

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

SEDENA

SEMAR

Detección Temprana del
**ABUSO FÍSICO DESDE EL
NACIMIENTO HASTA LOS 12
AÑOS DE EDAD**
para el primer nivel de atención

Evidencias y recomendaciones

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **DIF-400-09**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

Avenida Paseo de La Reforma #450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc,
CP 06600, México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual, por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, que incluye evidencias y recomendaciones, y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Deberá ser citado como: **Detección Temprana del Abuso Físico desde el nacimiento hasta los 12 años de edad en el primer nivel de atención**. México: Secretaría de Salud, 2011.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

CIE-10: T74.1 Abuso físico

GPC: Detección Temprana del Abuso Físico desde el nacimiento
hasta los 12 años de edad para el primer nivel de atención

Autores y Colaboradores

Autores :

Dr. Ranulfo Jesus Ramos Beltrán	Pediatra	Sistema Nacional Para el Desarrollo Integral de la Familia	Médico especialista adscrito a la Dirección General de Rehabilitación y Asistencia Social	Asociación Mexicana de Pediatría
Dra. Ruth Díaz González	Médico General	Sistema Nacional Para el Desarrollo Integral de la Familia	Médico adscrita a la Dirección General de Rehabilitación y Asistencia Social	
Dra. Guillermina Toledo Chávez	Médico General	Sistema Nacional Para el Desarrollo Integral de la Familia	Jefa del Departamento Médico del Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación "Casa Hogar Niñas "Graciela Zubirán Villarreal"	
Dr. Guillermo Turrent Díaz	Pediatra	Sistema Nacional Para el Desarrollo Integral de la Familia	Médico Especialista adscrito al Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación "Casa Hogar Varones"	Sociedad Médica del Instituto Nacional de Pediatría
Dra. María de Guadalupe Juárez Hernández	Médico Internista	Sistema Nacional Para el Desarrollo Integral de la Familia	Médico Especialista adscrita al Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológico "Vicente García Torres"	Sociedad Médica Grupo Ángeles

Validación interinstitucional:

Dr. Arturo Loredó Abdalá	Pediatra especialista en el Estudio y Atención Integral al Niño Maltratado.	Instituto Nacional de Pediatría.	Coordinador de la Clínica de Atención Integral del Niño Maltratado de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de alta Especialidad.	Academia Nacional de Pediatría Academia Nacional de Medicina Academia Nacional de Bioética
Dr. Armando F. Portillo González	Pediatra	Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la adolescencia (CeNSIA)	Médico adscrito al Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la adolescencia (CeNSIA)	Academia Nacional de Pediatría

ÍNDICE

1. Clasificación.....	5
2. Preguntas a Responder.....	6
3. Aspectos Generales.....	7
3.1 JUSTIFICACIÓN.....	7
3.2 OBJETIVO.....	10
3.3 DEFINICIÓN (ES).....	12
4. Evidencias y Recomendaciones.....	13
4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA.....	14
4.1.1 Promoción a la Salud.....	14
4.1.2 Factores de Riesgo.....	16
4.2 HISTORIA CLÍNICA.....	17
4.3 DIAGNÓSTICO.....	19
4.3.1 Exploración Física.....	19
4.3.2 Signos y síntomas.....	20
4.3.2.1 Moretones.....	20
4.3.2.2 Mordeduras.....	22
4.3.2.3 Laceraciones (cortadas), Raspaduras (abrasiones) y cicatrices.....	24
4.3.2.4 Quemaduras (Lesiones por calor).....	25
4.3.2.5 Lesiones por frío.....	27
4.3.2.6 Alopecia Traumática (Caída del cabello).....	28
4.3.2.7 Fracturas.....	29
4.3.2.8 Traumatismos Intracraneales.....	32
4.3.2.9 Lesión ocular.....	35
4.3.2.10 Lesiones de columna.....	36
4.3.2.11 Lesiones viscerales.....	37
4.3.2.12 Lesiones orales.....	38
4.3.3 LABORATORIO Y GABINETE.....	39
4.4 TRATAMIENTO.....	46
5. Anexos.....	48
5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.....	48
5.2 ESCALAS DE GRADACIÓN.....	50
5.3 TABLAS.....	51
5.4 DIAGRAMAS DE FLUJO.....	52
6. Glosario.....	69
7. Bibliografía.....	71
8. Agradecimientos.....	72
9. Comité Académico.....	73
10. Directorio Sectorial y del Centro Desarrollador.....	74
11. Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica.....	75

1. CLASIFICACIÓN

Catálogo Maestro: DIF – 400 - 09	
Profesionales de la salud	Medico General Medico Terapeuta Familiar Pediatra Infectólogo Pediatra Médico Internista
Clasificación de la enfermedad	T74.1 Abuso Físico.
Categoría de GPC	Primer Nivel de Atención.
Usuarios potenciales	Médico General Médico Familiar Pediatra Médico Legista Urgenciólogo Pediatra Anestesiólogo Psiquiatra Cirujano General Radiólogo Enfermeras Odontólogos Cuidadores Trabajador Social Profesores Abogados Victimólogo Personal de salud Psicólogos
Tipo de organización desarrolladora	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF).
Población blanco	Niños y Niñas desde el nacimiento hasta los doce años de edad.
Fuente de financiamiento / Patrocinador	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF).
Intervenciones y actividades consideradas	Detección. Referencia. Prevención del abuso físico y sus complicaciones.
Impacto esperado en salud	Disminuir la incidencia del abuso físico. Mejorar el manejo. Limitar el daño.
Metodología¹	Enfoque de la GPC: Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda: Revisión sistemática de la literatura Búsquedas mediante bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda en sitios Web especializados Búsqueda manual de la literatura Número de fuentes documentales revisadas: 83 Guías seleccionadas: 3 Revisiones sistemáticas: 1 Ensayos controlados aleatorizados: 0 Reporte de casos: 0 Otras fuentes seleccionadas: 21 Validación del protocolo de búsqueda: Hospital General de México Método de validación: Validación por pares clínicos Validación interinstitucional: Instituto Nacional de Pediatría y Hospital Infantil de México "Federico Gómez" Revisión institucional: Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia Validación externa: Academia Nacional de Pediatría. Verificación final: Instituto Nacional de Pediatría (INP) y Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CeNSIA).
Método de validación y adecuación	Método de Validación de la GPC: Por pares clínicos. Validación Interinstitucional: Instituto Nacional de Pediatría (INP) y Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia CeNSIA). Validación Externa: Academia Nacional e Pediatría.
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés
Registro y actualización	Registro: Catálogo maestro DIF – 400 – 09 Fecha de actualización: Tres años a partir de su publicación.

¹ PARA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS EMPLEADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA GUÍASE PUEDE CONTACTAR AL CENETEC A TRAVÉS DEL PORTAL: WWW.CENETEC.SALUD.GOB.MX

2. PREGUNTAS A RESPONDER

1. ¿Cuáles son los factores de riesgo a considerar en la producción del abuso infantil?
2. ¿Cuáles son los síntomas y signos más comunes en el abuso físico en niños, niñas y adolescentes?
3. ¿Cuáles son los criterios de clasificación del abuso físico?
4. ¿Cuáles son los diferentes tipos de lesiones que pueden presentarse en el abuso físico?
5. ¿Cuáles son los exámenes de laboratorio y gabinete que se realizan en el caso de sospecha de abuso físico?
6. ¿Cuáles son las acciones en el manejo inicial ante la sospecha de abuso físico?
7. ¿Cuáles son los indicadores a considerar para referir a la atención multidisciplinaria u hospitalaria?
8. ¿Cuáles son los criterios a considerar para la derivación judicial?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

El maltrato y la violencia son fenómenos mundiales que tienen sus orígenes desde la existencia del hombre, en este sentido, todo ser humano es susceptible al maltrato y a la violencia; pero existen grupos con alta vulnerabilidad hacia esta situación como son los niños, niñas y adolescentes. En ocasiones es difícil distinguir entre la violencia y el maltrato, por lo que la UNICEF define a la violencia física y emocional es la que los adultos realizan con la intención de corregir una conducta no deseable y enseñar nuevas conductas que consideran importantes. Causa dolor físico y emocional en la persona agredida. La diferencia con el maltrato físico es la intensidad y la intención. El Maltrato Infantil son las acciones que realiza un adulto con la intención de hacer un daño inmediato a la persona agredida. Crea un síndrome en la víctima conocido como el síndrome del maltrato infantil. Las tres formas conocidas son: maltrato físico, emocional y psicológico. Produce lesiones físicas y emocionales indelebles, muerte o cualquier daño severo. (Unidos por la Infancia-UNICEF, 1946-2006)

La preocupación por el maltrato a los menores es relativamente reciente, fue hasta principios de los años sesenta cuando comenzó a considerarse la violencia familiar como un problema social. En 1962 Henry Kempe y Silverman, acuñaron la expresión “Síndrome del niño golpeado”, basándose en características físicas presentadas en niños que ingresaban al servicio de Pediatría del Hospital General de Denver, Colorado. Se observó que los niños no sólo eran agredidos de forma física sino emocionalmente, por negligencia, por lo cual el término “golpeado”, cambió a “maltratado”. Desde entonces se ha adoptado el concepto en sus distintas modalidades.

En México, en la Época precolombina, entre los aztecas, no había niños desposeídos, pues aunque quedaran huérfanos, la clase noble quedaba a cargo de ellos. El juego era motivo de observación y cuidado, favoreciendo las actividades de grupo, de esta manera, establecieron un claro concepto sobre el valor de la niñez como futuro de la humanidad.

En nuestro país, se destacan las publicaciones en 1965 en el Hospital de Pediatría del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Centro Médico Nacional de México, como los trabajos de Riojas-Dávila y Manzano-Sierra, Aguilar-Sánchez y col., Foncerrada-Moreno y de Saucedo-García, Moncerra-Moreno, donde se reconocieron los primeros casos de niños maltratados, así como los trabajos hechos en el Hospital Infantil de México “Federico Gómez” con la publicación de Espinoza-Morett y col., y posteriormente Marcovich-Kuba. A partir de 1984, continúa el estudio en forma interdisciplinaria, en el Departamento de Medicina Interna del Instituto Nacional de Pediatría mediante la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM), coordinado por el Dr. Arturo Loredó Abdalá y cols., Simultáneamente Baeza Herrera y cols., han desarrollado estudios de los aspectos quirúrgicos de los menores que han sido víctimas de agresión física y son atendidos en el Hospital Pediátrico Moctezuma del Departamento del Distrito Federal (Loredó Abdalá, 2001).

Así mismo, la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad de la Secretaría de Salud ha facilitado la formación del Comité para el Estudio y la Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM), estableciendo y desarrollando una Red Nacional de Registro de los Casos, en base a las expresiones clínicas, sociales y jurídicas de cada modalidad, aceptando que el centro de recepción de la información generada en cada centro, fuera el Instituto Nacional de Pediatría a través del CAINM (Loredo Abdalá , 2010).

El 2 de septiembre de 1990, tras cerca de 70 años de esfuerzos por obtener la comunidad internacional un reconocimiento de las necesidades específicas y la vulnerabilidad de los niños y niñas como seres humanos, entran en vigor la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de la Niñez. Con lo que los niños pasaron a ser sujetos tutelares de derechos en lugar de objetos de protección de sus familias o del Estado.

La violencia familiar tiene como uno de sus principales factores el maltrato infantil, éste no tiene límites sociales, culturales, ideológicos y/o geográficos, se trata de un fenómeno cuyos rasgos varían dependiendo de la posición económica, educación, grupo étnico, sexo, edad y valores o creencias de un grupo social específico. El maltrato en contra de los menores se ha incrementado en forma alarmante en los últimos diez años en todos los niveles económicos y sociales tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. Aun cuando no se tienen cifras exactas, la presencia de este hecho se hace cada vez más evidente en todos los países del mundo. Se considera que los principales factores asociados al maltrato a menores son:

- Económicas: carencias monetarias, desempleo, subempleo, entre otras.
- Sociales: farmacodependencia o alcoholismo de los padres, abuso sexual en las familias, desintegración familiar, conflictos ocasionados por el nacimiento de hijos no deseados, prostitución, orfandad, etc.
- Biológicas: limitaciones físicas en el menor, daños neurológicos, malformaciones, entre otras.
- Emocionales: incapacidad de los padres para enfrentar problemas, inmadurez emocional, baja autoestima, falta de expectativas, inseguridad extrema y problemas entre pareja que conducen a maltratar al menor, omitiendo los requerimientos básicos para su formación y desarrollo.

El maltrato infantil compete a todos los sectores ya que constituye un problema serio y requiere de acciones conjuntas del gobierno y sociedad, para disminuir el riesgo de que un menor se convierta en víctima. Ante esta premisa es necesario difundir el conocimiento que se tiene de esta situación, ofreciendo un panorama estadístico más extenso, destacando causas, características y efectos del fenómeno con el propósito de prevenirlo y así evitar consecuencias irreversibles en la persona de los niños.

De acuerdo con UNICEF, la mayor parte de la violencia que sufren los menores, se da dentro del seno familiar, por los padres, familiares cercanos a la víctima y de otros niños o niñas. En nuestro país el maltrato infantil se extiende en los distintos entornos sociales como en las escuelas, orfanatos y otras instalaciones de atención residencial para menores, en las calles, en el lugar de trabajo y en las prisiones (Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, 2005).

En 1996 el costo anual del maltrato infantil en el Reino Unido se estimó en £ 735 millones (Comisión Nacional de Investigación sobre la Prevención del Maltrato Infantil, 1996). Utilizando fuentes secundarias, Courtney (1999) estimó que los costos directos derivados de maltrato infantil en los EE.UU., incluyendo servicios de consejería y asistencia social, ascendió a \$ 14 mil millones de dólares. Wang y Holton (2007) estimó que el costo total de maltrato infantil en los EE.UU. fue de \$ 103,8 mil millones de dólares en 2007, compuesto por \$ 33,1 mil millones de dólares en costos directos y \$ 70,7 mil millones de dólares en costos indirectos. El rango de las estimaciones demuestra las dificultades y la incertidumbre en la estimación de los costos directos e indirectos del maltrato infantil. Sin embargo, ambos datos demuestran claramente que los costos económicos asociados con el maltrato infantil son sustanciales.

En el Reino Unido se realizó un análisis de los costos relacionadas con maltrato, el costo total se desconoce pues varía con el manejo individualizado, se visualiza que los costos directos asociados a la detección e intervención incrementarán; estos costos consideran:

- Las evaluaciones de los servicios sociales y las intervenciones son propensas a incurrir en costos a través de conferencias sobre el caso, el seguimiento y los costos de administración.
- Los posibles gastos para el Sistema Nacional de Salud del Reino Unido (NHS) incluyen los costos de tiempo profesional en la preparación de informes, asistir a las reuniones de casos, la supervisión y la participación en los planes de protección de los niños. El costo por hora de la medicina general (GP) ha sido estimado en £ 150 (Curtis 2007). Los costos del Sistema Nacional de Salud (NHS) pueden incluir "los recursos pesados" evaluaciones, por lo general son médicos, pero también puede incluir la evaluación de los psicólogos y psiquiatras.
- Los costos de la educación pueden, por ejemplo, incluir el costo de maestros que abandonan las aulas para asistir a conferencias sobre el caso. El costo diario de un profesor de la oferta si el mensaje debe rellenar se cree que van desde £ 150 a £ 250 por día.
- Los costos de llevar a un niño en la atención son considerables. El costo semanal de cuidado de un niño después de los malos tratos se estima en £ 696 (Curtis 2007).

Cabe destacar que la identificación temprana puede conducir a ahorros significativos como son los costos indirectos que se pueden considerar a los costos sociales relacionados a la persona que fue maltratada en la infancia y pueden incrementar los siguientes riesgos:

- Uso de alcohol y drogas, con la consecuente ausencia laboral.
- Trastornos de conducta/delinuencia juvenil.
- Conductas criminales en la juventud o en edad adulta, con el posible riesgo de ingresar a la cárcel.
- Problemas de salud mental.
- Falta de hogar.
- Encarcelamiento.
- Costos generales.

No todas las personas que sufrieron maltrato en la infancia pueden desarrollar los problemas antes mencionados. Sin embargo, para aquellas personas que lo hacen, el costo financiero para ellos y la sociedad pueden ser sustanciales. Los costos indicativos se proporcionaron como ejemplos, estos

costos no son únicamente atribuibles a maltrato infantil. Es razonable suponer que cierta superposición entre los costos identificados y la identificación temprana pueden ayudar a reducir estos costos (NHS 2009).

La experiencia muestra que es justamente en el ámbito familiar donde se registra la mayor prevalencia de violencia y/o maltrato contra los niños, las niñas y adolescentes. La creencia acerca de que la familia debe ser preservada a toda costa, implica la negación de una realidad del contexto familiar que, con frecuencia, se encuentra muy alejado del ideal e impide brindar una atención adecuada a los niños y niñas, y que repercute en su salud física y mental. Más aún, suele persistir la concepción del “derecho” de los padres, tutores o adultos a cargo de la manutención de los menores de edad a “corregirlos” o a obligarlos a realizar actividades que no corresponden a su edad, incluyendo actividades de contenido sexual.

De acuerdo con datos del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) en nuestro país, en 2009, se registraron 39,016 denuncias por maltrato infantil; en 19,404 de ellas se comprobó el maltrato, sin embargo, sólo 5,301 se presentaron ante el Ministerio Público, es decir, que solamente 27.32% de las denuncias llegaron a instancias de procuración de justicia. Además, se reportó también que de 37,545 menores de edad maltratados atendidos, 17,847 (47.53%) eran niños y 19,692 (52.44%) eran niñas. En orden descendente, los tipos de maltrato más frecuentes fueron: omisión de cuidados, maltrato físico y maltrato emocional (DIF, 2010).

El Plan Nacional de Prevención de la Violencia y el Maltrato en Niñas, Niños y Adolescentes en seguimiento a las Recomendaciones Internacionales emitidas directamente a nuestro país sobre generar estrategias y políticas de salud pública que intervengan directamente en la problemática de la violencia y el maltrato en niñas, niños y adolescentes, el CENSIA desde 2008, ha impulsado el Plan Nacional de Prevención de la Violencia y el Maltrato en Niñas, Niños y Adolescentes, el cual busca prevenir estas problemáticas, a través de acciones que sensibilicen a los padres, madres, cuidadoras (es), maestras (os) y otras personas que tratan con infantes y adolescentes, a partir de alternativas de crianza positiva y no violenta, Este Plan consiste en cinco estrategias: capacitación y sensibilización al personal de salud; orientación a madres, padres, maestros(as), cuidadores(as), sobre las formas de crianza positiva y educación libre de violencia; información a niñas, niños y adolescentes sobre cómo se manifiesta la violencia y el maltrato y desarrollo de habilidades para poder prevenirla; campaña de información y sensibilización para prevenir el maltrato; y evaluación y monitoreo de las acciones del Plan y registro de los casos en las unidades de salud. (Quinto Informe de Gobierno, 2011)

A través del Portal de las Procuradurías de la Defensa del Menor y la Familia (PDMF) se difunden los diversos servicios que se proporcionan en todo el país, como: asistencia jurídica en materia familiar, reportes de maltrato infantil, orientación a padres de familia desde las perspectivas jurídica, psicológica y de trabajo social, entre otras. Para mantener adecuadamente actualizado este portal, se establece comunicación continua con las PDMF de las entidades federativas, con el propósito de contar con un Directorio de Procuradores de la Defensa del Menor y la Familia autorizado, donde se identifique al personal responsable de los servicios y trámites que éstos prestan. De septiembre de

2010 a agosto de 2011 se han recibido 13,332 visitas, 62.2% más que las recibidas en el periodo previo (8,218). (Quinto Informe de Gobierno, 2011)

Atención a la Violencia Intrafamiliar y Maltrato al Menor en septiembre de 2010 a agosto de 2011 se atendieron 474 reportes de maltrato infantil, 15 más a los del periodo precedente, y se brindaron 2,359 asesorías jurídicas en materia familiar de primera vez de manera personal, de las que 69% se realizó entre enero y agosto de 2011. También se dieron 641 asesorías por correo electrónico y 263 por teléfono. Asimismo, se impartieron 45 pláticas en los temas de prevención y atención de maltrato infantil y violencia familiar, a las cuales asistieron 4,135 personas. Hay que tener en cuenta que estos reportes sólo hacen referencia a una fracción del universo que corresponde a los casos de maltrato en menores de edad referidos al DIF, pero permiten tener algún referente de la situación. (Quinto Informe de Gobierno, 2011)

En la opinión de niños y niñas, recogida por la ENADIS 2010, el 27% dice que sus padres le han hecho llorar; 26% manifiesta que le han pegado; 17.9% indica haber recibido amenazas de golpes de sus padres; y 18% expresa que les han dicho groserías. El 35% de niñas y niños de entre seis y nueve años ha sufrido violencia en su familia (de acuerdo con los datos de la Secretaria de Salud, 2007). Y la escuela no escapa de ella. Información del DIF reportó que, de los menores atendidos en 2010, el 51.6% fueron "por maltrato físico o emocional", y 43% "por omisión de cuidados, negligencia y abandono"; y ante el Ministerio Público en 2008 hubo un 26.5% de "casos comprobados de maltrato infantil". (Bucio Mujica, 2011)

3.2 OBJETIVO

La Guía de Práctica Clínica "**DetECCIÓN TEMPRANA DEL ABUSO FÍSICO DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS 12 AÑOS DE EDAD PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**" forma parte de las guías que integrarán el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Específico: Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer nivel de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

- Proporcionar al personal de salud de las unidades de atención de primer contacto, las herramientas para establecer el diagnóstico presuntivo de abuso físico infantil.
- Determinar las acciones preventivas para la protección de los niños.
- Describir la atención integral de los niños que sufren abuso físico acorde a las evidencias disponibles.
- Sensibilizar y motivar a los profesionales del ámbito sanitario sobre su papel en el diagnóstico, prevención y detección del abuso físico.

- Promover las actuaciones interinstitucionales en la atención integral del abuso físico infantil.
- Establecer un marco de referencia interinstitucional para la atención, diagnóstico y notificación oportuna de los casos de maltrato físico infantil, así como describir los procedimientos de atención médica, psicológica, psiquiátrica y social inmediatas.
- Mejorar la coordinación y el trabajo en red de las instituciones públicas y privadas (educación, salud, judiciales y de apoyo social) en relación al abuso físico.

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.3 DEFINICIÓN(ES)

MALTRATO INFANTIL: Toda agresión física y emocional, abuso sexual, descuido, negligencia u omisión, explotación comercial o de otro tipo; siempre intencional, no accidental realizada habitual u ocasionalmente sin importar el espacio físico donde ocurra; contra niños, niñas y jóvenes, desde la etapa prenatal y que afecte su integridad biopsicosocial, ejecutadas por una persona, institución o sociedad en el contexto de una relación de confianza, de superioridad física y/o intelectual y/o poder. (DIF)

MALTRATO INFANTIL: Toda agresión u omisión, física, sexual, psicológica o de negligencia intencional, contra una persona de la menor edad, en cualquier etapa de la vida y que afecte su integridad biopsicosocial. Esta acción puede ser realizada habitual u ocasionalmente dentro o fuera de su hogar, por una persona, institución o sociedad en función a su superioridad física, intelectual o económica. (Loredo, mayo-junio 2010)

ABUSO FÍSICO: Involucra pegar, sacudir, aventar, envenenar, quemar o escaldar, ahogar, sofocar o cualquier otra forma de daño físico al niño. El daño físico puede ser causado cuando un padre o cuidador, deliberadamente fabrica los síntomas induciendo enfermedad en el niño. (NICE, 2009)

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. La presentación de las Evidencia y Recomendaciones expresadas en las guías y demás documentos seleccionados corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

El nivel de las evidencias y la gradación de las recomendaciones se mantienen respetando la escala seleccionada para ello. Las evidencias se clasifican de forma numérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo con su fortaleza. El **Sistema de Gradación** utilizado en la presente guía es **NICE**.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía:

EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA



4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

4.1.1 PROMOCIÓN A LA SALUD

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E Existe evidencia suficiente, incluida en la literatura científica, que el maltrato infantil se puede prevenir. Sin embargo, se le ha dado poca importancia en cuanto a investigación y políticas de prevención.</p>	<p>4 (Opinión de expertos) World Health Organization and International Society for prevention of Child Abuse and Neglect, 2006.</p>
<p>E Se han identificado pocas estrategias para reducir el índice de maltrato infantil.</p> <p>Un programa efectivo de prevención es el que disminuye la incidencia del abuso infantil en la población intervenida, o bien disminuye el número de casos en un tiempo. Los criterios de efectividad propuestos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Un programa de investigación con énfasis en el diseño de investigación experimental o cuasi-experimental.• Con evidencia de un efecto preventivo significativo.• Con evidencia de efecto sostenido.• Replicación del programa con efectos preventivos demostrables.	<p>2++ (Revisión Sistemática) Soriano Faura FJ, y Cols., 2009.</p>
<p>Un programa se dice promisorio, si ha sido evaluado con un diseño fuerte, mostrando alguna evidencia de efecto preventivo, pero requiere más pruebas.</p> <p>Un programa poco claro es el que ha sido pobremente evaluado o permanece largo tiempo sin probarse.</p> <p>El resultado de una evaluación de un estudio basado en la comunidad que combinó los programas de visita domiciliaria y educación para padres, demostró que puede disminuir el 30% del número de casos nuevos de maltrato infantil, lo que equivale a que en una ciudad con 250000 reportes de nuevos casos de maltrato infantil por años, haya una disminución de 75000 casos.</p>	<p>4 (Opinión de expertos) World Health Organization and International Society for prevention of Child Abuse and Neglect, 2006.</p>

E

Todos los países integrantes de la Convención de los Derechos del Niño se comprometieron a tomar todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para prevenir la violencia contra los niños y para protegerlos de la misma.

Todo niño tiene derecho a la salud y a una vida libre de violencia. La Convención de los Derechos de la Niñez y sus Protocolos Opcionales, junto con el Comité de los derechos de la Niñez han jugado un papel principal en la sensibilización de organismos internacionales, gobiernos y Organizaciones no Gubernamentales (ONG's) en el asunto del maltrato infantil.

La Convención sobre los Derechos del Niño, establece la condición del niño como individuo y titular de derechos humanos. El niño no es propiedad de los padres ni del Estado, ni un simple objeto de preocupación en este asunto.

R

- Se deben realizar programas efectivos para la prevención del abuso.
- Trabajar la combinación de programas de visita domiciliaria y educación para padres, en familias identificadas con factores de riesgo para maltrato.

R

Se debe considerar al niño como sujeto de derechos y educar a la población en el ámbito de los derechos del niño. En este sentido las leyes han sido muy importantes en el cambio de las normas sociales.

4

(Opinión de expertos)

Convención sobre los Derechos del Niño, 2006.

World Health Organization and International Society for prevention of Child Abuse and Neglect, 2006.

C

(Revisión Sistemática)

Soriano Faura FJ, y Cols., 2009.

D

(Opinión de expertos)

World Health Organization and International Society for prevention of Child Abuse and Neglect, 2006.

D

(Opinión de expertos)

World Health Organization and International Society for prevention of Child Abuse and Neglect, 2006.

Convención sobre los Derechos del Niño, 2006.

4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

4.1.2 FACTORES DE RIESGO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E</p> <p>El Modelo Ecológico para el estudio del maltrato que mejor explica la presencia de factores de riesgo que pueden inducir abuso, es el modelo integral del maltrato infantil. Este modelo considera la existencia de diferentes niveles ecológicos que están relacionados unos dentro de otros interactuando en una dimensión temporal. Existe en este sistema factores compensadores (protectores) que actuarían según un modelo de afrontamiento, impidiendo que los factores potenciadores (de riesgo o vulnerabilidad) que se produce en las familias desencadenen una respuesta agresiva hacia sus miembros. La progresiva disminución de los factores compensadores podría explicar la espiral de violencia familiar que se produce en el fenómeno de maltrato infantil. (tabla I).</p>	<p>4</p> <p>(Opinión de expertos)</p> <p>World Health Organization and International Society for prevention of Child Abuse and Neglect, 2006.</p> <p>Soriano Faura FJ, y Cols., 2009.</p> <p>Loredo-Abdalá A, Trejo-Hernández J, García – Piña C y Cols, 2010.</p> <p>CNEGSR (SS), 2006.</p> <p>IASS, 2006.</p>
<p>R</p> <p>Para el estudio del maltrato se recomienda el Modelo Ecológico.</p>	<p>D</p> <p>(Opinión de expertos)</p> <p>Soriano Faura FJ, y Cols., 2009.</p> <p>Loredo-Abdalá A, Trejo-Hernández J, García – Piña C y Cols, 2010.</p> <p>CNEGSR (SS), 2006.</p> <p>IASS, 2006.</p>

4.2 HISTORIA CLÍNICA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	<p>Una vez que el clínico ha evaluado todas las lesiones, incluyendo la antigüedad aproximada de las lesiones (cuando sea posible), se debe tomar una historia meticulosa, completa y detallada de los cuidadores. La información debe ser obtenida de forma no acusatoria, pero detallada o modo abierto y desprovista de juicio. Otra información que puede ser útil en la evaluación médica de la sospecha de abuso físico es:</p>	<p>4 (Opinión de expertos) NICE, 2009.</p>
E	<p>Soriano Faura FJ, y Cols., 2009.</p> <p>Loredo-Abdalá A, Trejo-Hernández J, García - Piña C y Cols, 2010.</p> <p>Kellogg ND, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 2007.</p> <p>Suárez Saavedra S. y Rodríguez Suárez J. 2006.</p> <p>CNEGSR (SS), 2006.</p> <p>IASS, 2006.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historia anterior de traumatismo, hospitalizaciones, alteraciones congénitas, enfermedades crónicas. • Historia familiar, especialmente de sangrado, trastornos óseos, metabólicos o genéticos. • Historia gestacional: deseado/no deseado, planeado/ no planeado, cuidados prenatales, complicaciones posnatales, depresión posparto, parto en un marco no hospitalario. • Patrones familiares de disciplina. • Comportamiento del niño: fácil de cuidar o exigente.. • Antecedentes de abusos al niño, a sus hermanos o a los progenitores. • Historia del desarrollo del niño: lenguaje, desarrollo psicomótriz grueso y fino, hitos psicosociales. • Abuso de sustancias (problemas de adicciones) por los cuidadores o las personas que viven en el domicilio. • Dinámica familiar problemática y deficientes recursos económicos, como pueden ser: interacciones violentas entre otros miembros de la familia. • Información relativa al comportamiento del niño antes, durante y después de la lesión, incluyendo las horas de las comidas y el grado de respuesta, ya que las víctimas de un 	

traumatismo significativo suelen presentar cambios observables del comportamiento.

- Documentar el comportamiento de los cuidadores y las actividades de los cuidadores antes, durante y después de la lesión.

R

Ante la sospecha de maltrato físico se debe de buscar **información que se obtenga de forma no acusatoria, pero detallada o modo abierto y desprovista de juicio:**

- Historia anterior de traumatismo, hospitalizaciones, así como alteraciones congénitas, enfermedades crónicas.
- Antecedentes heredofamiliares especialmente de sangrado, trastornos óseos, metabólicos o genéticos.
- Historia gestacional: deseado/no deseado, planeado/ no planeado, cuidados prenatales, complicaciones posnatales, depresión posparto, parto en un marco no hospitalario.
- Patrones familiares de disciplina.
- Comportamiento del niño.
- Antecedentes de abusos al niño, sus hermanos o a los progenitores.
- Historia del desarrollo del niño: lenguaje, desarrollo psicomótriz grueso y fino, hitos psicosociales.
- Abuso de sustancias (problemas de adicciones) por los cuidadores o las personas que viven en el domicilio.
- Estrés laboral, desempleo, insatisfacción laboral, ingreso insuficiente, baja autoestima laboral.
- Obtener información relativa al comportamiento del niño antes, durante y después de la lesión, incluyendo las horas de las comidas y el grado de respuesta, ya que las víctimas de un traumatismo significativo suelen presentar cambios observables del comportamiento.

D

(Opinión de expertos)

NICE, 2009.

Soriano Faura FJ, y Cols., 2009.

Loredo-Abdalá A, Trejo-Hernández J, García - Piña C y Cols, 2010.

Kellogg ND, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 2007.

Suárez Saavedra S. y Rodríguez Suárez J. 2006.

CNEGSR (SS), 2006.

IASS, 2006.

- Documentar el comportamiento de los cuidadores y las actividades de los cuidadores antes, durante y después de la lesión.

Las explicaciones pertinentes al maltrato físico o traumatismo intencionado son:

- Explicación vaga o nula de una lesión significativa.
- Un detalle importante de la explicación cambia espectacularmente.
- Una explicación incongruente con el patrón, la edad o la gravedad de la lesión o las lesiones.
- Una explicación incongruente con las capacidades físicas y/o del desarrollo del niño.
- Distintos testigos ofrecen explicaciones marcadamente distintas de la lesión o las lesiones.

4.3 DIAGNÓSTICO

4.3.1 EXPLORACIÓN FÍSICA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 Un patrón de lesión raras veces es patognomónico de abuso o accidente sin la meticolosa consideración de la explicación ofrecida.	<p data-bbox="1227 1247 1247 1278">4</p> <p data-bbox="1097 1297 1377 1329">(Opinión de expertos)</p> <p data-bbox="1076 1352 1227 1383">NICE, 2009.</p> <p data-bbox="1076 1404 1401 1539">Kellogg ND, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 2007.</p> <p data-bbox="1076 1560 1401 1623">Suárez Saavedra S. y Rodríguez Suárez J. 2006.</p> <p data-bbox="1076 1644 1330 1675">CNEGSR (SS), 2006.</p> <p data-bbox="1076 1696 1222 1728">IASS, 2006.</p>

R

La mayoría de las lesiones de la infancia no son consecuencia de abusos o de negligencia. Las lesiones menores de los niños son en sobremanera habituales. Los médicos deben considerar que los niños sufren episodios insólitos, incluyendo los accidentes, que pueden provocar lesiones que no se observan de forma característica por causas accidentales, la identificación o exclusión del maltrato infantil supone el conjunto de piezas de múltiples fuentes de tal modo que el panorama del niño, la niña y el adolescente deben ser tomados en cuenta para determinar el diagnóstico. Además, un niño puede presentar simultáneamente lesiones infligidas y accidentales.

D

(Opinión de expertos)

NICE, 2009.

Kellogg ND, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 2007.

Suárez Saavedra S. y Rodríguez Suárez J. 2006.

CNEGSR (SS), 2006.

IASS, 2006.

4.3 DIAGNÓSTICO

4.3.2 SIGNOS Y SÍNTOMAS

4.3.2.1 MORETONES

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Es importante considerar la edad y etapa de desarrollo del niño, la ubicación y el patrón de aparición de los moretones para distinguir el origen accidental del no accidental de los mismos. Cuando el origen de los moretones es el maltrato se adhieren a los siguientes patrones:

- En los niños que no se mueven por si solos.
- Hematomas en los bebés.
- En cara (con la excepción de la frente), espalda, abdomen, brazos, nalgas, orejas y las manos.
- Contusiones que se ven alejados de las prominencias óseas.
- Múltiples contusiones agrupadas.
- Múltiples de forma uniforme.
- Lesiones en los que lleva la huella clara del artefacto utilizado, o una ligadura.

La interpretación de los moretones siempre debe tener en cuenta el contexto en el cual se producen las lesiones, historia clínica y social, etapa de

2 +

(Estudios de cohortes o de casos-controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal)

NICE, 2009.

4

(Opinión de expertos)

Kellogg ND, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 2007.

Suárez Saavedra S. y Rodríguez Suárez J. 2006.

CNEGSR (SS), 2006.

desarrollo en que se encuentran el niño, la niña o el adolescente, la explicación dada y todo tipo de información que sea disponible.

IASS, 2006.

R

Debe sospecharse abuso físico en:

- Moretones con forma de guante/mano, ligadura, palo, marcas dentales.
- Moretones o petequias (pequeñas manchas rojas o moradas) que no son causadas por condiciones médicas (como un problema de coagulación) o si la aparición del moretón no es congruente, por ejemplo:
 1. Moretones en infante que no se mueve por sí mismo.
 2. Moretones múltiples o en grupos.
 3. Moretones del mismo tamaño y figura.
 4. Moretones en áreas desprovistas de hueso (orejas, nalgas, ojos).
 5. Moretones en cuello semejando huellas de estrangulación.
 6. Moretones en tobillos marcas de ligaduras.

D

(Opinión de expertos)

NICE, 2009.

Kellogg ND, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 2007.

Suárez Saavedra S. y Rodríguez Suárez J. 2006.

CNEGSR (SS), 2006.

IASS, 2006.

R

- Localización, tamaño y forma de cualquier moretón debe ser documentada con fotografías digitales o de 35 mm.

D

(Opinión de expertos)

NICE, 2009.

Kellogg ND, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 2007.

Suárez Saavedra S. y Rodríguez Suárez J. 2006.

CNEGSR (SS), 2006.

IASS, 2006.

4.3 DIAGNÓSTICO

4.3.2 SIGNOS Y SÍNTOMAS

4.3.2.2 MORDEDURAS

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E Cualquier marca humana en un niño debe ser vista como deliberadamente inflingida. Las mordidas son dolorosas, causa de moretones y laceraciones en piel. Una marca de mordedura se presenta como dos arcos convexos opuestos dando una apariencia oval y ocasionalmente con un hematoma central. Los arcos pueden contener indentaciones irregulares de los dientes del perpetrador. En la medicina forense se considera evidencia, la cuál es requerida usualmente para identificar al perpetrador. Las mordeduras de animales tienen diferente apariencia.</p>	<p>2 + (Estudios de cohortes o de casos-controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal) NICE, 2009.</p>
<p>E Las marcas producidas por mordedura humana consisten en equimosis, abrasiones o laceraciones adoptando una forma elíptica u ovoide; mientras que las mordidas producidas por perros u otros animales carnívoros, tienden a ser avulsivas (que arrancan el tejido). Debido a que cada persona tiene una mordedura característica, el odontólogo forense es capaz de parrear modelos dentales de mordidas hechas por un sospechoso de abuso, con las impresiones o fotografías de la mordida.</p> <p>La arcada dentaria humana (especialmente cuando parecen ser de adulto: distancia intercanina > 3 cm.), el diagnóstico diferencial: mordedura de otro niño (distancia intercanina < 2,5-3 cm.), mordedura de perro o de otros animales; automutilaciones por metabolopatías o psicopatías.</p> <p>La asociación americana de odontología forense, ha desarrollado una escala fotográfica especial para este propósito.</p>	<p>4 (Opinión de expertos) <i>American Academy of Pediatric Dentistry(AAPD); 2005.</i> NICE, 2009. Kellogg ND, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 2007. Oliván GG, 2010. CNEGSR (SS), 2006. IASS, 2006.</p>

R

- Sospeche de maltrato infantil si hay reporte o hallazgo de marca de mordedura humana, que se piensa es poco probable se haya producido por la mordedura de otro niño, pueden ser recurrentes aisladas o múltiples.
- Debe considerarse descuido si hay un reporte o marca en la piel por mordedura de animal en el niño, por no haber sido supervisado adecuadamente.

D
(Opinión de expertos)

NICE, 2009.

CNEGSR (SS), 2006.

IASS, 2006.

R

Al no haber especialistas disponibles se recomienda el uso de la fotografía para documentar las características antes mencionadas. La fotografía debe ser tomada directamente sobre la mordedura, en un ángulo perpendicular a esta, para evitar cualquier distorsión, ayudándose de una regla para dimensionar la lesión y una etiqueta para identificarla.

D
(Opinión de expertos)

NICE, 2009.

Kellogg ND, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 2007.

American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD); 2005.

R

- Las mordeduras recientes deben frotarse con aplicadores estériles, con punta de algodón, previamente humedecidos, para el análisis forense de posibles marcadores genéticos en la saliva.
- Inmediatamente después de haberse frotado con un aplicador de algodón para obtener material genético.
- A las marcas de mordeduras que presentan indentaciones se les debe realizar una impresión con polivinil siloxano, ésta proporcionará un modelo tridimensional de la marca de mordedura. Este procedimiento deberá repetirse por lo menos 3 días para documentar la evolución de la mordida.

D
(Opinión de expertos,)

Kellogg ND, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 2007.

American Academy of Pediatric Dentistry(AAPD); 2005.]

R

- Deben considerarse abuso infantil cuando un prepúber, presenta equimosis (chupetones).
- Considerarse maltrato infantil cuando las mordeduras se han provocado por niños mayores y sin mediar actividades de juego.

D
(Opinión de expertos)

NICE, 2009.

4.3 DIAGNÓSTICO

4.3.2 SIGNOS Y SÍNTOMAS

4.3.2.3 LACERACIONES (CORTADAS), RASPADURAS (ABRASIONES) Y CICATRICES

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>Sospechar el maltrato si el niño presenta laceración, abrasión o cicatrices y la explicación es inadecuada. No se encontró literatura publicada y pertinente que responda a que las cortadas, raspaduras, cicatrices y rasguños sean razón para sospechar de abuso infantil.</p> <p>El profesional debe considerar el lugar, patrón, características, presentación y explicación de las lesiones para sospechar de maltrato.</p>	<p>4 (Opinión de expertos) NICE, 2009. Kellogg ND, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 2007.</p>
	<p>Se debe sospechar maltrato infantil en un niño o niña, cuya explicación es inverosímil, son ejemplos de este tipo de lesiones cuando:</p> <ul style="list-style-type: none">• En niños y niñas que no pueden moverse con independencia.• Lesiones múltiples.• Distribución simétrica.• Se observan zonas cubiertas por la ropa (por ejemplo: espalda, pecho, abdomen, tórax, axilas y genitales).• Lesiones ojos, orejas y áreas laterales de cara.• Lesiones en cuello, tobillos y muñecas que semejen ataduras.• La localización, tamaño y forma de cualquier lesión cutánea, debe ser documentada con fotografías digitales o de 35 mm u otro medio visual.	<p>D (Opinión de expertos) NICE, 2009. Kellogg ND, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 2007.</p>

4.3 DIAGNÓSTICO

4.3.2 SIGNOS Y SÍNTOMAS

4.3.2.4 QUEMADURAS (LESIONES POR CALOR)

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>Las quemaduras pueden ser químicas, térmicas, incluyendo la exposición a líquidos muy calientes o a objetos calientes, o eléctricas.</p>	<p>4 (Opinión de expertos)</p> <p>Kellogg ND, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 2007.</p>
	<p>No existe evidencia de diferencia en género, edad o el total del área corporal afectada entre las escaldaduras intencionales y las accidentales. Puede ser difícil distinguir las quemaduras inflingidas con objetos calientes de las de mecanismos accidentales, ya que en ambos tipos puede obedecer a un patrón. La historia, el número de quemaduras y la continuidad del patrón de quemadura sobre las superficies curvas del cuerpo pueden indicar una mayor posibilidad de lesión inflingida.</p>	<p>2+ (Estudios de cohortes o de casos-controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal)</p> <p>NICE, 2009.</p>
	<p>Los signos principales que indican quemaduras por escaldamiento intencional son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quemadura por escaldamiento por inmersión o quemaduras por escaldamiento de de agua corriente, cuyos signos son: <ol style="list-style-type: none"> 1. Zonas de escaldamiento en extremidades con límites superiores bien definidos y simétricos. 2. Zona de escaldamiento en la nalga, con o sin lesiones en las extremidades inferiores. 3. Lesiones por escaldamientos aislados en las extremidades inferiores. • El niño es presentado con lesiones no relacionadas, la historia relatada es incongruente con los hallazgos físicos encontrados. • Fracturas óseas u otras lesiones coexistentes. • El niño o la niña se muestra callado, introvertido y temeroso. • Historia previa de abuso infantil y violencia 	<p>4 (Opinión de expertos)</p> <p>Kellogg ND, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 2007.</p> <p>Oliván GG, 2010.</p> <p>García-Piña C y Cols. 2008.</p> <p>Suárez Saavedra S. y Rodríguez Suárez J. 2006.</p> <p>CNEGSR (SS), 2006.</p> <p>IASS, 2006.</p>

R

- doméstica.
- Lesiones accidentales previas repetidas.
- La zona de escaldamiento es uniformemente profunda, se respetan los pliegues y el centro de la nalga o la zona de escaldamiento adopta la forma de calcetín o de guante en una o varias extremidades.
- Falla de crecimiento por abandono.

Destacan elementos históricos y sociales tales como:

- Un disparador tal como ensuciarse, enuresis, trastornos de conducta, recuentos históricos distintos (falta de preocupación de los padres/cuidadores; el niño o la niña es llevado a la consulta por diferentes personas no parientes).
- Las escaldaduras inflingidas o las quemaduras por inmersión forzada pueden tener un patrón bien delimitado con pocas o ninguna marca de salpicadura.

Se debe recoger la vestimenta que lleve el niño durante la quemadura, ya que puede dar información acerca de la causa.

- Sospecha abuso infantil si el niño o niña tienen lesiones por quemaduras o por escaldamiento.
- Si la explicación de las lesiones es incoherente o no existe.
- Si el infante no se mueve por sí mismo.
- Si el área afectada de tejidos blandos no habría la posibilidad de estar en contacto con objetos calientes (dorso de las manos, planta de los pies, nalgas o espalda).
- Bordes nítidos que producen la forma del objeto (quemaduras por cigarrillos, la superficie caliente de una plancha, una hornilla, sartén, cuerda, etc.), así como una distribución simétrica en forma de "calcetín o de guante" (producidas por inmersión en agua caliente); en forma de "imagen en espejo" (palmas de manos, plantas de pies).
- Que necesariamente impliquen la inmersión en el líquido hirviendo:
 1. Quemaduras por escaldaduras en nalgas, periné y miembros inferiores.
 2. Quemaduras por 61
 3. en extremidades figurando un guante o

D

(Opinión de expertos)

NICE, 2009.

Kellogg ND, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 2007.

Oliván GG, 2010.

García-Piña C y Cols. 2008.

Suárez Saavedra S. y Rodríguez Suárez J. 2006.

CNEGSR (SS), 2006.

IASS, 2006.

R

- calcetín.
4. Quemaduras por escaldaduras simétricas en extremidades.
 5. Lesiones por escaldaduras con bordes bien delineados.
- Buscar escaldaduras infligidas por inmersión forzada pueden tener un patrón bien delimitado con pocas o ninguna marca de salpicadura.
 - Se debe recoger la vestimenta que lleve el niño durante la quemadura, ya que puede dar información acerca de la causa.

D
(Opinión de expertos)

NICE, 2009.

Kellogg ND, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 2007.

García-Piña C y Cols. 2008.

4.3 DIAGNÓSTICO

4.3.2 SIGNOS Y SÍNTOMAS

4.3.2.5 LESIONES POR FRÍO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E</p>	<p>No hay datos publicados que documenten la asociación entre las lesiones por frío y el abuso infantil, debiéndose tener presente este tipo de lesión (quemadura por frío) cuando lo padres den una explicación incongruente.</p>	<p>4 (Opinión de expertos) NICE, 2009. Suárez Saavedra S. y Rodríguez Suárez J. 2006.</p>
<p>R</p>	<p>Considere abuso infantil si el niño o la niña tienen lesiones provocadas por frío (por ejemplo manos o pies hinchados o rojos) para las que no haya explicación y/o si presenta hipotermia y la explicación que se da es incongruente.</p>	<p>D (Opinión de expertos) NICE, 2009. Suárez Saavedra S. y Rodríguez Suárez J. 2006.</p>

4.3 DIAGNÓSTICO

4.3.2 SIGNOS Y SÍNTOMAS

4.3.2.6 ALOPECIA TRAUMÁTICA (CAÍDA DEL CABELLO)

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	<p>No hay evidencia que documente la asociación entre la pérdida de cabello y el abuso infantil.</p> <p>La pérdida de cabello por arrancamiento constituye un signo de abuso infantil, pero se debe asegurar de quien la produjo. La pérdida de cabello inexplicada es una lesión poco frecuente sin causa aparente. Se sospecha cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se presenten zonas combinadas de zonas de pelo sano entre zonas arrancadas sin que sigan una distribución determinada. • Diferente longitud de pelo en una zona del cuero cabelludo sin explicación aparente. • Localización occipital u occipito-parietal. <p>Se debe realizar diagnóstico diferencial con: áreas decalvantes por permanencia en decúbito (lactantes); tricotilomanía; enfermedades dermatológicas (tiñas, alopecia areata).</p>	<p style="text-align: center;">4 (Opinión de expertos)</p> <p>NICE, 2009. Oliván GG, 2010.</p>
R	<p>El autoarrancamiento en ausencia de condiciones médicas, puede producirse por el stress emocional secundario al abuso.</p> <p>En la pérdida de cabello en algunas zonas sin una patología médica se debe investigar probable maltrato, cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se presenten zonas combinadas de zonas de pelo sano entre zonas arrancadas sin que sigan una distribución determinada. • Diferente longitud de pelo en una zona del cuero cabelludo sin explicación aparente. • Localización occipital u occipito-parietal. <p>En caso de que el médico tratante considere necesario solicitará el apoyo del dermatólogo.</p>	<p style="text-align: center;">D (Opinión de expertos)</p> <p>NICE, 2009. Oliván GG, 2010.</p>

4.3 DIAGNÓSTICO

4.3.2 SIGNOS Y SÍNTOMAS

4.3.2.7 FRACTURAS

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<div data-bbox="228 510 380 663" style="background-color: #4a7ebb; color: white; border-radius: 10px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;">E</div>	<p>Las evidencias de las Revisiones Sistemáticas mostraron que las fracturas cuyo origen es de abuso sexual son más frecuentes en niños y niñas mayores de 18 meses, asimismo las fracturas múltiples son más probables que se deban a maltrato físico. Se puede encontrar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cualquier fractura/luxación en niños menores de dos años (especialmente si todavía no deambula). • Fracturas múltiples y/o bilaterales, en distintos estadios evolutivos de consolidación • Mecanismos de producción plenamente discordantes con la capacidad del niño por su edad de maduración. • Asociación frecuente con lesiones cutáneo mucosas, internas, por intoxicación intencionada o por negligencia. <p><i>Tipos de fracturas más frecuentemente observadas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fracturas diafisarias en la mitad de los huesos largos ["en espiral" (por fuerza rotacional), transversas u oblicuas (por trauma directo perpendicular al eje axial)]. • Fracturas metafisarias por arrancamiento secundarias a mecanismo de tracción y torsión simultáneo y forzado. • Lesión epifisaria con desplazamiento, arrancamiento o fractura. • Despegamiento perióstico exuberante por hemorragia subperióstica; formación de nuevo hueso perióstico. • Fracturas craneales de tipo lineal, conminutas, con hundimiento o diastasadas, por impacto directo. • Fracturas en nariz (huesos propios, tabique) o mandíbula por impacto directo. • Fracturas luxaciones de columna vertebral por 	<p style="text-align: center;">2+</p> <p>Estudios de cohortes o de casos-controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal)</p> <p>NICE, 2009.</p> <p>Kellogg ND, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 2007.</p> <p style="text-align: center;">4</p> <p>(Opinión de expertos)</p> <p>Gómez de Terreros I., Serrano urbano I., Martínez Martín MC., 2006.</p> <p>Oliván GG, 2010.</p> <p>Suárez Saavedra S. y Rodríguez Suárez J. 2006.</p> <p>CNEGSR (SS), 2006.</p> <p>IASS, 2006.</p>

mecanismo de hiperflexión hiperextensión forzada o por impacto directo.

- Fracturas costales múltiples, frecuentes en región posterior (adyacente al cuerpo vertebral) o lateral, por trauma directo o compresión anteroposterior del tórax.
- Fracturas de escápula o esternón, por trauma directo o compresión anteroposterior del tórax.
- Fracturas digitales.
- Otras fracturas (espinales, pélvicas, manos, pies, mandibulares, esternales):

Sospecha de maltrato infantil si un niño tiene una o varias fracturas en ausencia de una afección médica que predisponga a la fragilidad de los huesos (por ejemplo, osteogénesis imperfecta, etc.) o exista una explicación incongruente. Se debe diferenciar entre fractura accidental vs maltrato.

R

Se debe sospechar el abuso infantil cuando el niño o la niña se presenta con una o más fracturas en ausencia de condiciones médicas que los predispongan a tener huesos frágiles (Por ejemplo: osteogénesis imperfecta, osteopenia del prematuro) o si su explicación es inverosímil o no existe. Estas presentaciones incluyen:

- Fracturas de diferentes estadios de presentación.
- Evidencia radiológica de fracturas ocultas (fracturas que se identificaron solo radiológicamente) Por ejemplo fracturas costales en los infantes.
- Cualquier fractura/luxación en niños menores de dos años (especialmente si todavía no deambula).
- Fracturas múltiples y/o bilaterales, en distintos estadios evolutivos de consolidación

Tipos de fracturas más frecuentemente observadas:

- Fracturas diafisarias en la mitad de los huesos largos ["en espiral" (por fuerza rotacional), transversas u oblicuas (por trauma directo perpendicular al eje axial)].
- Fracturas metafisarias por arrancamiento secundarias a mecanismo de tracción y torsión simultáneo y forzado.

D

(Opinión de expertos)

NICE, 2009.

Kellogg ND, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 2007.

Oliván GG, 2010.

Suárez Saavedra S. y Rodríguez Suárez J. 2006.

CNEGSR (SS), 2006.

IASS, 2006.

- Lesión epifisaria con desplazamiento, arrancamiento o fractura.
- Despegamiento perióstico exuberante por hemorragia subperióstica; formación de nuevo hueso perióstico.
- Fracturas craneales de tipo lineal, conminutas, con hundimiento o diastasadas, por impacto directo.
- Fracturas en nariz (huesos propios, tabique) o mandíbula por impacto directo.
- Fracturas luxaciones de columna vertebral por mecanismo de hiperflexión hiperextensión forzada o por impacto directo.
- Fracturas costales múltiples, frecuentes en región posterior (adyacente al cuerpo vertebral) o lateral, por trauma directo o compresión anteroposterior del tórax.
- Fracturas de escápula o esternón, por trauma directo o compresión anteroposterior del tórax.
- Fracturas digitales.
- Otras fracturas (espinales, pélvicas, manos, pies, mandibulares, esternales):

Se debe realizar una exploración metódica cefalo-caudal palpando todas las estructuras óseas en busca de fracturas agudas o en fase de cicatrización (formación de callo), se deben de buscar además marcas de sujeción que pueden estar acompañadas de otras lesiones, tumefacciones que nos pueden indicar lesiones recientes.

Se debe diferenciar entre fractura accidental contra maltrato.

E

Una revisión sistemática identificó tres estudios de nivel II basados con una población de niños que sufrieron fractura de fémur cuya causa fue el maltrato infantil, se reconoce que los elementos más importantes en la evaluación de un niño maltratado son una historia clínica completa y un examen físico con especial atención a los signos y síntomas de abuso infantil.

La Academia Americana de Cirugía Ortopédica (AAOS) define la “evaluación” de un niño para el

4

(Opinión de expertos)

Loredo-Abdalá A, Trejo-Hernández J, García - Piña C y Cols, 2010.

AAOS, 2009.

abuso sin embargo, en las instituciones donde exista un equipo multidisciplinario sobre el tópico se debe de consultar con el equipo, estos profesionales puede agregar información valiosa, basada en la experiencia, lo que aumenta la probabilidad de identificar pacientes que pueden estar en mayor riesgo, se deben de ordenar los estudios correspondientes del esqueleto y ser valorado por el médico ortopedista cuando lo considere oportuno el médico tratante.

Además, la Academia Americana de Cirugía Ortopédica (AAOS) hace hincapié que los niños que todavía no puede caminar, una fractura de fémur puede ser un indicativo de maltrato infantil, por lo que es necesario centrarse en los pacientes que son menos de tres años de edad.



La AAOS recomienda que un niño menor de 36 meses con una fractura diafisaria de fémur debe ser evaluado por abuso infantil.

D
(Opinión de expertos)
Kellogg ND, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 2007.

AAOS, 2009.

4.3 DIAGNÓSTICO

4.3.2 SIGNOS Y SÍNTOMAS

4.3.2.8 TRAUMATISMOS INTRACRANEALES

E	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>Sospeche de maltrato infantil si un niño o niña presentan una lesión intracraneal en ausencia de un trauma por accidente que haya sido confirmado o de alguna causa médica conocida una o varias de las siguientes circunstancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de explicación, o una explicación incongruente. • En niños menores de 3 años, además se deben de buscar en forma intencionada: 	<p>2+ (Estudios de cohortes o de casos-controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal)</p>

E

1. Hemorragia retiniana.
 2. Fracturas de las costillas o de huesos largos.
 3. Otras lesiones inflingidas asociadas.
- Lesiones más frecuentemente observadas hematoma subdural (agudo o crónico), hematoma agudo, subdural ínterhemisférico en región parieto occipital, hemorragias subaracnoideas, edema cerebral, focos de contusión cerebral, infartos isquémicos, atrofia cerebral con degeneración quística, hematoma epidural, dilatación del sistema ventricular, edema pulmonar, inicio de crisis convulsivas.

Mecanismos de producción: impacto directo sobre el cráneo; aceleración-desaceleración de la cabeza de atrás adelante ("Síndrome del niño sacudido"); compresión de la arteria carótida primitiva ("Síndrome de estrangulamiento"); aceleración rotacional brusca de la cabeza traccionando de la oreja ("Síndrome de la oreja en coliflor"); compresión persistente y violenta del tórax. Secuelas: lesiones cerebrales permanentes e irreversibles (tetraplejia espástica, disfunciones motoras importantes, ceguera cortical, trastornos convulsivos, hidrocefalia, microcefalia); retraso mental; problemas del aprendizaje, motrices o conductuales. Neuroimagen.

Los síntomas clínicos son variables: irritabilidad, letargia, vómitos, trastornos respiratorios, déficits motores e incluso crisis convulsivas, etc. El examen clínico puede mostrar una hipertensión de fontanela y alteraciones a nivel de fondo de ojo y trazado del Electroencefalograma (EEG), se debe valorar con la Escala de Glasgow para conocer el estado neurológico del menor.

Hay una fuerte evidencia que establece que la lesión de cabeza por abuso ocurre primariamente en lactantes menores y mayores. Estos niños tienen una variable presentación clínica, pues va desde los síntomas inespecíficos como podría ser el vómito, irritabilidad hasta pérdida de la conciencia. Las lesiones intracraneales que incluyen la hemorragia subdural, con o sin hemorragia subaracnoidea que son pequeñas y difusamente distribuidas. Las lesiones hipóxicas isquémicas que son más frecuentes en aquella población maltratada que la no

NICE, 2009.

4
(Opinión de expertos)

Kellogg ND, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 2007

Lachica López E, 2010.

Oliván GG, 2010.

Loredo Abdalá, 2011.

Suárez Saavedra S. y Rodríguez Suárez J. 2006.

CNEGSR (SS), 2006.

IASS, 2006.

R

maltratada. Existe una asociación importante entre la lesión intracraneal y la presencia de hemorragias retinianas, episodios de apnea y fracturas esqueléticas. Los niños con lesiones cefálicas por abuso pueden presentarse con déficits neurológicos sin tener signos de lesiones externas.

Debe sospecharse abuso infantil cuando el niño o la niña tienen lesión intracraneal en ausencia de trauma mayor confirmado como accidental o de una causa médica conocida, en cualquiera de las circunstancias que, a continuación, se señalan:

1. No se dan explicaciones verosímiles o no existen.
2. La edad del niño o niña no rebasan los 3 años.
3. Existencia de hemorragia retiniana, o fractura costal o fractura de huesos largos u otras lesiones asociadas a lesiones inflingidas.
4. Existen hemorragias subdurales múltiples con o sin hemorragia subaracnoidea con o sin daño isquémico hipóxico (daño al cerebro por falta de oxígeno o riego sanguíneo) al cerebro.

Se debe valorar con la Escala de Glasgow para conocer el estado neurológico del menor.

R

El oftalmólogo ser posible debe ofrecer documentación de las hemorragias retinianas mediante fotografías o dibujos detallados.

D

(Opinión de expertos)

NICE, 2009.

Kellogg ND, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 2007

Lachica López E, 2010.

Oliván GG, 2010.

Loredo Abdalá, 2011.

Suárez Saavedra S. y Rodríguez Suárez J. 2006.

CNEGSR (SS), 2006.

IASS, 2006.

D

(Opinión de expertos)

Kellogg ND, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 2007.

Suárez Saavedra S. y Rodríguez Suárez J. 2006.

4.3 DIAGNÓSTICO

4.3.2 SIGNOS Y SÍNTOMAS

4.3.2.9 LESIÓN OCULAR

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	<p>Debe sospecharse el maltrato infantil si un niño o niña tiene hemorragias retinianas o por lesiones en el ojo, en ausencia de algún trauma importante por accidente que haya sido confirmado o alguna explicación médica conocida, incluyendo los factores neonatales.</p> <p>Se debe considerar la exploración del fondo de ojo en busca de hemorragias retinianas en todo lactante o niño pequeño en sospecha de ser víctima de un abuso físico. En condiciones óptimas un oftalmólogo deberá realizar la exploración con pupilas dilatadas mediante oftalmoscopia indirecta. Se deberá documentar la lesión mediante dibujos o fotografía haciendo referencia a la localización, profundidad y extensión de la hemorragia.</p> <p>Tipos de lesiones</p> <p>Los principales mecanismos de producción: impacto directo sobre el ojo y similares a los de las lesiones intracraneales. Las lesiones oftalmológicas observadas pueden ser:</p> <ul style="list-style-type: none">• Lesiones directas: son lesiones traumáticas que pueden aparecer en cualquier momento y, por tanto, no son específicas del niño maltratado. Con excepción de la ceguera, el principal riesgo que entrañan es la ambliopatía (sobre todo en niños menores de 5 años). Dentro de ellas podemos considerar:<ol style="list-style-type: none">1. Afección de los párpados (edema, heridas, pérdida de sustancia).2. Lesiones de la conjuntiva (hemorragias, heridas, quemosis).3. Lesiones del segmento anterior (heridas de córnea, hipema, cataratas, iritis, atrofia del iris, sinequias irido-cristalinas, glaucoma congénito bilateral post-traumático).4. Lesiones del segmento posterior (hemorragia del vítreo, retinianas unilaterales o bilaterales,	<p>2+</p> <p>(Estudios de cohortes o de casos-controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal)</p> <p>NICE, 2009.</p> <p>4</p> <p>(Opinión de expertos)</p> <p>Kellogg ND, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 2007</p> <p>Oliván GG, 2010.</p> <p>Lachica López E, 2010.</p> <p>Suárez Saavedra S. y Rodríguez Suárez J. 2006.</p> <p>CNEGSR (SS), 2006.</p> <p>IASS, 2006.</p>

desgarros retinianos, desprendimientos de retina, desgarros de coroides, edema de papila, “placas lacunares”, etc.)

- Lesiones coriorrerinianas: se caracterizan por ser siempre bilaterales, no se suponen una situación de urgencia, ni afectan al campo visual, pero siempre que se evidencie su existencia, habrá que pensar inmediatamente en la sospecha de un niño maltratado. Se localizan en la región temporal superior. Son lesiones atróficas y pigmentarias de tamaño y forma variable (unas veces puntiformes y otras más amplias) que aparecen rodeadas de pigmento negrozco.

Secuelas: cicatriz macular, atrofia óptica y ceguera.

Estos datos se pueden encontrar en el Síndrome del niño sacudido.

R

Realizar la exploración del fondo de ojo en busca de hemorragias retinianas en todo lactante o niño pequeño en sospecha de ser víctima de un abuso físico. En caso de considerar el médico tratante, se deberá solicitar una valoración por oftalmología quien documentará la lesión mediante dibujos o fotografía haciendo referencia a la localización, profundidad y extensión de la hemorragia.

D

(Opinión de expertos)

NICE, 2009.

Oliván GG, 2010.

Suárez Saavedra S. y Rodríguez Suárez J. 2006.

CNEGSR (SS), 2006.

IASS, 2006.

4.3 DIAGNÓSTICO

4.3.2 SIGNOS Y SÍNTOMAS

4.3.2.10 LESIONES DE COLUMNA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Las características clínicas típicas de las lesiones de columna fueron: signos neurológicos focales, apnea, presión intracraneal elevada y deterioro neurológico general.

4

(Opinión de expertos)

NICE, 2009.

Los daños espinales fueron clasificados como lesiones esqueléticas (lesiones óseas, ligamentosas),

lesiones que involucran a los dos, lesión medular espinal con o sin lesión ósea y lesión medular espinal sin anomalías radiológicas.

Las lesiones vértebroespinales de todas las causas son raras en niños y muchas se asocian con una historia de trauma significativo tales como accidentes de vehículo en movimiento o lesiones deportivas. Los casos de lesiones medulares espinales debidas al abuso, son causa de alta morbilidad y mortalidad.



Sospeche el abuso físico si un niño o niña presenta indicios de una lesión en la columna vertebral o en el interior del conducto vertebral en ausencia de algún trauma importante por accidente que haya sido confirmado. Las lesiones de la columna vertebral pueden presentarse como:

- Un hallazgo en la revisión esquelética o en la resonancia magnética.
- Una lesión cervical asociada con alguna lesión provocada en la cabeza.
- Una lesión toracolumbar asociada con alguna neurológica focal o cifosis (curvatura o deformidades de la columna) sin explicación.

D
(Opinión de expertos)

NICE, 2009.

4.3 DIAGNÓSTICO

4.3.2 SIGNOS Y SÍNTOMAS

4.3.2.11 LESIONES VISCERALES

E	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Las lesiones por abuso incluyen ruptura o hematomas de órganos huecos (estómago, intestino delgado incluyendo duodeno y del recto); daño pancreático incluyendo pancreatitis inexplicable; laceraciones de órganos sólidos o contusiones torácicas (hemotórax, neumotórax o quilotórax), abdominal (riñón, hígado, bazo); y daño a vasos mayores (vasos mesentéricos son especialmente vulnerables). Donde no hay historia de lesiones y no hay moretones en el abdomen, el diagnóstico se presentará cuando el niño tenga un colapso	<p>2- (Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgos)</p> <p>NICE, 2009.</p> <p>4 (Opinión de expertos)</p> <p>Kellogg ND, American</p>

presentado después de algún tiempo de haber ocurrido la lesión. En el abuso, será necesario considerar cualquier lesión que sea inadecuadamente explicada.

Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 2007.

Oliván GG, 2010.

Los mecanismos de producción: impacto directo y/o compresión. El cuadro clínico: abdominal, con distensión, dolor, vómitos y/o hemorragia; abdominal obstructivo; dificultad respiratoria; inespecífico.



Se debe sospechar abuso físico cuando el niño o la niña tienen una lesión intraabdominal o intratorácica, y no ha habido historia reciente de accidente traumático y no hay una explicación creíble o bien está ausente. Además puede no haber hematomas externos u otras lesiones.

D
(Opinión de expertos)

NICE, 2009.

4.3 DIAGNÓSTICO

4.3.2 SIGNOS Y SÍNTOMAS

4.3.2.12 LESIONES ORALES

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>En todas las lesiones vistas en los casos de sospecha de abuso físico, en que las descripciones que no sean consistentes con la lesión deban alertar la posibilidad de abuso.</p> <p>Las lesiones de la cavidad oral incluyen dientes, encías, lengua, frenillo labial y lingual, paladar duro y blando o la mucosa oral. El personal odontológico es quien particularmente identifica estas.</p> <p>La evidencia no mostró manera de distinguir las lesiones producidas por accidentes, de aquellas producidas intencionalmente. Las lesiones orales provocadas pueden no sospecharse, por lo que todos los profesionales involucrados en el abuso, deben inspeccionar la boca del niño.</p>	<p>2+ (Estudios de cohortes o de casos-controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal)</p> <p>NICE, 2009.</p>

R

Se debe sospechar abuso infantil cuando el niño o la niña se presentan una lesión oral para la cual la explicación está ausente o no creíble, en caso del que el médico tratante considere necesario solicitará el apoyo del odontólogo.

D
(Opinión de expertos)

NICE, 2009.

4.3 DIAGNÓSTICO

4.3.3 LABORATORIO Y GABINETE

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Cuando se sospeche un abuso como causa de lesión el clínico puede realizar pruebas en busca de otras lesiones o de causas médicas subyacentes a la lesión, la extensión del estudio diagnóstico depende de varios factores como la gravedad de la lesión, el tipo de lesión, la edad del niño y los hallazgos de la exploración.

4

(Opinión de expertos)

Kellogg ND, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 2007.

Suárez Saavedra S. y Rodríguez Suárez J. 2006.

CNEGSR (SS), 2006.

IASS, 2006.

E

Pruebas de trastornos hematológicos: hemograma, plaquetas, tiempo de protrombina, tiempo de tromboplastina parcial, Razón Internacional Normalizada, tiempo de sangría, tras las pruebas iniciales de cribado pueden estar indicadas otras pruebas (factores de coagulación)

4

(Opinión de expertos)

Kellogg ND, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 2007.

Suárez Saavedra S. y Rodríguez Suárez J. 2006.

1. Se recomienda cuando exista trastornos de sangrado y la presentación clínica o la historia familiar.

2. Se recomienda realizar estudios para descartar una Coagulación Intravascular Diseminada en los pacientes con lesión intracraneal, porque la lesión intraparenquimatosa puede alterar la coagulación.

3. Se recomienda realizar la PFa-100: para establecer la función plaquetaria es preferible la actividad de la función plaquetaria al tiempo de sangría, donde se

disponga de ella.

R

Realizar estudios de laboratorio: Biometría Hemática completa, Pruebas de coagulación o las requeridas según el caso.

D

(Opinión de expertos)

Kellogg ND, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 2007.

Suárez Saavedra S. y Rodríguez Suárez J. 2006.

CNEGSR (SS), 2006.

IASS, 2006.

E

Las pruebas diagnósticas de laboratorio que pueden ser necesarias realizar en sospecha de maltrato infantil se mencionan a continuación:

- Enzimas cardiacas: troponinas, creatina quinasa con subunidades muscular y cerebral (CK-MB).
- Pruebas de enzimas hepáticas: aspartato aminotransferasa, alanina aminotransferasa, puede ser útil para el diagnóstico de una lesión hepática oculta.
- Enzimas pancreáticas: amilasa, lipasa.
- El análisis de orina también puede conducir al descubrimiento de un traumatismo inesperado de las vías urinarias y los riñones.
- Para diagnóstico diferencial se deben pedir Calcio, fosfatasa alcalina, fósforo, vitamina D, ósea: raquitismo hormona paratifoidea
- Los estudios radiológicos, incluyendo la tomografía computarizada son útiles para determinar el tipo y la gravedad del traumatismo intraabdominal y se deben realizar en la mayoría de los casos en los que la exploración física no sea fiable por la edad del paciente, la presencia de otras lesiones que puedan oscurecer la exploración abdominal o la presencia de un traumatismo craneal.

4

(Opinión de expertos)

Kellogg ND, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 2007.

R

Se deben realizar estudios de laboratorios que pueden ser necesarios en los casos de sospecha de maltrato infantil como son:

- Enzimas cardiacas: troponinas, creatina quinasa con subunidades muscular y cerebral (CK-MB).
- Pruebas de enzimas hepáticas: aspartato aminotransferasa, alanina aminotransferasa, puede ser útil para el diagnóstico de una lesión hepática oculta.
- Enzimas pancreáticas: amilasa, lipasa.
- El análisis de orina también puede conducir al descubrimiento de un traumatismo inesperado de las vías urinarias y los riñones.
- Para diagnóstico diferencial se deben pedir Calcio, fosfatasa alcalina, fósforo, vitamina D, ósea: raquitismo hormona paratifoidea.
- Los estudios radiológicos (tomografía computarizada) se deben realizar en la mayoría de los casos en los que la exploración física no sea fiable por la edad del paciente, la presencia de otras lesiones que puedan oscurecer la exploración abdominal o la presencia de un traumatismo craneal.

E

En las mordeduras es necesario:

- Tomar frotis en fresco con aplicador estéril, con punta de algodón, previamente humedecidos, para el análisis forense de posibles marcadores genéticos en la saliva.
- A las marcas de mordeduras que presentan indentaciones se les debe realizar una impresión con polivinil siloxano, ésta proporcionará un modelo tridimensional de la marca de mordedura. Este procedimiento deberá repetirse por lo menos 3 días para documentar la evolución de la mordida.

R

- Si la mordida es fresca y la piel no ha sido lavada, la saliva del perpetrador puede estar presente sobre la piel de la víctima y puede ser colectada como evidencia forense. Debe ser utilizada una gasa estéril para frotar la piel sobre la mordida, debe colocarse en un sobre de papel (no plástico), rotulado con el nombre del paciente, la descripción de la fuente del espécimen, el

D

(Opinión de expertos)

Kellogg ND, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 2007.

4

(Opinión de expertos)

Kellogg ND, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 2007.

American Academy of Pediatric Dentistry(AAPD); 2005.

D

(Opinión de expertos)

Kellogg ND, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 2007.

nombre del colector, la fecha y hora de la recolección. El sobre debe ser sellado y guardado en un lugar seguro hasta entregarlo a la policía.

- Inmediatamente después de haberse frotado con un aplicador de algodón para obtener material genético, a las marcas de mordeduras que presentan indentaciones se les debe realizar una impresión con siloxane polivinil, ésta proporcionará un modelo tridimensional de la marca de mordedura. Este procedimiento deberá repetirse por lo menos 3 días para documentar la evolución de la mordida.

E

La "radiografía corporal" (un estudio que incluya a la totalidad del lactante o niño pequeño en una o dos radiografías) o revisiones esqueléticas abreviadas no tienen papel en la valoración por imagen de estas anomalías óseas sutiles pero altamente específicas. 7.5 por ciento de los estudios radiológicos fueron positivos en el estudio de casos de malos tratos y negligencia en niños. Lo más importante es que en 3.7% de las exploraciones radiológicas, se demostraron lesiones que ni en la historia clínica inicial ni en la exploración física se habían detectado. La contribución diagnóstica por las técnicas de imagen en el abuso infantil es sin duda importante, pero siempre valorándolas en el contexto de una historia clínica, social y tras una exploración física muy cuidadosa, exhaustiva y considerando que el diagnóstico y seguimiento de los niños maltratados es labor de un equipo multidisciplinario en el que el Radiólogo debe estar integrado y comprometido.

E

En los aspectos técnicos se considera que los sistemas de imagen pediátricas de bajas dosis con fines globales proporcionan un detalle anatómico insuficiente para valorar las imágenes del esqueleto del lactante y del niño pequeño. Los modernos sistemas habitualmente utilizan cassetes de película especial e intensificadora de imágenes para minimizar la exposición.

American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD); 2005.

4

(Opinión de expertos)

Gómez de Terreros I., Serrano urbano I., Martínez Martín MC., 2006.

Kellogg ND, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 2007.

Suárez Saavedra S. y Rodríguez Suárez J. 2006.

CNEGSR (SS), 2006.

IASS, 2006.

4

(Opinión de expertos)

Gómez de Terreros I., Serrano Urbano I., Martínez Martín MC., 2006.

Kellogg ND, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 2007.

E

La técnica radiológica digital ha comenzado a sustituir la técnica de película, sin embargo debe demostrar tener un rendimiento comparable a esta última, antes de que se utilice rutinariamente en casos de sospecha de malos tratos infantiles.

4

(Opinión de expertos)

Gómez de Terreros I.,
Serrano urbano I.,
Martínez Martín MC.,
2006.

Kellogg ND, American
Academy of Pediatrics
Committee on Child Abuse
and Neglect, 2007.

E

En todo traumatismo abdominal secundario a maltrato se deben practicar estudios radiológicos, incluyendo la tomografía computarizada para determinar el tipo y la gravedad del traumatismo intraabdominal.

4

(Opinión de expertos)

Gómez de Terreros I.,
Serrano urbano I.,
Martínez Martín MC.,
2006.

Kellogg ND, American
Academy of Pediatrics
Committee on Child Abuse
and Neglect, 2007.

R

El American College of Radiology estableció el estándar en cuanto al estudio esquelético en los menores de 2 años.

Esqueleto apendicular:

- Húmero (AP)
- Antebrazos (AP)
- Manos (oblicua y PA)
- Fémures (AP)
- Piernas (porción inferior AP)
- Pies (AP)

Esqueleto axial:

- Tórax (AP y lateral)
- Pélvis (AP; incluyendo columna lumbar media e inferior)
- Columna lumbar (lateral)
- Columna cervical (lateral)
- Cráneo (frontal y lateral)

D

(Opinión de expertos)

Gómez de Terreros I.,
Serrano urbano I.,
Martínez Martín MC.,
2006.

Kellogg ND, American
Academy of Pediatrics
Committee on Child Abuse
and Neglect, 2007.

CNEGSR (SS), 2006.
IASS, 2006.

R

Según el American College of Radiology, los sistemas de imagen utilizados para la sospecha de malos tratos de lactantes deben tener una resolución espacial de al menos 10 pares de líneas por milímetro y una velocidad no superior a 200. Deben utilizarse sin rejilla. Pasada la lactancia se requieren sistemas con fines generales de mayor rapidez para las regiones corporales de más grosor (cráneo, columna lumbar lateral). Un radiólogo experimentado debe controlar el examen radiológico del esqueleto para asegurar que se han obtenido las imágenes adecuadas de alta resolución.

E

La gammagrafía es una técnica de imagen de utilidad diagnóstica en el abuso, siendo su aplicación preferente para demostrar cambios óseos tan solo unas horas después de la agresión cuando estas aún no son visibles en la radiografía esquelética, así como para la detección de lesiones esqueléticas que pueden pasar desapercibidas en las radiografías.

Entre las lesiones que son mejor detectadas por la gammagrafía están las que afectan los tejidos blandos y aquellas localizadas en áreas óseas complejas como la pelvis. Aunque las radiografías pueden proporcionar datos que nunca aporta la gammagrafía, como diferenciar las fracturas de los tumores y osteoartritis o bien realizar un estudio cronológico del callo de la fractura.

Los dos estudios tienen un elevado número de falsos negativos, cuando alguna de estas exploraciones sea negativa, inicialmente, y sin embargo existan signos claros de malos tratos, deberán practicarse ambas técnicas para asegurar una mayor probabilidad de establecer el diagnóstico de fractura.

La gammagrafía puede tener una mayor sensibilidad en la detección de fracturas costales, fracturas diafisarias sutiles y áreas de elevación perióstica precoz.

Se dispone de datos limitados con respecto a la sensibilidad de la gammagrafía en las lesiones metafisarias, particularmente cuando las lesiones

D

(Opinión de expertos)

Gómez de Terreros I.,
Serrano urbano I.,
Martínez Martín MC.,
2006.

Kellogg ND, American
Academy of Pediatrics
Committee on Child Abuse
and Neglect, 2007.

CNEGSR (SS), 2006.

IASS, 2006.

4

(Opinión de expertos)

Gómez de Terreros I.,
Serrano urbano I.,
Martínez Martín MC.,
2006.

Kellogg ND, American
Academy of Pediatrics
Committee on Child Abuse
and Neglect, 2007.

son bilaterales, así como en lesiones sutiles de columna.

En consecuencia, la serie esquelética y la gammagrafía son pruebas complementarias en el estudio de niños que han sufrido abuso físico, debiendo llevar a cabo la gammagrafía, en aquellos casos en que no se presenten lesiones óseas en la serie esquelética.

R

Realizar estudios de gammagrafía cuando se tenga lesión de partes blandas y aquellas localizadas en áreas óseas complejas como la pelvis, aunque las radiografías pueden proporcionar datos que nunca aporta la gammagrafía, como diferenciar las fracturas de los tumores y osteoartritis o bien realizar un estudio cronológico del callo de la fractura.

La gammagrafía puede tener una mayor sensibilidad en la detección de fracturas costales, fracturas diafisarias sutiles y áreas de elevación perióstica precoz.

R

En todo traumatismo abdominal secundario a maltrato se debe realizar estudios radiológicos, incluyendo la tomografía computarizada para determinar el tipo y la gravedad del traumatismo intraabdominal.

D

(Opinión de expertos)

Gómez de Terreros I.,
Serrano urbano I.,
Martínez Martín MC.,
2006.

Kellogg ND, American
Academy of Pediatrics
Committee on Child Abuse
and Neglect, 2007.

D

(Opinión de expertos)

Gómez de Terreros I.,
Serrano urbano I.,
Martínez Martín MC.,
2006.

Kellogg ND, American
Academy of Pediatrics
Committee on Child Abuse
and Neglect, 2007.

4.4 TRATAMIENTO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	<p>Ante un menor en peligro nuestro primer objetivo es asegurar su protección. El tratamiento inicial va a depender de:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ante un menor en riesgo asegurar su salvaguarda, además de tratar las lesiones que presenta.• Valorar la severidad de las lesiones y si requiere manejo hospitalario o ambulatorio.• Si son lesiones que ponen en peligro la vida.• En las visitas médicas motivadas por otra causa, detectar lesiones o comportamientos que sugieran maltrato: frecuentes visitas hospitalarias, mecanismos de lesión inverosímil.	<p>4</p> <p>(Opinión de expertos)</p> <p>Soriano Faura FJ, y Cols., 2009.</p> <p>Loredo–Abdalá A, Trejo-Hernández J, García – Piña C y Cols, 2010.</p> <p>Kellogg ND, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 2007.</p> <p>Suárez Saavedra S. y Rodríguez Suárez J. 2006.</p> <p>CNEGSR (SS), 2006.</p> <p>IASS, 2006.</p>
E	<p>Durante la atención médica del menor se deberá entrevistar a los padres con actitud no punitiva o juzgadora y evitar la confrontación con éstos.</p>	<p>4</p> <p>(Opinión de expertos)</p> <p>Soriano Faura FJ, y Cols., 2009.</p> <p>Loredo–Abdalá A, Trejo-Hernández J, García – Piña C y Cols, 2010.</p> <p>Kellogg ND, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 2007.</p>
R	<p>Primer contacto:</p> <ul style="list-style-type: none">• Atención médica de acuerdo al motivo de la consulta.• Detectar lesiones sospechosas de abuso físico.• Buscar lesiones que ponen en peligro la vida y derivar a Hospital.• El primer contacto médico, realizará la evaluación	<p>D</p> <p>(Opinión de expertos)</p> <p>Soriano Faura FJ, y Cols., 2009.</p> <p>Loredo–Abdalá A, Trejo-Hernández J, García – Piña</p>

del menor y el certificado de lesiones. Si estas ameritan atención en Urgencias debe derivar conforme al procedimiento institucional dar aviso al Ministerio Público.

- Si el primer contacto no es médico, dará aviso a las instancias capacitadas para el manejo del menor maltratado y éstas realizarán la evaluación del menor, llenarán el certificado de lesiones y darán aviso al Ministerio Público.

Lesiones que ponen en peligro la vida:

- Los niños que presentan estas lesiones, deben ingresar al Hospital, al llegar directamente a la sala de Urgencias o bien derivados por médico legista o de primer contacto, para su atención y resguardo de su integridad física, llenar el Certificado de lesiones y dar aviso al Ministerio Público, de acuerdo al procedimiento institucional.
- Si se diagnóstica maltrato, cumpliendo con el Registro Electrónico según lo obligan las Leyes y Normas correspondientes así como el Plan Nacional de Desarrollo. La información deberá enviarse a la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud Federal de ahí a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para que ésta envíe la información al INEGI para su publicación oficial.
- Si no se diagnóstica maltrato, se da seguimiento por autoridad competente y se realizará la reintegración familiar.

R

Se deberá realizar la entrevista con los padres o cuidadores con amabilidad y empatía evitando prejuzgar y tener confrontación siempre usando un lenguaje comprensible, tono suave de voz, no insistir en respuestas que se emitan negativas.

El tratamiento debe ser interdisciplinario y multidisciplinario.

C y Cols, 2010.

Kellogg ND, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 2007.

Suárez Saavedra S. y Rodríguez Suárez J. 2006.

CNEGSR (SS), 2006.

IASS, 2006.

Poder Ejecutivo, 2008.

D

(Opinión de expertos)

Soriano Faura FJ, y Cols., 2009.

Loredo-Abdalá A, Trejo-Hernández J, García – Piña C y Cols, 2010.

Kellogg ND, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 2007.

5. ANEXOS

5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

La búsqueda sistemática de información se enfocó a documentos que fueron obtenidos sobre la temática de ABUSO FÍSICO DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS 12 AÑOS DE EDAD. La búsqueda se realizó en la base de datos de la biblioteca Cochrane, PubMed y el listado de sitios para la búsqueda de guías de práctica clínica.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en idioma inglés o español.
- Publicados durante los últimos 5 años.
- Documentos enfocados a abuso físico en niños de los 0 a los 12 años.

Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en idiomas distintos al español o inglés.
- Otros tipos de abuso.
- Abuso en mayores de 12 años.

Estrategia de búsqueda

Primera etapa

Esta primera etapa consistió en buscar guías de práctica clínica relacionadas al tema de abuso físico desde el nacimiento hasta los 12 años, en PubMed. La búsqueda fue limitada a humanos, documentos publicados durante los últimos 5 años, en idioma inglés o español, del tipo de documento de Guías de Práctica Clínica y se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizó el término Abuso Físico/ Child Abuse. En esta estrategia de búsqueda también se incluyó la búsqueda de información enfocado al diagnóstico y al tratamiento del Abuso Físico en niños que van de los 0 a los 12 años. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio 13 resultados, de los cuales se utilizaron 2 guías por considerarlas pertinentes y de utilidad en la elaboración de la guía.

Búsqueda Resultado obtenido

("Child Abuse"[Mesh] OR ("Child Abuse/classification"[Mesh] OR "Child Abuse/diagnosis"[Mesh] OR "Child Abuse/prevention and control"[Mesh] OR "Child Abuse/radiography"[Mesh])) AND ("humans"[MeSH Terms] AND (Practice Guideline[ptyp] OR Guideline[ptyp])) AND (English[lang] OR Spanish[lang]) AND ("infant"[MeSH Terms] OR "infant, newborn"[MeSH Terms] OR "infant"[MeSH Terms:noexp] OR "child, preschool"[MeSH Terms] OR "child"[MeSH Terms:noexp]) AND ("2005"[PDAT] : "2010"[PDAT])) = 13 resultados

Algoritmo de búsqueda

1. ("Child Abuse"[Mesh]
2. Classification [Subheadings]
3. Diagnosis [Subheadings]
4. Prevention and control [Subheadings]
5. Radiography [Subheadings]
6. # 2 OR # 3 OR # 4 OR # 5

7. # 1 AND # 6
8. "humans"[MeSH Terms]
9. # 7 AND # 8
10. Practice Guideline[ptyp]
11. Guideline[ptyp]
12. # 10 OR # 11
13. # 9 AND # 12
14. English[lang]
15. Spanish[lang]
16. # 14 OR # 15
17. # 13 AND # 16
18. infant"[MeSH Terms]
19. "infant, newborn"[MeSH Terms]
20. "infant"[MeSH Terms:noexp]
21. "child, preschool"[MeSH Terms]
22. "child"[MeSH Terms:noexp]
23. # 18 OR # 19 OR # 20 OR # 21 OR # 22
24. # 17 AND # 23
25. ("2005"[PDAT] : "2010"[PDAT]))
26. # 24 AND # 25
27. #1 AND (# 2 OR # 3 OR # 4 OR # 5) AND # 8 AND (# 10 OR # 11) AND (# 14 OR # 15)
AND (# 18 OR # 19 OR # 20 OR # 21 OR # 22) AND # 25

Segunda etapa

Una vez que se realizó la búsqueda de guías de práctica clínica en PubMed y al haberse encontrado pocos documentos de utilidad y recuperables, se procedió a buscar guías de práctica clínica en sitios Web especializados.

En esta etapa se realizó la búsqueda en 83 sitios de Internet en los que se buscaron guías de práctica clínica, en estos 9 sitios se obtuvieron 4660 documentos, de los cuales se utilizaron 5 documentos para la elaboración de la guía, debido a que muchos de ellos no se referían al tema y otros tenían un costo económico.

	Obtenidos	Utilizados
TripDatabase	87	3
Fisterra	1	1
CMA infobase	6	1
E-guidelines	3	0
NeLH	4139	3
NGC	266	3
NICE	49	1
Biblioteca Virtual en Salud	85	2
Fundación Ginebrina para la Formación y la Investigación Médica	24	2

Tercera etapa

Una vez que se realizó la búsqueda de guías de práctica clínica en los diferentes sitios de Internet y al haberse encontrado pocos documentos de utilidad y recuperables, debido a que el tema tiene un fondo de tipo social se procedió a buscar en bases que no son propiamente del área médica sino del área de la salud.

En esta etapa se realizó la búsqueda en la Biblioteca Virtual en Salud de los cuáles se obtuvieron 579 artículos que fueron opiniones de expertos de diferentes países, de los cuáles sólo fueron 21 documentos para la elaboración de la guía.

5.2 ESCALAS DE GRADACIÓN

NIVELES DE EVIDENCIA DE ESTUDIOS DE INTERVENCIÓN NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE)

Tipo de Estudio	Puntuación
<ul style="list-style-type: none"> - Metaanálisis de gran calidad - Revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o - Ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgo de sesgos 	1++
<ul style="list-style-type: none"> - Metaanálisis de gran calidad - Revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o - Ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgos 	1+
<ul style="list-style-type: none"> - Metaanálisis de gran calidad - Revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o - Ensayos clínicos aleatorizados con alto riesgo de sesgos ^A 	1-
<ul style="list-style-type: none"> - Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos-controles, o - Estudios de cohortes o de casos-controles de alta calidad, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal. 	2++
-	
<ul style="list-style-type: none"> - Estudios de cohortes o de casos-controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal 	2+
<ul style="list-style-type: none"> - Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo ^A 	2-
<ul style="list-style-type: none"> - Estudios no analíticos, como informe de casos y series de casos 	3
<ul style="list-style-type: none"> - Opinión de expertos 	4

Nota: ^A Los estudios con un nivel de evidencia ' - ' no deberían utilizarse como base para elaborar una recomendación

CLASIFICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES

Tipo de Estudio	Puntuación
<ul style="list-style-type: none"> - Al menos un meta-análisis, o un ensayo clínico aleatorio categorizados como 1++, que sea directamente aplicable a la población diana, o - Una revisión sistemática o un ensayo clínico aleatorio o un volumen de evidencia con estudios categorizados como 1+, que sea directamente aplicable a la población diana y demuestre consistencia de los resultados - Evidencia a partir de la apreciación de NICE 	A
<ul style="list-style-type: none"> - Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2++, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o - Extrapolación de estudios calificados como 1++ o 1+ 	B
<ul style="list-style-type: none"> - Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2+, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o - Extrapolación de estudios calificados como 2++ 	C
<ul style="list-style-type: none"> - Evidencia nivel 3 o 4, o - Extrapolación de estudios calificados como 2+ o - Consenso formal 	D
<ul style="list-style-type: none"> - Un buen punto de práctica (BPP) es una recomendación para la mejor práctica basado en la experiencia del grupo que elabora la guía 	D (BPP)
<ul style="list-style-type: none"> - Recomendación a partir del manual para procedimientos de intervención de NICE 	IP

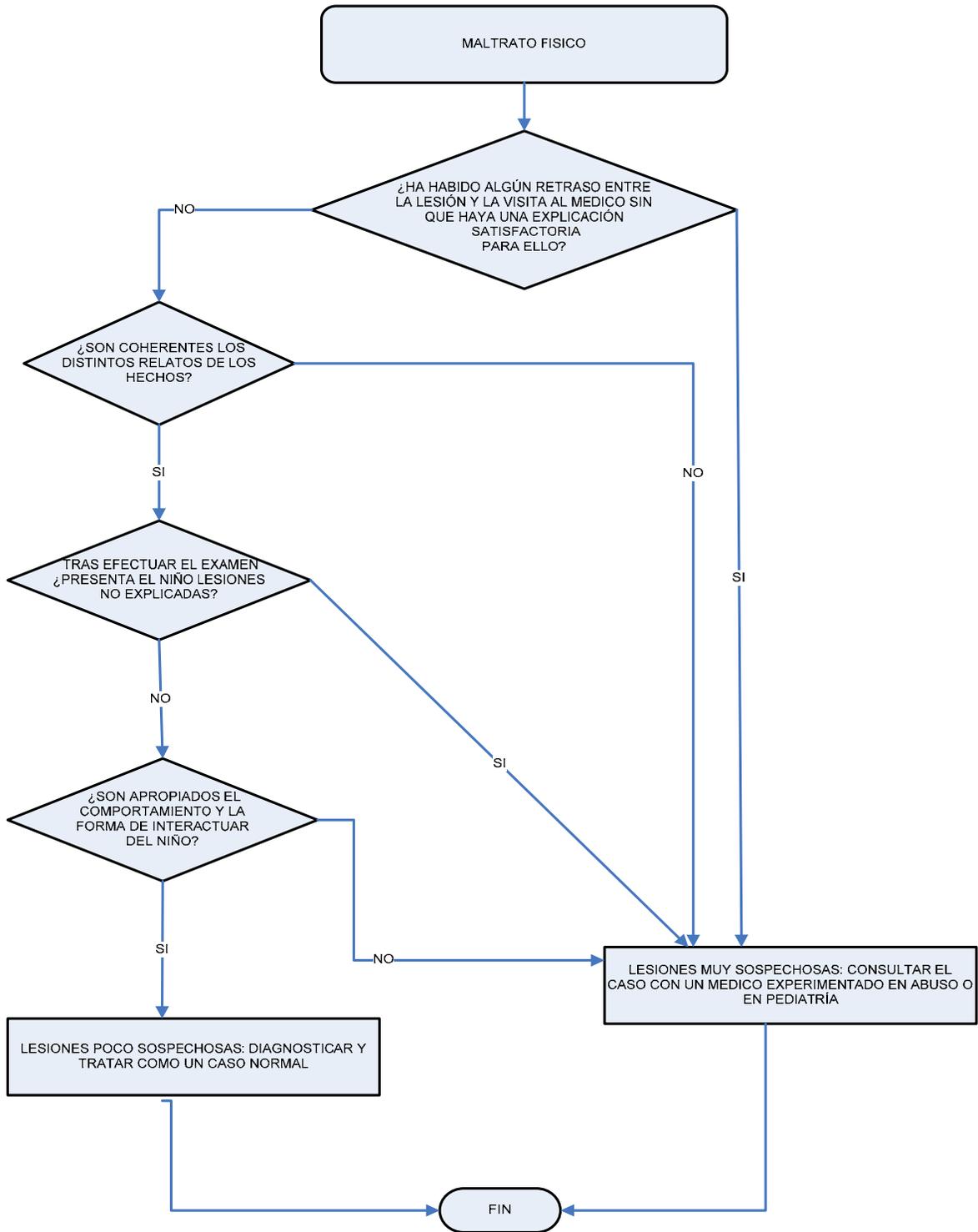
5.3 TABLAS

Tabla I. Modelo integral del maltrato infantil.

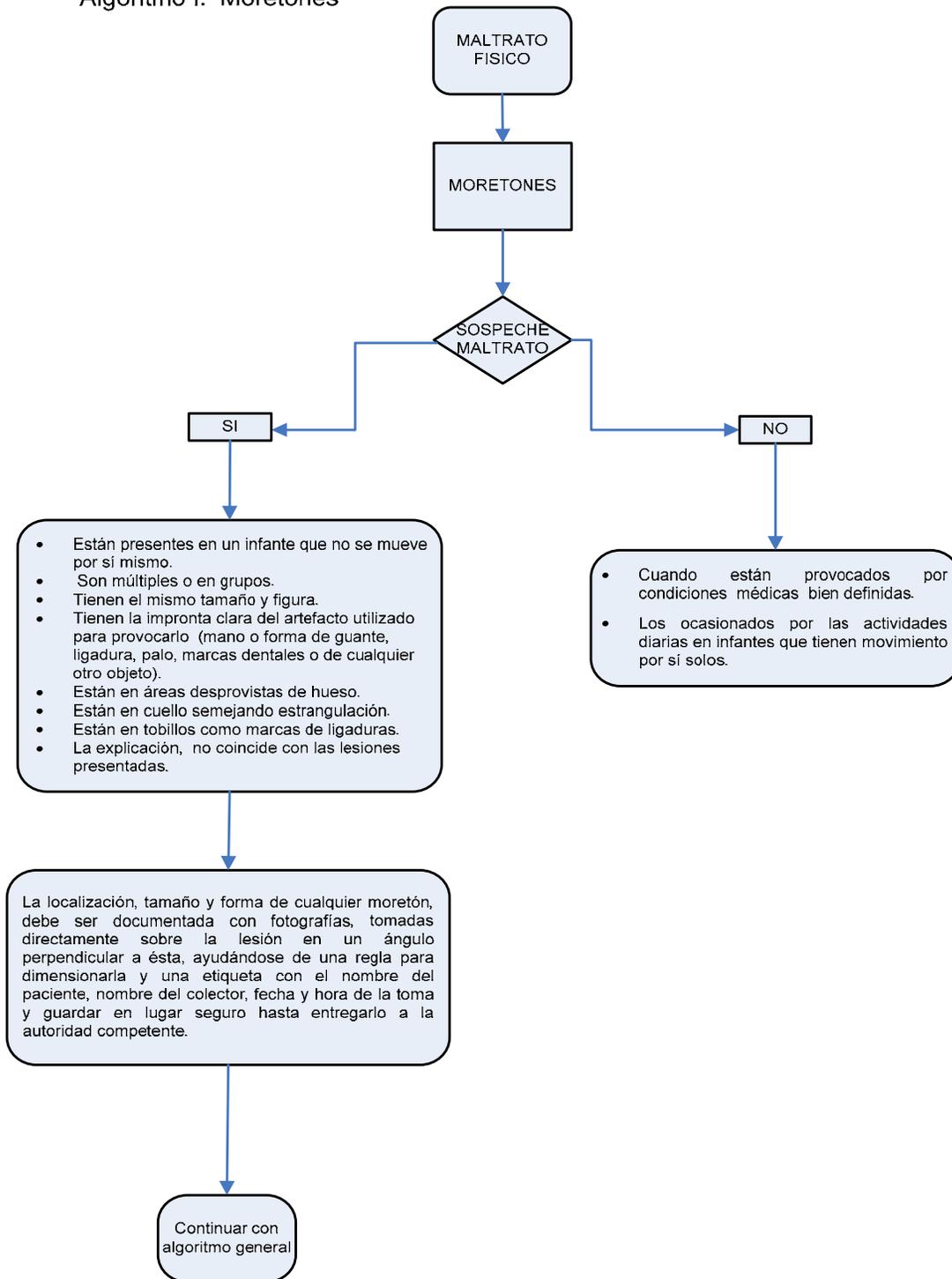
NIVELES ECOLOGICOS	FACTORES POTENCIADORES	FACTORES COMPENSADORES
Desarrollo individual de los padres	<ul style="list-style-type: none"> • Historia familiar de abuso. • Falta de afectividad en la infancia de los padres. • Baja autoestima. • Pobres habilidades personales 	<ul style="list-style-type: none"> • Experiencia en los cuidados del niño. • Habilidad interpersonal. • Coeficiente intelectual elevado. • Reconocimiento de la experiencia de maltrato en la infancia.
Medio familiar: a) Padres	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos físicos/psíquicos (incluye ansiedad y depresión). • Drogodependencias. • Padre/madre solo. • Madre joven. • Padre/madre no biológico. • Disarmonía familiar. • Enfermedades/lesiones. • Conflictos conyugales. • Violencia familiar • Falta de control de impulsos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación familiar. • Satisfacción personal. • Escasos sucesos vitales estresantes. • Intervenciones terapéuticas en la familia. • Ambiente familiar sin exposición a violencia. • Armonía marital.
b) Hijos	<ul style="list-style-type: none"> • Hijos no deseados • Trastorno congénito. • Anomalías físicas o psíquicas. • Enfermedad crónica. • Tamaño de la familia. • Nacimiento prematuro. • Bajo peso al nacer. • Ausencia de control prenatal. • Trastorno de la conducta del hijo. • Proximidad de edad entre hijos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apego materno/paterno al hijo. • Satisfacción en el desarrollo del niño.
Exosistema: a) Sociolaboral	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo nivel social/económico. • Desempleo. • Insatisfacción laboral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Condición financiera.
b) Vecindario	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento social 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo social. • Buena experiencia con iguales.
Macrosistema: a) Sociales.	<ul style="list-style-type: none"> • Alta criminalidad. • Baja cobertura servicios sociales. • Alta frecuencia desempleo. • Pobreza de grupo social. • Alta movilidad geográfica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de mejora de redes de apoyo e integración social de familias vulnerables. • Programas sanitarios.
b) Culturales.	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación del castigo corporal 	<ul style="list-style-type: none"> • Actitud hacia la infancia, la mujer, la paternidad de la sociedad.

Fuente: Soriano Faura FJ, y cols. Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la Atención Primaria.

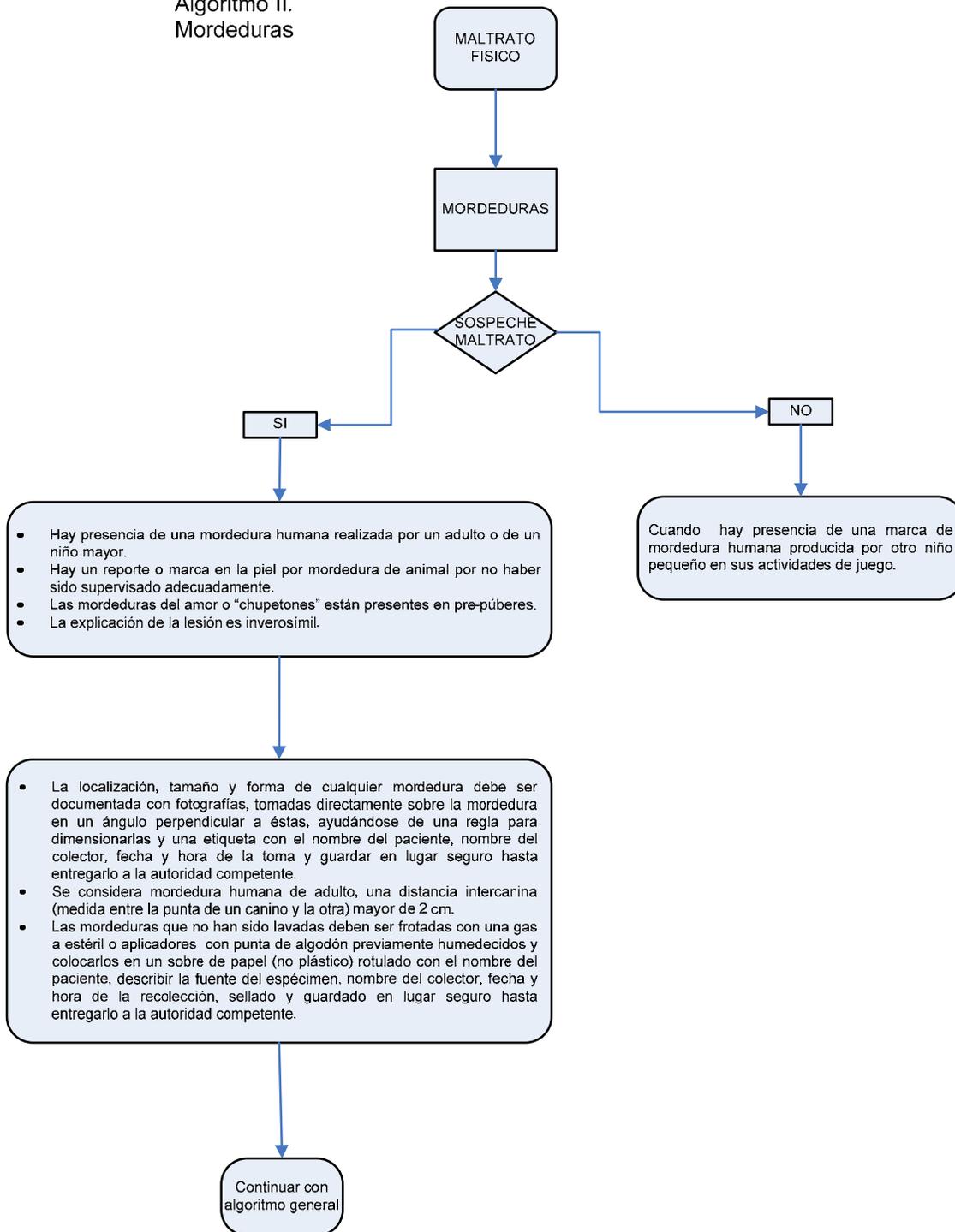
5.4 DIAGRAMAS DE FLUJO



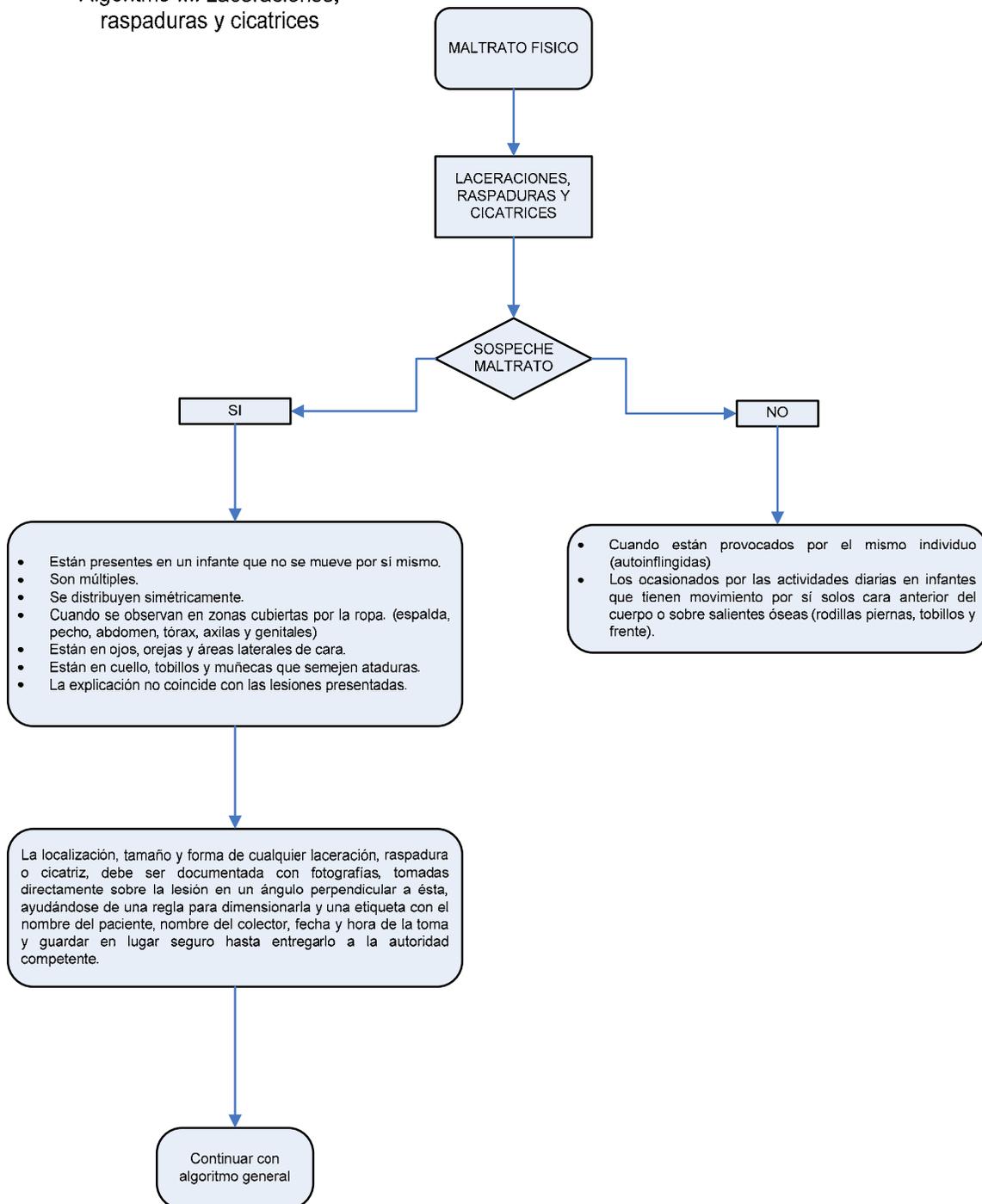
Algoritmo I. Moretones



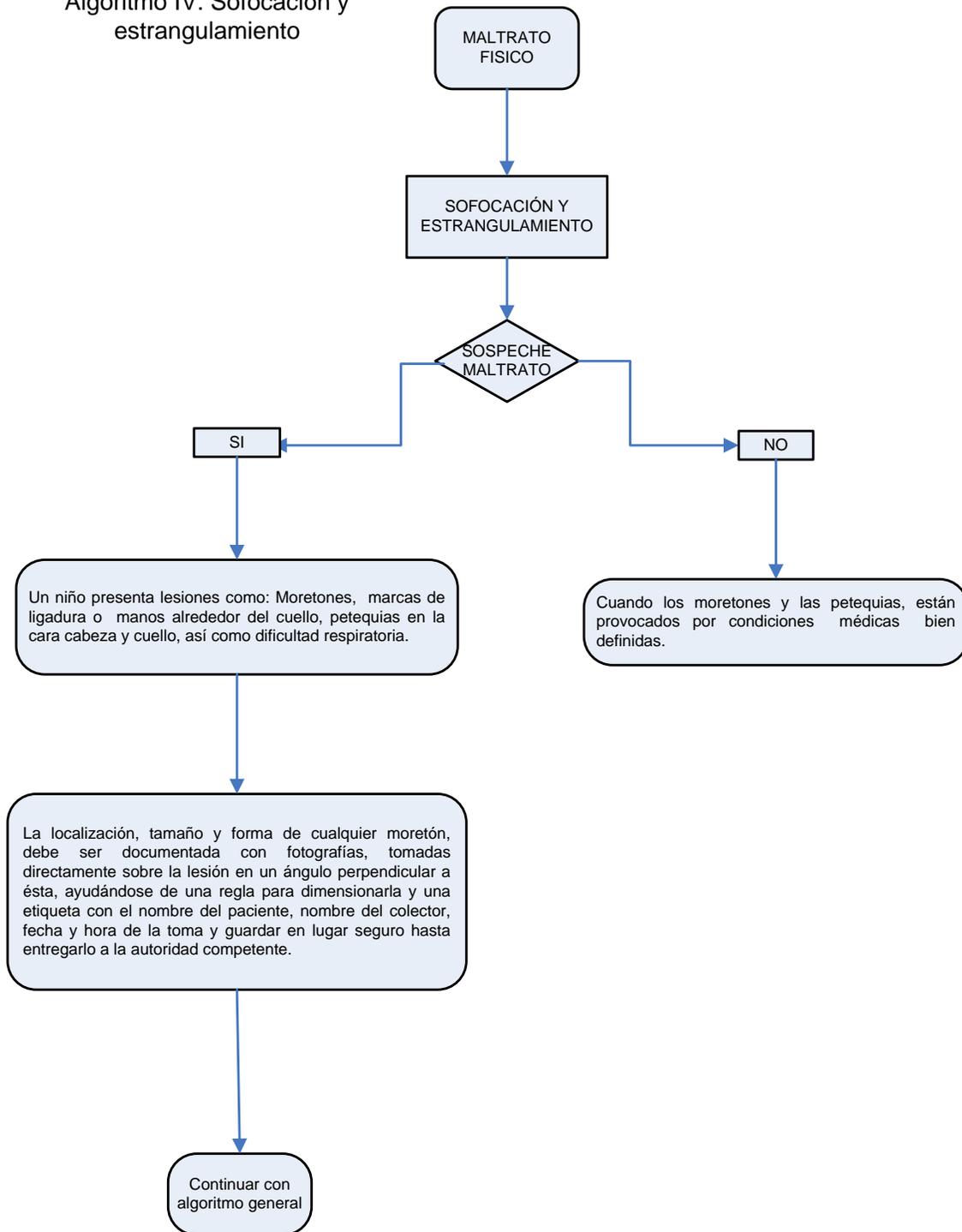
Algoritmo II.
Mordeduras



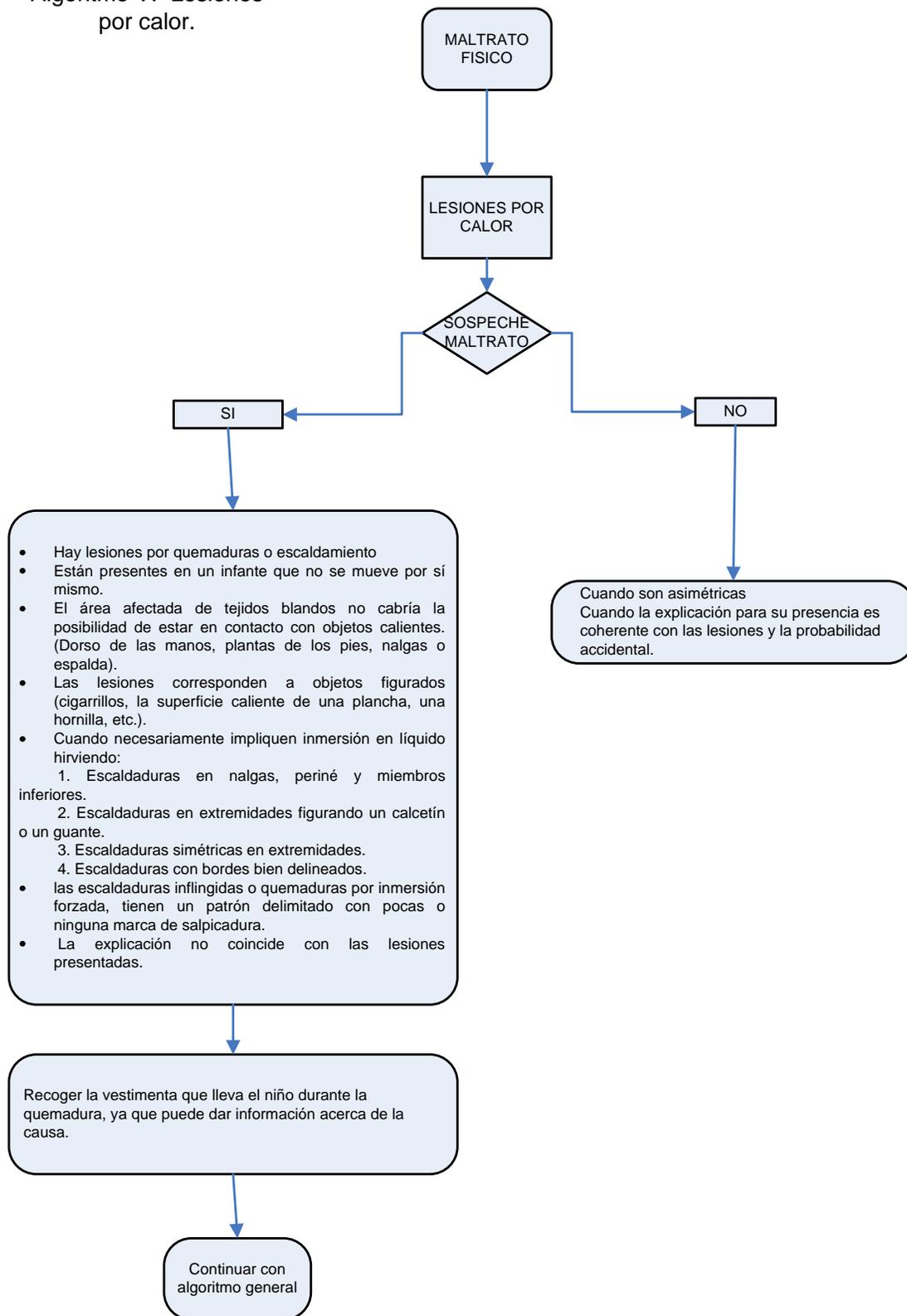
Algoritmo III. Laceraciones,
raspaduras y cicatrices



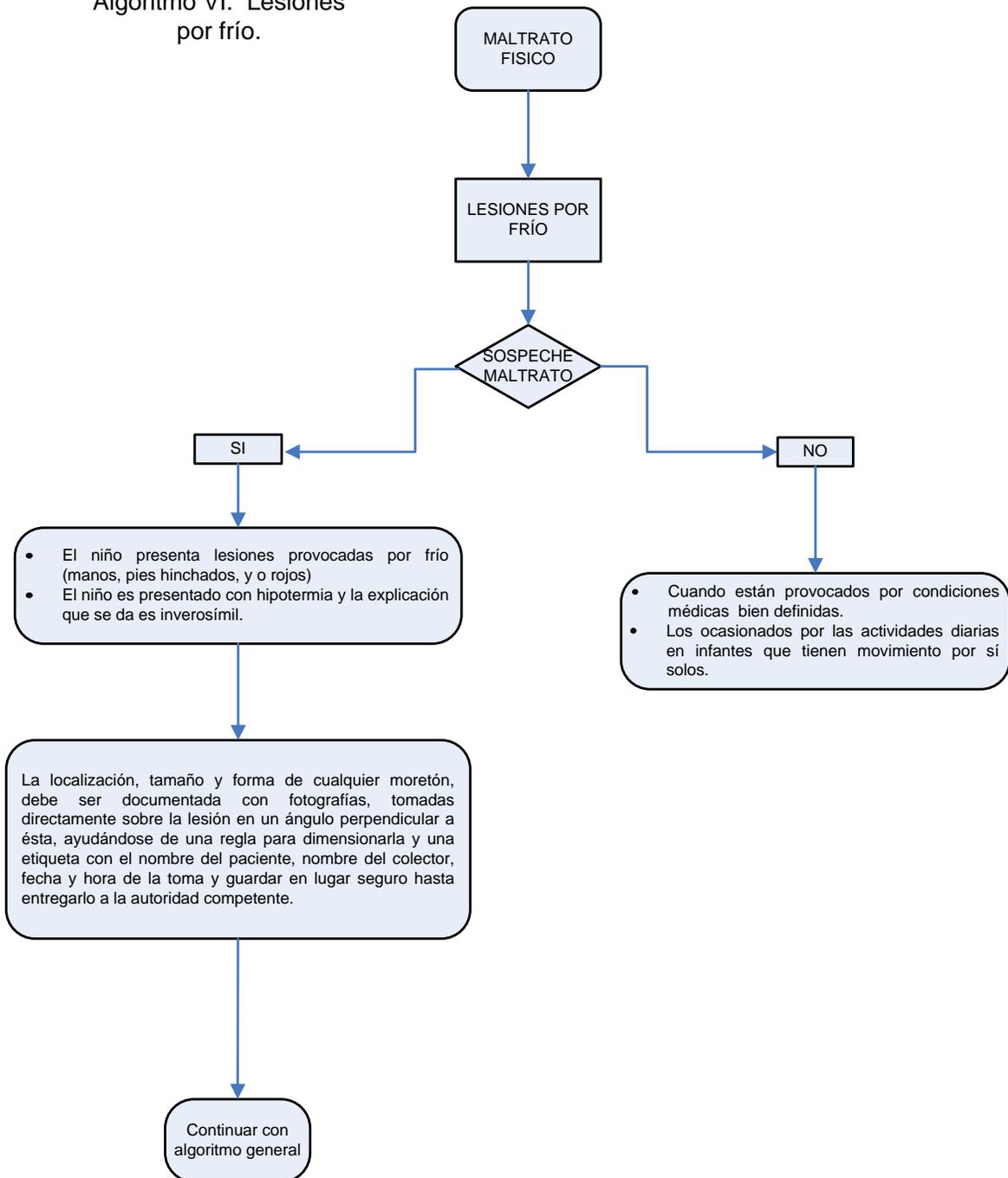
Algoritmo IV. Sofocación y estrangulamiento



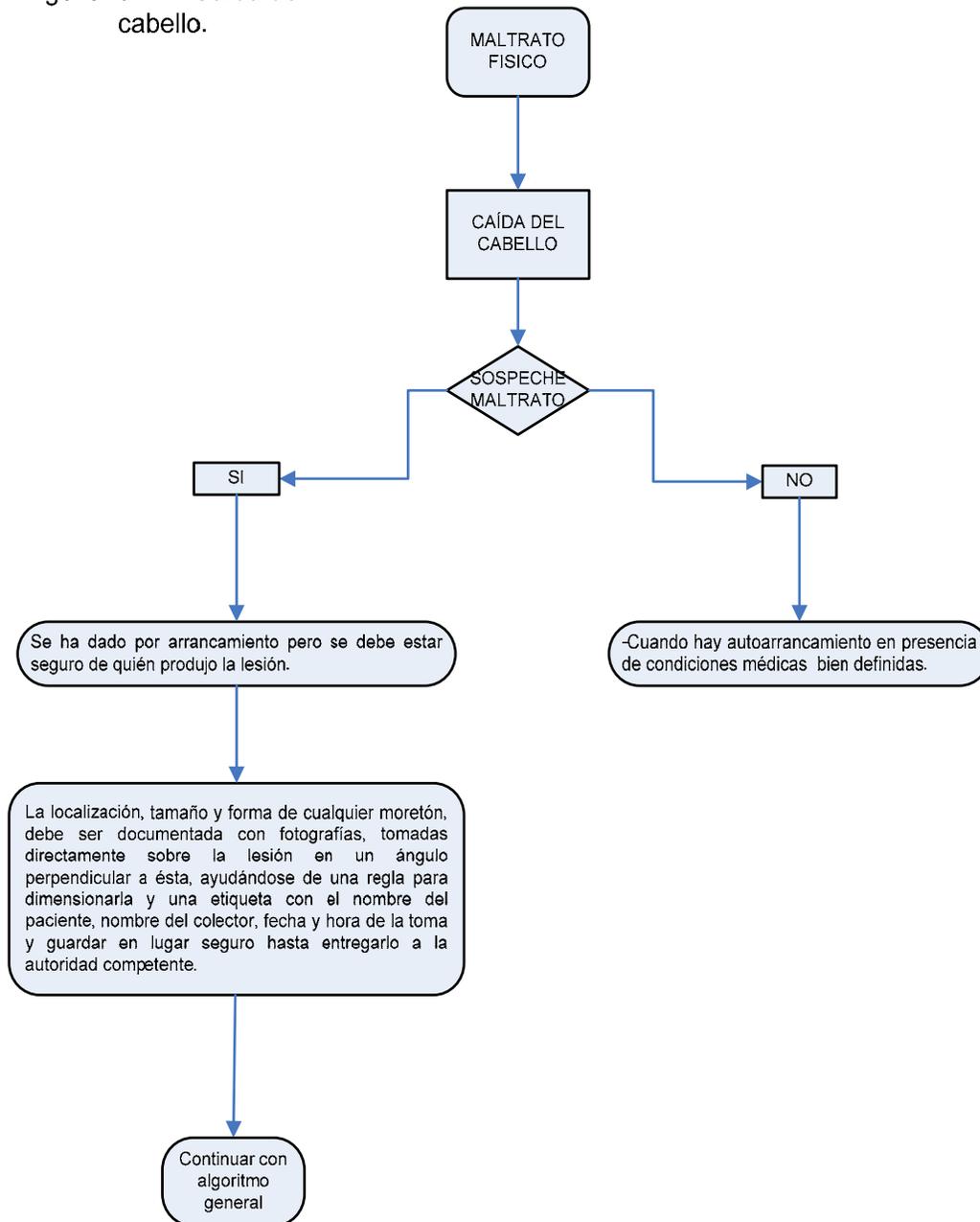
Algoritmo V. Lesiones por calor.



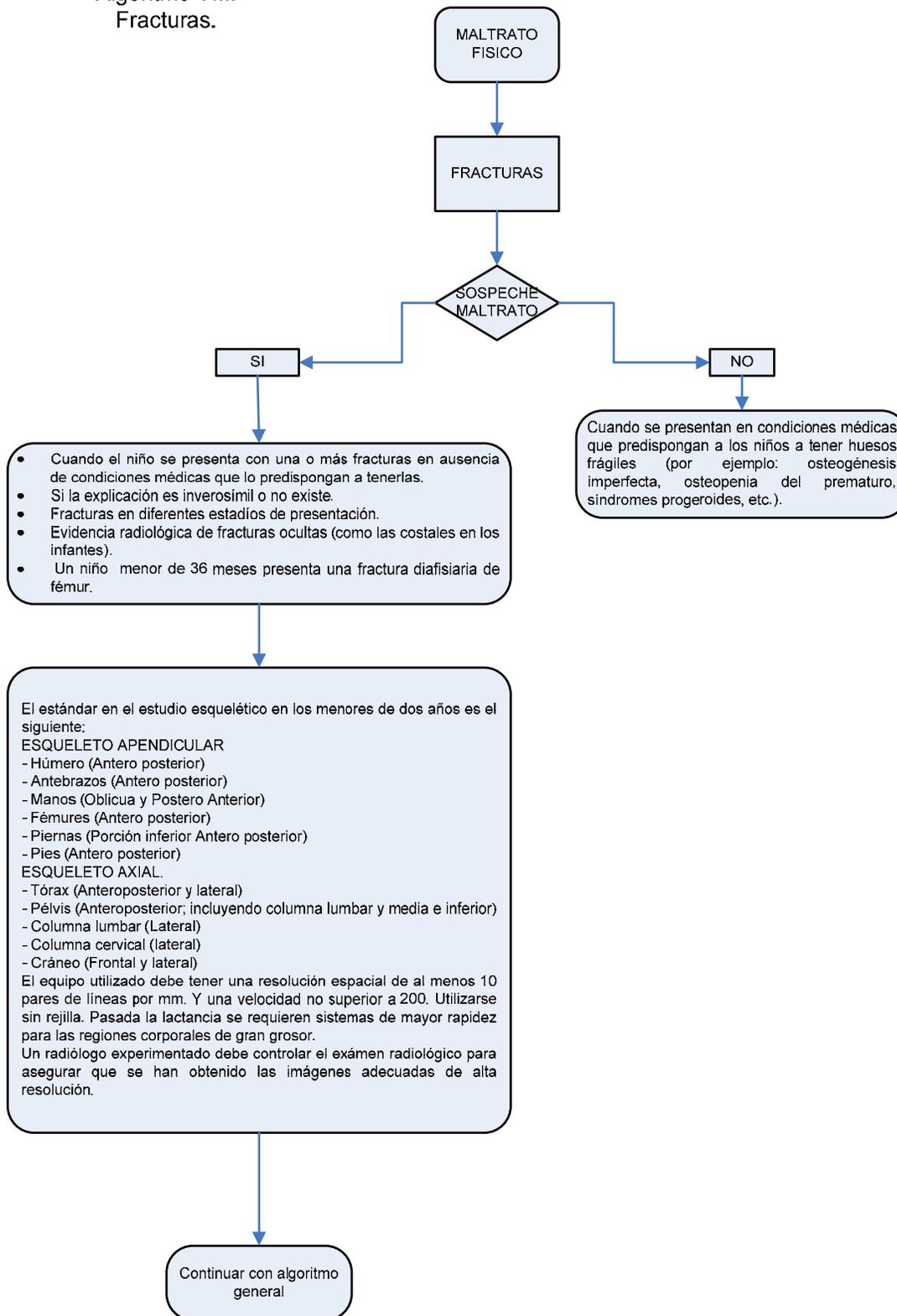
Algoritmo VI. Lesiones por frío.



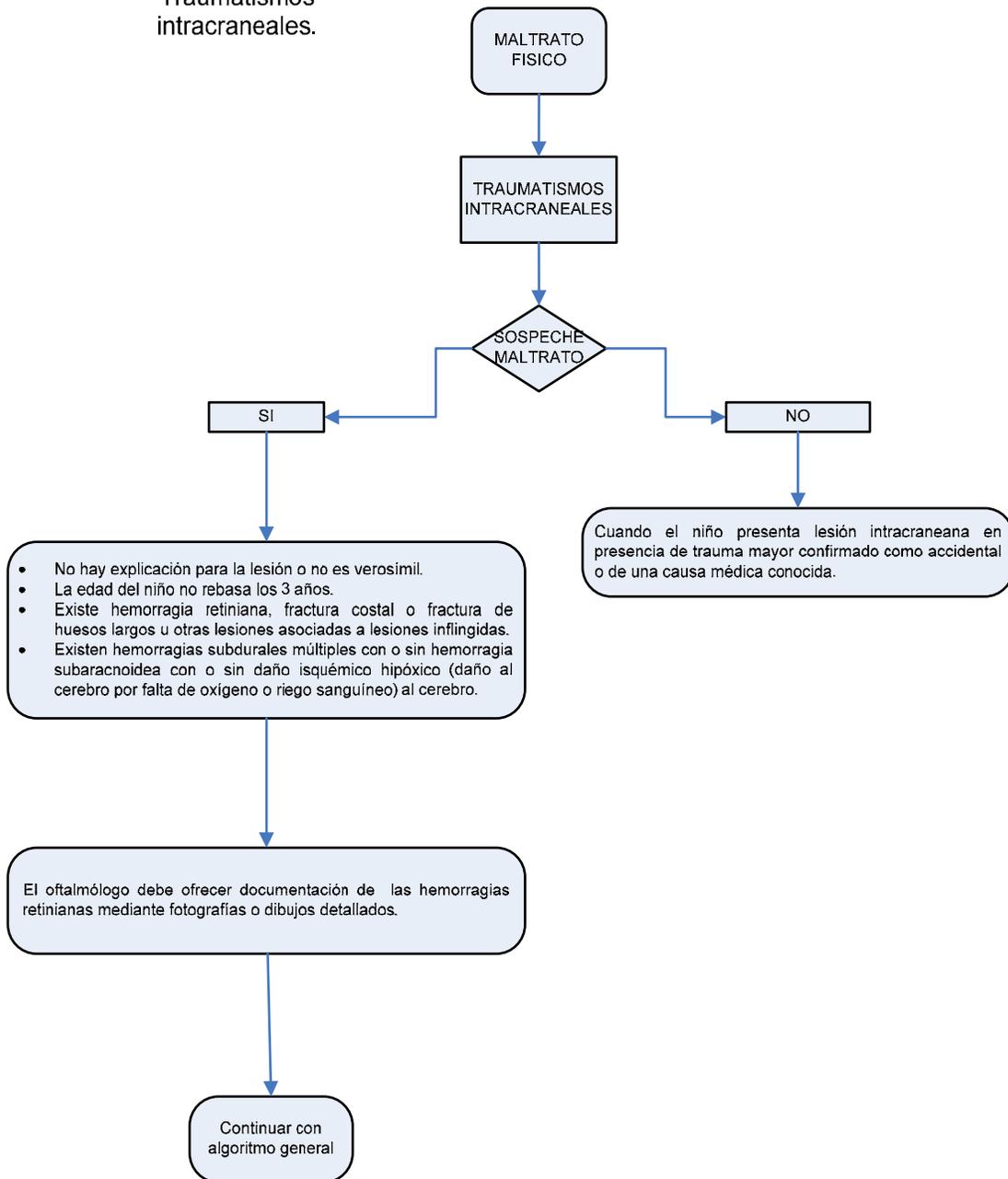
Algoritmo VII. Caída del
cabello.



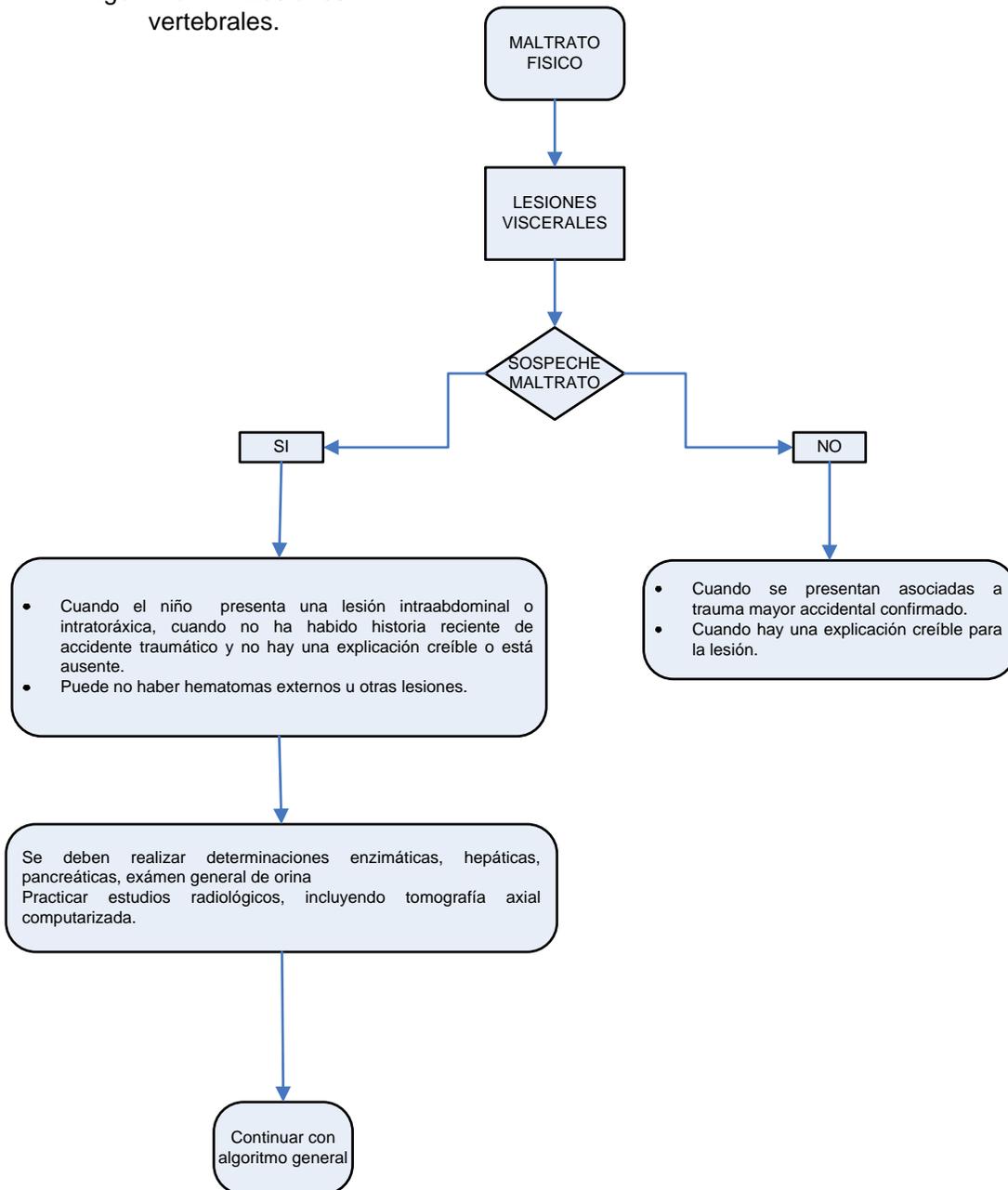
Algoritmo VIII.
Fracturas.



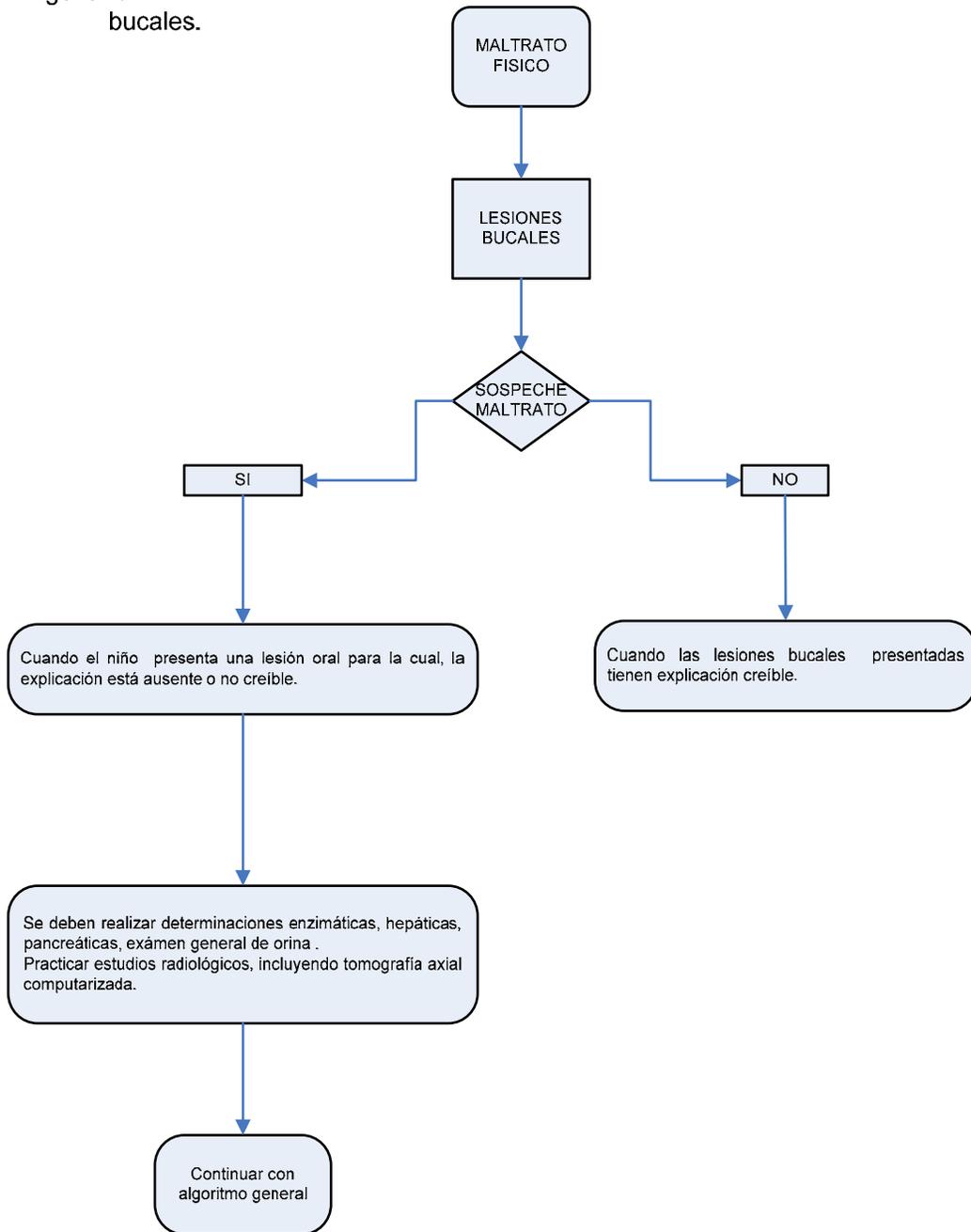
Algoritmo IX.
Traumatismos
intracraneales.



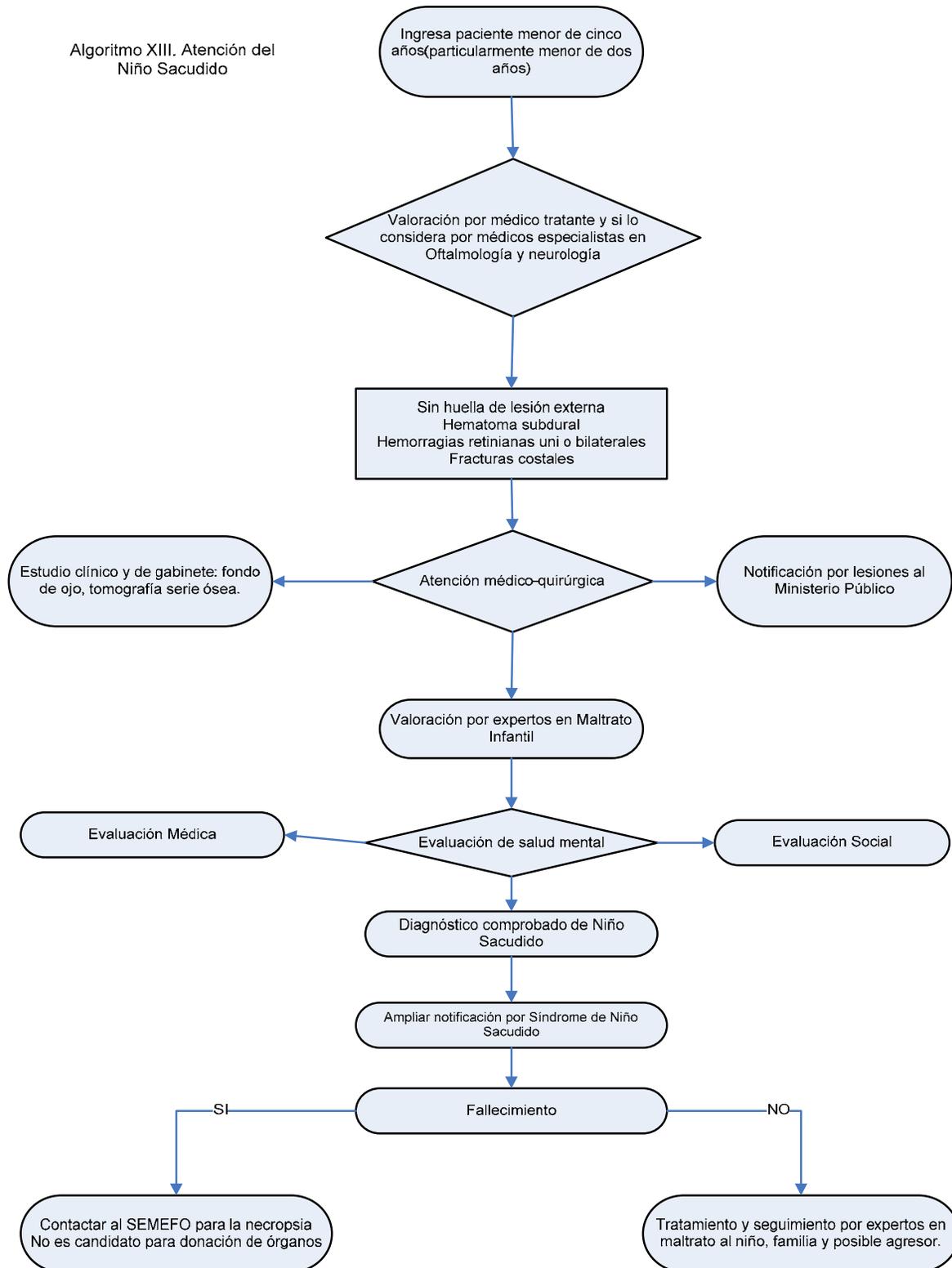
Algoritmo XII. Lesiones vertebrales.



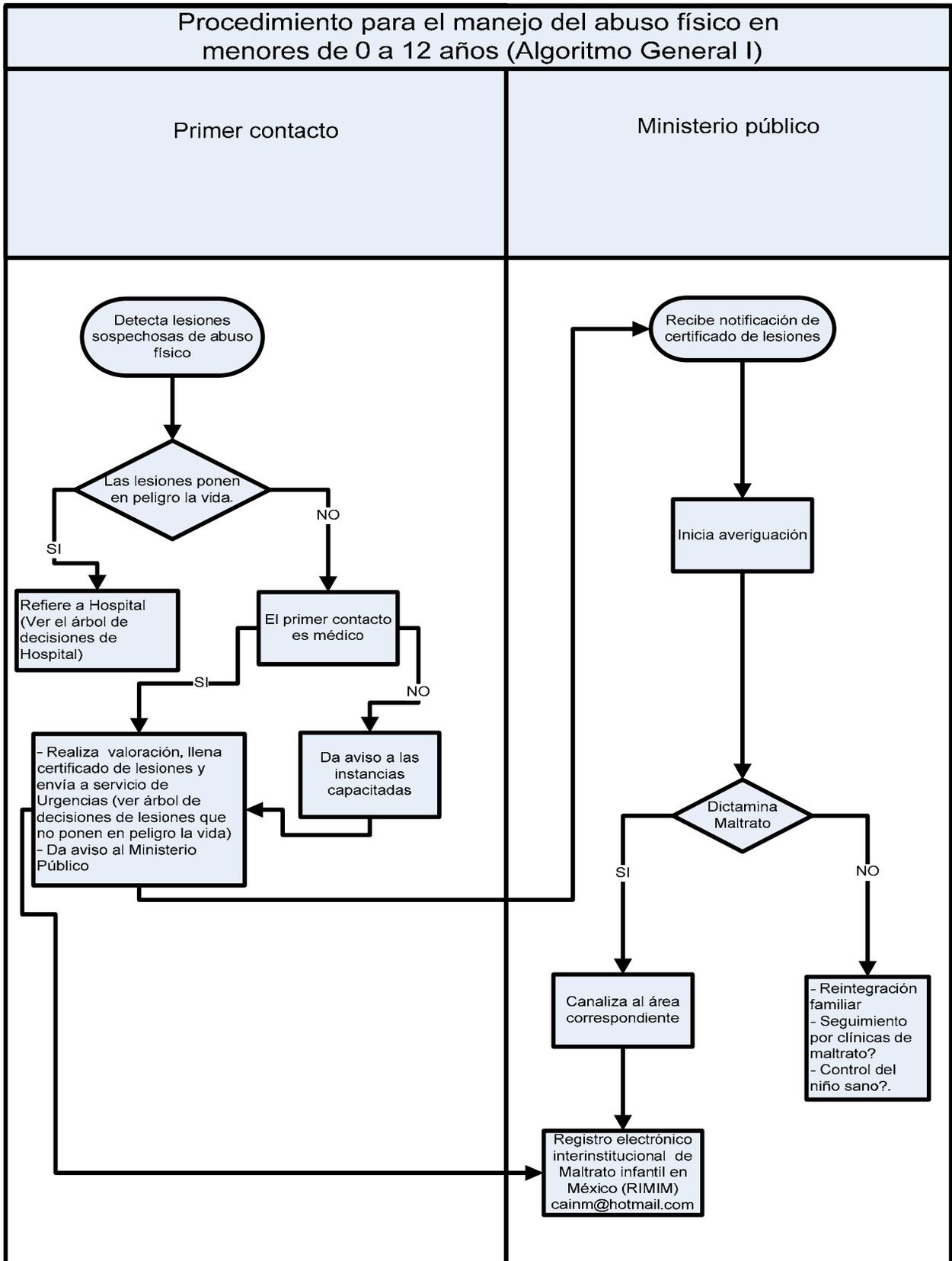
Algoritmo XII. Lesiones bucales.

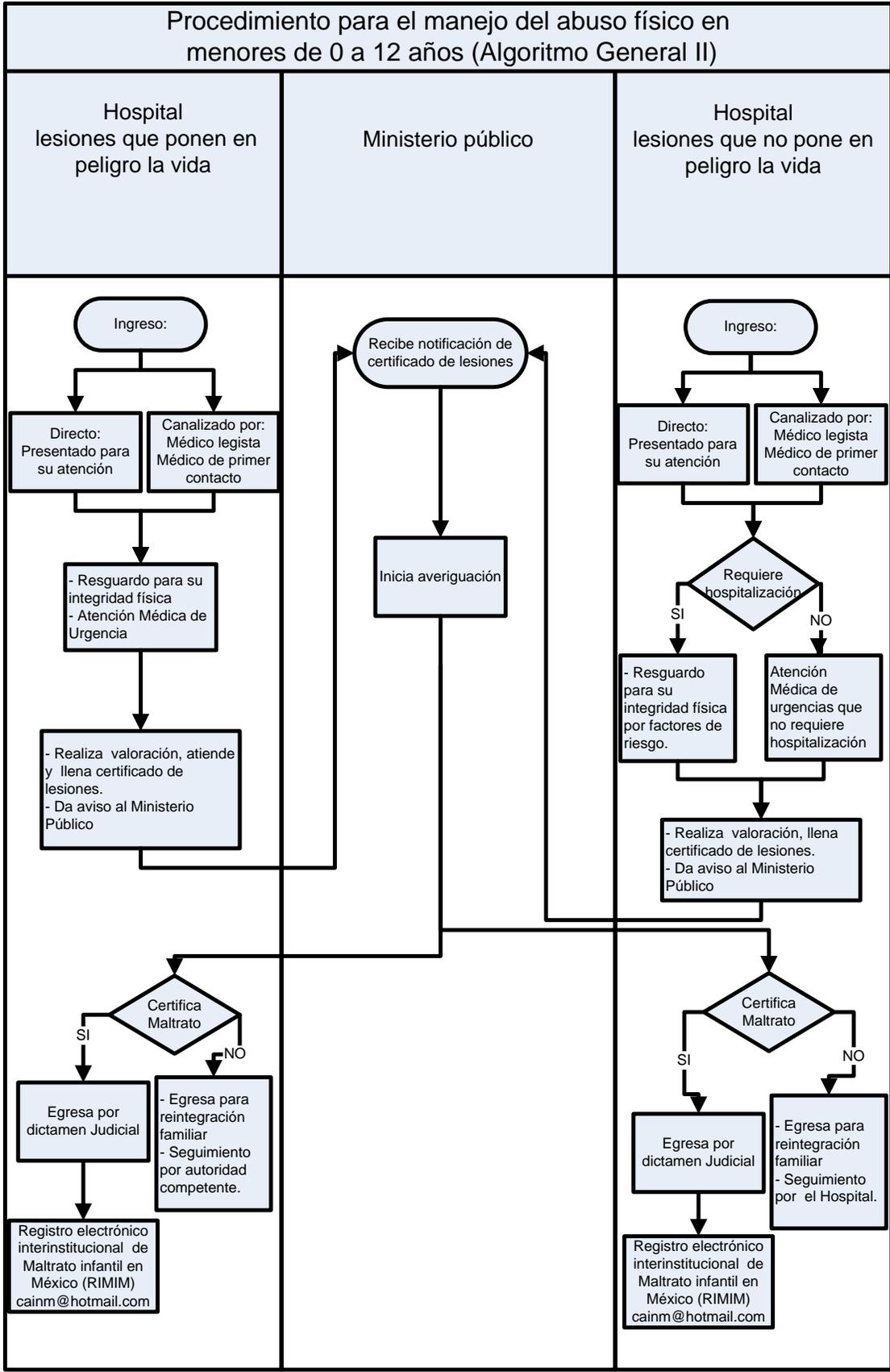


Algoritmo XIII. Atención del Niño Sacudido



FUENTE: Loredó- Abdalà A, Trejo- Hernández J y Melquiades-Parra Isabel. Síndrome del niño sacudido. Forma extrema del abuso físico infantil. Acta Pediatr Mex 2011;32(3):177-179.





**AVISO AL MINISTERIO PÚBLICO
(VIOLENCIA FAMILIAR, APENDICE INFORMATIVO 1)**

Folio: _____

Nombre, razón o denominación social del establecimiento _____

Institución _____ Localidad _____ Municipio _____

C.P. _____ Entidad Federativa _____

Servicio _____ Cama _____ Fecha de elaboración
día mes año

U S U E A C V R T I I A F O D (A) O (A)	Nombre _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre (s) _____	Edad _____ Años _____	Sexo <input type="checkbox"/> 1. Masculino 2. Femenino
	Domicilio _____ Calle _____ Número exterior _____ Número interior _____ Barrio o colonia _____ Código postal _____		
	Localidad _____ Municipio _____ Entidad Federativa _____		
	Fecha de atención médica <input type="text"/> <input type="text"/> <small>día mes año</small>		
Hora de recepción del usuario(a) afectado(a) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>horas minutos</small>			
Motivo de atención médica _____ _____ _____			
Diagnóstico(s) _____ _____ _____			
Evolución, acto notificado, reporte de lesiones, en su caso, reporte de probable causa de muerte: _____ _____ _____ _____			
Plan: a) Farmacoterapia _____ b) Exámenes de laboratorio y gabinete _____ c) Canalización _____ Referencia _____ Seguimiento del caso: Area de trabajo social _____ Area de psicología _____ Area de medicina preventiva _____ Area de asistencia social _____ Pronóstico _____			

Notificación

Fecha
día mes año

Agencia del Ministerio Público
 Presidencia Municipal
 Jurisdicción Sanitaria

Nombre _____
 y cargo del receptor _____
 No. y nombre de Agencia del Ministerio Público. _____

Otra Instancia _____
 Especificar _____
 Especificar _____

Médico Notificante: Nombre _____ Firma _____

**DETECCIÓN TEMPRANA DEL ABUSO FÍSICO DESDE EL NACIMIENTO
HASTA LOS 12 AÑOS DE EDAD PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.**

REGISTRO DE ATENCIÓN EN CASO DE VIOLENCIA FAMILIAR				Folio: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
UNIDAD MÉDICA: NOMBRE: _____ INSTITUCIÓN: _____		LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO: _____ ENTIDAD: _____		
U S F U E A C T R I A O D O (A) O (A) *	1. NOMBRE Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre (s) _____	3. EDAD _____ año	4. SEXO <input type="checkbox"/> 1. Masculino 2. Femenino 3. Embarazada	5. DERECHO HABIENTE <input type="checkbox"/> 1. IMSS 2. ISSSTE 3. PEMEX 4. SEDENA 5. SECMAR 6. OTRO 7. NO
	6. DOMICILIO Calle _____ Número exterior _____ Número interior _____ Barrio o colonia _____ Código postal _____ Localidad _____ Municipio _____ Entidad Federativa _____			
E V E N T O	1. FECHA DE OCURRENCIA Día _____ Mes _____ Año _____	4. DÍA DE LA SEMANA EN QUE OCURRIÓ EL EVENTO <input type="checkbox"/> 1. Lunes 2. Martes 3. Miércoles 4. Jueves 5. Viernes 6. Sábado 7. Domingo	6. SITIO DE OCURRENCIA <input type="checkbox"/> 1. Hogar 2. Escuela 3. Recreación y deporte Via pú. pública 4. Transporte público 5. Automóvil particular 8. Otro Especificar _____	7. CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIÓ _____ _____ _____
	2. TIPO DE VIOLENCIA <input type="checkbox"/> 1. Física 2. Sexual 3. Psicológica 4. Abandono	5. FUE EN DÍA FESTIVO 1. Sí 2. No		
P A R O B E A S O R E B L E	3. PREVALENCIA 1. Primera vez <input type="checkbox"/> 2. Reincidencia	8. CONSECUENCIA RESULTANTE <input type="checkbox"/> 1. Contusión 2. Luxación 3. Fractura 4. Herida 5. Asfixia mecánica 6. Ahogamiento por inmersión 7. Quemaduras 8. abuso Sexual 9. Aborto 10. Otra física 11. Sólo alteración psicológica 12. Trastorno psiquiátrico	9. AGENTE DE LA LESIÓN <input type="checkbox"/> 1. Fuego, flama, sustancia caliente 2. Sustancias sólida. Líquidas y gaseosas tóxicas 3. Objeto punzocortante 4. Objeto contundente 5. Golpe contra el piso o pared 6. Pie o mano 7. Arma de fuego 8. Amenaza y violencia verbal 9. Múltiple 10. Otro 11. Se ignora	10. LUGAR DEL CUERPO AFECTADO PRINCIPALMENTE <input type="checkbox"/> 1. Cabeza o cuello 2. Cara 3. Brazos y manos 4. Tórax 5. Columna vertebral 6. Abdomen y/o pelvis 7. Espalda y/o glúteos 8. Piernas y/o pies 9. Área genital 10. Múltiple
	11. GRAVEDAD DE LA LESIÓN <input type="checkbox"/> 1. Leve 2. Moderado 3. Grave			
A T E N C I O N	1. SE IGNORA <input type="checkbox"/>	2. EDAD _____ Años	3. SEXO <input type="checkbox"/> 1. Masculino 2. femenino	4. PARENTESCO 1. Padre 2. Madre 3. Padrastro 4. Madrastra 5. Cónyuge 6. Otro pariente 7. Novio o pareja eventual 8. Otro
	1. FECHA _____ Día _____ Mes _____ Año _____	2. SERVICIOS DE ATENCIÓN <input type="checkbox"/> 1. Consulta externa 2. Urgencias 3. Hospitalización 4. Otros servicios	3. ATENCIONES OTORGADAS <input type="checkbox"/> 1. Tratamiento médico 2. Tratamiento quirúrgico 3. Tratamiento psicológico o psiquiátrico 4. Otro	6. DESTINO DESPUES DE LA ATENCIÓN <input type="checkbox"/> 1. Domicilio 2. Consulta externa 3. hospitalización 4. Traslado a otra unidad édica 5. Unidad de asistencia social 6. Defunción 7. Otro
4. AVISO AL MINISTERIO PÚBLICO <input type="checkbox"/> 1. Sí 2. No				
NOTIFICACION FECHA _____ Día _____ Mes _____ Año _____				
NOTIFICANTE NOMBRE: _____				FIRMA: _____

FORMATO ESTADÍSTICO PARA EL USO EXCLUSIVO DE LAS INSTITUCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
*POR VIOLENCIA FAMILIAR

6. GLOSARIO

Alopecia traumática: presencia de zonas de pelo sano combinado con zonas de arrancamiento de pelo de forma intencionada. Localización en la zona occipital u occipito-parietal. Diferentes estadios de evolución, manifestado por diferentes larguras de pelo sin explicación aparente, se realiza diagnóstico diferencial con enfermedades dermatológicas como tiña o alopecia areata.

Factores de Riesgo: hacen referencia a la presencia o ausencia de determinadas condiciones en la vida del menor o su entorno, que aumentan la posibilidad de que aparezcan conductas o situaciones de maltrato. Los factores de riesgo por sí solos nunca prueban la existencia de malos tratos, sólo predicen la probabilidad de que aparezcan.

Historia clínica completa: la elaboración de la historia clínica es un proceso continuo que inicia con la detección. Se deberá observar en todo momento las recomendaciones de la NOM para la elaboración del expediente clínico. Toda lesión o problema de conducta deberá ser cuestionado y el mecanismo mediante el cual sucedió la lesión deberá ser explicado de manera convincente. Es indispensable que los datos del

interrogatorio (directo o indirecto) concuerden con los hallazgos del examen físico y con los resultados de los exámenes de gabinete y laboratorio que se efectúen al menor de edad. Si existe presunción de que el niño o la niña experimentan maltrato, es importante que quien preste el servicio de salud explicita su diagnóstico presuntivo en el expediente clínico, con el fin de que quede constancia de lo sucedido.

Lesiones en las mucosas: localizadas generalmente en la mucosa oral: pérdidas de dientes; hematomas por introducción de objetos forzosamente. Desgarros, hematomas, contusiones en mucosa anal o genital (diferenciar de abuso sexual).

Lesiones oculares: lesiones producidas por el impacto directo en el ojo: hemorragias retinianas, desprendimiento de retina, hemorragias vítreas, edema corneal, opacidad corneal, subluxación del cristalino, atrofia del iris.

Lesiones osteo-articulares: fracturas múltiples en distintos estadios evolutivos de consolidación. Asociación con otro tipo de manifestaciones cutáneas de maltrato.

En huesos largos: traumatismo en las metáfisis debido a golpes violentos, estiramientos y desplazamientos epifisarios. En el cráneo: fracturas producidas por fuertes impactos, asociadas a hematomas subdurales por sacudidas violentas, movimiento de balanceo. El llamado "Síndrome del niño agitado", que se produce cuando la persona sujeta al niño por el tronco o miembros balanceándolo con fuerza y violencia de atrás hacia adelante. La cabeza experimenta movimientos de aceleración y desaceleración con roturas vasculares. En costillas y vértebras: producidas por mecanismos de hiperextensión o hiperflexión forzadas, o por impacto directo. Mecanismo de producción discordante con la capacidad del niño por su edad. Desde el punto de vista neurológico: hematomas subdurales, hemorragias subaracnoideas, focos de contusión cerebral, hematoma epidural y atrofia cerebral.

Lesiones viscerales: contusión y hematoma pulmonar; contusión esplénica y renal; neumotórax; desgarro mesentérico y hepático, etc. Síntomas: hinchazón y dolor abdominal, dificultad respiratoria, vómitos y/o hemorragias.

Mordeduras: reproducen la arcada dentaria humana en forma circular. Pueden ser recurrentes (aisladas o múltiples). Diagnóstico diferencial de mordedura de un perro (>3cm de separación entre la huella de caninos) o de autolesión por padecer un trastorno psíquico.

Modelo Ecológico: tiene en cuenta la interacción entre el desarrollo ontogénico de los padres y una serie de sistemas cada vez más amplios: la familia (microsistema), la comunidad (exosistema) y la cultura (macrosistema). No postula efectos aditivos de estos cuatro sistemas de influencia sino su interacción. Las transacciones familiares que se producen pueden dar lugar al maltrato.

Nivel individual: este primer nivel identifica los factores biológicos y de la historia personal que influyen en el comportamiento de un individuo, además de factores como la impulsividad, el bajo nivel educativo, el abuso en el consumo de sustancias psicotrópicas y los antecedentes de comportamiento agresivo o de haber vivido maltrato. Centra su atención en las características del individuo que pueden aumentar la probabilidad de ser víctima o perpetrador de actos violentos.

Nivel relacional: se indaga el modo como algunas relaciones sociales cercanas (amigos, pareja, familia) aumentan el riesgo de convertirse en persona violentada o perpetradora de actos violentos. En el caso del maltrato infantil, la interacción casi diaria o el hecho de compartir el domicilio con un agresor aumentan las probabilidades para que se produzcan encuentros violentos.

Nivel comunitario: examina el contexto de la comunidad en el que se inscriben las relaciones sociales tales como escuela, trabajo, recreación, y busca identificar las características que en estos ámbitos generan violencia, ya sea como víctimas o como perpetradores.

Nivel social: en el último nivel del Modelo Ecológico, se examinan los factores sociales más generales que determinan las tasas de violencia. Se incluyen aquí los factores que crean un clima de aceptación de la violencia, los que reducen las inhibiciones contra ésta, y los que crean y mantienen las brechas entre distintos segmentos de la sociedad o generan tensiones entre diferentes grupos o países.

Parte de lesiones: cuando a un paciente se le detecta una lesión, y se diagnostica un maltrato presuntivo, se deberá realizar un Parte Médico de Lesiones, precisando con detalle el tipo, tamaño, forma, color, localización, número, antigüedad y tiempo que tardan en sanar, -valorando el nivel de gravedad en función de si son más o menos de 15 días-, si deja cicatriz perpetua y visible, si produce incapacidad funcional o estructural o si pone en peligro su vida. El documento original se enviará junto con el aviso, al Ministerio Público y la copia se adjuntará al expediente clínico.

Prevención: para evitar el maltrato infantil es necesario adoptar unas políticas y programas que aborden tanto los factores de riesgo como los factores de protección.

Señales de alerta: son signos o síntomas de disfuncionalidad o anomalía en el desarrollo físico y/o psíquico del niño, que no corresponden con el momento evolutivo del mismo y que no responden a causas orgánicas. Indican que algo sucede y que el niño está somatizando su afección. Obviamente, estos síntomas no dicen nada por sí mismos si se presentan de manera aislada y de forma puntual. Pasan a ser señales de alerta cuando: van asociados (existe más de un síntoma) y/o son persistentes.

Violencia física y emocional: es la que los adultos realizan con la intención de corregir una conducta no deseable y enseñar nuevas conductas que consideran importantes. Causa dolor físico y emocional en la persona agredida. La diferencia con el maltrato físico es la intensidad y la intención.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS). Treatment of pediatric diaphyseal femur fractures. Rosemont (IL): American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS).
2. Bucio Mújica Ricardo. LOS INMENSOS DESAFÍOS. México Social. Año 1- No. 6, noviembre 2011.
3. Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. Violencia y maltrato a menores en México. Reporte temático, febrero 2005; número 1:1-42.
4. Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud (CNEGSR, SS). Guía para el Diagnóstico Presuntivo del Maltrato Infante-Juvenil. Guía para la Capacitación del Personal Operativo de Salud. 2006.
5. Convención sobre los Derechos del Niño. 42º período de sesiones. Ginebra 15 mayo – 02 junio 2006.
6. Curtis L, Unit costs of health and social care. Personal Social Services Research Unit, The University of Kent, (2007).
7. DIF (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia). *Datos estadísticos referentes a menores maltratados durante el año 2009*, Dirección General Jurídica y de enlace institucional. <http://www.dif.gob.mx/Estadisticas/default.asp?id=4&mnu=4> [4 de noviembre de 2010]
8. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Unidos por la Infancia 1946.- 2006. Perú. www.unicef.org/peru/files/notas_prensa/carpetasinformativas/violencia.pdf
9. García-Piña C, Loredo - Abdalá A y Trejo-Hernández J. Quemaduras intencionales en pediatría. Un mecanismo poco considerado de maltrato físico. *Acta Pediatr Mex* 2008; 29(1):9-15.
10. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, Presidencia de la República. QUINTO INFORME DE GOBIERNO. Septiembre 2011.
11. Gómez de Terreros I., Serrano urbano I., Martínez Martín MC. Diagnóstico por la imagen de los malos tratos infantiles. *Cuad Med Forense* 2006; 12(43-44):21-37.
12. Kellogg ND, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics* 2007 Jun;119(6):1232-41. [70 references]
13. Lachica López E. Síndrome del niño maltratado: aspectos médico-legales. *Cuad Med Forense* 2010;16(1-2):53-63.
14. Loredo - Abdalá A, Báez - Medina V, Perea - Martínez A y Col. Col. del Grupo Académico de la Comisión para el Estudio y Atención Integral al Niño Maltratado. Historia del maltrato infantil en México: revisión de la literatura pediátrica. *Acta Pediatr Mex* Vol. 58, marzo 2001.
15. Loredo - Abdalá A, Trejo-Hernández J, García-Piña C y Col. del Grupo Académico de la Comisión para el Estudio y Atención Integral al Niño Maltratado. La Clínica de Atención Integral al niño Maltratado: Implementación de una estrategia de aplicación nacional en investigación, docencia y asistencia. *Medigraphic Artemisa*. Vol. 66, mayo-junio, 2009.
16. Loredo - Abdalá A, Trejo-Hernández J, García-Piña C y Col. del Grupo Académico de la Comisión para el Estudio y Atención Integral al Niño Maltratado. Maltrato Infantil: Una acción interdisciplinaria e interinstitucional en México. *Acta Pediatr Mex* 2010; 31 (Supl.1): S1-S7.
17. Loredo - Abdalá A, Trejo-Hernández J, Melquiades - Parra I. Síndrome del niño sacudido. Forma externa de abuso físico infantil. *Acta Pediatr Mex* 2011; 32 (3): 177-179.
18. México. NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. DOF, Jueves 16 de abril de 2009. www.iner.salud.gob.mx/descargas/juridico-normasmexicanas/NOM-046-SSA2-2005.pdf
19. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Costing statement: When to suspect child maltreatment. Clinical Guideline When to suspect child maltreatment, July 2009 (revised reprint Dec 2009):1-6.
20. National Institute for Health and Clinical Excellence. When to suspect child maltreatment? Londres: NICE, 2009. Disponible en: www.guidance.nice.org.uk.
21. Oliván Gonzalvo G. Indicadores físicos que se pueden observar en un niño maltratado. *Guías Clínicas* 2010;10(40). www.fisterra.com/guias2/maltrato.asp
22. Sistema de Salud de Aragón (IASS). La detección e Intervención en situaciones de Maltrato Infantil. 2006.
23. Soriano Faura FJ, y cols. Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la Atención Primaria, *Revista Pediatría de Atención Primaria Volumen XI. Número 41. enero/marzo 2009.*
24. Suárez Saavedra S y Rodríguez Suárez J. Maltrato Infantil. *Bol Pediatr* 2006;46(SUPL.1):119-124.
25. World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. (2006). Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf

8. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades del **Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia** las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por **Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC)** y el apoyo, en general, al trabajo de los autores.

Asimismo, se agradece a las autoridades del Instituto Nacional de Pediatría (INP) y del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CeNSIA) que participaron en los procesos de validación interinstitucional su valiosa colaboración en esta guía.

9. COMITÉ ACADÉMICO

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud / CENETEC

M. en A. María Luisa González Rétiz	Directora General
Dr. Luis Agüero y Reyes	Director de Integración de GPC
Dra. Selene Martínez Aldana	Subdirectora de GPC
Dr. Pedro Nieves Hernández	Subdirector de Gestión de GPC
Dra. Berenice Figueroa Cruz	Depto. de Validación y Normatividad de GPC
Dra. Maricela Sánchez Zúñiga	Depto. de Apoyo Científico para GPC
Lic. Juan Ulises San Miguel Medina	Depto. de Coord. de Centros de Desarrollo de GPC
Lic. José Alejandro Martínez Ochoa	Investigación Documental
Lic. Antonio Eduardo Arroyo Villasana	Revisión Editorial
Dr. Eric Romero Arredondo	Coordinador de guías de cirugía
Dr. Arturo Ramírez Rivera	Coordinador de guías de pediatría
Dr. Jesús Ojino Sosa García	Coordinador de guías de medicina interna
Dra. Jovita Lorraine Cárdenas Hernández	Coordinador de guías de gineco-obstetricia
Dr. Manuel Gil Vargas	Coordinador de guías de cirugía pediátrica
Dr. Andrés González de la Rosa	Coordinadora de guías de medicina interna

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

Lic. Guadalupe Fernández Vega Albalfull	Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social.
Dra. Martha Griselda Del Valle Cabrera	Directora de Rehabilitación.
Lic. Luisa Vizcarra Kotasek	Directora de Servicios Asistenciales.
Lic. Amalia L. Méndez Lemus	Subdirectora de Unidades Operativas en los Estados.
Dtta. Laura Castruita Zapién	Subdirectora de Prevención Asistencial.
Dra. Virginia Rico Martínez	Subdirectora de Enseñanza e Investigación.
Dra. María del Consuelo Calvillo Vázquez	Jefe del Departamento Médico de la Dirección General de Rehabilitación y Asistencia Social.
Dra. Ivonne Franck Rodríguez	Representante de la Dirección de Rehabilitación del DIF Nacional en el GTEDGPC.
Dr. Enrique Eduardo Ortiz Ortega	Médico Especialista en Rehabilitación.
Dra. Ruth Díaz González	Representante de la Dirección de Servicios Asistenciales del DIF Nacional en el GTEDGPC.
Dr. Ranulfo Jesús Ramos Beltrán	Médico Especialista en Pediatría

10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

Directorio sectorial

Secretaría de Salud / SSA

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS

Mtro. Daniel KaramToumeh

Director General del IMSS

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE

Lic. Jesús Villalobos López

Director General del ISSSTE

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín

Titular del DIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Juan José Suárez Coppel

Director General de PEMEX

Secretaría de Marina / SEMAR

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza

Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional / SEDENA

General Guillermo Galván Galván

Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General / CSG

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Secretario del Consejo de Salubridad General

Directorio institucional.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF):

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín.

Titular.

Lic. Guadalupe Fernández Vega Albafull.

Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social.

Dra. Martha Griselda Del Valle Cabrera.

Directora de Rehabilitación.

Lic. Luisa Vizcarra Kotasek.

Directora de Servicios Asistenciales.

Lic. Amalia L. Méndez Lemus.

Subdirectora de Unidades Operativas en los Estados.

Dtta. Laura Castruita Zapién.

Subdirectora de Prevención Asistencial.

Dra. Virginia Rico Martínez.

Subdirectora de Enseñanza e Investigación.

Dra. María del Consuelo Calvillo Vázquez.

Jefe del Departamento Médico de la Dirección General de Rehabilitación y Asistencia Social.

11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud	Presidenta
M en A María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC	Secretario Técnico
Dr. Mauricio Hernández Ávila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Titular
Dr. Romeo Rodríguez Suárez Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Pedro Rizo Ríos Director General Adjunto de Priorización del Consejo de Salubridad General	Titular
General de Brigada M. C. Ángel Sergio Olivares Morales Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Vicealmirante Servicio de Sanidad Naval, M. C. Rafael Ángel Delgado Nieto Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Gabriel Ricardo Manuell Lee Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Guadalupe Fernández Vega Albalull Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Rafael A. L. Santana Mondragón Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud	Titular
Dr. James Gómez Montes Director General de los Servicios de Salud y Director General del Instituto de Salud en el Estado de Chiapas	Titular 2011-2012
Dr. José Armando Ahued Ortega Secretario de Salud del Gobierno del Distrito Federal	Titular 2011-2012
Dr. José Jesús Bernardo Campillo García Secretario de Salud Pública y Presidente Ejecutivo de los Servicios de Salud en el Estado de Sonora	Titular 2011-2012
Dr. David Kershenobich Stalnikowitz Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Acad. Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Dra. Mercedes Juan López Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud	Asesor Permanente
Dr. Jesús Eduardo Noyola Bernal Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina	Asesor Permanente
Dr. Francisco Bañuelos Téllez Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Dr. Sigfrido Rangel Fraustro Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud	Asesor Permanente