

XLII Curso de actualización

# Pediatría

Saberes y argumentos compartidos **2026**

Creciendo juntos, cuidando el futuro



**UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**

Facultad de Medicina

## **Maltrato físico infantil: aspectos clínicos, epidemiológicos e imagenológicos**

**Karol Guarín Ramírez**

Residente de Pediatría

Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

**Mónica Royero Arias**

Radióloga Pediátrica – Hospital San Vicente Fundación

Docente de Radiología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

### Guía para el aprendizaje

#### ¿Qué debo saber antes de leer este artículo?

Antes de abordar el tema del trauma no accidental en pediatría, el lector debe comprender los principios del desarrollo infantil, ya que el reconocimiento de lesiones inconsistentes con la capacidad motora del niño es clave para sospechar maltrato. De igual manera, es recomendable tener nociones generales sobre interpretación radiológica básica en pediatría. Finalmente, es muy importante comprender el rol del pediatra como garante de derechos de los niños, al entender que ir más allá de lo evidente y mantener un alto nivel de sospecha clínica puede marcar la diferencia en el pronóstico y bienestar del niño.

#### Los objetivos de este capítulo serán:

1. Reconocer la magnitud del trauma no accidental en Colombia, sus factores de riesgo y distribución epidemiológica.
2. Identificar los signos clínicos y patrones de lesiones que deben hacer sospechar maltrato físico.
3. Conocer las recomendaciones del Colegio Americano de Radiología (ACR) para la selección de estudios de imagen según el escenario clínico.
4. Reconocer los principales hallazgos imagenológicos en el trauma craneal, óseo y toraco-abdominal.

#### Viñeta clínica

Dylan es un niño de 18 meses quien es traído al servicio de urgencias por su madre por cuadro clínico que inició hace 5 días con cojera derecha. El padrastro refiere que “se tropezó mientras jugaba” y se cayó desde su propia altura. El niño se muestra tímido, evita mirar a los adultos y abraza todo el tiempo a su muñeco. En el examen físico se observa tumefacción y sensibilidad en el muslo derecho y una equimosis en proceso de resolución en el pabellón auricular que según la madre fue producto de trauma al caerse de un columpio. Se realiza una radiografía de fémur y rodilla derecha que muestra una fractura cabalgada de la diáfisis femoral e imagen compatible con formación de callo óseo en tercio proximal del peroné.

### Introducción

El trauma no accidental constituye una de las formas más graves de violencia contra la niñez y su detección temprana es un desafío clínico frecuente en pediatría. El trauma no accidental —término que agrupa las lesiones físicas infligidas de forma intencional— representa una proporción significativa de las consultas por lesiones en la infancia y es causa importante de morbilidad y mortalidad evitable. Desafortunadamente, esta es una de las principales causas de lesiones traumáticas y mortalidad en la infancia, tanto en Colombia como en el resto del mundo.

### Epidemiología y factores de riesgo

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), se estima que uno de cada dos niños entre los 2 y 17 años sufre algún tipo de violencia cada año (1). En la misma línea, según el informe de UNICEF (2024), casi 400 millones de niñas y niños menores de 5 años sufren regularmente agresiones psicológicas o castigos físicos en el hogar, y alrededor de 330 millones son disciplinados mediante violencia física directa (2).

En el contexto colombiano, los datos del Instituto Nacional de Salud (INS) para el período 2018–2023 muestran una marcada desigualdad socioeconómica en la distribución de los casos notificados de violencia contra menores, con evidencia de que el estrato 1 concentra el 51,2 % de los casos reportados, y que al agrupar los estratos 1 y 2, la proporción asciende a 89,5 %, lo que refleja una clara asociación entre condiciones socioeconómicas precarias y riesgo de maltrato infantil (3). Por su parte, el Boletín Estadístico del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2024) documentó 62.860 casos de violencia intrafamiliar, de los cuales 7.902 correspondieron a hechos de violencia contra niños, niñas y adolescentes, cifra superior a la del año 2023, cuando se registraron 6.369 casos, y son los perpetradores, en su gran mayoría, los padres o figuras parentales del niño, con un 38 % atribuido a las madres, un 23,9 % a los padres y un 20% a ambos progenitores (4).

En conjunto, estos datos evidencian la persistencia de la violencia contra la infancia, condicionada por factores como la pobreza, la desigualdad y la normalización cultural del castigo físico. Su identificación oportuna es esencial, dado que el trauma no accidental representa una urgencia médica, ética

y social, cuya detección precoz puede prevenir desenlaces precarios.

incluye aspectos individuales, familiares y socioculturales (Sanmartín, 2011) (5). En la **Tabla 1** se resumen los principales determinantes del maltrato infantil.

## Factores de riesgo principales

El análisis de los factores de riesgo asociados al maltrato infantil debe abordarse desde una perspectiva multidimensional, que

**Tabla 1. Determinantes del maltrato infantil.**

Dimensión	Factores de riesgo
Individual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discapacidad física o cognitiva</li> <li>• Problemas de conducta</li> <li>• Enfermedades crónicas o dependencia funcional</li> <li>• Edad menor de 3 años</li> <li>• Bajo peso o prematurez</li> </ul>
Familiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad mental del cuidador</li> <li>• Consumo de alcohol o sustancias psicoactivas</li> <li>• Paternidad o maternidad adolescente</li> <li>• Monoparentalidad</li> <li>• Inestabilidad conyugal o económica</li> <li>• Violencia entre progenitores</li> <li>• Hijos no deseados o negligencia emocional</li> </ul>
Sociocultural	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pobreza y desempleo</li> <li>• Condiciones de vivienda inadecuadas</li> <li>• Falta de redes de apoyo social</li> <li>• Escaso acceso a servicios de salud y educación</li> <li>• Aceptación cultural del castigo físico como método de disciplina</li> </ul>

Elaboración propia basada en referencia (6)

## ¿Cuándo sospechar trauma abusivo?

El diagnóstico de trauma no accidental es eminentemente clínico y requiere un alto índice de sospecha. No obstante, debe recordarse que la mayoría de las lesiones en la infancia son accidentales, especialmente las leves. Los médicos deben considerar que los niños, por su naturaleza exploratoria, pueden sufrir accidentes inusuales que generen lesiones atípicas y que, en algunos casos, un mismo paciente puede presentar lesiones accidentales e infligidas simultáneamente

(7). Por ello, resulta indispensable realizar una historia clínica detallada y un examen físico exhaustivo, que permitan identificar “banderas rojas” o señales de alarma sugestivas de maltrato físico. A continuación, se mencionan algunas de ellas:

### Indicadores históricos (7)

- Explicación incongruente con el tipo de lesión o cambiante entre cuidadores.

## Maltrato físico infantil: aspectos clínicos, epidemiológicos e imagenológicos

- Lesión incompatible con el desarrollo motor del niño.
- Retraso en la consulta o presencia de lesiones previas inexplicadas.
- Interacciones cuidador-niño inusuales, caracterizadas por frialdad, exceso de preocupación o contradicciones en el relato.

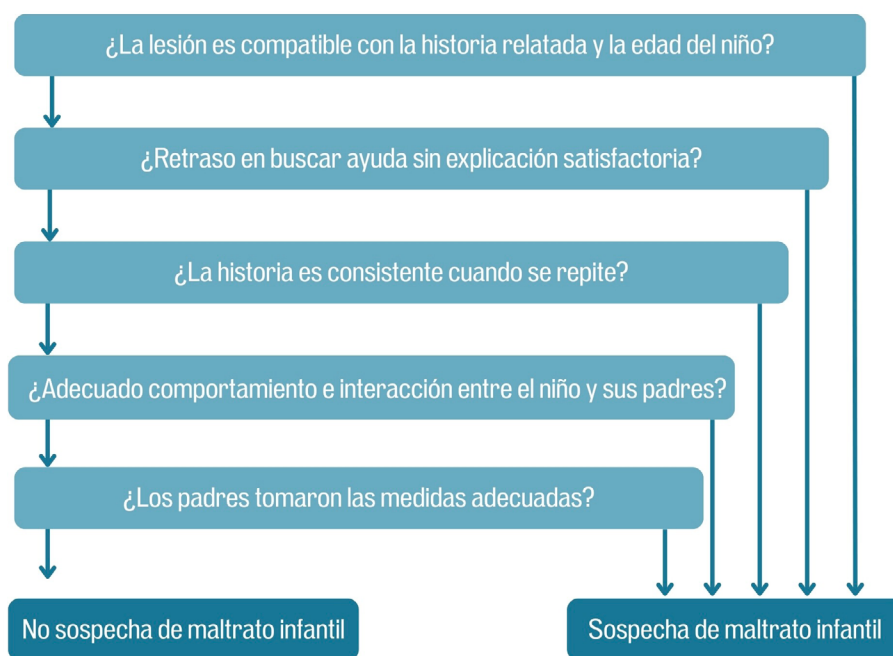
### Hallazgos físicos (8)

- Equimosis o hematomas en zonas no expuestas a trauma accidental: cuello, orejas, mejillas, cara interna de muslos, abdomen o espalda.
- Hematomas en diferentes estadios de evolución.
- Lesiones con patrón reconocible, como marcas de cinturón, cordón o manos.
- Mordeduras humanas.
- Quemaduras distribuidas simétricamente, zonas perineales/nalgas, patrón de “guante” o “calcetín” (inmersión forzada), bordes definidos que reproducen objeto caliente como cigarrillo.
- Alopecia traumática.

### Herramientas de cribado

Aún no existe una herramienta integral y estandarizada para la evaluación del maltrato físico infantil. Sin embargo, existen herramientas predictivas que pueden ayudar al clínico a tomar decisiones a la hora de sospecharlo. En los Países Bajos se desarrolló la lista de chequeo SPUTOVAMO-R2 cuyo nombre proviene de un acrónimo en neerlandés utilizado para la detección sistemática de sospecha de abuso infantil. Esta lista consta de cinco preguntas básicas, en la que una sola respuesta fallida clasifica la prueba como positiva para sospecha de maltrato (Ver **Figura 1**) (9). Según el estudio de Schouten et al. (2017) (9), el SPUTOVAMO-R2 mostró una alta especificidad (98,2%) y un valor predictivo negativo del 99,1%, pero una baja sensibilidad (14,8%), lo que indica una alta tasa de falsos positivos. Por tanto, su principal valor radica aumentar la sospecha clínica, más que en establecer un diagnóstico definitivo de maltrato físico infantil.

**Figura 1. Instrumento de detección SPUTOVAMO-R2.**



Adaptado de referencia (9)

En cuanto a la evaluación de las lesiones, existen escalas validadas que ayudan a predecir la probabilidad de que una lesión sea sugestiva de maltrato. Una de las más validadas es la escala TEN-4 FACESp con una sensibilidad del 95,6 % y una especificidad del 87,1% (Pierce et al., 2021) (10). Su objetivo principal es distinguir las lesiones accidentales de las potencialmente abusivas, en especial en niños menores de cuatro años y lactantes no deambuladores. Si bien no reemplaza la valoración médica integral, su aplicación permite

orientar la decisión de ampliar estudios imagenológicos, solicitar una valoración interdisciplinaria o activar las rutas institucionales de protección cuando los hallazgos lo justifican. En la **Tabla 2** se presenta el acrónimo y su interpretación clínica. La presencia de una sola equimosis en cualquiera de las áreas descritas en un niño menor de 4 años o en cualquier lugar en un menor de 4 meses debe generar sospecha inmediata de maltrato físico.

**Tabla 2. Escala TEN-4 FACESp**

	Significado	Interpretación clínica
T	Torso (tórax, abdomen, espalda, glúteos)	Equimosis en zonas que no suelen lesionarse accidentalmente.
E	Ear (oreja)	Hematomas o lesiones auriculares son altamente sospechosos.
N	Neck (cuello)	Lesiones en cuello no son comunes en caídas o juegos habituales.
4	Menores de 4 años	Cualquier hematoma en torso, orejas o cuello en este grupo etario se considera sospechoso.
4	Menores de 4 meses (aun sin deambular)	Cualquier equimosis, en cualquier parte del cuerpo, debe levantar sospecha.
F	Frenillo	Laceraciones o desgarros del frenillo labial o lingual.
A	Ángulo de la mandíbula	Hematomas o equimosis en región mandibular.
C	Mejillas (Cheeks)	Lesiones lineales o circulares en mejillas.
E	Párpados (Eyelids)	Equimosis periorbitarias o “ojos morados” sin trauma claro.
S	Esclera	Petequias o hemorragias subconjuntivales sin causa médica.
P	Patterned bruising (lesión con patrón)	Marcas con forma de objeto: cinturón, cordón, dedos, etc.

Adaptado de referencia (10)

### Indicación de estudios de imágenes (según ACR 2023)

Cuando los hallazgos clínicos son sugestivos o la historia es inconsistente, se vuelve esencial la indicación de exámenes para objetivar las lesiones y orientar el manejo interdisciplinario. El uso adecuado de las imágenes diagnósticas es fundamental en la evaluación del trauma no accidental. Las guías del Colegio Americano de Radiología (ACR) dan recomendaciones específicas basadas en la edad del paciente y el escenario

clínico, con el propósito de optimizar la detección de lesiones y, minimizar la exposición innecesaria a radiación (11). Sin embargo, la interpretación de los resultados debe realizarse siempre en el contexto de la historia clínica y el examen físico, evitando decisiones aisladas basadas únicamente en los hallazgos radiológicos. En la **Tabla 3** se resumen las principales recomendaciones de la ACR para la indicación de estudios de imagen en casos de sospecha de maltrato físico infantil.

**Tabla 3. Recomendaciones de estudios imagenológicos según ACR 2023**

Escenario clínico	Edad del paciente	Estudios de imagen recomendados	Consideraciones adicionales
Sospecha de abuso sin lesiones neurológicas, óseas o viscerales aparentes	≤24 meses	Serie esquelética completa + TC de cráneo simple	Complementarios; realizar radiografías dirigidas o TC de tórax según hallazgos.
	>24 meses	Radiografías dirigidas al área de interés	TC de cráneo no es recomendada de rutina, pero podría considerarse si hay retraso del desarrollo u otra condición que haga el examen neurológico poco fiable.
Sospecha de lesión del sistema nervioso central (SNC)	≤24 meses	Serie esquelética completa + TC de cráneo simple	Puede ser apropiado realizar RM simple cerebral y de columna completa.
	>24 meses	Radiografías dirigidas al área de interés + TC de cráneo simple	Puede ser apropiado realizar RM simple cerebral y de columna completa.
Sospecha de lesión visceral o abdominal	≤24 meses	Serie esquelética completa + TC de cráneo simple + TC de abdomen y pelvis con contraste IV	TC de tórax (con o sin contraste) según sospecha.
	>24 meses	Radiografías del área comprometida + TC de abdomen y pelvis con contraste IV	Estudios complementarios según hallazgos clínicos.

Continúa en la siguiente página.

**Tabla 3. Recomendaciones de estudios imagenológicos según ACR 2023.** (Continuación)

Seguimiento tras estudios iniciales normales	≤24 meses	Serie esquelética de control (10–14 días)	Considerar TC de tórax si persiste la sospecha. Puede ser apropiado una TC o RM cerebral simple
Contactos domiciliarios de una víctima de abuso físico confirmado	≤24 meses	Serie esquelética completa	Puede ser apropiado una TC o RM cerebral simple

TC: tomografía computarizada, RM: resonancia magnética, IV: intravenoso

## Hallazgos imagenológicos

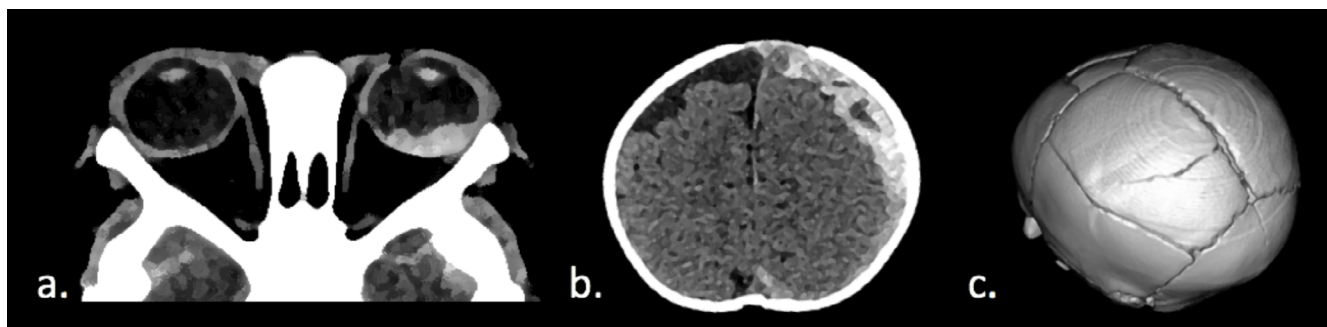
### Trauma abusivo craneal

Es la forma más común de lesión no accidental letal en niños menores de un año (12). Se produce por golpes directos, contusiones o movimientos bruscos de aceleración y desaceleración, especialmente al sacudir violentamente al lactante, lo que genera daño cerebral debido a la debilidad cervical y al peso relativo de la cabeza. Dentro de este espectro, el síndrome del bebé sacudido (*Shaken Baby Syndrome*) representa una de sus variantes más conocidas. Se caracteriza clínicamente por (12):

- Encefalopatía aguda, manifestación de daño cerebral traumático con síntomas neurológicos variables según la intensidad del trauma.
- Colecciones subdurales con o sin hallazgos extraaxiales adicionales, como hemorragia subaracnoidea, desgarro aracnoideo o trombosis de venas puente.
- Hemorragias retinianas múltiples y en distintas capas, que se distribuyen desde la región central hacia la periferia, a menudo acompañadas de retinosquisis o hemorragia vítrea.
- Lesiones espinales como hematomas subdurales o epidurales y lesiones ligamentarias en la unión craneocervical.
- Ausencia o escasas lesiones cutáneas externas, dado que las marcas por presión en el tórax o extremidades son infrecuentes.
- Historia clínica insuficiente o inconsistente, en la que los cuidadores no refieren trauma alguno o mencionan un

evento menor incompatible con la gravedad del daño cerebral.

Las fracturas de cráneo múltiples, bilaterales o que cruzan suturas, así como los hematomas subdurales de diferentes densidades, son hallazgos altamente sugestivos (**Figura 2**). La TC es el estudio inicial para identificar hemorragias intracraneales y fracturas, mientras que la RM permite valorar trombosis de venas puente, hematomas crónicos y lesiones isquémicas. La RM de columna también puede evidenciar hematomas subdurales espinales y lesiones ligamentarias cervicales, hallazgos cada vez más reconocidos en el abuso infantil (12).



**Figura 2. a. Hemorragia retiniana izquierda, b. hematoma subdural frontal izquierdo de diferentes densidades y c. fracturas múltiples en cráneo.**

Propia de los autores.

### Lesiones óseas

#### Serie esquelética completa

La serie esquelética inicial es el estudio de elección en la evaluación del maltrato físico infantil, especialmente en niños menores de 2 años. Su objetivo principal es detectar fracturas ocultas, múltiples o en diferentes etapas de curación, que orienten hacia un trauma no accidental. El *American College of Radiology* (ACR) y la *Society for Pediatric Radiology* (SPR) recomiendan que la serie esquelética estándar incluya al menos 21 proyecciones, cubriendo todo el esqueleto axial y apendicular (13). Finalmente, resulta importante recordar que la serie esquelética de seguimiento constituye una parte esencial de la evaluación del niño con sospecha de maltrato. Debe realizarse aproximadamente entre 10 y 14 días después del estudio inicial cuando la primera serie haya sido normal (13). La omisión de este estudio puede llevar a subdiagnóstico, especialmente en lactantes pequeños, donde las fracturas metafisarias y costales pueden ser sutiles o no visibles en la fase aguda.

#### Patrones de fractura en trauma no accidental

Las lesiones óseas no accidentales se clasifican según su grado de especificidad diagnóstica dependiendo de qué tan características sean de maltrato infantil. La probabilidad de abuso aumenta cuando las lesiones no concuerdan con la historia clínica referida, el mecanismo reportado es incompatible con el desarrollo del niño, o si existen fracturas en diferentes etapas de evolución. A continuación, se

enumeran de acuerdo con el grado de especificidad (13):

#### Alta especificidad:

- Lesiones metafisarias clásicas (CML).
- Fracturas costales posteriores múltiples. Fracturas de escápula.
- Fracturas de esternón.
- Fracturas de clavícula (en lactantes no deambuladores).
- Fracturas de apófisis espinosa.

#### Especificidad moderada:

- Fracturas múltiples.
- Fracturas en distintas etapas de curación.
- Separaciones epifisarias.
- Fracturas o separaciones vertebrales.
- Fracturas de los dedos.
- Fracturas craneales complejas.

#### Especificidad baja:

- Formación ósea subperióstica.
- Fracturas diafisarias de huesos largos.
- Fracturas lineales simples de cráneo.
- Fracturas de clavícula (en niños mayores o con mecanismo accidental claro).

**Fracturas metafisarias clásicas:** Conocidas como lesiones en esquina (*corner fractures*) o lesiones en cubeta (*bucket handle lesions*). Pueden verse como fragmentos óseos lineales o curvilíneos que se separan de la metáfisis, y suelen ser bilaterales o múltiples. Son altamente específicas de abuso en lactantes no deambuladores y suelen ser bilaterales o múltiples.

**Fracturas costales:** producidas por compresión torácica durante el acto de sacudir o apretar al niño con fuerza. Las fracturas anteriores o anterolaterales pueden observarse en etapas avanzadas del proceso de abuso o en lesiones por reanimación cardiopulmonar (RCP) en niños mayores, pero las fracturas costales posteriores, múltiples o en diferentes estadios de evolución deben interpretarse como patognomónicas de maltrato hasta demostrar lo contrario. Pueden ser difíciles de detectar en radiografías simples, por lo que se recomienda el uso de proyecciones oblicuas o TC de tórax en casos seleccionados.

**Fracturas de huesos largos:** En niños que no caminan, una fractura de hueso largo debe considerarse altamente sospechosa, mientras que en quienes sí lo hacen deben evaluarse la coherencia del mecanismo y la presencia de otras lesiones asociadas. Las fracturas transversas, espirales u oblicuas cortas sin historia convincente deben levantar sospecha. En particular, las fracturas del húmero proximal o distal, las fracturas metafisarias múltiples y las fracturas bilaterales en huesos largos son hallazgos frecuentes en víctimas de abuso.

**Fracturas de cráneo:** son comunes tanto en accidentes como en maltrato, pero ciertos patrones pueden

orientar la sospecha. Las fracturas lineales simples del parietal, aisladas y con historia consistente suelen ser accidentales. En cambio, son sospechosas de abuso las fracturas múltiples, bilaterales, con extensión a huesos temporales o al occipital, las fracturas deprimidas o diastásicas, y aquellas que se acompañan de hematomas subdurales, hemorragias retinianas o signos de trauma en distintas etapas evolutivas.

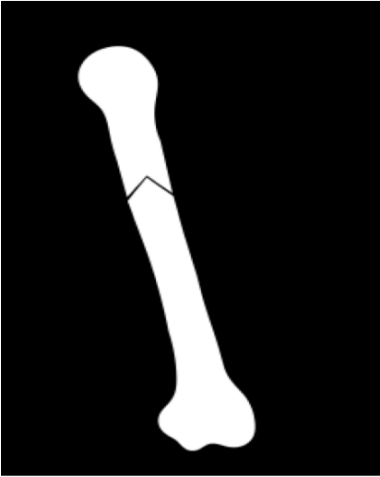
**Fracturas de manos, pies y clavícula:**

Las fracturas de metacarpos, falanges, metatarsos o clavícula pueden observarse en casos de abuso, especialmente en niños no ambulantes, donde estos mecanismos accidentales son poco probables. Las fracturas de falanges proximales y metacarpos pueden deberse a compresión o torsión forzada de los dedos, mientras que las fracturas de clavícula sin antecedente de parto traumático deben levantar sospecha.

**Cronología de las fracturas**

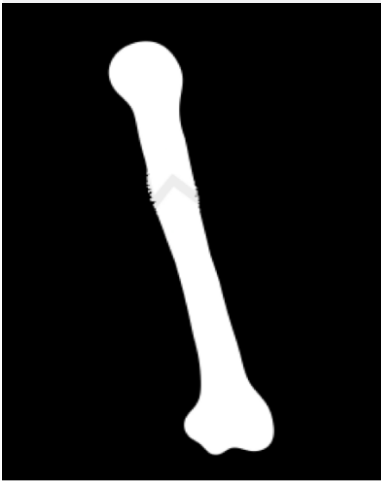
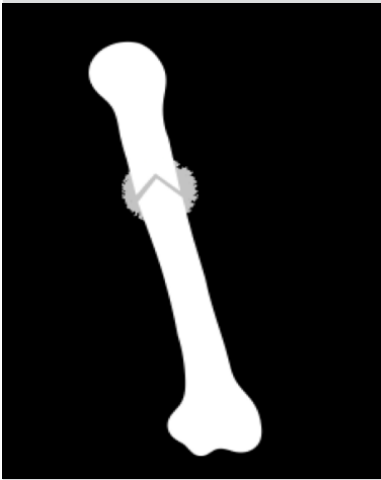
Determinar la antigüedad de las fracturas ayuda a identificar episodios repetidos de abuso. La presencia de fracturas en diferentes etapas es uno de los signos más sugestivos de maltrato crónico. En la **Tabla 5** se detallan los hallazgos radiográficos de las fracturas según su tiempo de evolución (14)

**Tabla 5. Hallazgos radiográficos según tiempo de evolución.**

Etapa de curación	Hallazgo radiográfico	Tiempo estimado	
Fase aguda	Línea de fractura nítida, sin evidencia de callo óseo	0–7 días	

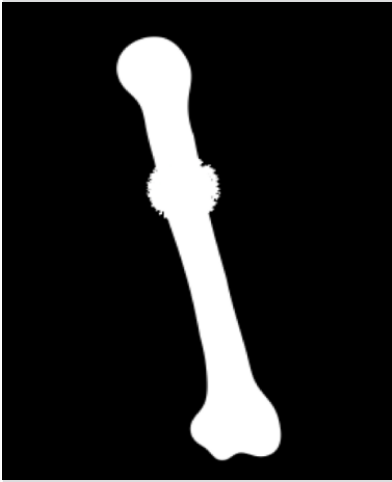
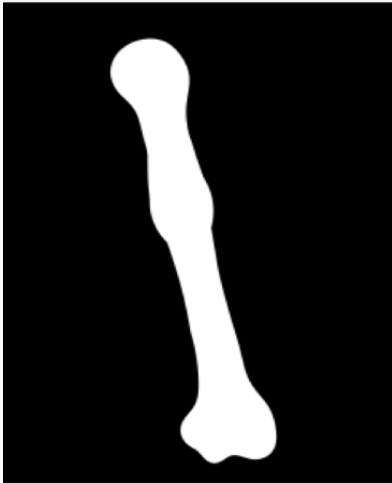
Continúa en la siguiente página.

**Tabla 5. Hallazgos radiográficos según tiempo de evolución.** (Continuación)

<p><b>Reabsorción inicial</b></p>	<p>Reabsorción de los bordes de la fractura, discreta opacidad periosteal</p>	<p>7–10 días</p>	
<p><b>Formación de callo óseo</b></p>	<p>Aparición de callo blando visible radiográficamente</p>	<p>10–14 días</p>	

Continúa en la siguiente página.

**Tabla 5. Hallazgos radiográficos según tiempo de evolución.** (Continuación)

<p><b>Consolidación</b></p>	<p>Callo denso y visible, reducción de la línea de fractura</p>	<p>14–21 días</p>	
<p><b>Remodelación</b></p>	<p>Restauración de la continuidad cortical y desaparición progresiva de la línea de fractura</p>	<p>&gt;21 días</p>	

Elaboración propia basado en referencia (14)

## Trauma abdominal

Las lesiones intraabdominales por maltrato son menos frecuentes que otros tipos de lesiones, pero pueden ser mortales. Ninguna lesión abdominal por sí sola es patognomónica de maltrato, pero algunos tipos y combinaciones de lesiones intraabdominales se observan con mayor frecuencia en niños maltratados (15). Tanto en traumatismos infligidos como accidentales, las lesiones en órganos sólidos son más frecuentes que las lesiones en

vísceras huecas.

Las lesiones intraabdominales infligidas pueden presentarse con un amplio espectro clínico: desde traumatismos ocultos sin signos externos hasta cuadros evidentes con dolor intenso, distensión o equimosis abdominal. En muchos casos, los síntomas son sutiles o inespecíficos, lo que dificulta su detección. Aunque la presencia de hematomas o dolor a la palpación aumenta la probabilidad de lesión interna, hasta el 80 % de los niños afectados no presentan signos abdominales visibles (16).

## Maltrato físico infantil: aspectos clínicos, epidemiológicos e imagenológicos

La Academia Americana de Pediatría recomienda el uso de transaminasas hepáticas como marcador inicial en la evaluación de maltrato físico. Valores de ALT o AST >80 UI/L justifican una TC abdominal con contraste, mientras que umbrales más altos (AST >200 UI/L o ALT >125 UI/L) aumentan su especificidad para detectar trauma oculto (17).

### Diagnósticos diferenciales

La distinción entre lesiones accidentales y abusivas requiere descartar condiciones médicas o traumáticas que puedan simular maltrato (18):

- Trastornos hematológicos: hemofilia, púrpura trombocitopénica idiopática.
- Osteogénesis imperfecta: fragilidad ósea con fracturas múltiples.
- Deficiencias nutricionales: escorbuto, raquitismo.
- Trauma accidental: caídas cortas, accidentes domésticos o vehiculares con mecanismo demostrable.
- Procedimientos médicos previos: catéteres, punciones o maniobras de reanimación.

La revisión de antecedentes médicos, estudios de laboratorio y correlación con el contexto social son fundamentales para evitar falsos positivos.

### Conclusiones

El trauma no accidental en la infancia constituye una emergencia médica y social que exige detección precoz, diagnóstico certero y abordaje interdisciplinario. En Colombia, las cifras de violencia hacia la niñez continúan siendo alarmantes y reflejan profundas inequidades estructurales.

La integración de datos clínicos, hallazgos imagenológicos y contexto psicosocial permite establecer diagnósticos más precisos y activar de manera oportuna los mecanismos de protección y restablecimiento de derechos. Reconocer el trauma no accidental no solo es un deber profesional, sino también un acto ético de defensa de la vida y la dignidad de los niños y niñas.

### Viñeta clínica (desenlace)

Ante los hallazgos iniciales, se amplía la valoración con una tomografía simple de cráneo y serie ósea esquelética con

presencia de fracturas en esquina metafisiaria en húmeros y callos óseos costales. El caso es evaluado por un equipo interdisciplinario y, tras la valoración psicosocial, se concluye probable maltrato físico de repetición. El paciente es hospitalizado para manejo y observación, mientras se activa el protocolo de protección.

### Bibliografía

1. Violencia contra las niñas y los niños OPS/OMS Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 2025 Nov 9]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/violencia-contra-ninas-ninos>.
2. UNICEF. Cerca de 400 millones de niños y niñas pequeños de todo el mundo sufren habitualmente algún tipo de disciplina violenta en sus hogares, según UNICEF. 2024 Jun 10 [citado 2025 Nov 5]. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/400-millones-ninos-mundo-disciplina-violenta-hogares>.
3. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). Datos para el Cambio: situación de violencias contra las niñas, niños y adolescentes [Internet]. Bogotá: ICBF; 2024 Nov [citado 2025 Nov 10]. Disponible en: [https://portalsuin.icbf.gov.co/sites/suin/Documents/Boletines%20Datos%20para%20la%20acción/Datos%20para%20el%20cambio%20violencias%20-%20VF\\_OBNSUIN.pdf](https://portalsuin.icbf.gov.co/sites/suin/Documents/Boletines%20Datos%20para%20la%20acción/Datos%20para%20el%20cambio%20violencias%20-%20VF_OBNSUIN.pdf).
4. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Boletín estadístico mensual diciembre 2024 [Internet]. Colombia; 2024 [citado 2025 Nov 10]. Disponible en: [https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/1003294/Boletin\\_diciembre\\_2024.pdf](https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/1003294/Boletin_diciembre_2024.pdf).
5. Sanmartín J. Maltrato infantil en la familia en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
6. Silva Lorente I, Escribano Barreno C. Estudio de la percepción social del maltrato infantil en la población general. *Diversitas Perspect Psicol*. 2024 Jul–Dec;20(2). doi.org/10.15332/22563067.10722.
7. Kellogg ND; Committee on Child Abuse and Neglect. Evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics*. 2007 Jun;119(6):1232–1241. doi.org/10.1542/peds.2007-0883.
8. Pau-Charles I, Darwich-Soliva E, Grimalt R. Signos cutáneos del maltrato infantil. *Actas Dermosifiliogr*. 2012;103(4):298–304. DOI: 10.1016/j.ad.2011.05.004
9. Schouten MCM, van Stel HF, Verheij TJM, Houben ML, Russel IMB, Nieuwenhuis EES, van de Putte EM.

The Value of a Checklist for Child Abuse in Out-of-Hours Primary Care: To Screen or Not to Screen. *PLoS One*. 2017;12(1):e0165641. doi:10.1371/journal.pone.0165641.

10. Pierce MC, Kaczor K, Lorenz DJ, et al. Validation of a clinical decision rule to predict abuse in young children based on bruising characteristics. *JAMA Netw Open*. 2021;4(4):e215832. doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.5832.
11. American College of Radiology. ACR Appropriateness Criteria®: Suspected Physical Abuse—Child [Internet]. Reston (VA): American College of Radiology; 2023 [citado 2025 Nov 12]. Disponible en: <https://acsearch.acr.org/docs/69443/Narrative/>.
12. Wittschieber D, Karger B, Pfeiffer H, Hahnemann ML. Understanding subdural collections in pediatric abusive head trauma. *Am J Neuroradiol*. 2019 Mar;40(3):388–395. doi.org/10.3174/ajnr.A5855.
13. Pfeifer CM, Hammer MR, Mangona KL, Booth TN. Non-accidental trauma: the role of radiology. *Emerg Radiol*. 2017 Apr;24(2):207–213. doi:10.1007/s10140-016-1453-7.
14. Marine MB, Forbes-Amrhein MM. Fractures of child abuse. *Pediatr Radiol*. 2021 May;51(6):1003–1013. doi:10.1007/s00247-020-04945-1.
15. Henry MK, Bennett CE, Wood JN, et al. Evaluation of the abdomen in the setting of suspected child abuse. *Pediatr Radiol*. 2021 May;51(6):1044–1050. doi.org/10.1007/s00247-020-04944-2.
16. Ruiz-Maldonado TM, Henry MK, Ro E, et al. Imaging and clinical features of intraabdominal injuries in children with suspected physical abuse. *Pediatr Radiol*. 2025. doi.org/10.1007/s00247-025-06335-x.
17. Schermerhorn SMV, Muensterer OJ, Ignacio RC Jr. Identification and evaluation of non-accidental trauma in the pediatric population: a clinical review. *Children*. 2024;11(4):413 doi.org/10.3390/children11040413.
18. Hossain T, Barry M. Non-accidental injuries in children. *Surgery (Oxford)*. 2023 Oct; 41(10):679–684. doi.org/10.1016/j.mpsur.2023.08.004