

# EVIDENCIAS EN PEDIATRÍA

Toma de decisiones clínicas basadas en las mejores pruebas científicas

[www.evidenciasenpediatria.es](http://www.evidenciasenpediatria.es)

**Toma de decisiones clínicas basadas en pruebas:  
del artículo al paciente**

## ¿Puede padecer este niño maltrato? Limitaciones de la valoración en urgencias

Fernández Rodríguez M<sup>1</sup>, Martín Muñoz P<sup>2</sup>

<sup>1</sup>EAP Potes. SERMAS. Madrid (España).

<sup>2</sup>UGC La Plata/Palmete. Sevilla (España).

Correspondencia: Mercedes Fernández Rodríguez, [mer763@hotmail.com](mailto:mer763@hotmail.com)

**Palabras clave en inglés:** screening mass; diagnosis; child abuse; emergency service, hospital.

**Palabras clave en español:** detección sistemática; malos tratos a menores; diagnóstico; servicio de urgencias en hospital.

**Fecha de recepción:** 16 de junio de 2010 • **Fecha de aceptación:** 21 de junio de 2010

**Fecha de publicación en Internet:** 24 de junio de 2010

Evid Pediatr. 2010;6:28.

### CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Fernández RM, Martín P. ¿Puede padecer este niño maltrato? Limitaciones de la valoración en urgencias. Evid Pediatr. 2010;6:28.

Para recibir Evidencias en Pediatría en su correo electrónico debe darse de alta en nuestro boletín por medio del ETOC en  
<http://www.evidenciasenpediatria.es>

Este artículo está disponible en: <http://www.evidenciasenpediatria.es/EnlaceArticulo?ref=2010;2:28>

©2005-10 • ISSN: 1885-7388

# ¿Puede padecer este niño maltrato? Limitaciones de la valoración en urgencias

Fernández Rodríguez M<sup>1</sup>, Martín Muñoz P<sup>2</sup>

<sup>1</sup>EAP Potes. SERMAS. Madrid (España).

<sup>2</sup>UGC La Plata/Palmete. Sevilla (España).

Correspondencia: Mercedes Fernández Rodríguez, mer763@hotmail.com

## Resumen

**Conclusiones de los autores del estudio:** las intervenciones realizadas en urgencias permiten incrementar la detección del número de casos sospechosos de abusos, pero la metodología de los estudios no permite extraer conclusiones acerca de su eficacia. No se puede confirmar que la edad, la consulta repetida a urgencias y el tipo de lesiones permitan identificar a los niños con un posible maltrato o negligencia.

**Comentario de los revisores:** sin olvidar que las dos revisiones sistemáticas presentan limitaciones por la calidad de los artículos incluidos, por el momento no disponemos de una herramienta clínica para usar en urgencias que incremente la sospecha de maltrato; otros factores como la edad, tipo de lesiones y la repetición de visitas a urgencias se deben emplear con prudencia en el índice de sospecha ya que no se han relacionado con el maltrato infantil.

**Palabras clave:** detección sistemática; malos tratos a menores; diagnóstico; servicio de urgencias en hospital.

## May this child suffer abuse? Limitations of the evaluation in the emergency department

### Abstract

**Authors' conclusions:** emergency interventions can increase the detection of the number of suspected cases of abuse, but the methodology of the studies precludes drawing conclusions about their effectiveness. It cannot be confirmed that age, repeated attendance to the emergency department and type of injury identify children with suspected child abuse or neglect.

**Reviewers' commentary:** both systematic reviews have limitations due to the quality of the articles. For the moment, we do not have a clinical tool to be used in the emergency department to increase the suspicion of abuse; other factors such as age, type of injury and repeated visits to the emergencies should be used with caution in the index of suspicion because they have not been found to be related to child abuse.

**Keywords:** screening mass; diagnosis; child abuse; emergency service, hospital.

## ESCENARIO CLÍNICO

El residente que rota contigo te cuenta que unos padres que acuden a tu consulta fueron a la última guardia refiriendo que el bebé, que tiene 3 meses, se cayó al suelo y se golpeó en la cabeza. La madre explicó que estaba cambiándole y, al volverse para coger un pañal, el niño se giró y se cayó. No hubo pérdida de conocimiento y las radiografías de cráneo anteroposterior y lateral descartaron la existencia de fractura. Como la historia fue coherente con los datos objetivos y no se encontró ninguna lesión en el lactante, sugeren- te de negligencia o maltrato, les insistió en la necesidad de prevenir las caídas por parte de los padres y cuidadores y les emplazó para acudir a la consulta de su pediatra al día siguiente. Al acabar la consulta la residente te plantea que,

aunque en este caso no detectó datos de riesgo, ya que además conocía a los padres por estar rotando en tu consulta, si además de valorar los datos de discrepancias en la historia y de realizar una exploración física, existe alguna herramienta validada para emplear en la urgencia que permita mejorar el diagnóstico de sospecha de maltrato en el niño pequeño. Le planteas que estructure la pregunta y realizáis la búsqueda.

## PREGUNTA CLÍNICA

En el niño de menos de cinco años, ¿hay instrumentos validados de cribado de maltrato infantil para emplear en la urgencia?

## BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

**Fecha de realización:** 27 de mayo de 2010.

**Descriptorios utilizados en la búsqueda:** en tripdatabase "Child abuse screening"; en PubMed "Abuse children screening emergency" y el filtro systematic [cb]. Los artículos seleccionados fueron:

1. Louwers ECFM, Affourtit MJ, Moll HA, Koning HJ, Korfaje IJ. Screening for child abuse at emergency departments: a systematic review. *Arch Dis Child* 2010;95:214-8.
2. Woodman J, Lecky F, Hodes D, Pitt M, Taylor B, Gilbert R. Screening injured children for physical abuse or neglect in emergency departments: a systematic review. *Child Care Health Dev.* 2010;36:153-64.
3. Woodman J, Pitt M, Wentz R, Taylor B, Hodes D, Gilbert R E. Performance of screening tests for child physical abuse in accident and emergency departments. *Health Technol Assess.* 2008;12.

La referencia 3 se solapaba en el contenido del estudio 2, por lo que se eliminó.

## RESUMEN ESTRUCTURADO DE LOS ARTÍCULOS SELECCIONADOS

**Estudio 1: Louwers ECFM, Affourtit MJ, Moll HA, Koning HJ, Korfaje IJ. Screening for child abuse at emergency departments: a systematic review. Arch Dis Child. 2010; 95:214-8.**

**Objetivo:** confirmar que las actuaciones realizadas en el servicio de urgencia consiguen aumentar el número de casos de maltrato detectados.

**Diseño:** revisión sistemática.

**Fuentes de datos:** se realizó una búsqueda bibliográfica en Pub Med, EMBASE, Web of Science, the Cochrane Library y CINAHL. El periodo de búsqueda fue desde febrero de 2008 sin restricción de lenguaje o fecha de publicación. Se añadió la revisión de la revista *Child Abuse and Neglect* desde 1977. Los descriptorios principales empleados fueron "child abuse", "mass screening" y "emergency service, hospital".

**Selección de estudios:** los criterios para la selección fueron: a) estudios con revisión externa por expertos y centrados en niños; b) realizados en el ámbito de urgencias, y c) que incluyeran intervenciones para la detección del maltrato. Se excluyeron los estudios en grupos de pacientes determinados, como quemados. Se empleó una escala para evaluar la calidad basada en los datos de selección de los estudios. De un total de 328 títulos de la búsqueda, fueron rechazados 318 en base al título y/o falta de resumen, y se añadieron dos artículos adicionales conocidos por los revisores y tres a partir de las referencias de otros estudios. Se incluyeron 15, de los cuales se seleccionaron cuatro.

**Extracción de datos:** la calidad se valoró según: la presencia de los datos de detección de maltrato antes y después de la intervención, edad de inclusión hasta al menos los 16 años, la inclusión de todos los síntomas de presentación y la confirmación de los casos de sospecha. Cada variable se valoró con un punto, con un máximo de cuatro puntos. La selección y revisión se realizó por dos evaluadores de forma independiente. Se consensuaron los criterios de inclusión y exclusión y la asignación de puntuación. Los datos que se incluyeron fueron: el número de pacientes, la duración del periodo de seguimiento, el país, el objetivo del estudio, el tipo de estudio, las intervenciones realizadas durante éste, la detección antes y después de la intervención y las conclusiones. Las variables valoradas se describen en la tabla 1.

**TABLA 1.** Ítems utilizados en las listas de comprobación de los artículos incluidos en la revisión

Ítem de la lista de comprobación	Pless et al.	Sidebotham and Pearce	Benger and Pearce	Bleeker et al.
Hallazgos de la exploración física según historia clínica	X	X	X	X
Retraso en solicitar asistencia médica	X	X	X	X
Datos inconsistentes en la historia	X	X	X	X
Interacción y comportamiento adecuado niño/padres	X		X	
Evidencia de abuso informada o mostrada por el niño/padres	X			
Petición de radiografía ósea	X			
Otra razón para sospechar maltrato	X			
Consulta previa en urgencias		X		
Traumatismo craneal o fractura en niño menor de 1 año		X		
Acción adecuada de los padres tras la lesión				X
Sospechoso o testigo acompañando al niño a urgencias				X

**Resultados principales:** se consideró que una intervención era efectiva si el número de casos detectados de abuso se incrementaba significativamente.

Pless *et al.* incluyeron el Montreal Children's Hospital Accident Scan con 4.422 niños menores de seis años, en un seguimiento prospectivo durante 4,5 meses. Se halló un incremento no significativo en el número de casos detectados del 0,86% al 1,13% después de la intervención, (*odds ratio* [OR]: 1,32; intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 0,72 a 2,40). Hubo 25 (70%) "verdaderos positivos" no detectados.

En el estudio de Sidebotham *et al.*, 2.345 chicos menores de 18 años fueron valorados con cinco variables; se hizo una revisión durante dos meses antes y después de la intervención y se verificó un incremento significativo en el número de casos detectados: 0,22% a 1,32%, (OR: 6,0; IC 95%: 1,71 a 21,2). No se realizó seguimiento para comprobar la confirmación de los casos.

Benger *et al.* siguieron a 2.000 pacientes menores de seis años con traumatismo. Se valoró antes y después de la intervención durante tres meses respectivamente. Se introdujo un listado de cuatro variables que fue aplicado en el 71,7% de los pacientes. Se detectó un incremento en los casos sospechados no significativo del 0,6% al 1,4% (OR: 2,3; IC 95%: 0,89 a 6,1). No se realizó seguimiento para comprobar si se confirmaba la sospecha.

Bleeker *et al.* utilizaron una lista de comprobación de nueve preguntas y no se hizo valoración previa de los casos detectados. Después de la intervención se detectó un 0,1%. Se confirmaron 28 casos. El seguimiento fue de 40 meses.

El número de niños valorados fue 8.987 y el incremento de los casos detectados o confirmados en los tres estudios donde se aportaron fue de 179,9% (media ponderada) (ver tabla 1).

**Conclusión:** las intervenciones realizadas en el servicio de urgencias permiten incrementar la detección del número de casos sospechosos de abusos, pero la metodología de los estudios no permite extraer conclusiones acerca de su eficacia.

**Conflicto de intereses:** no existe.

**Fuente de financiación:** The Netherlands Institution for Health Research and Development.

**Estudio 2: Woodman J, Lecky F, Hodes D, Pitt M, Taylor B, Gilbert R. Screening injured children for physical abuse or neglect in emergency departments: a systematic review. Child: Care Health Dev. 2010;36:153-64.**

**Objetivo:** valorar si la edad, el tipo de lesión y la reincidencia en las urgencias pueden indicar la presencia de abuso físico o negligencia.

**Diseño:** revisión sistemática.

**Fuentes de datos:** se realizó una búsqueda bibliográfica en Medline, DH-Data, EMBASE, PsycINFO, BNI&CINAHL. También búsquedas dirigidas en Web of Science, Internet y de forma manual. El periodo de búsqueda fue desde 1975 hasta mayo de 2008 y sólo se incluyeron los estudios en inglés. La búsqueda se realizó en el marco de un informe técnico donde se definieron varias estrategias y múltiples descriptores. Para la lectura detallada se remite a la publicación original<sup>2</sup>.

**Selección de estudios:** los criterios para la selección fueron: a) niños con registro de accidentes tanto en la urgencia como en un ingreso; b) visitas a urgencias por otras causas de niños con antecedentes de lesiones; c) todos los estudios incluidos deberían incluir el dato de maltrato. Se analizaron de forma separada los trabajos procedentes de los servicios de urgencias y los de ingresos. De 9.198 trabajos, se valoraron el título y el resumen de 8.069; se incluyeron siete estudios, uno de datos no publicados. No especifican otros criterios de exclusión que las duplicidades y falta de relación con los criterios de inclusión. Se excluyeron 46 trabajos de niños con abuso o negligencia por presentar lesiones específicas (como hemorragia intracraneal o fracturas) para las que se realizaron pruebas diagnósticas sin cribado o por la falta de un grupo control. Los resúmenes fueron valorados por un revisor.

**Extracción de datos:** se empleó la escala modificada de QUADAS<sup>3</sup>, herramienta validada para los estudios de pruebas diagnósticas, que valora si el espectro de pacientes es representativo, si se describen los criterios de selección, si se clasifica adecuadamente a los pacientes, si se emplea una selección aleatoria de la muestra, si se emplea la misma herramienta diagnóstica en todos los pacientes, si se utiliza una prueba de referencia independiente, si se describe adecuadamente su realización y si se interpretó la prueba en estudio de forma independiente a la de referencia. Por último se valora si se ofrecen los resultados y las pérdidas.

Un revisor valoró los resúmenes y se unió a otro evaluador para la revisión de los artículos y la extracción de los datos. Los dos investigadores extrajeron de cada estudio el número de niños con maltrato o negligencia y el número de niños sin evidencia de estos datos para cada variable, las características de la población, el tipo de estudio y el ámbito médico. Se agruparon los datos según la edad: menor de un año, de uno a cuatro años, de cinco a nueve años y de 10 a 15 años, y el tipo de lesiones: traumatismo craneal, fracturas, quemaduras, equimosis y otras.

**Resultados principales:** se calculó el cociente de verosimilitud (CV) de cada variable y la probabilidad post-test de maltrato y negligencia. Se consideró que una intervención era efectiva si el CV era  $\geq 10$ , ya que se consideraba que la prevalencia de abuso físico en urgencias era  $\leq 1\%$ .

En relación con la edad, dos estudios (Yamamoto *et al.* 1991 y Palazzi *et al.* 2005) valoraron los niños atendidos en urgencias por traumatismos; dos se basaron en niños ingresados por lesiones graves y en uno por lesiones muy graves (TARNlet).

TABLA 2.

Estudio		Edad	Maltrato	No maltrato	LR, IC 95%	IC 95%
<b>Edad como factor de riesgo</b>						
<b>a) Ingreso hospitalario</b>						
TARNlet, datos no publicados, RU	Niños con traumatismo severo ingresados en hospitales de Gales e Inglaterra (1996-2004).	<1	231 (57,0)	754 (4,4)	13,0 (11,7-14,5)	23,5 (20,9-26,2)
		1-4	161 (39,8)	3.286 (18,8)	2,1 (1,8-2,4)	4,7 (4,0-5,4)
		5-9	9 (2,2)	4.486 (26,0)	‡	0,2 (0,1-0,4)
	Incluye todos los tipos de maltrato. Registros de los ingresos.	10-15	1 (0,2)	8.712 (50,6)	‡	‡
		<16	405	17.229		2,3 (2,1-2,5)
Chang et al. 2004, EE.UU.	Niños con ingreso en centro de traumatismos por quemaduras, traumatismo o intoxicación (1990-2002). Basado en los códigos de diagnóstico.	<1	97 (56,7)	873 (7,4)	7,7 (6,7-8,9)	10,0 (8,3, 12,1)
		1-5	55 (32,2)	3.111 (26,6)	1,2 (1,0-0,9)	1,7 (1,3, 2,3)
		5-15	19 (11,1)	7.867 (66,4)	0,2 (0,1-0,3)	0,2 (0,2, 0,4)
		10-15	171	11 851		1,4 (1,2, 1,7)
		<16				
Wright & Litaker 1996, EE.UU.	Niños con ingreso en centro de traumatología por traumatismo o intoxicación (1991-1992). Basado en los códigos de diagnóstico al alta (n= 1.495).	<4	30 (88,2)	775 (53,0)	1,7 (1,5-1,9)	3,7 (2,5, 5,3)
		5-9	3 (8,8)	397 (27,2)	0,3 (0,1-1,0)	0,8 (0,3, 2,2)
		10-14	1 (2,9)	289 (16,4)	0,2 (<0,1-1,3)	0,3 (0,0, 1,9)
		<16	34	1.461		2,3 (1,6, 3,2)
<b>b) Urgencias</b>						
Palazzi et al. 2005, Italia	Niños con ingreso en centro de traumatología por quemaduras, traumatismo o intoxicación (2000). Incluye abuso sexual. Basado en una escala aplicada de forma prospectiva, valor de cuatro, sospecha de abuso.	<4	117 (58,8)	5.457 (57,5)	1,0 (0,9-1,2)	2,1 (1,8, 2,5)
		4-14	82 (41,2)	4.036 (42,5)	1,0 (0,8-1,5)	2,1 (1,8, 2,5)
		<14	199	9.493		2,1 (1,8, 2,4)
Yamamoto et al. 1991, Hawaii	Chicos (<16 años) valorados por golpes, 1987-1988. Basado en la sospecha clínica, estudio prospectivo.	<1	11 (6,6)	171 (4,3)	1,5 (0,9-2,8)	6,0 (3,4, 10,5)
		1-5	48 (28,9)	1.953 (49,1)	0,6 (0,5-0,7)	2,4 (1,8, 3,2)
		6-10	34 (20,5)	1.047 (26,3)	0,8 (0,6-1,1)	3,2 (2,3, 4,4)
		11-15	73 (44,0)	806 (20,7)	2,1 (1,8-2,6)	8,3 (6,7, 10,3)
		<16	166	3.977		4,0 (3,5, 4,7)
<b>Sospecha por consultas repetidas</b>						
<b>a) Consulta médica</b>						
		Edad/edad en el momento del riesgo	Maltrato > 1 visita/todos los maltratos	No maltrato > 1 visita/todos los no maltratos	LR , IC 95%	Prob† (%)
DiScala et al. 2000, EE.UU.	Historia médica antes de los ingresos: incluye prematuridad, fracturas previas, hematoma subdural, hemorragias retinianas e infecciones cutáneas. Índice valoraciones por lesiones incluye golpes y maltrato físico o abuso sexual. La información se basó en el National Pediatric Trauma database de 70 hospitales entre 1988-1997 (se excluyeron las sospechas de maltrato).	≤5 años/tiempo de vida	1.058/1.988 (53,2%)	2.366/16.831 (14,1%)	No ajustada 3,8 (3,6-4,0)	IC 95% ‡

Continúa en página siguiente...

TABLA 2.

b) Urgencias		Edad/edad en el momento del riesgo	Maltrato > 1 visita/todos los maltratos	No maltrato > 1 visita/todos los no maltratos	LR, IC 95%	Prob† (%)
Friedlaender et al. 2005, EE.UU.	Niños valorados en las dos semanas del primer registro. Incluye maltrato físico y negligencia. Casos (n = 157). Controles (n = 628). Procedían del Medicaid database. La odds ratio para maltrato se relacionó con cualquier visita a urgencias en los 12 meses previos y se ajustó por raza, enfermedad crónica y recursos económicos.	6 m-5 años/ 12 m	25/157 (15,9%)	30/628 (29,1%)	No ajustada: 3,3 ‡ (2,0-5,5). Ajustada: 0,8 (0,5-1,2)	
<b>c) Consulta previa en urgencia por lesiones</b>						
Palazzi et al. 2005, Italia	Consulta en urgencias los 12 meses previos. El maltrato físico, la negligencia y el abuso sexual se definieron en relación a una escala, registros prospectivos.	<14 años/12 m	44/188 (23,4%)	1.346/9.498 (14,2%)	No ajustada: 1,6 (1,3-2,1)	3,2 (2,4-4,2)

\*LR: likelihoodratio

(cociente de verosimilitud)  $\frac{\text{Proporción de niños con abuso y marcador de abuso de todos los niños con abuso}}{\text{Proporción de niños sin abuso y marcador de abuso de todos los niños sin abuso (Knottnerus et al. 2002)}}$

†Prob: probabilidad post-test (probabilidad de maltrato en todos los niños atendidos en urgencias o ingresados, calculado por los revisores a partir del número de niños maltratados con el marcador y el número total de niños con el marcador, IC 95 % empleando intervalos de Wilson score).

‡: probabilidad post-test no calculada para los estudios de casos y controles.

Ninguno de los estudios notificó que los casos de maltrato se descartaran o confirmaran por parte de los servicios sociales y la puntuación en la escala QUADAS no superó los seis puntos. En el estudio TARNlet hubo un aumento del riesgo de maltrato en el menor de un año ingresado (CV: 13,0; IC 95%: 11,7-14,5) y una reducción en los preescolares. Los estudios que valoraron la repetición de consultas no compararon para visitas aisladas por traumatismos; uno incluyó cualquier visita (Palazzi) y otro (DiScala) por lesiones concomitantes. En el único estudio en que se valoró el tipo de lesiones, los autores de la revisión calcularon el CV para los distintos tipos de lesiones: traumatismo craneal, fracturas, quemaduras, equimosis y otras, y el CV fue inferior a 10 (con un rango de 0,1-4,4). No se encontró evidencia de que la edad, las consultas previas y el tipo de lesiones supongan un mayor riesgo en los niños valorados en urgencias (ver tabla 2).

**Conclusión:** no se puede confirmar que la edad, la consulta repetida a urgencias y el tipo de lesiones permitan identificar a los niños con un posible maltrato o negligencia.

**Conflicto de intereses:** no consta.

**Fuente de financiación:** UK Health Technology Assessment Programme. Department of Health's NIHR Biomedical Research Centres.

## COMENTARIO CRÍTICO

**Justificación:** a pesar de que las notificaciones de maltrato infantil se han incrementado en los últimos años<sup>1</sup>, los casos detectados suponen una pequeña cantidad frente a los casos estimados. Las dificultades para su diagnóstico se producen por distintas causas, como la necesidad de una sospecha clínica por parte del profesional y la heterogeneidad en las manifestaciones clínicas y ámbitos de consulta<sup>2</sup>. Esta dificultad se produce a menudo en la urgencia donde las lesiones compatibles, como traumatismos y quemaduras, son muy frecuentes. Por ello, sería de gran utilidad disponer de una herramienta que permitiera una preselección de los casos sospechosos de maltrato o abuso.

**Validez o rigor científico:** la principal limitación de ambas revisiones sistemáticas radica en la escasa calidad de los artículos incluidos. En relación con la pregunta de estudio, en la revisión sistemática número 1 (RS1) no se define bien la edad y el tipo de intervención que se va a valorar. En la revisión sistemática número 2 (RS2) se acepta cualquier tipo de medida de maltrato o negligencia. La valoración de la calidad metodológica no se define en la RS 1 y sí en la RS2 donde se aplica la escala QUADAS<sup>3</sup>, que valora de forma detallada distintos aspectos. En ambas revisiones la calidad de los estudios incluidos es baja; en los estudios incluidos en RS2 no existía inde-

pendencia entre la prueba de cribado y el diagnóstico final y los clínicos que llegaban al diagnóstico no estaban cegados y no se aplicó el mismo seguimiento en los casos en los que no se sospechaba maltrato. La RS1 presenta el sesgo de selección, ya que valora el maltrato en el ámbito de urgencias exclusivamente, mientras que las limitaciones de la RS2 se centran en el tipo de lesiones valoradas: las físicas (aunque en dos estudios se incluye el abuso sexual). Aunque el tiempo de seguimiento de los estudios es superior en la RS2 y se valoran ingresos y consultas médicas en otros ámbitos, no se llega a establecer un diagnóstico de confirmación del maltrato en ninguno de los estudios.

El periodo de búsqueda es similar en ambas revisiones y se completa de forma más exhaustiva en RS2 a través de una búsqueda manual.

En ambas revisiones se produjeron exclusiones: en RS1, niños con diagnósticos que pueden englobar casos de maltrato como las quemaduras; en RS2, estudios de niños con lesiones sugerentes de maltrato pero sin grupo control o con empleo de pruebas diferentes del cribado. Dos de los artículos seleccionados incluyeron a población con traumatismos y no con síntomas generales, pudiendo este hecho afectar a la validez externa.

**Importancia clínica:** ambos estudios coinciden en la falta de pruebas sobre el uso de intervenciones en la urgencia que puedan seleccionar la población con mayor riesgo de maltrato. Un estudio reciente de casos y controles apoya la falta de relación entre el número de visitas a urgencias y el riesgo de maltrato. Como destacan los autores de RS2, el incremento en el número de visitas está relacionado con la falta de recursos y un menor nivel socioeconómico, por lo que los datos de visitas a urgencias se deben ajustar por estos factores de corrección, ya que de otra forma pueden sobreestimar el papel de esta variable como ocurría en los estudios de DiScala et al. 2000, y Friedlaender et al. 2005. De forma aislada sí existen pruebas de que ciertos datos clínicos suponen un elevado riesgo de maltrato en la infancia.

**Aplicabilidad en la práctica clínica:** basándonos en estos datos, la actuación indicada para detectar maltrato o negligencia en la urgencia se debe basar en la historia clínica y la búsqueda de una explicación plausible frente a los hallazgos clínicos. En relación con el dato de número de visi-

tas a la urgencia, el clínico debe recordar que, debido a su falta de sensibilidad y especificidad, habrá niños con maltrato sin visitas repetidas y, por el contrario, muchos niños frecuentadores de los servicios de urgencias no tienen por qué presentar maltrato o sospecha de tenerlo. Las implicaciones en el campo de la investigación serían la necesidad de diseñar estudios que permitan conocer si algunos de los marcadores de riesgo empleados, solos o en combinación, pueden facilitar el cribado.

**Resolución del escenario:** dado que no hay datos de una escala que mejore la detección de los casos de maltrato y la falta de relación entre las consultas repetidas a la urgencia y el maltrato, se decide mantener una valoración basada en la historia y la detección de factores clínicos y sociales de riesgo.

**Conflicto de intereses de los autores del comentario:** no existe.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Centro Reina Sofía. Estadísticas. Menores víctimas de violencia en el ámbito familiar [consultado: 27 de mayo de 2010]. Disponible en <http://www.centroreinasofia.es/pa neldecontrol/est/pdf/EST009-3270.pdf>.
2. Woodman J, Pitt M, Wentz R, Taylor B, Hodes D, Gilbert RE. Performance of screening tests for child physical abuse in accident and emergency departments. *Health Technol Assess*. 2008;12:1-95.
3. Whiting PF, Weswood ME, Rutjes AW, Reitsma JB, Bossuyt PN, Kleijnen J. Evaluation of QUADAS, a tool for the quality assessment of diagnostic accuracy studies. *BMC Med Res Methodol*. 2006;6:9.
4. Leaman AM, Holt A, Ramakrishnan RG. Emergency department attendance by children at risk of abuse. *Emerg Med J*. 2010;27:26-8.
5. González de Dios J, Perdikidis Olivieri L. La apnea y las hemorragias retinianas pueden ser hallazgos que permitan distinguir el daño cerebral secundario a maltrato de otros tipos de daño. *Evid Pediatr*. 2010;6:8.
6. National Collaborating Centre for Womens and Childrens Health. When to suspect child maltreatment. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2009.