

# MALOS TRATOS EN EL NIÑO HOSPITALIZADO. IDENTIFICACIÓN Y PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

Paula Soler López (R2 Pediatría HGUA)

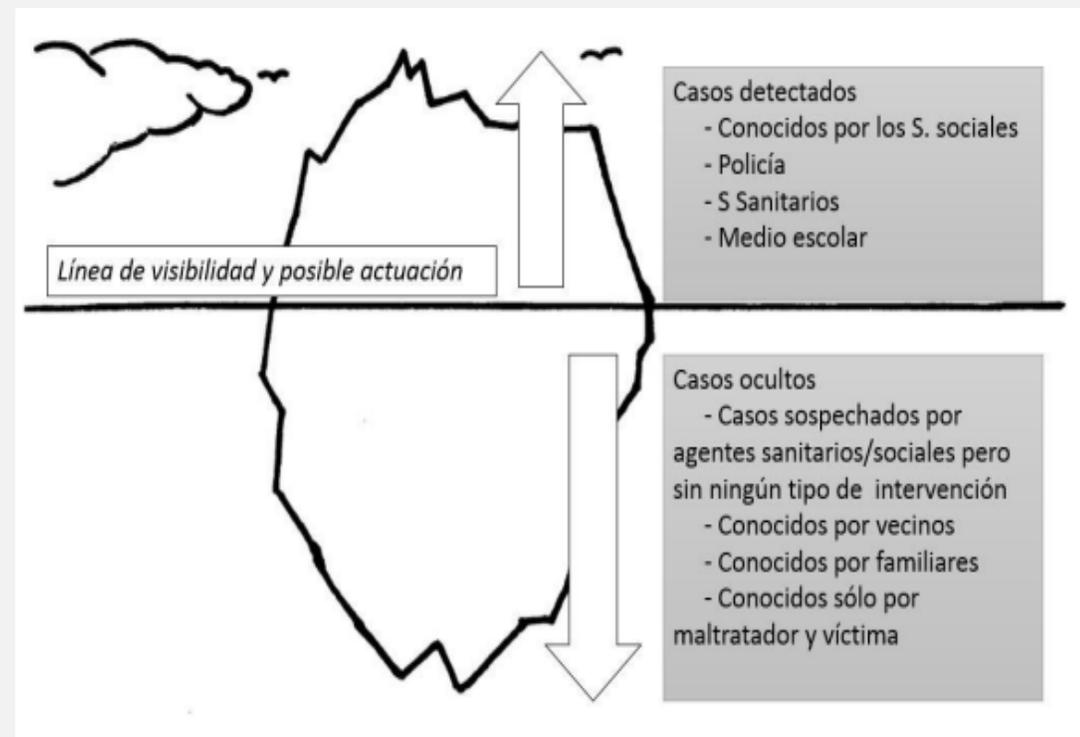
Pedro Jesús Alcalá Minagorre (Adjunto del servicio de Escolares  
HGUA)

# I. ÍNDICE

1. ÍNDICE
2. MAGNITUD DEL PROBLEMA
3. RETOS
4. DEFINICIÓN Y CONCEPTO
5. HOSPITALIZACIÓN Y CRITERIOS DE INGRESO
6. TIPOS DE MALTRATO
7. FACTORES DE RIESGO
8. MALTRATO FÍSICO
9. MALTRATO EMOCIONAL O PSICOLÓGICO
10. ABUSO SEXUAL
11. NEGLIGENCIA Y ABANDONO
12. MALOS TRATOS INSTITUCIONALES
13. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN GENERAL
14. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES. ABUSO SEXUAL
15. COMITÉ “TRAUMATISMO NO ACCIDENTAL PEDIÁTRICO” DEL HGUA
16. CONCLUSIONES
17. BIBLIOGRAFÍA

## 2. MAGNITUD DEL PROBLEMA

- Alto número de situaciones sin detectar
- Riesgo de muerte, cambios neurobiológicos, patología mental y física...
- Riesgo de perpetuación conductual
- **74,8%** de las muertes recogidas por *The National Child Abuse and Neglect Data System* en 2015 eran menores de 3 años
- Problemas de detección en la práctica clínica: miedo a falso positivo, conflictos con familiares, implicaciones legales...
- **75%** de los casos de muerte no accidental son prevenibles



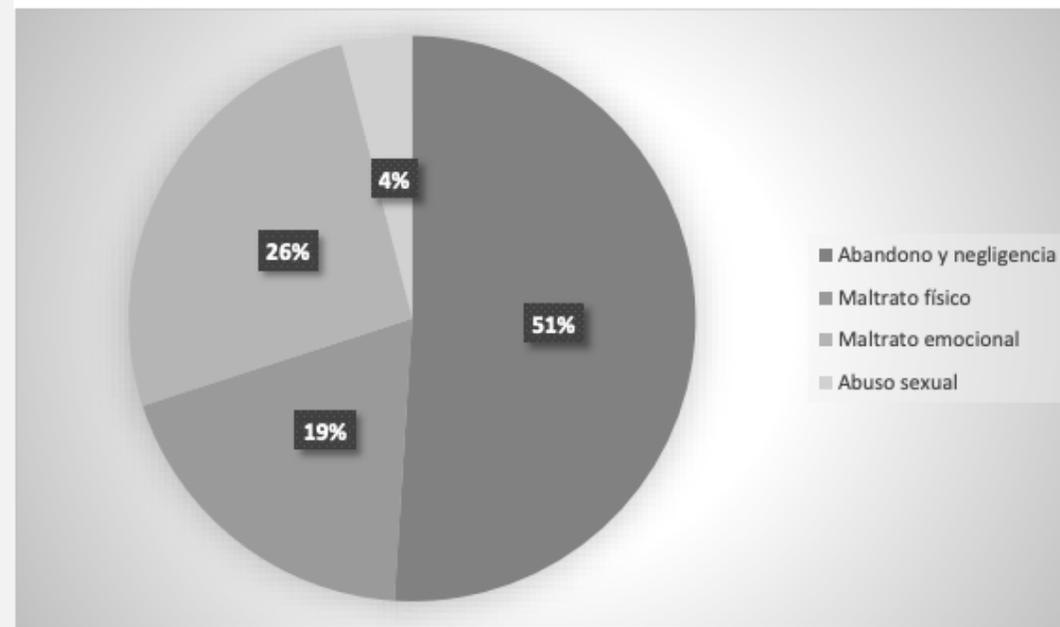
## 2. MAGNITUD DEL PROBLEMA

### Registro Unificado de casos de sospecha de Maltrato Infantil (RUMI)

Medio sanitario es el 2º lugar de detección de situaciones de maltrato

45% de las notificaciones fueron formas graves

Figura 2.- Frecuencias de tipos de maltrato infantil notificados en España. Fuente informe RUMI 2015



## 3. RETOS

- La situación de malos tratos puede ser un reto diagnóstico al estar encubiertos, ser disimulados por los cuidadores o afectar a niños en edad preverbal sin posibilidad de expresarse
- La detección del maltrato implica adquirir una actitud terapéutica y/o preventiva ante una situación de riesgo que requiere de un equipo multidisciplinar y que conlleva unas obligaciones éticas, profesionales y legales
- Se requiere una importante sensibilización social sobre un problema grave y de difícil detección



## 4. DEFINICIÓN Y CONCEPTO

- **¿Qué es el maltrato infantil?** *“Cualquier tipo de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, desatención o trato desconsiderado o explotación comercial o de otra índole que ocasione un daño real o potencial para la salud, supervivencia y desarrollo”* (OMS)
- El ser humano al nacimiento, a diferencia de otros animales presenta gran indefensión frente al entorno y requiere de una atención y cuidados hasta alcanzar las características de un individuo adulto

## 5. HOSPITALIZACIÓN Y CRITERIOS DE INGRESO

- La hospitalización puede suponer un papel protector o perjudicial:

-Detectar situaciones de riesgo  
-Planear intervenciones  
-Promover el buen trato

-No se cubren las necesidades del paciente  
-Obvia derechos  
-¿Maltrato institucional?

- **¿Cuándo debemos hospitalizar a un niño maltratado?**
  - Necesidad de tratamiento urgente que requiera hospitalización
  - Necesidad de protección inmediata del menor (a la espera de un centro no hospitalario u hogar provisional de acogida)
  - Necesidad de observación de la dinámica familiar en la fase de estudio y diagnóstico ante una situación potencialmente grave
  - Niño valorado en Urgencias en el que todavía no se ha finalizado la fase de estudio y se encuentra ante una posible situación de maltrato grave

# 6. TIPOS DE MALTRATO



- Daño físico
- Enfermedad

## Físico

## Psicológico o emocional

- Hostilidad verbal y menosprecio
- Pérdida de interacción infantil (evitación, encierro, etc)

- Desatención de necesidades del niño (nutrición, vestido, higiene, atención sanitaria...)
- Abandono emocional

## Negligencia y abandono

## Abuso sexual

- Violación, tocamientos, masturbación, pornografía...
- Límite de edad establecido para las relaciones sexuales consentidas: 16 años

- Familiar simula o induce enfermedad en un niño con perjuicio para el menor
- Incidencia 0,5-2/100000

## Sd Münchaussen

## Institucional

- Institución, legislación o programa de poderes públicos o privados vulnera derechos del menor por acción u omisión

- Directo por falta de cuidado, ingesta de tóxicos en la gestación
- Indirecto por persona que maltrata a la mujer

## Prenatal

# 7. FACTORES DE RIESGO



## Del cuidador

- Baja autoestima
- Falta de control de impulsos
- Abuso de alcohol o sustancias adictivas
- Edad joven
- Antecedentes de maltrato en la infancia
- Enfermedades mentales
- Pobre conocimiento del desarrollo normal del niño
- Expectativas irreales o no cumplidas del niño
- Percepción negativa de la conducta normal del niño

## Del niño

- Dificultades de conducta y emocionales
- Enfermedades crónicas
- Discapacidad física/mental
- Retraso del desarrollo
- Prematuridad
- No deseado/ muy deseado
- No planificado

## Del entorno

- Aislamiento social/ falta de red de soporte
- Pobreza
- Paro/ precariedad laboral/ exceso vínculo laboral
- Bajo nivel educativo
- Falta de domicilio/ sobreocupación del domicilio
- Incorporación de 3ª personas/ cambios frecuentes de referentes adultos
- Violencia familiar

# MALTRATO FÍSICO

## 8. MALTRATO FÍSICO

*2ª causa de mortalidad en < 5 años, exceptuando el periodo neonatal*

### ❖ Historia clínica

-Discrepancia entre lo observado y lo referido, consultas injustificadas, "accidentes" múltiples, traumatismo con mecanismo inverosímil, explicaciones vagas o no requeridas, relato de acontecimiento variable en el tiempo, negación de traumatismo pese a evidencia de lesiones...

### ❖ Exploración física

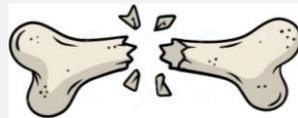
Aspecto, higiene, retraso del crecimiento sin causa orgánica justificable, actitud en la exploración



Hematomas en distinto estadio evolutivo  
Improntas digitales o marcas de objetos  
Lesiones en localizaciones atípicas



Fractura en un niño sin posibilidad de desplazamiento  
Múltiples fracturas o diferentes estadios  
Fracturas metafisarias en "asa de cubeta"



Mordeduras con forma de arcada dentaria (sospechar mordedura de adulto si distancia intercanina >3 cm)  
Mordeduras recurrentes



Quemaduras con forma de objeto  
Quemadura en niño sin posibilidad de desplazamiento  
Quemadura en distinto estadio evolutivo  
Distribución simétrica en guante o calcetín (inmersión en agua caliente)



## 8. MALTRATO FÍSICO

### **Anamnesis dirigida a familiares y cuidadores:**

- Evitar repetir entrevista
- No discutir credibilidad, dirigir, culpabilizar ni refutar la versión proporcionada
- Interrogar por separado al niño y cuidadores

### **Anamnesis dirigida al niño:**

- Ambiente tranquilo, cómodo y seguro
- Evitar preguntas directas y no sugerir respuestas
- Recoger en la historia literalmente las palabras empleadas por el menor

### **Exploración física:**

- Inspección general: somatometría, nutrición, vestido e higiene
- Actitud del niño
- Inspeccionar toda la superficie corporal, incluido ano y genitales
- Descripción completa y detallada de lesiones sin realizar juicio etiológico
- Búsqueda de fracturas y callos de fractura
- Valorar realización de fondo de ojo en lactantes

Tabla. Recomendaciones en anamnesis y exploración física ante sospecha maltrato

## 8. MALTRATO FÍSICO

### ❖ *Shaken baby syndrome*

-Hemorragias cerebrales graves + daño axonal +  
hemorragias retinianas en ausencia de lesiones externas

-Sospechar en < 6 meses con afectación neurológica  
importante sin explicación clínica aparente



## 8. MALTRATO FÍSICO

### ❖ Pruebas complementarias



Hemograma y coagulación: descartar coagulopatías y trombopenias



Enzimas hepáticas, pancreáticas y función renal: traumatismo abdominal



Bioquímica sanguínea con amilasa y creatinina y sistemático de orina



Pruebas de imagen: sospecha lesión visceral



Serie ósea y gammagrafía: En < 3 años, con sospecha de malos tratos físicos se recomienda realizar estudio de serie ósea (AP y lateral de cráneo, lateral columna cervical y lumbosacra, AP de extremidades y pelvis, PA y lateral de tórax, oblicua y bilateral de parrilla costal) ya que a estas edades las fracturas recientes no tienen por qué producir gran limitación funcional. *Si alta sospecha y ausencia de lesiones en serie ósea inicial, repetir en 2-3 semanas.*



Tóxicos en orina y TC craneal: si disminución estado de consciencia



Fondo de ojo: si disminución estado de consciencia en búsqueda de hemorragias retinianas en lactantes. Realizar en las *primeras 24-48 horas* de la valoración hospitalaria, ya que los hallazgos hemorrágicos de las formas más leves pueden desaparecer. Considerar la posible persistencia de hemorragias retinianas durante las 3 primeras semanas de vida secundarias al parto.

## 8. MALTRATO FÍSICO

### ❖ Diagnóstico diferencial

- Traumatismo accidental
- Intentos de reanimación por parte de los cuidadores
- Discrasias sanguíneas (coagulopatías, déficit vitamina K, trombocitopenia...)
- Lesiones congénitas
- Displasias óseas (osteogénesis imperfecta, raquitismo...)
- Púrpura Schönlein-Henoch
- Enfermedades infecciosas
- Disautonomía familiar con insensibilidad al dolor
- Episodio aparentemente letal/ muerte súbita



# **MALTRATO EMOCIONAL O PSICOLÓGICO**



# ABUSO SEXUAL

# 10. ABUSO SEXUAL

## ❖ Historia clínica

No preguntar directamente al niño, salvo en agresiones muy recientes

Preguntas abiertas sin repetir cuestiones

Posibilidad de negar lo sucedido (miedo, vergüenza, culpabilidad, intento de proteger al perpetrador...)

Valorar actitud del cuidador (extremada protección, desprecio o celos hacia el niño...)

Indicadores comportamentales	Indicadores físicos
<p>Relacionados con relaciones sexuales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Referir haber sido atacado/a sexualmente</i></li> <li>• <i>Conductas o conocimientos sexuales inusuales para la edad</i></li> </ul> <p>Mayores de 10 años</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Promiscuidad sexual</i></li> <li>• <i>Probabilidad de ser víctima de abusos por iguales, pero también de someter a niños menores</i></li> <li>• <i>Usa el sexo para conseguir favores o afecto</i></li> </ul> <p>Menores de 10 años</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Dibujos de actos y órganos sexuales</i></li> <li>• <i>Simula actos sexuales en juegos</i></li> <li>• <i>Masturbación excesiva y compulsiva</i></li> <li>•</li> </ul>	<p>Alta probabilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Embarazo</i></li> <li>• <i>Enfermedad de transmisión sexual</i></li> <li>• <i>Semen en la cavidad oral</i></li> <li>• <i>Himen rasgado o con escotaduras profundas (especialmente en la horquilla posterior)</i></li> <li>• <i>Desgarros anal</i></li> <li>• <i>Dilatación anal (si no se debe a estreñimiento, enfermedad neurológica o por sedación)</i></li> <li>• <i>Pérdida de la estructura anal normal</i></li> <li>• <i>Lesiones traumáticas en el pene/escroto</i></li> </ul>
<p>No relacionados con comportamientos sexuales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Dificultades escolares y problemas de relación</i></li> <li>• <i>Miedos y cambios de comportamiento</i></li> </ul> <p>Menores de 10 años</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Manifestaciones somáticas (encopresis, dolor abdominal, enuresis, cefalea...)</i></li> <li>• <i>Conductas regresivas</i></li> <li>• <i>Vergüenza, sentimientos de asco</i></li> </ul> <p>Mayores de 10 años</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Conductas autolesivas que pueden llevar a intento de suicidio</i></li> <li>• <i>Trastornos conducta alimentaria</i></li> <li>• <i>Abuso de sustancias</i></li> <li>• <i>Conducta autodestructivas</i></li> <li>• <i>Ansiedad/depresión</i></li> <li>• <i>Rabia y repugnancia</i></li> </ul>	<p>Menor probabilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Eritema vaginal o perianal</i></li> <li>• <i>Aumento pigmentación perianal</i></li> <li>• <i>Dilatación reflejo anal</i></li> <li>• <i>Infecciones urinarias de repetición</i></li> <li>• <i>Orificio himenial amplio</i></li> </ul>

# 10. ABUSO SEXUAL

## ❖ Exploración física

Cuidadosa y liderada por personal con experiencia en un ambiente seguro

Examen anal y genital en último lugar

Valorar sedación si gran ansiedad

Búsqueda de lesiones secundarias a otros tipos de maltrato

Si sospecha de contacto sexual reciente (<72h), secreción o sangrado anogenital o molestias locales, no explorar hasta valoración por forense

## ❖ Pruebas complementarias

1. *Judiciales* (recogidas por forense): FA, material genético, detección espermatozoides...
2. *Asistenciales*: estudio serológico (VIH, VHB, VHC), muestras anovaginales (Gonococo, *Chlamydia*, sífilis, etc), test embarazo...



# NEGLIGENCIA Y ABANDONO

# II. NEGLIGENCIA Y ABANDONO

## ❖ Indicadores

- En el cuidador: escasa preocupación por el cuidado básico del niño (alimentación, controles sanitarios, accidentes reiterados por falta de supervisión, etc), rechazo requerimientos afectivos...
- En el niño: aislamiento del entorno, mal rendimiento escolar, absentismo escolar, exploración laboral, mendicidad...

## ❖ Exploración física

- Aspecto descuidado/sucio, fallo de medro, anomalías en la piel (ej: alopecia por decúbito prolongado), deformidades craneales posicionales o microcefalia
- Problemas físicos no atendidos (heridas sin curar), signos de déficit vitamínico (estomatitis, glositis, raquitismo...)

## ❖ Diagnóstico diferencial

- Enfermedad orgánica vs negligencia
- Retraso pondoestatural que mejora con los cuidados en el hospital: sospechar negligencia o abandono

# **MALOS TRATOS INSTITUCIONALES**

## 12. MALOS TRATOS INSTITUCIONALES



- El propio centro hospitalario puede contribuir a una situación de maltrato cuando la actuación con el menor genera de forma injustificada un daño sobre su integridad física, su estado emocional o viola sus derechos básicos (como puede ser mediante las derivaciones múltiples interprofesionales inadecuadas o la hospitalización prolongada o innecesaria sin causa sanitaria justificada)
- ***Derechos del niño Hospitalizado*** del Parlamento Europeo 1986

**Extracto de la Resolución A2-25/86 de 13 de mayo de 1986 del Parlamento Europeo**

# PROTOSCOLOS DE ACTUACIÓN

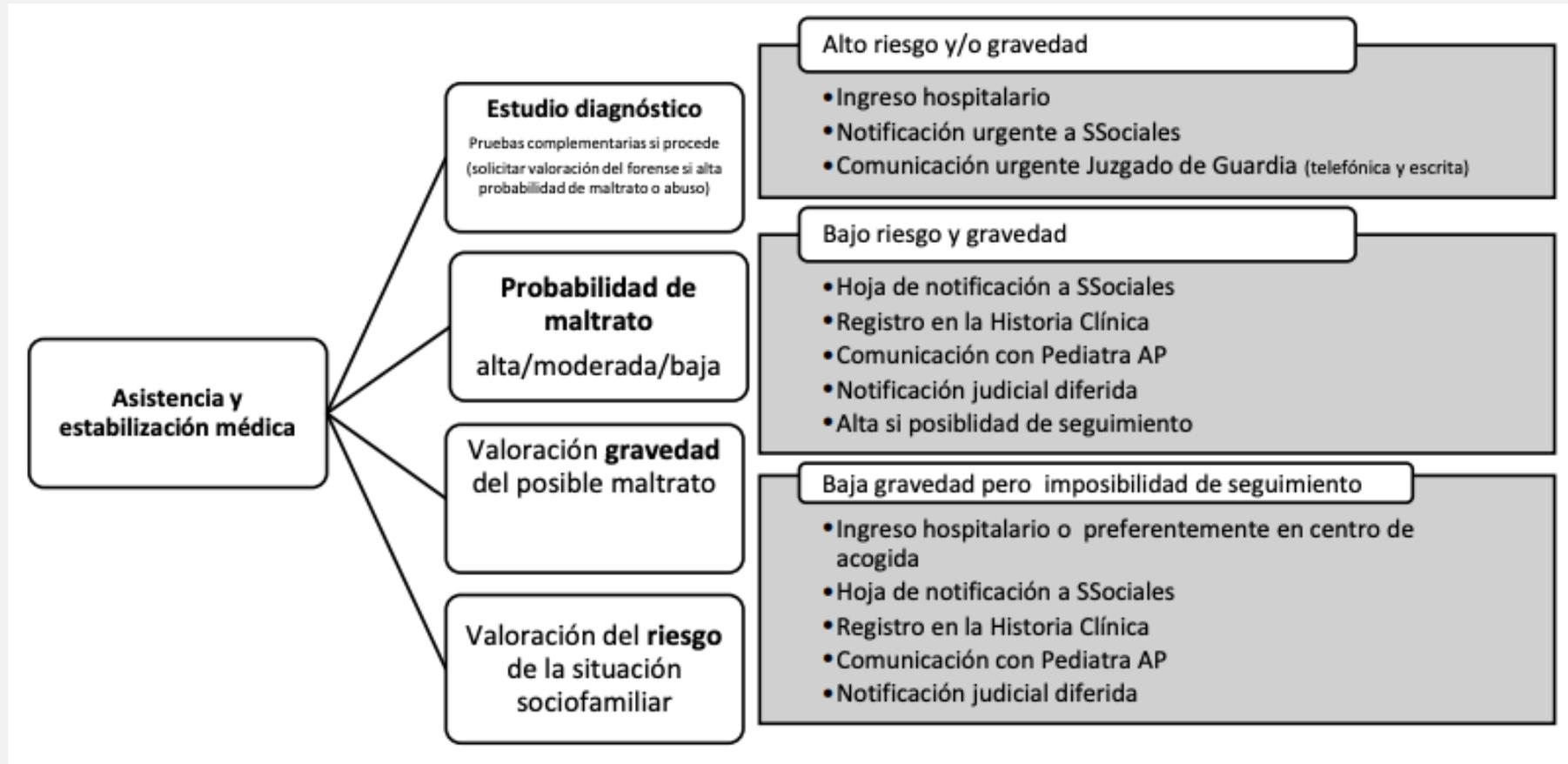
# 13. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN GENERAL

1. **Valoración de la gravedad** (intensidad, riesgo y consecuencias) **y riesgo de la situación** (grado de recurrencia)
2. **Asistencia sanitaria del menor**
  - a) Estabilización del paciente en los casos de lesiones graves y/o simultáneas
  - b) Tratamiento de las lesiones específicas
  - c) Apoyo psicológico, tanto en la hospitalización aguda como en el seguimiento posterior
  - d) Prevención de secuelas y reincidencias
3. **Notificar la sospecha de maltrato**

*Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia: “obligatoriedad de comunicar a la autoridad o sus agentes cualquier situación de riesgo o posible desamparo de un menor, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise”, “obligación de poner en conocimiento del Ministerio Fiscal todo hecho que pudiera constituir un delito contra la libertad e indemnidad sexual, de trata de seres humanos o de explotación de menores”*

4. **Actuación posterior en función de la situación detectada:** hospitalización, derivación. para actuación psicosocial y jurídica...

# 13. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN GENERAL



## 14. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES. ABUSO SEXUAL

- **Actuaciones especiales:**
  - Notificar al Juez de Guardia
  - Solicitar la presencia del forense durante la anamnesis, exploración y toma de muestras
  - Comprobar estado serológico del agresor si posibilidad
  - Medidas preventivas de embarazo si procede: Levonorgestrel 1.5mg dosis única si < 72 de agresión (descartando previamente gestación)
  - Medidas preventivas ITS si procede: según riesgo y tras recogida de muestras microbiológicas
  - Profilaxis anti-VHB (vacuna + Ig específica) en niños no vacunados en las primeras 48 horas postexposición
  - Quimioprofilaxis VIH (iniciar en las primeras 2 horas y siempre antes de las 72h): si relaciones sexuales anales o vaginales sin protección, sexo oral con eyaculación o exposición a la sangre de un agresor VIH positivo o desconocido



# 14. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES. ABUSO SEXUAL

Agente infeccioso	Menor de 45 kg	Mayor de 45 kg
<i>C. trachomatis</i>	Azitromicina (20 mg/kg VO dosis única; dosis máxima 1g)	Azitromicina (1 g VO dosis única)
<i>N. gonorrhoeae</i>	Ceftriaxona (125 mg IM	Ceftriaxona (250)mg IM
<i>T. vaginalis</i> y Vaginosis bacteriana	Metronidazol (15 mg/kg/día en 3 dosis VO durante 7 días)	Metronidazol 2 g dosis única VO
Prevención Hepatitis B (no vacunados)	Administrar 1ª dosis de vacuna HB + Gammaglobulina específica (0,06 ml/kg) (dosis máxima 5 ml) IM	
VIH	<p>Hemograma, bioquímica con perfil hepatorenal, serología basales            Inicio preferente en las primeras 2 horas y siempre antes de las 72 horas            Duración quimioprofilaxis 28 días            Controles analíticos y seguimiento en consultas externas de Infectología Pediátrica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta los 6 años y/o &lt; 25 kg:                Zidovudina (AZT) + emtricitabina (FTC) (o lamivudina (3TC)) + lopinavir/ritonavir (LPV/r)</li> <li>• De los 7 a los 12 años si &gt;25 kg:                Zidovudina (AZT) + emtricitabina (FTC) (o lamivudina (3TC)) + raltegravir (RAL)</li> <li>• Mayores de 12 años                Tenofovir (TDF) + emtricitabina (FTC) (o lamivudina (3TC)) + raltegravir (RAL) o dolutegravir (DGV) como alternativa.</li> </ul>	

Esquema profilaxis de ITS tras abuso sexual con riesgo (protocolo Vall d'Hebrón)

# 14. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES. ABUSO SEXUAL

## Profilaxis ante abuso sexual en menores pre y postpuberales

Inmaculada Bonilla Díaz, R3 Pediatría  
Tutores: Dra. M<sup>a</sup> Carmen Vicent, Dr. Pedro Alcalá  
Colaboración Servicio Medicina Preventiva  
Hospital General Universitario de Alicante



## 15. COMITÉ “TRAUMATISMO NO ACCIDENTAL PEDIÁTRICO” DEL HGUA

- Desde hace 2 años existe un Comité Interdisciplinar presidido por la dirección médica y que cuenta con la participación de diferentes especialistas (pediatría, radiología, medicina intensiva, trabajo social, medicina forense...) que estudia los casos presentados y establece recomendaciones individualizadas para cada caso



## I 6. CONCLUSIONES I/II

- El maltrato infantil es una vulneración importante de los derechos infantiles, y es un problema de salud pública con elevada incidencia y prevalencia.
- Sus secuelas están estudiadas, no solo en la infancia, sino también en las significativas consecuencias que tiene en la edad adulta, en el entorno familiar, formativo y laboral.
- La entrevista clínica con el menor es un elemento fundamental para el diagnóstico ya que, en numerosas ocasiones, el testimonio de éste será la única prueba que se dispondrá para iniciar la protección del menor
- El alto número de casos encubiertos pone de manifiesto la necesidad de crear nuevas estrategias para facilitar el diagnóstico de maltrato

## 16. CONCLUSIONES II/II

- Se ha de contemplar la incorporación de nuevos programas de prevención de maltrato, que prioricen en actitudes de ayuda al menor, atención temprana de la familia en riesgo, detección precoz de maltrato y la reinserción y rehabilitación de las familias
- En relación a la prevención del maltrato institucional, se han de seguir desarrollando iniciativas encaminadas al buen trato de los niños y sus familias cuando estén hospitalizados
- Los hospitales han de comprometerse a conseguir cumplir todos los puntos de la Carta de Derechos del Niño Hospitalizado, y su personal debe conocer y respetar todos estos derechos

## EL NIÑO HOSPITALIZADO POR MALOS TRATOS Y ABANDONO.

### PROTECCIÓN DEL MENOR INGRESADO Y PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO

Autores: Marta Simó Nebot<sup>1</sup>, Queralt Soler Campins<sup>2</sup>, Gloria Estopiñá Ferrer<sup>2</sup>, Pedro J Alcalá Minagorre<sup>3</sup>

<sup>(1)</sup> Servicio de Pediatría. Unidad Funcional de Abusos al Menor (UFAM). Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. Barcelona. <sup>(2)</sup> Servicio de Pediatría. Consorcio Sanitario Hospital de Terrassa. Barcelona. <sup>(3)</sup> Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario de Alicante

Correspondencia-. Marta Simó Nebot: [msimo@sjdhospitalbarcelona.org](mailto:msimo@sjdhospitalbarcelona.org)

Fecha de publicación: febrero 2018. Revisado en: septiembre de 2021

*“Todas las familias felices se parecen unas a otras; pero cada familia infeliz tiene un motivo especial para sentirse desgraciada.”. Inicio de Anna Karenina, de Liev Tolstói*

#### Resumen

Las situaciones de maltrato, en todas sus formas, constituyen un grave problema de salud y un difícil reto para el pediatra que asiste a estos pacientes. Con frecuencia los malos tratos son encubiertos por los cuidadores, y pueden adoptar manifestaciones inespecíficas o sutiles en las víctimas, que pueden pasar inadvertidas para el pediatra que no las busca o desconoce. En este capítulo se aportan recursos para facilitar su identificación y las pautas de actuación, determinadas por la gravedad y riesgo de la situación. También se hace referencia al maltrato en situaciones de enfermedad crónica y discapacidad, el maltrato institucional y la promoción del buen trato en el entorno hospitalario.

**Palabras clave:** maltrato, abandono, abuso sexual, maltrato institucional

## 17. BIBLIOGRAFÍA

- Simó Nebot Marta, Solet Campins Queralt, Alcalá Minagorre Pedro J. "El niño hospitalizado por malos tratos y abandono. Protección del menor ingresado y promoción del buen trato." Protocolos SEPHO; 2021.
- Barrios Tascón Ana, Castuera Jurado Enriqueta, Cuevas Cervera José Luis, et all. Aproximación al manejo del maltrato infantil en la urgencia. Protocolos SEUP.
- Gancedo Baranda A. Abordaje integral del maltrato infantil. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2017. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2017. p. 535-43.
- Prevención del maltrato infantil: qué hacer y cómo obtener evidencias. Organización Mundial de la Salud y Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y el Abandono de los Niños. Año 2009
- García Pérez J, Martínez Suárez V. Guía práctica del buen trato en el niño. Asociación Madrileña de Prevención del Maltrato Infantil. Sociedad Española de Pediatría Social. Ed IMC Año 2012.
- Grupo de Trabajo de Atención al Maltrato Infantil. Aproximación al maltrato en la Urgencia. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Ed Ergon. Año 2015

# MALOS TRATOS EN EL NIÑO HOSPITALIZADO. INDENTIFICACIÓN Y PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

Paula Soler López

Correo-e: [paulasolerlopez1995@gmail.com](mailto:paulasolerlopez1995@gmail.com)