que muestran un poco de callo tienen al menos 5 días. Grandes cantidades de callos indican que tienen al menos 2 semanas.

¿Caída el día anterior con callo de fractura?



La fractura diafisaria de fémur con mucho callo tiene al menos 2 semanas

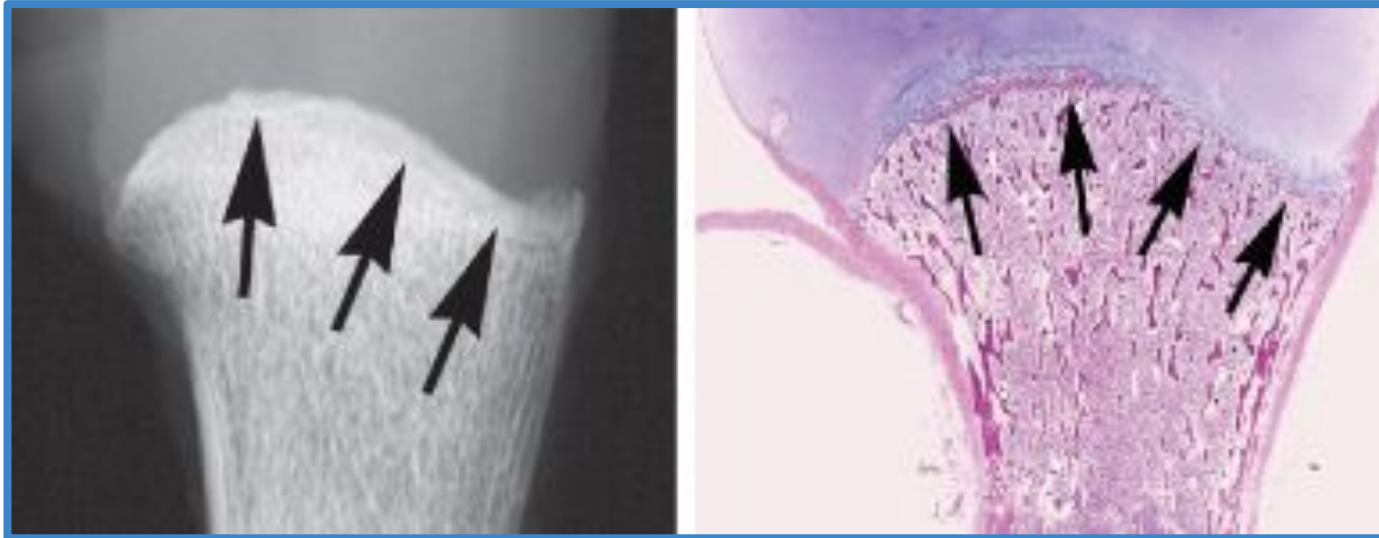
Lesiones óseas

1. Fractura metafisaria

Fractura metafisaria: lesión más específica en el maltrato infantil

Las CML (lesión metafisaria clásica) + frec en fémur distal, tibia proximal, tibia distal y húmero proximal. Mecanismo por cizallamiento-sacudida.

- La **CML**: microfracturas en la metáfisis; la línea de fractura normalmente **paralela a la fisis** sin recorrer toda la anchura (Zona radiolúcida dentro de la metáfisis subfisaria)
- Si orientación perpendicular fuerzas de cizallamiento-en vaivén.(Ej: sosteniendo y sacudiendo a un bebé por los pies) → SECUELAS MÍNIMAS
- Muchas veces oculta por no formación de callo ni de hueso subperióstico



Lesiones óseas

1. Fractura metafisaria

Suelen ser BILATERALES. Morfología en asa de cubo en caso de ser proyección anteroposterior y de la esquina en caso de ser proyección lateral.

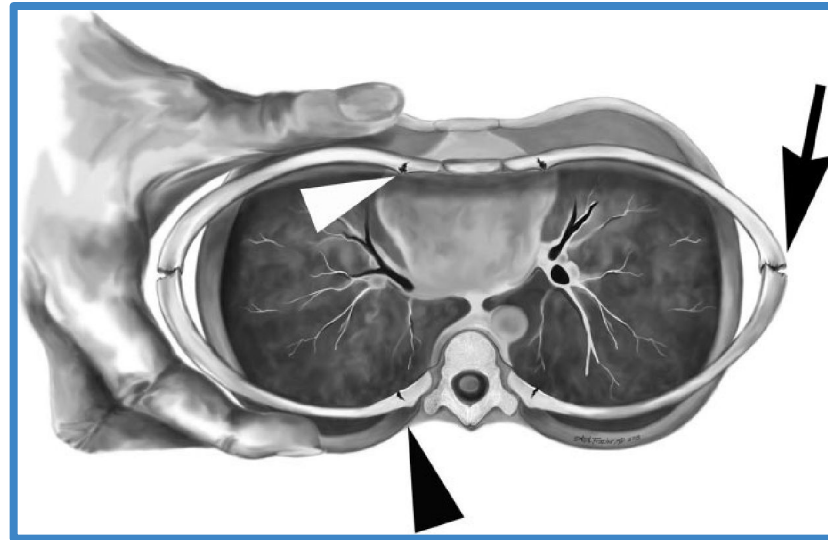


Fractura de la esquina metafisaria. De Kleinman: ALTA ASOCIACIÓN CON ABUSO

Lesiones óseas

2. Fracturas costales

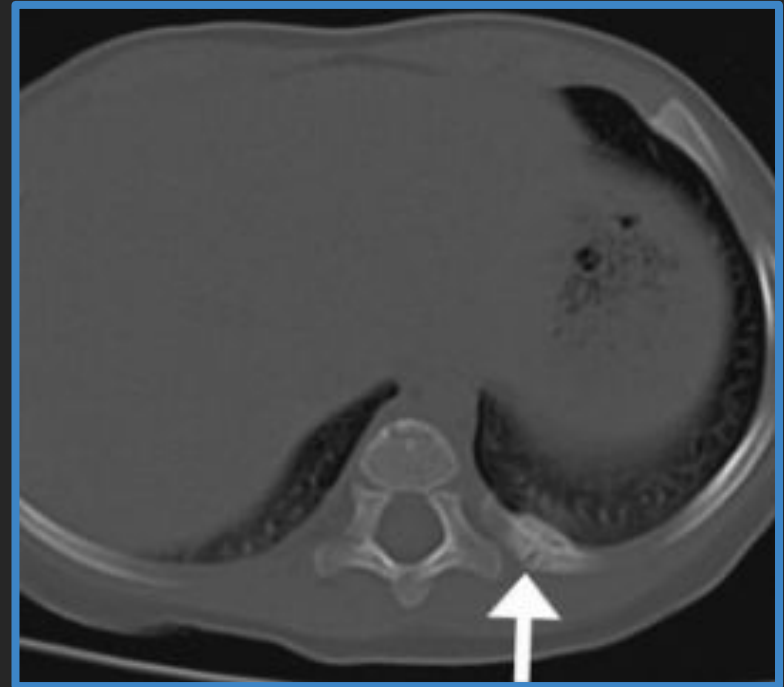
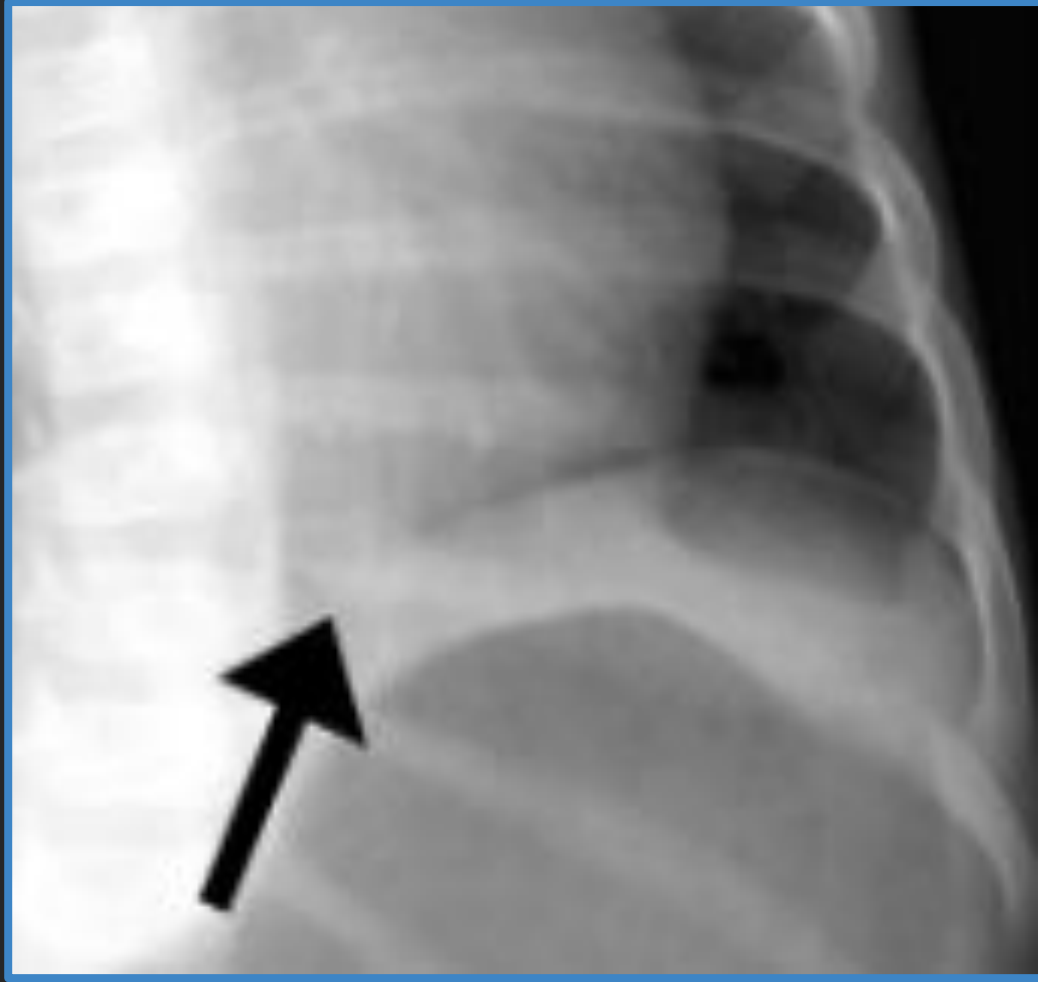
- Múltiples y bilaterales
- Recomendación: **Rx oblicua de tórax**. Gammagrafía ósea o Rx de seguimiento en 2 semanas
- Fracturas costovertebrales difíciles por proceso transverso → + visibles en curación (callo, y reacción)



- ++ *específico*

Lesiones óseas

2. Fracturas costales



SNC

Aproximadamente 12% de los niños.

- Causa del 64% de las lesiones craneales en < 1 año
- Principal causa de morbilidad y mortalidad

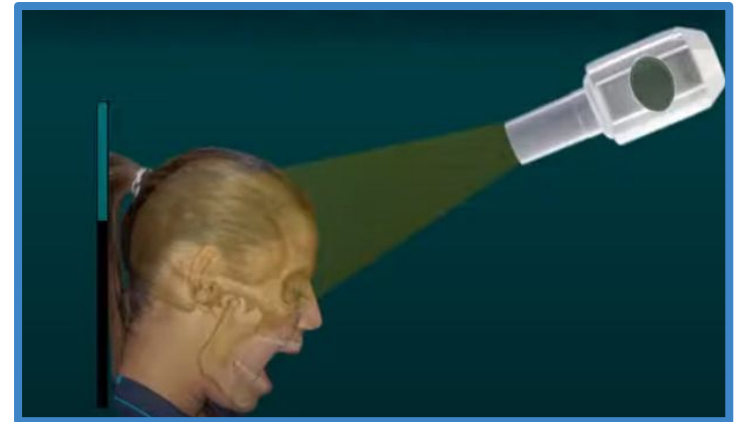
Diagnóstico:

- Fractura craneal: Rx (AP, 2 laterales, Towne)
- Lesión intracraneal: TC, RM, Ecografía

Lesiones frecs y específicas

- **Hemorragia subaracnoidea** o intraventricular, trombosis de venas puentes; **fracturas craneales** y **lesiones parenquimatosas**(contusión laceración o isquemia) y **lesiones ligamentarias**

¿Meningitis ?--> venas puente



Sirve para ver hueso occipital y orificio magno, comparativa de mastoides y caja del tímpano

SNC

Lesiones infrecuentes

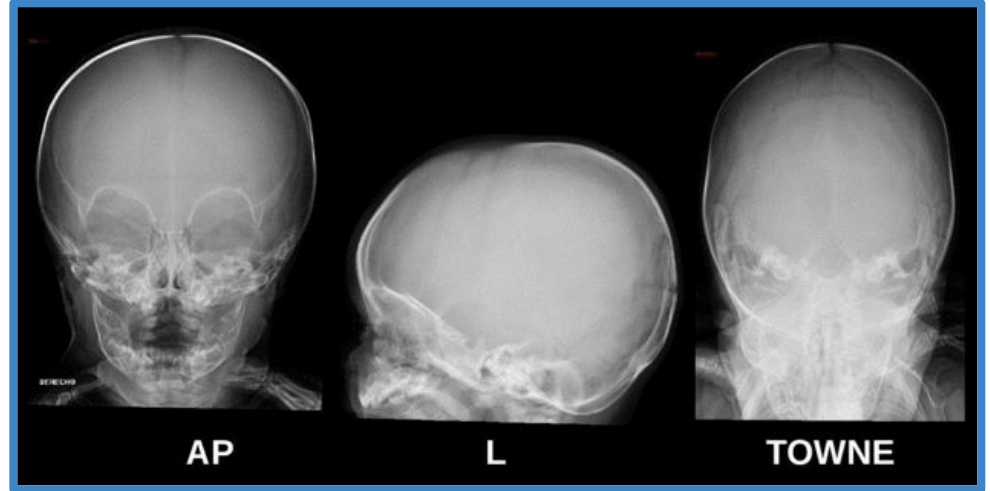
- Lesión medular
- Lesión vertebral

Asociación:

Hemorragia subdural infratentorial y el hematoma subdural espinal cervical → RM espinal

¿Datación?

- Poco realista...



Indicación RM CRANEAL

- Asintomáticos pero con mapa óseo positivo
- Pacientes con macrocefalia aislada
- Clínica neurológica inexplicable

SNC

RM entre 2 y 5 días si TC con hemorragia intracraneal y / o lesión parenquimatosa cerebral y / o fractura de cráneo

Las ventajas de la TC:

- Disponibilidad y rapidez
- ¿Sedación ?
- Evaluación de colecciones extraaxiales, hematomas intracraneales y afectación venosa/trombosis
- Detecta mejor HSA

Desventajas:

- **Deficiente evaluación del parénquima:** ¿ lesión hipóxica isquémica grave, contusiones, lesiones axonales, laceraciones...?.
→ RM y difusión
- ¿Ligamentos cervicales?; frecs en el TCE y la médula
- ¿Retina?

Las ventajas de la RM: (1ª LINEA)

- Seguridad, rendimiento, radiación..
- Evaluación de venas de pequeño calibre y venas puente con secuencias GRE T2* y de susceptibilidad (SWI).
- Detecta mejor subdurales

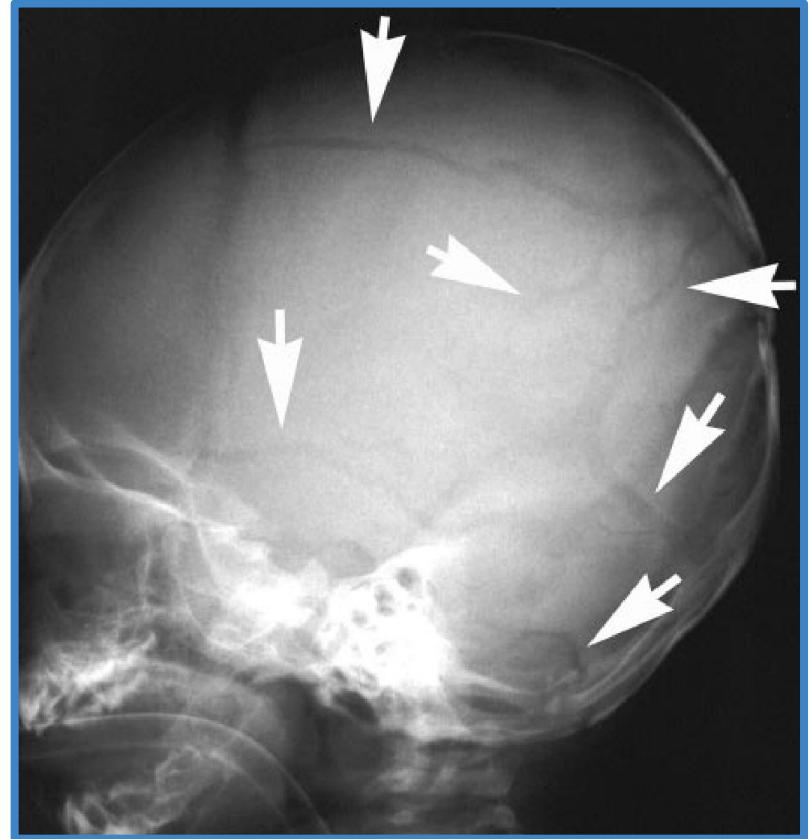
Desventajas:

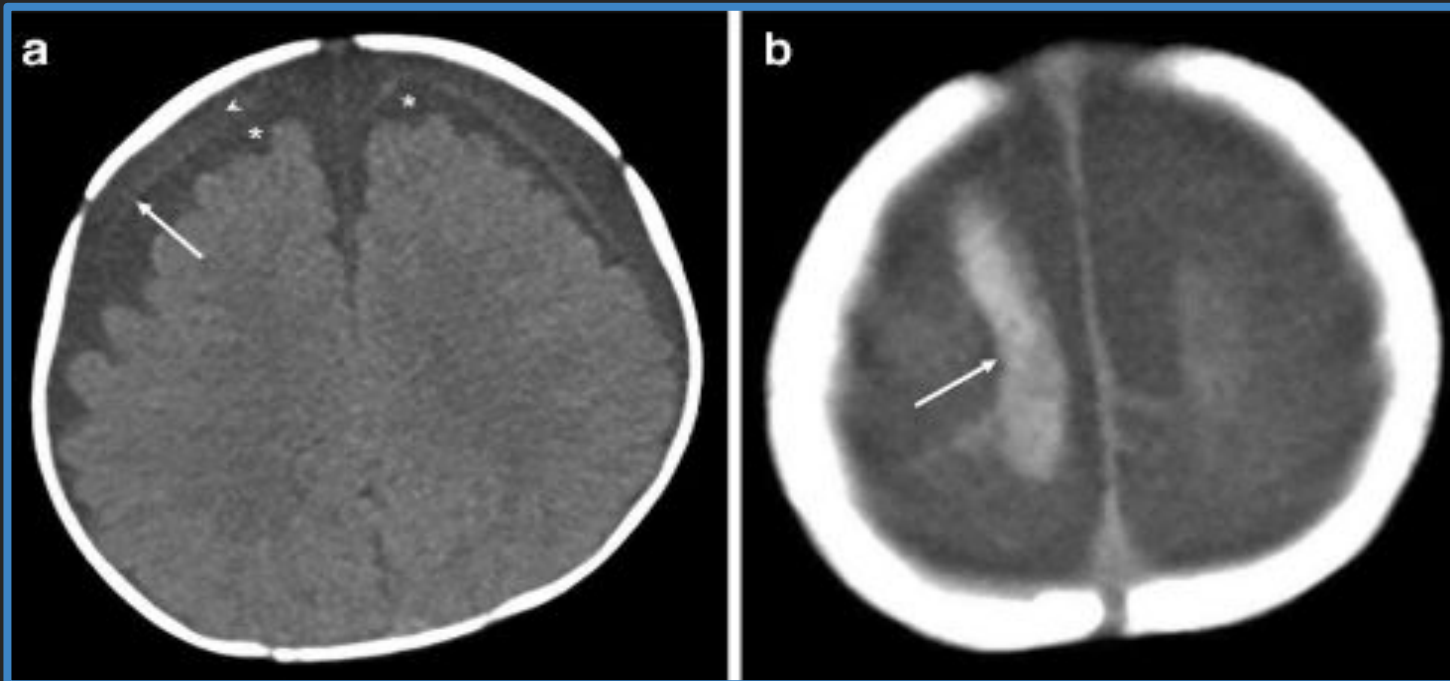
- ¿Fracturas?
- La alta sensibilidad de las secuencias SWI/GRE T2* puede generar dificultades para evaluar la extensión precisa de la hemorragia subdural o subaracnoidea y su datación
- Sedación
- Artefactos

SNC

Fractura craneal

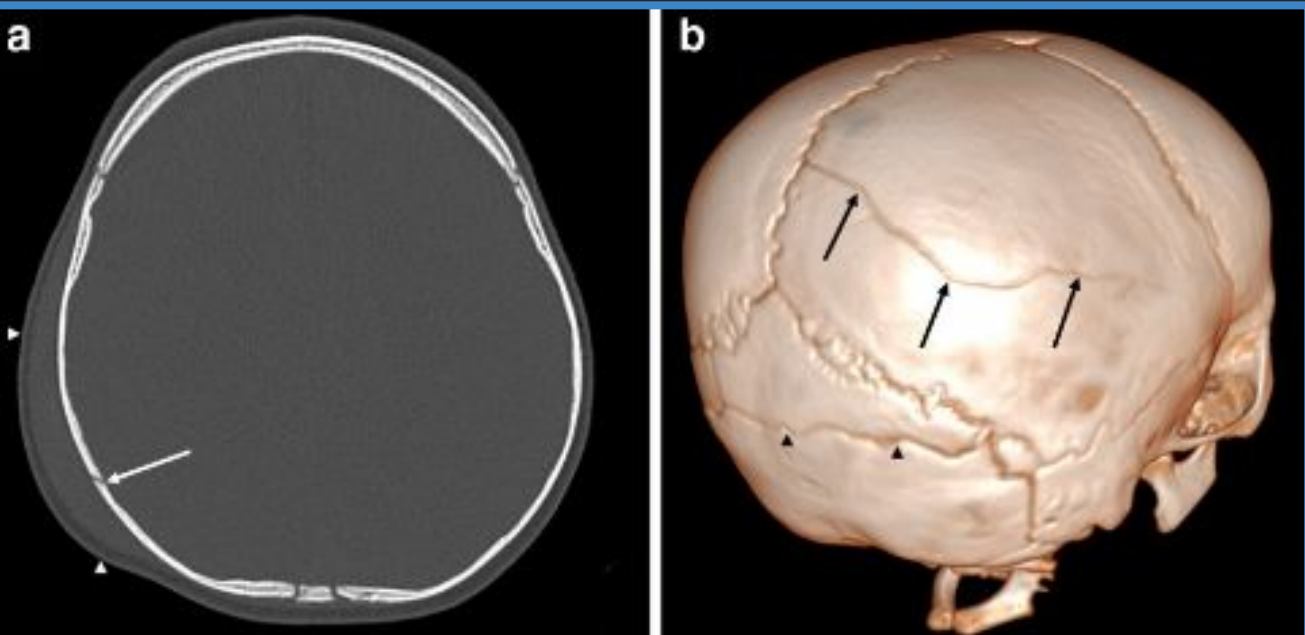
- El cráneo infantil es más deformable: más resistente a fracturas
- Poca correlación con hemorragia o lesión intracraneal
- Especial atención a fracturas:
 - Múltiples
 - Que atraviesan suturas
 - Bilaterales
 - Impresión occipital



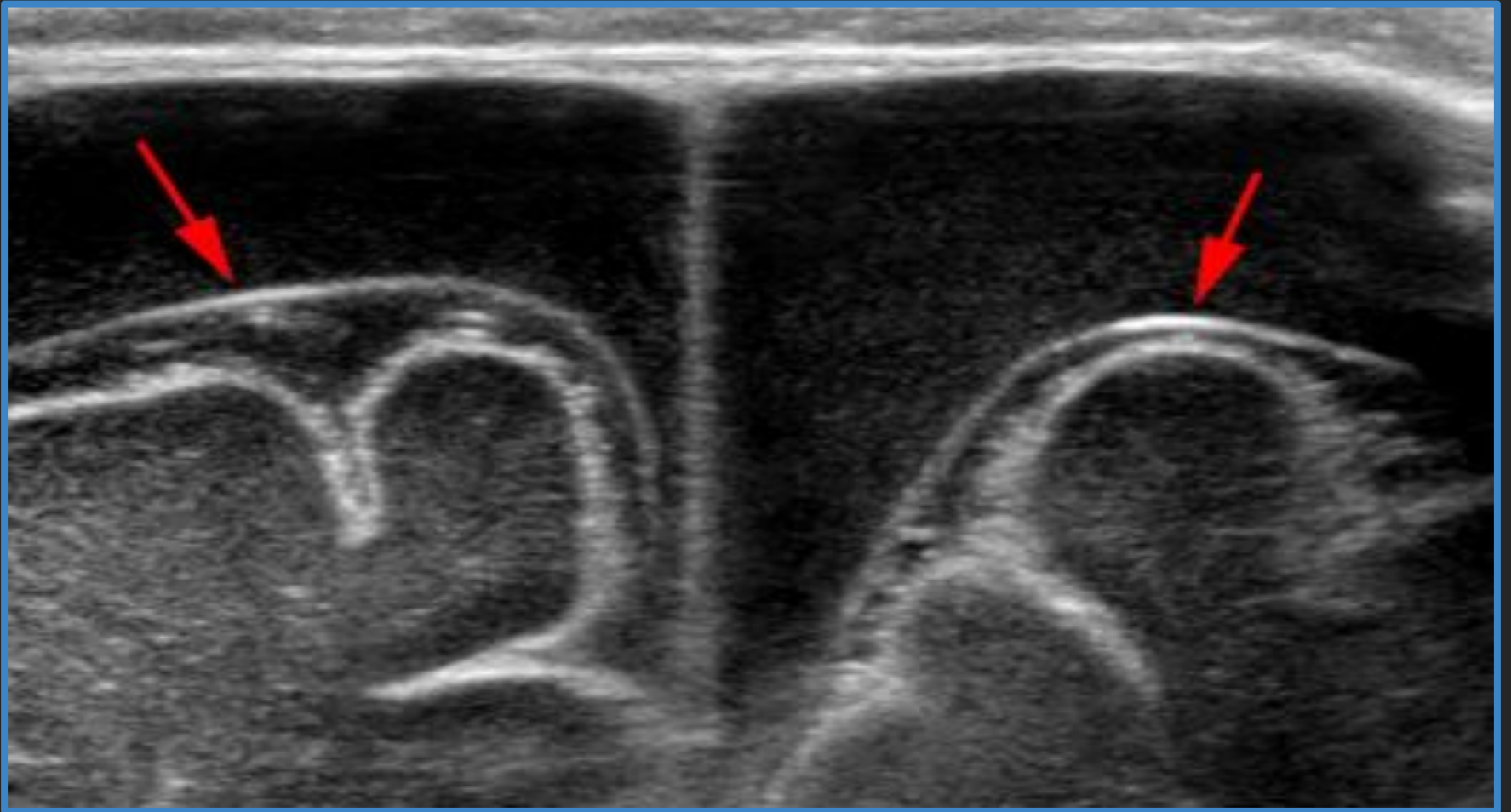


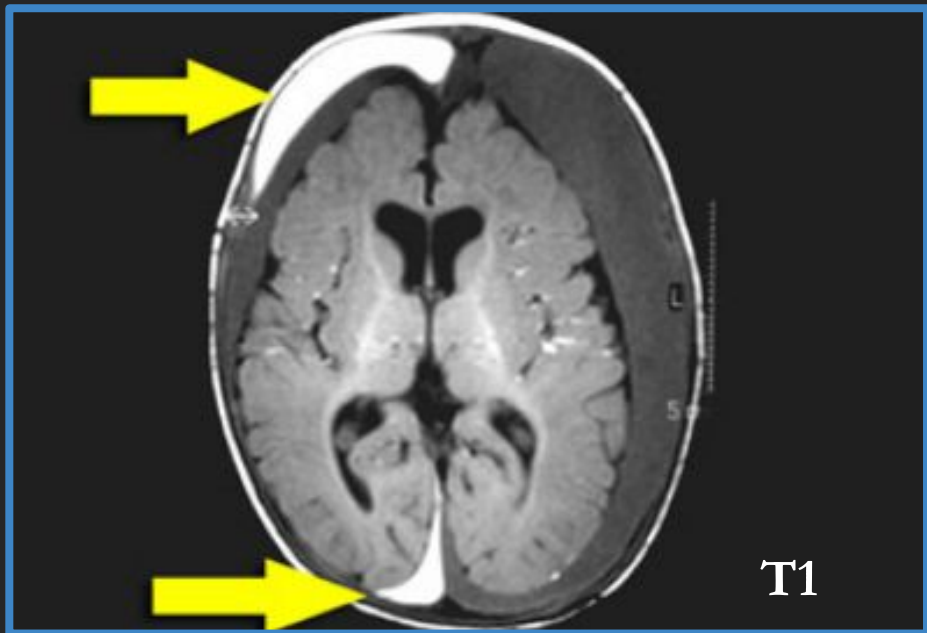
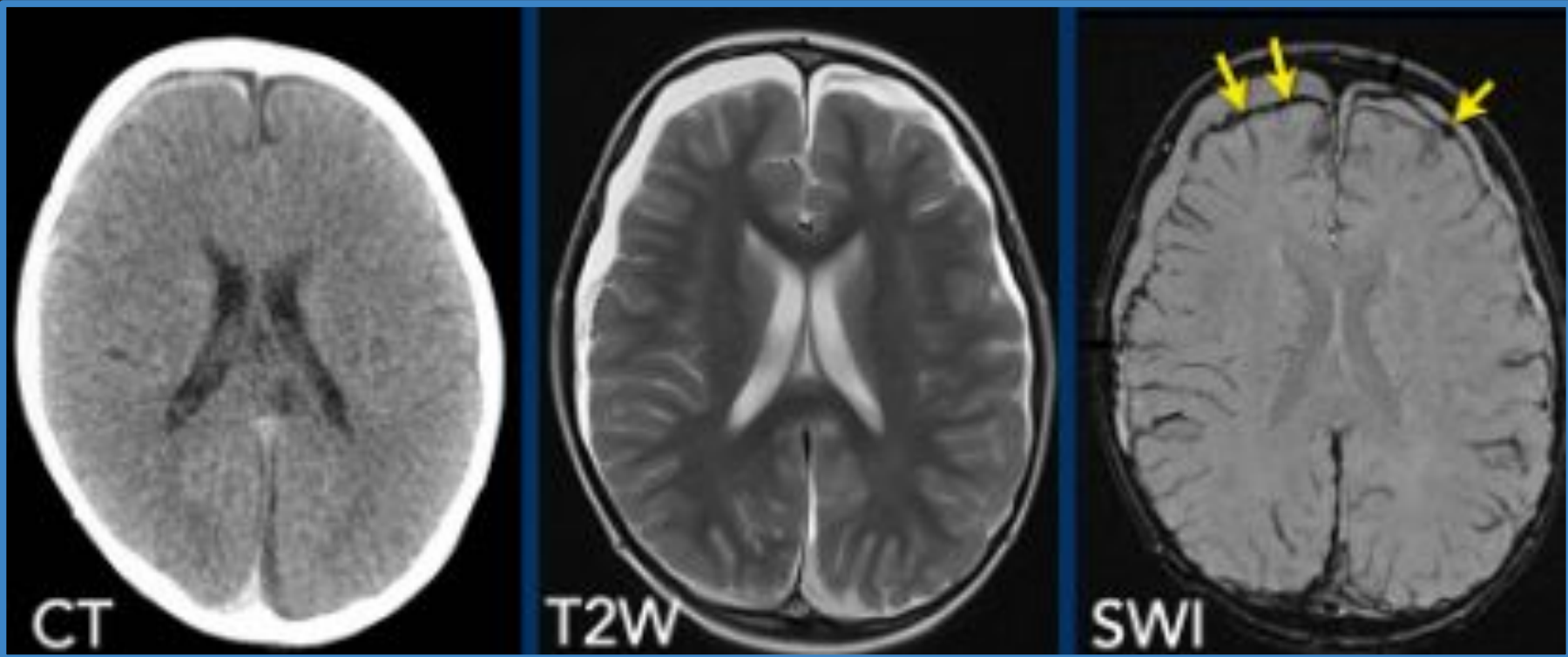
**Niño de 2
meses con
traumatismo
craneal por
abuso**

Lactante de 9 meses

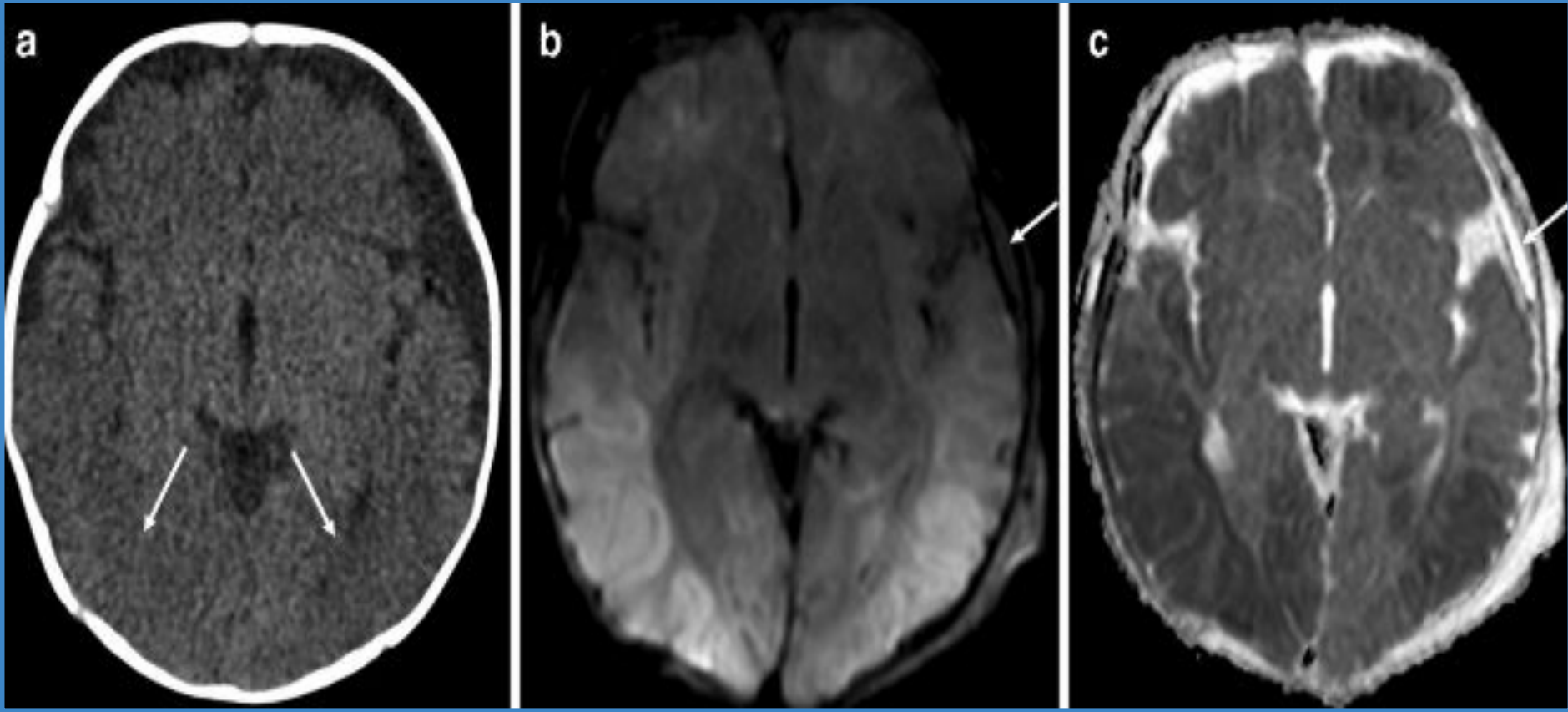


**En algunos casos la
fractura de cráneo sin
edema ni scalp pueden
presentarse de forma
aguda por lo tanto si no
lo vemos con esos datos
no debemos de pensar
automáticamente que es
subaguda.**





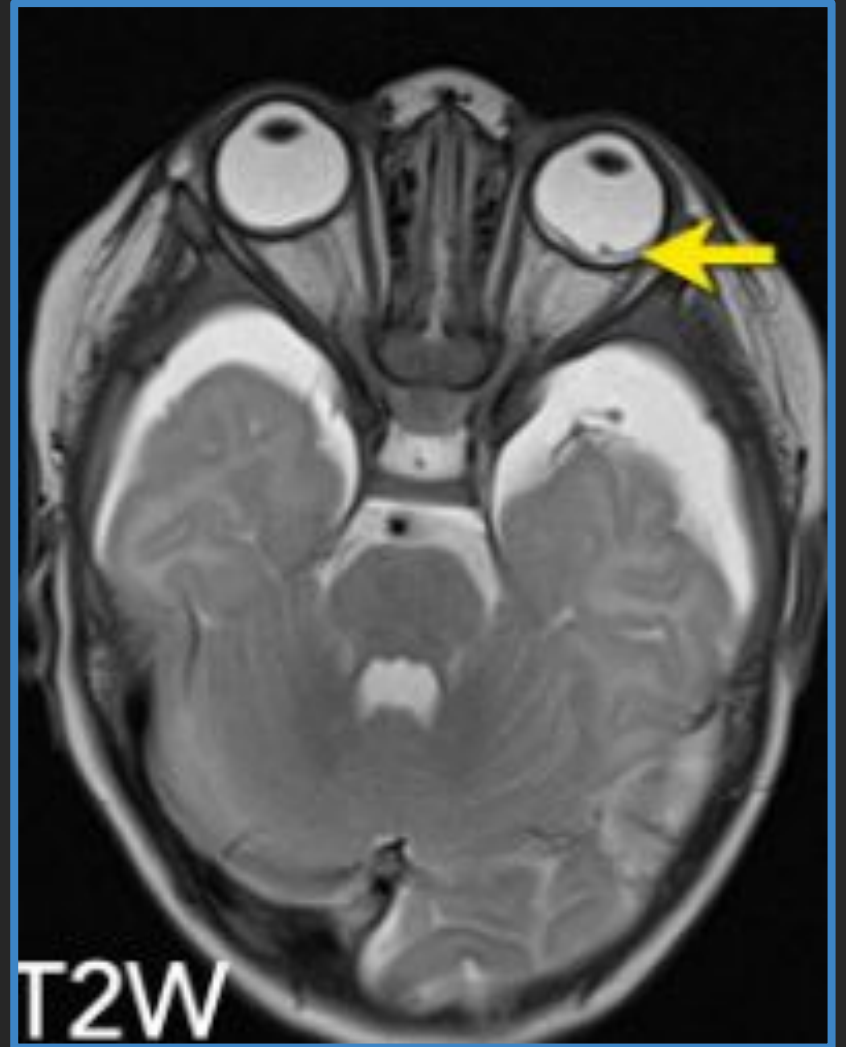
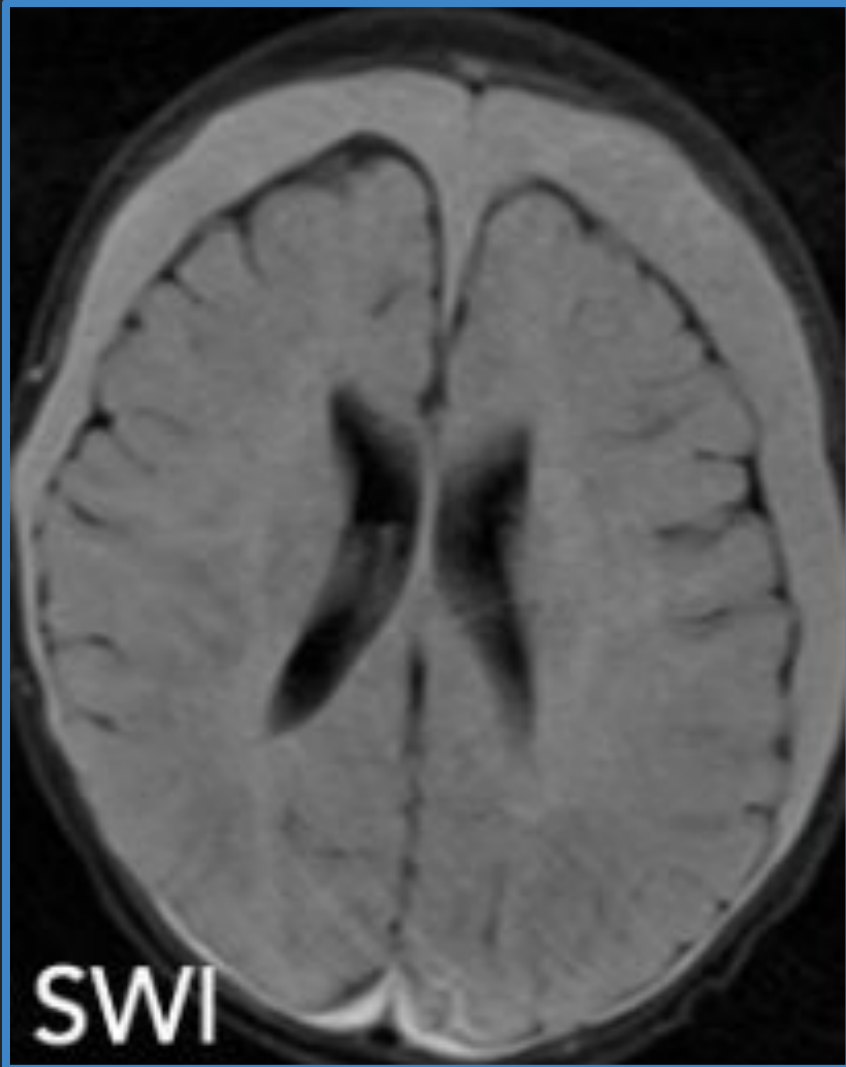
Recomendable agregar al protocolo secuencias de susceptibilidad magnética (SWI)



La evaluación experta de la correlación entre el mecanismo de lesión y el abuso infantil por parte de los pediatras especializados en abuso infantil depende de la utilización precisa, adecuadamente detallada y consistente de la terminología radiológica.

Hemorragia retiniana: frec en sacudidas

El examen oftalmológico (en primeras 24h por resolución temprana) es Gold standard oro pero a veces se ven en RM



Visceral

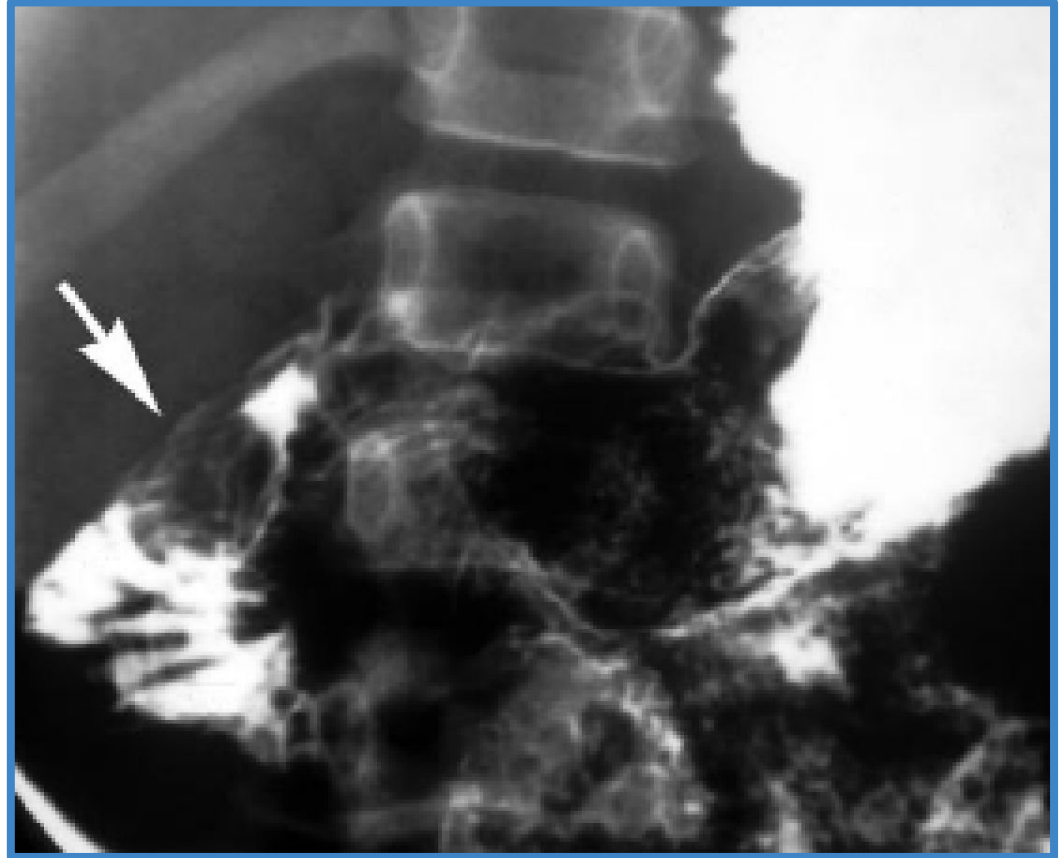
- Aunque raras (2-5%), conllevan una alta mortalidad por su gravedad y por el diagnóstico tardío → sepsis, peritonismo...
- Estudio mediante ecografía y/o TC
- Localizaciones frecuentes: **intestino, hígado, páncreas**

*Las lesiones renales y esplénicas, relativamente frecuentes en traumatismos abdominales accidentales,
Y raras en caso de maltrato*

Visceral

1. Intestino delgado

- Sobre todo duodeno y yeyuno proximal
- **Hallazgos:**
 - **Ascitis:** hallazgos + frec en TC. Indicador inespecífico: sangrado, peritonitis, pancreatitis...
 - **Neumoperitoneo:** secundario a perforación: + frec yeyuno
 - **Perforación:** ¡¡ 33% no detecta aire en TC !!.Ascitis + frec
 - **Hematoma de pared:** Se aprecia masa submucosa (+ frec en la pared lateral del duodeno descendente → engrosamiento de pliegues.



Hematoma duodenal en un niño de 6 años que fue golpeado por un cuidador.

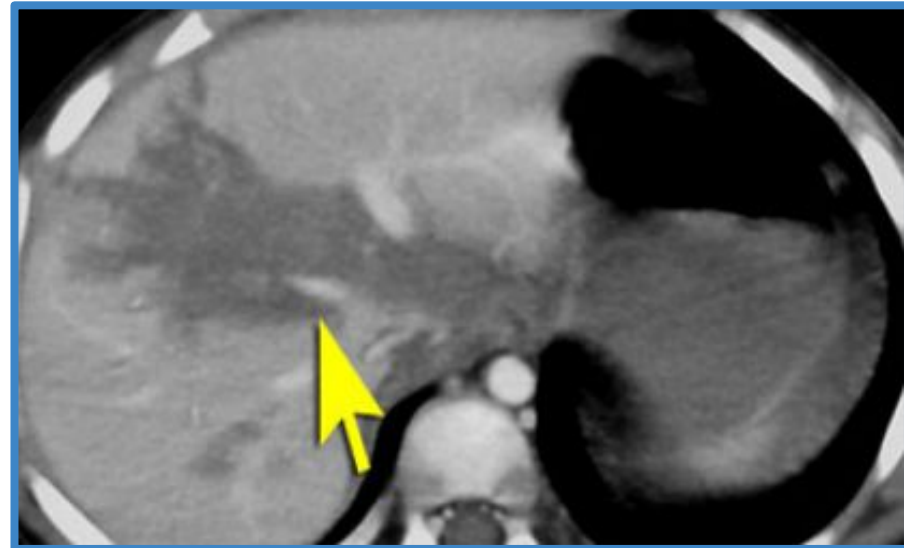
Visceral

2. Pancreática

- Traumatismos son la primera causa de pancreatitis y pseudoquiste pancreático en niños
- ¿AMILASA?
- **Hallazgos radiológicos:**
 - Aumento de tamaño de la glándula pancreática con hipoecogenicidad en ecografía e hipodensidad en TC
 - Líquido extrapancreático (50%)
 - Transección pancreática

Otros Traumatismos Visceales

Laceraciones, contusiones y rupturas del estómago, hígado, bazo, glándula suprarrenal, riñón, vejiga, colon, esófago y faringe. En el tórax, también se han descrito contusión pulmonar, derrame pleural, laceración cardíaca y commotio cordis fatal.



TRATAMIENTO

- **Atención médica:** tratamiento de las lesiones y separación de la víctima del ambiente agresor, hasta que los sistemas de protección intervengan y garanticen la integridad del niño.
- **Atención psiquiátrica o psicológica** del niño y del agresor.
- **Medidas de prevención:** tras llevar a cabo todo el proceso diagnóstico es muy importante la comunicación a otros servicios y la protección del niño/a.

Actuación	Caso de maltrato evidente o muy sospechoso (caso grave)	Caso no grave, dudoso o sospechoso
Destino	Hospital frente a centro de acogida (ca)	Domicilio frente a hospital/ca
Comunicación a consulta Pediatría social/servicios sociales	Urgente	Si
Comunicación juzgado	Urgente	Diferida según seguimiento
Comunicación atención primaria	Si	Si

¿QUÉ DEBEMOS HACER?



INFORME MÉDICO DETALLADO

- Nombre completo de progenitores o tutores legales
- Datos de filiación
- Motivo de consulta y **descripción de los hechos** (transcripción literal del relato)
- **Exploración** (incluyendo **comportamiento del menor**) y pruebas complementarias
- Evolución y si se contacta con médico forense, juzgado de guardia o trabajo social)
- **Orientación diagnóstica** de las lesiones y la sospecha de maltrato: **CIE-10**
- Tratamiento y destino del paciente (responsable del menor)



ALGORITMO DE ENTREVISTA ANTE POSIBLE CASO DE MALTRATO INFANTIL

POSIBLE CASO DE MALTRATO INFANTIL

ENTREVISTA AL NNA

ENTREVISTA A CUIDADORES

Entrevistador: el más experto
(acompañado por otro colaborador)

Lugar: reservado y confortable

Cómo: niño solo (previo consentimiento) o
acompañado por adulto que no interviene

Tiempo: el necesario

Fases:

1. Informar al niño y crear clima de confianza
2. Evaluar la competencia
3. Obtener una narración libre de lo sucedido

Cierre: recapitular, agradecer y reforzar positivamente

Explicar la exploración subsiguiente

Entrevistador: el mismo (acompañado por
otro colaborador que tome notas)

Lugar: el mismo

Cómo: sin la presencia del niño

Tiempo: el necesario

Fases:

1. Explicar el motivo de la entrevista y aclarar el papel del médico cuyo objetivo es ayudar
2. Intentar aclarar dudas sobre los hechos pidiendo una explicación

Muy importante:

No entrar en confrontación
Controlar los sentimientos negativos

- T76 Abuso, negligencia y otros malos tratos infantiles y de adultos, sospecha.
 - T76.02 Negligencia o abandono infantil, sospecha.
 - T76.1 Abuso físico, sospecha.
 - T76.2 Abuso sexual, sospecha.
 - T76.3 Abuso psicológico, sospecha.
 - T76.9 Malos tratos no especificados, sospecha.
- Z60.9 Problema relacionado con el ambiente social, no especificado.
- Z65.9 Problema relacionado con circunstancias psicosociales no especificadas.

¿QUÉ DEBEMOS HACER?

PARTE DE LESIONES: COMUNICADO JUDICIAL



- No requiere consentimiento del paciente ni de su tutor legal
- 1 copia para el juzgado de guardia (plazo 24 horas desde su asistencia a urgencias)
- 1 copia en la historia clínica

- Identificación del centro sanitario
- Identificación del paciente
- Diagnóstico
- Mecanismo lesional (manifestado por el paciente y/o cuidador)
- Tratamiento
- Destino del paciente
- Lugar y fecha de los hechos

*JUZGADO DE GUARDIA

- Respuesta urgente a la solicitud de tutela judicial inmediata o riesgo inminente del menor
- Notificará a la fiscalía de menores

IMPRIMIR RESTABLECER GUARDAR SALIR (Página 1 de 2) ANEXO I

JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS
PARTE AL JUZGADO PARA LA COMUNICACION DE ASISTENCIA SANITARIA POR LESIONES.
(Codigo procedimiento: 13743)

1 DATOS DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO

NUMERO DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO:
DOMICILIO:
TIPO DE VIA: NOMBRE DE LA VIA:
NUMERO LETRA: AM EN LA VIA: BLOQUE: PORTAL: ESCALERA: PLANTA: PUERTA: NUCLEO DE POBLACION:
PROVINCIA: PAIS: COD. POSTAL: NUMERO TELEFONO: FECHA DE LA ASISTENCIA: HORA (de llegada al centro o servicio sanitario)

2 DATOS DE LA PERSONA LESIONADA

APELLIDOS Y NOMBRE: SEXO: Hombre Mujer
DNI/NIE/PASAPORTE/TARJETA SANITARIA N°: FECHA NACIMIENTO: EDAD: LUGAR DE NACIMIENTO: PAIS DE NACIMIENTO:
DOMICILIO:
TIPO DE VIA: NOMBRE DE LA VIA:
NUMERO LETRA: AM EN LA VIA: BLOQUE: PORTAL: ESCALERA: PLANTA: PUERTA: NUCLEO DE POBLACION:
PROVINCIA: PAIS: COD. POSTAL: TELEFONOS: PERSONA FALLECIDA
EMBARAZO: SI NO PERSONA CON DISCAPACIDAD: FISICA INTELECTUAL SENSORIAL MENTAL
¿TIENE PERSONAS MENORES DE EDAD O MAYORES A SU CARGO? (En caso positivo indicar si son personas menores o mayores y su numero) NO SI MENORES DE EDAD: NUMERO: PERSONAS MAYORES: NUMERO:

3 CAUSA PRESUMIBLE DE LAS LESIONES (O DEL FALLECIMIENTO)

MAL TRATO A PERSONAS:
 Violencia de género Física Psicológica Sexual
 Maltrato infantil Físico Emocional Sexual Negligencia
 Maltrato personas mayores Físico Psicológico Sexual Negligencia

AGRESION: Física Verbal Sexual Otras (especificar): _____

ACCIDENTE: Doméstico Escolar Laboral Tráfico Otras (especificar): _____

ANIMALES: Mordedura Atanazo Lameadura Otras (especificar): _____

INTOXICACION (especificar): _____

OTRAS CAUSAS (especificar): _____

4 DATOS RELACIONADOS DE LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA, SEGUN MANIFIESTA:

DIRECCION/LUGAR DE LOS HECHOS O DEL INCIDENTE:
PARA LOS CASOS DE VIOLENCIA DE GENERO MALTRATO O AGRESIONES: NOMBRE Y APELLIDOS DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S: SEXO: H M
CONDICION A LA/S PERSONA/S AGRESORA/S: SI NO

EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA CONSIGNAR: DIRECCION: TELEFONO:
RELACION/PARENTESCO DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S:
 Pareja actual Expareja Pareja del padre o de la madre Hermano/a
 Tío/a y otro familiar No familiar No especifica Hija/a Padre/Madre

OTRAS VICTIMAS EN EL MISMO INCIDENTE (consignar nombre y apellidos, relacion o parentesco con la persona lesionada)
 NO SI

TESTIGOS DEL INCIDENTE (consignar nombre y apellidos, relacion o parentesco con la persona lesionada)

LA PERSONA ACIDE:
 SOLA
 ACOMPANADA (consignar nombre y apellidos, relacion de parentesco con la persona lesionada).

DESCRIBIR COMO HAN OCURRIDO LOS HECHOS, UTILIZANDO CUANDO SEA POSIBLE (y con entresacados) LAS MISMAS PALABRAS DE LA PERSONA LESIONADA.

Ejemplar para el JUZGADO DE GUARDIA

¿QUÉ DEBEMOS HACER?

RELLENAR HOJA SIMIA

Situaciones de maltrato imputables a los propios progenitores o personas encargadas del cuidado del menor o la menor en el ámbito familiar. Si es por acoso escolar o violencia entre iguales existen otros protocolos.

CONTACTAR CON SERVICIOS SOCIALES

Notificar **SIEMPRE** en todos los casos, incluidos las sospechas leves o únicamente situaciones de riesgo

IMPRESIÓN | RESTABLECER | GUARDAR | SALIR (Página de)

JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE IGUALDAD, POLÍTICAS SOCIALES Y CONCILIACIÓN

HOJA DE NOTIFICACIÓN DE POSIBLES SITUACIONES DE RIESGO Y DESAMPARO DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA¹
(Codigo procedimiento: 17841)

CLAVE IDENTIFICATIVA: _____

1 DATOS DE LA PERSONA MENOR DE EDAD									
APELLIDO 1 ²		APELLIDO 2 ²				NOMBRE			
SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA NACIMIENTO	NÚMERA 2	NACIONALIDAD	DISCAPACIDAD: 1	<input type="checkbox"/>	TRATA: 4	<input type="checkbox"/>		
DOMICILIO									
DIRECCIÓN									
CALLE									
CALLE EN LA VÍA									
BLOQUE									
POSTAL									
ESCALERA									
PLANTA									
PUERTA									
LOCALIDAD									
PROVINCIA									
TELÉFONO FIJO									
TELÉFONO MÓVIL									

2 TIPOLOGÍAS E INDICADORES DE RIESGO Y DESPROTECCIÓN 3	
FÍSICOS: 4 <input type="checkbox"/> Manifesta que le han causado alguna lesión. <input type="checkbox"/> Magulladuras o hematomas? <input type="checkbox"/> Quemaduras? <input type="checkbox"/> Fracturas óseas? <input type="checkbox"/> Heridas? <input type="checkbox"/> Escoriones ulcerados? <input type="checkbox"/> Membranas humanas? <input type="checkbox"/> Encuadre la agresión y/o de respuestas evasivas o incoherentes? <input type="checkbox"/> Intoxicación forzada? <input type="checkbox"/> Síndrome del niño paralizado? <input type="checkbox"/> Maltrato genital forzado? <input type="checkbox"/> Miopía? <input type="checkbox"/> Explotación laboral? <input type="checkbox"/> Tráfico de drogas? NEGLIGENCIA: 5 <input type="checkbox"/> Escasa higiene, con hambre, ropa inadecuada para la estación? <input type="checkbox"/> Problemas físicos, emocionales o necesidades médicas no atendidas? <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo físico (Enfermedades reiteradas)? <input type="checkbox"/> Crecimiento o ganancia ponderal? <small>1/4</small>	EMOCIONALES: 6 <input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo físico, emocional y/o intelectual? <input type="checkbox"/> No controla enfados según su edad o habiendo contribuido no control de riesgo? <input type="checkbox"/> Actitud temerosa, silenciosa, manifiesta tristeza, apatía? <input type="checkbox"/> Cambios bruscos en el rendimiento escolar y/o conducta? <input type="checkbox"/> Llanto o llacra en algún momento? <input type="checkbox"/> Miedo de ir a la escuela, niño o adolescente. <input type="checkbox"/> Situación aislada en el niño, niña o adolescente. <input type="checkbox"/> Conductas de autolesión en el niño, niña o adolescente. <input type="checkbox"/> Cuidados excesivos / Sobreprotección? <input type="checkbox"/> Si le exige por encima de sus capacidades físicas o psicológicas. <input type="checkbox"/> Las personas cuidadoras tienen una imagen negativa, culpán, desprecian o discriminan al niño, niña o adolescente, en público? <input type="checkbox"/> Si se muestra, muestra, amenaza o discrimina. <input type="checkbox"/> Intimidación o prohibición de las relaciones sociales de manera continua. <input type="checkbox"/> Explotación o violencia doméstica física o verbal extrema y/o crónica. <input type="checkbox"/> Explotación o violencia de género? <input type="checkbox"/> Falta de interés por sus necesidades y desorganización por sus problemas. <input type="checkbox"/> Utilización en conflictos entre los figuras parentales para dañarse. <input type="checkbox"/> Clamores? VIOLENCIA SEXUAL: 7 <input type="checkbox"/> Le han obligado a mantener contactos sexuales. <input type="checkbox"/> Le han pedido que participe en una actividad sexual. <input type="checkbox"/> Le han enseñado sus órganos sexuales o se ha masturbado y realizado el acto sexual en su presencia. <input type="checkbox"/> Le han enseñado y/o hablado acerca de material pornográfico. <small>2/4</small>

¿QUÉ DEBEMOS HACER?

CUERPOS Y FUERZAS DE SEGURIDAD DEL ESTADO



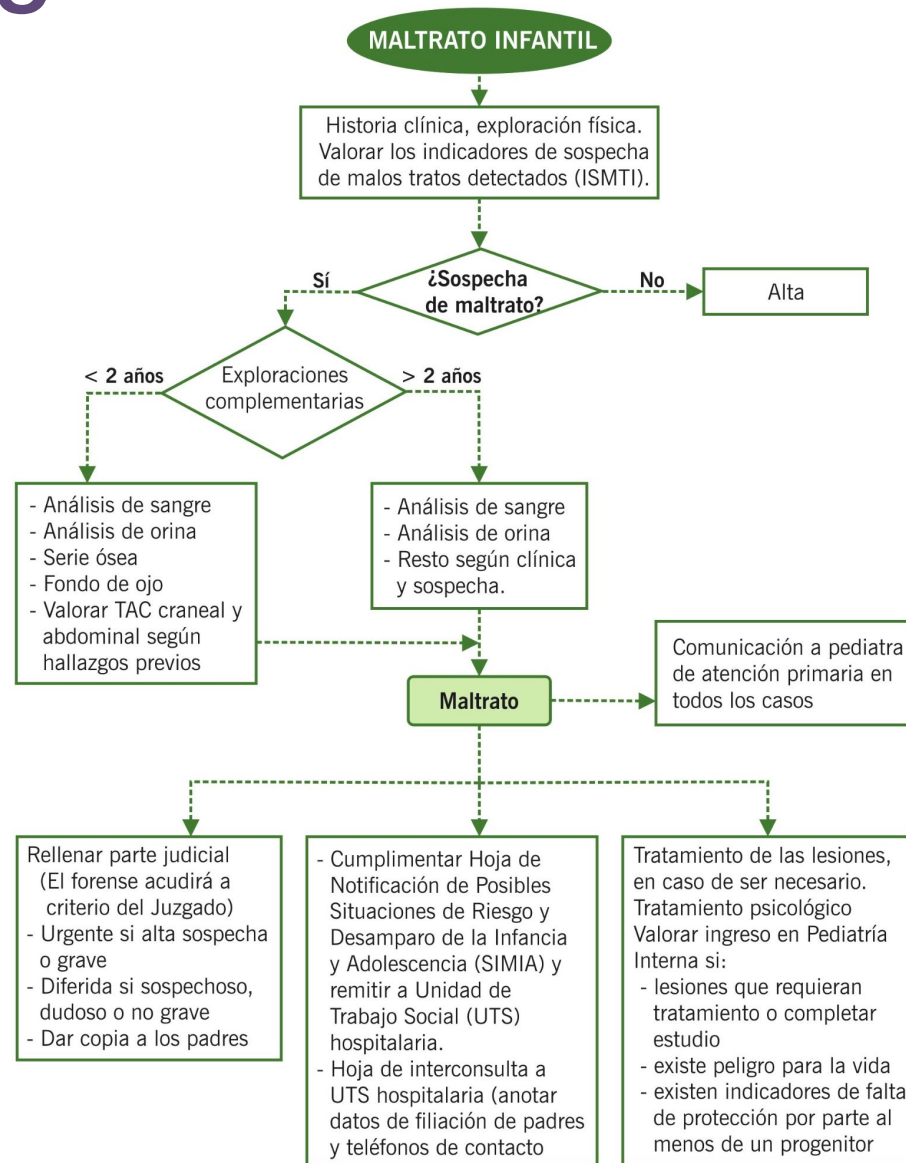
- Presunto delito
- Situación de riesgo o desamparo inminente para la integridad del menor
- Si se precisa contactar con juzgado de guardia y se desconoce cómo hacerlo

MÉDICO FORENSE

Su presencia viene determinada por orden del juez de guardia. Si se requiere, explorar al menor de forma conjunta.

Realizará el informe médico-pericial con el registro de lesiones y secuelas

ALGORITMO



BIBLIOGRAFÍA

- Paddock, M., Choudhary, A. K., Jeanes, A., Mankad, K., Mannes, I., Raissaki, M., Adamsbaum, C., Argyropoulou, M. I., van Rijn, R. R., & Offiah, A. C. (2023). Controversial aspects of imaging in child abuse: a second roundtable discussion from the ESPR child abuse taskforce. **Pediatric Radiology**, 53(5), 1042. <https://doi.org/10.1007/s00247-023-05646-1>
- D'Arco, F., Lee, P., Siddiqui, A., Nash, R., & Uggas, L. (2023). Radiologic diagnosis of non-traumatic paediatric head and neck emergencies. **Pediatric Radiology**, 53(4), 768-782. <https://doi.org/10.1007/s00247-022-05556-8>
- The Royal College of Radiologists. (2018). The radiological investigation of suspected physical abuse in children. Revised first edition. The Royal College of Radiologists.
- Radiology Assistant: Diagnostic Imaging in Child Abuse Non Accidental Trauma
- Delgado Álvarez I. El papel del radiólogo ante el niño maltratado. Protocolo de imagen y diagnóstico diferencial. Radiología, 2016
- American College of Radiology. ACR–SPR Practice Guideline for Skeletal Surveys in Children Revised 2016
- Sarma, A., Snyder, E. J., & Vankineni, K. (2023). A Radiologist's Lexicon for Reporting in Child Abuse. *RadioGraphics*, 43(7), e220101. <https://doi.org/10.1148/rg.220101>
- Sánchez Mascaraque, P., & Hervías Higuera, P. (2023). Maltrato Infantil y Abuso Sexual. *Pediatría Integral*, <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2023-06/maltrato-infantil-y-abuso-sexual/>
- Manual para la Atención a Situación de Maltrato Infantil. Grupo de Atención al Maltrato Infantil SEUP. Revisión 2021. https://seup.org/pdf_public/gt/Maltrato_infantil.pdf

¡GRACIAS POR LA ATENCIÓN!

