



**Universidad de Valladolid**  
**Grado en Enfermería**  
**Facultad de Enfermería de Valladolid**

**UVa**

Curso 2019-2020  
**Trabajo de Fin de Grado**

**MALTRATO INFANTIL.  
PROPUESTA DE  
PROTOCOLO DE  
ACTUACIÓN  
HOSPITALARIA.**

**Paula Miguel Álvarez**

**Tutor/a: Mar Valencia Pérez**

**Cotutor/a: Jorge Sendino González**

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** el maltrato infantil es un problema que existe desde la antigüedad, y actualmente afecta a menores en todo el mundo. Su incidencia real se desconoce debido a la dificultad para ser detectado. Se distinguen principalmente lesiones físicas, psíquicas, sexuales y de negligencia. Las consecuencias de las mismas acompañan a la víctima durante toda su vida y repercuten negativamente en ella.

**OBJETIVO:** desarrollar una propuesta de protocolo de actuación a nivel hospitalario ante la sospecha de maltrato infantil en pacientes pediátricos atendidos en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

**METODOLOGÍA:** se ha realizado una revisión bibliográfica de protocolos de actuación hospitalaria, a partir de los cuales se ha redactado la propuesta. Primeramente se emplearon bases de datos (Pubmed, Dialnet, SciELO y Cuiden) y posteriormente buscadores más amplios (Google y Google Scholar).

**RESULTADOS:** analizando los puntos en común de la información encontrada, se ha redactado la propuesta de protocolo, que consta de 7 fases: detección de signos de sospecha, anamnesis, exploración física, realización de pruebas complementarias, tratamiento de las lesiones, valoración de la situación y notificación a las autoridades.

**CONCLUSIONES:** la detección y notificación del maltrato infantil es responsabilidad de toda la población, por lo que es necesario concienciar de la trascendencia del problema. A nivel hospitalario, es imprescindible la redacción de protocolos actualizados que guíen a los profesionales, y la formación de los mismos. Se debería dar mayor reconocimiento a la labor de la enfermera, ya que constituye una figura fundamental en el abordaje del tema.

**PALABRAS CLAVE:** maltrato infantil, protocolo, enfermería, sospecha, detección y hospital.

# ÍNDICE DE CONTENIDOS

1.	INTRODUCCIÓN.....	1
1.1.	Epidemiología.....	5
1.2.	Formas de maltrato .....	7
1.3.	Consecuencias.....	9
1.4.	Causas .....	9
2.	JUSTIFICACIÓN.....	11
3.	OBJETIVOS.....	11
3.1.	Objetivo principal .....	11
3.2.	Objetivos secundarios .....	11
4.	MATERIAL Y MÉTODOS .....	12
5.	RESULTADOS: PROPUESTA DE PROTOCOLO.....	14
5.1.	Población diana.....	15
5.2.	Profesionales a los que va dirigido .....	15
5.3.	Descripción de la actuación .....	15
5.3.1.	Detección de signos de sospecha.....	15
5.3.2.	Anamnesis .....	17
5.3.3.	Exploración del menor.....	19
5.3.4.	Realización de pruebas complementarias.....	20
5.3.5.	Tratamiento y protección del menor.....	21
5.3.6.	Valoración de la situación .....	22
5.3.7.	Notificación a las Autoridades. Informes.....	22
6.	DISCUSIÓN.....	23
6.1.	Limitaciones.....	23
7.	CONCLUSIONES.....	27
8.	BIBLIOGRAFÍA.....	28
9.	ANEXOS.....	31
9.1.	Anexo 1: diagrama de flujo.....	31
9.2.	Anexo 2: algoritmo de actuación .....	32
9.3.	Anexo 3: circuito de atención en urgencias pediátricas del Hospital Clínico Universitario de Valladolid .....	33
9.4.	Anexo 4: plano de la planta de pediatría del Hospital Clínico Universitario de Valladolid .....	35

9.5.	Anexo 5: kit forense de abuso sexual .....	36
9.6.	Anexo 6: hoja de notificación de maltrato infantil .....	42
9.7.	Anexo 7: parte de lesiones .....	45
9.8.	Anexo 8: guía de recursos sobre protocolos de actuación, hojas de notificación, y otros documentos relacionados con el maltrato infantil a nivel sanitario (FAPMI) .....	47

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b>	Evolución de notificaciones de sospecha de maltrato infantil en España desde 2012 hasta 2018 (en números absolutos).....	6
<b>Figura 2.</b>	Notificaciones de sospecha de maltrato infantil por Comunidades Autónomas en 2018 (en números absolutos) .....	6
<b>Figura 3.</b>	Notificaciones por sexo (en porcentajes) .....	7
<b>Figura 4.</b>	Notificaciones por gravedad (en porcentajes).....	7
<b>Figura 5.</b>	Notificaciones por tipo de maltrato (en porcentajes) .....	7

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b>	Esquema PICO .....	12
<b>Tabla 2.</b>	Términos DeCS y MeSH.....	12
<b>Tabla 3.</b>	Criterios de inclusión.....	13
<b>Tabla 4.</b>	Criterios de exclusión .....	13
<b>Tabla 5.</b>	Indicadores de sospecha de maltrato infantil.....	16
<b>Tabla 6.</b>	Pruebas a realizar en casos de sospecha de abuso sexual.....	21

## 1. INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil es un problema social que afecta a menores en todo el mundo, produciendo secuelas tanto físicas como mentales, que les acompañarán durante el resto de sus vidas.

Aunque parece que desde las últimas décadas el maltrato infantil haya constituido un tema de especial relevancia, no es ninguna novedad. Su consideración y el trato hacia los menores, han ido evolucionando a lo largo de la **historia** <sup>(1)</sup>.

Durante la Edad Antigua y la Edad Media, los niños fueron considerados objetos o mercancías, cuyos dueños, sus progenitores, podían hacer con ellos lo que desearan. Eran frecuentes el infanticidio, donde los niños eran ofrecidos como sacrificios a los dioses, el abandono y el homicidio de menores con defectos físicos o cualquier tipo de discapacidad. Las formas de criar y educar a los hijos incluían comportamientos violentos y castigo corporal, empleando objetos como látigos, varillas o palos. Las necesidades físicas y psicológicas no eran cubiertas, y los niños estaban expuestos a violencia, explotación laboral, abandono, terror o abusos sexuales <sup>(2)</sup>.

En la Edad Moderna, en torno a los siglos XVII y XVIII, comenzaron a producirse cambios. Disminuyeron el infanticidio y la mortalidad, los menores empezaron a ser considerados personas, emergió la diferenciación entre niños y adultos, y se formaron las primeras instituciones para albergar a niños abandonados o huérfanos <sup>(3)</sup>.

Más adelante, en el siglo XIX, el maltrato comenzó a ser considerado un problema. Fue en 1868 cuando se describieron los primeros casos de abuso infantil. Ambroise Tardieu, catedrático de medicina legal en París, redactó un informe con las autopsias de 32 niños fallecidos al ser quemados y golpeados <sup>(1)</sup>.

Es en 1874 cuando fue documentado el primer caso de maltrato infantil. Se trató de Mary Ellen, una niña neoyorkina de 9 años maltratada física y psicológicamente por sus padres adoptivos, quienes justificaban sus hechos basándose en que eran dueños de la niña. Fue su vecina quien denunció la situación, pero en esta época no existían leyes que protegieran a los menores, ni castigaran el maltrato y la explotación infantil, por lo que las autoridades no intervinieron. Sin embargo, Mary fue amparada por la Sociedad Protectora de Animales, quien alegó que la niña formaba parte del reino animal y por ello merecía la defensa de su integridad física y moral. Ganó el juicio y los padres

fueron condenados, convirtiéndose en la primera sentencia conocida en la historia a favor de la protección de menores <sup>(4)</sup>.

Ya en el siglo XX, en 1946, el pediatra y radiólogo J. Caffey describió la presencia de fracturas múltiples y hematomas subdurales en niños que no sugerían ninguna enfermedad ósea. Más tarde, F. Silverman propuso que tal vez estos problemas pudieran ser atribuibles a reiterados traumatismos no accidentales, siendo los progenitores los posibles causantes <sup>(5)</sup>.

Desarrollando esta idea, en 1962 Silverman y Kempe publicaron un artículo, “The Battered Child Syndrome” (el síndrome del niño sacudido o golpeado), en el que se describió por primera vez este concepto <sup>(6)</sup>:

*“es una condición clínica en niños pequeños que han recibido abuso físico grave, siendo una causa frecuente de lesiones permanentes (fracturas de huesos, hematoma subdural, falta de crecimiento, hinchazón de tejidos blandos o hematomas en la piel), o muerte”.*

Con este artículo se consiguió sensibilizar a la población, demostrando las consecuencias no visibles del maltrato y la necesidad de formular leyes que protegieran a los niños.

El síndrome del niño golpeado constituyó la primera definición de maltrato en menores, que se iría modificando más adelante al realizarse nuevas publicaciones científicas sobre el tema. Se entendió que el maltrato no era únicamente físico, sino también emocional, por lo que el concepto fue ampliado por Fontana, Donovan y Wong en 1963 a “síndrome del niño maltratado”, definido como <sup>(7)</sup>:

*“un amplio espectro que va desde la privación de las necesidades del niño (cariño, comida, vestido, refugio, cuidados médicos...), pasando por la falta de estímulos para su desarrollo psicológico normal, hasta la producción de traumatismos físicos intencionados, con resultado de muerte en muchos casos”*

El concepto siguió evolucionando hasta que la OMS en 1999 <sup>(8)</sup>, definió el término “maltrato infantil” como:

*“todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia o explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.”*

Como ya se ha comentado anteriormente, los niños no contaban con protección legal hasta que a mediados del siglo XIX aparecieron las primeras leyes relacionadas con la educación y el trabajo infantil. A lo largo del siglo XX la población empezó a tomar conciencia y los niños comenzaron a ser considerados un grupo vulnerable que necesitaba ser protegido por las autoridades, por lo que surgieron los primeros **documentos internacionales** relacionados con los derechos de los niños:

- En 1924 se redactó la Declaración de Ginebra, en la que se reconoció por primera vez que los niños y niñas necesitaban unos derechos específicos. Sin embargo, tras la Segunda Guerra Mundial los derechos de las personas, tanto adultos como niños, fueron vulnerados nuevamente <sup>(9)</sup>.
- En 1948 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración Universal de Derechos Humanos, que estableció por primera vez los derechos fundamentales que deben protegerse en todo el mundo <sup>(10)</sup>.
- El 20 de noviembre de 1959, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración de los Derechos del Niño, compuesta de 10 principios donde se reconoció a los niños como colectivo con derechos y libertades que les permitan desarrollarse con dignidad. Según esta declaración, debido a su inmadurez física y mental necesitan ser protegidos y atendidos antes y después del nacimiento <sup>(11)</sup>.
- En 1978 se presentó una versión provisional de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), que se aprobó 11 años más tarde, el 20 de noviembre de 1989. Es un tratado internacional formado por 54 artículos que recogieron los derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos de los niños (definidos como personas menores de 18 años), y las responsabilidades de las personas adultas que están a su cargo <sup>(12)</sup>.
- En el año 2000 se reforzó la CDN con 2 protocolos, uno que obligó a los Estados a tomar medida para impedir que los niños participasen en conflictos armados, y otro que puso fin a la venta, explotación y abuso sexuales de menores. Actualmente la

CDN es el tratado más respaldado del mundo, ratificado por todos los países del mundo excepto Estados Unidos, que únicamente lo ha firmado <sup>(12)</sup>.

A **nivel nacional**, también se cuenta con un sistema de protección a la infancia avalado por diferentes leyes:

- Constitución Española (1978): a lo largo de diferentes artículos recoge el derecho a la vida, a la libertad, educación, salud e integridad física y moral. En el artículo 39 concretamente, se hace referencia a la protección de la infancia <sup>(13)</sup>.
- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de Modificación Parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil: constituye un marco jurídico de protección de la infancia y adolescencia. Recoge los derechos de los menores y la actuación de las instituciones en situaciones de desprotección social. El menor es considerado un sujeto activo y participativo, con unas necesidades que se deben garantizar <sup>(14)</sup>.
- Ley Orgánica 26/2015, de 28 de julio, de Modificación del Sistema de Protección a la Infancia y a la Adolescencia: recoge las modificaciones realizadas en la Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor, debido a los cambios sociales que se han producido desde su promulgación <sup>(15)</sup>.

Y a **nivel autonómico**, en Castilla y León se dispone de las siguientes leyes:

- Ley Orgánica 14/2007, de 30 de noviembre, de Reforma del Estatuto de Autonomía de Castilla y León: establece en el artículo 70 las competencias exclusivas de la Comunidad en materia de asistencia, servicios sociales, promoción y atención de la infancia <sup>(16)</sup>.
- Ley 14/2002, de 25 de julio, de Promoción, Atención y Protección a la Infancia en Castilla y León: es el marco normativo que garantiza el desarrollo de los derechos de niños y adolescentes, y los niveles exigibles de calidad de vida y bienestar social <sup>(17)</sup>.
- Decreto 131/2003, de 13 de noviembre, por el que se regula la acción de protección de los menores de edad en situación de riesgo o desamparo y los procedimientos para la adopción, ejecución de las medidas y actuaciones para llevarla a cabo <sup>(17)</sup>.
- Decreto 37/2006, de 25 de mayo, por el que se regulan los acogimientos familiares de menores en situación de riesgo o de desamparo. Se sustenta en la Ley estatal



26/2015, de 28 de julio, de Modificación del Sistema de Protección a la Infancia y a la Adolescencia, y en la Ley 14/2002, de 25 de julio, de Promoción, Atención y Protección a la Infancia en Castilla y León <sup>(17)</sup>.

En la actualidad los niños están legalmente protegidos, pero no se debe obviar que el maltrato infantil es un tema muy complejo y difícil de estudiar, ya que como constituye un problema **infradiagnosticado** es imposible conocer su incidencia real. Algunas de estas causas son <sup>(18)</sup>:

- Dificultad para identificar los signos propios del abuso.
- Complejidad para diferenciarlos de lesiones no intencionadas u otras patologías.
- Numerosos casos tienen lugar dentro de la propia familia, y no son denunciados porque muchas personas asumen que lo que ocurre dentro del hogar es un asunto privado.
- Incapacidad de los niños para reconocerlo y/o denunciarlo.
- Miedo a denunciar, tanto por parte de los ciudadanos como de los profesionales.

### 1.1. EPIDEMIOLOGÍA

A pesar del desconocimiento de la incidencia total del maltrato infantil, los datos que aportó la OMS en 2016 a **nivel mundial** son impactantes <sup>(19)</sup>:

- Una cuarta parte de todos los adultos manifestaron haber sufrido maltratos físicos en su infancia.
- 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres declararon haber sufrido abusos sexuales en la infancia.
- Se calcula que cada año mueren por homicidio 41.000 menores de 15 años, cifra que no representa la verdadera magnitud del problema, ya que muchas de estas muertes se atribuyen erróneamente a caídas, quemaduras y ahogamientos.
- En situaciones de conflicto armado y entre los refugiados, las niñas son especialmente vulnerables a la violencia, explotación y abusos sexuales por parte de combatientes, fuerzas de seguridad o miembros de su comunidad, entre otros.

A **nivel nacional**, el maltrato infantil también supone un problema de gran relevancia, llegando a constituir en 2016 la 2ª causa de muerte en los 5 primeros años de vida, excluyendo el periodo neonatal <sup>(20)</sup>.

En España se cuenta con “El Boletín Estadístico de Medidas de Protección a la Infancia (BEMPI)”, que es un informe que recoge datos estadísticos de carácter nacional relacionados con la protección infantil. Las cifras son recopiladas por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social <sup>(21)</sup>.

Se puede observar que existe un crecimiento constante de la cifra de notificaciones de sospecha de maltrato infantil entre los años 2012 y 2018 (figura 1).

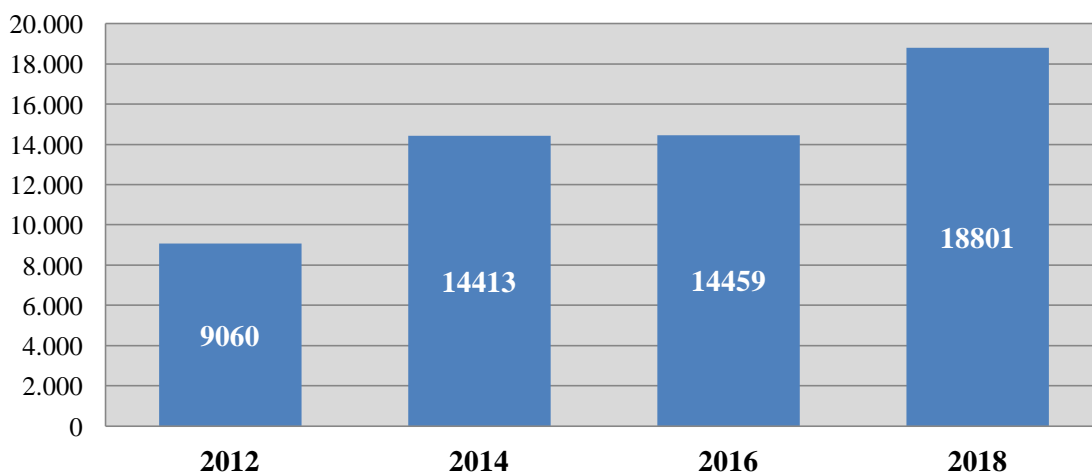


Figura 1. Evolución de notificaciones de sospecha de maltrato infantil en España desde 2012 hasta 2018 (en números absolutos)

Así mismo se puede ver cómo el número de notificaciones varía sustancialmente de una Comunidad Autónoma a otra (figura 2).

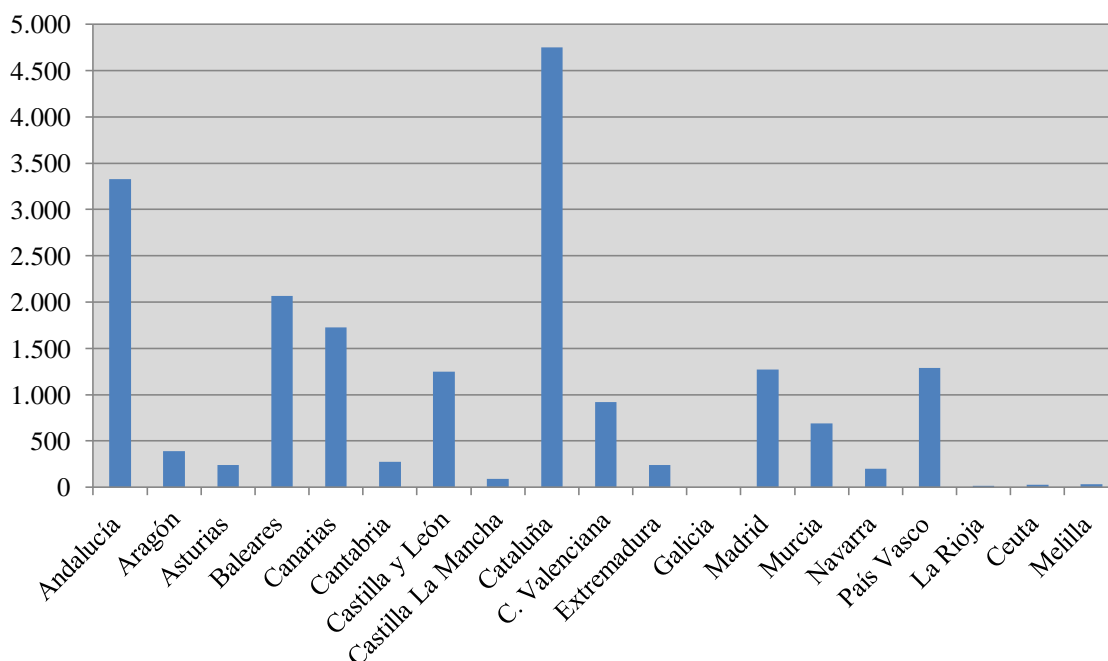


Figura 2. Notificaciones de sospecha de maltrato infantil por Comunidades Autónomas en 2018 (en números absolutos)

También se observa que la mayoría de las notificaciones pertenecen al sexo masculino, y son generalmente casos leves-moderados (figura 3, figura 4).

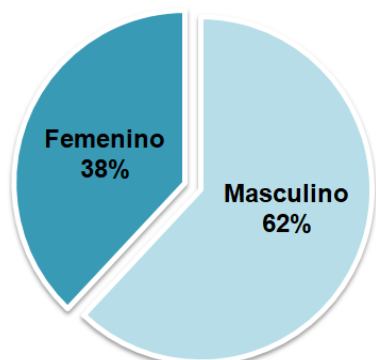


Figura 3. Notificaciones por sexo (en porcentajes)

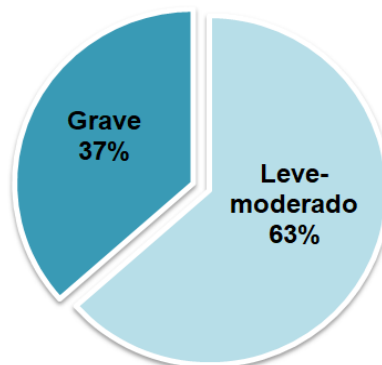


Figura 4. Notificaciones por gravedad (en porcentajes)

A continuación se encuentran las notificaciones según la agresión realizada al menor, distinguiendo principalmente 4 tipos (figura 5).

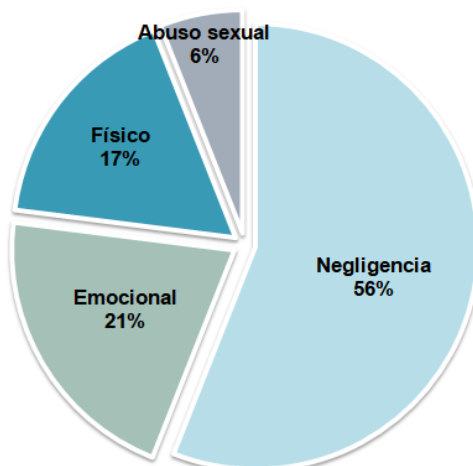


Figura 5. Notificaciones por tipo de maltrato (en porcentajes)

## 1.2. FORMAS DE MALTRATO

Seguidamente se explican las distintas formas de maltrato, que se pueden clasificar teniendo en cuenta:

- El momento en el que tiene lugar:

- ❖ **Prenatal:** cualquier acto intencionado que influye negativamente en el embarazo y repercute en el feto. Por ejemplo, consumo de tóxicos por parte de la madre, falta de seguimiento y control gestacional, mala alimentación... <sup>(22)</sup>.
- ❖ **Postnatal:** tiene lugar tras el nacimiento, y son las circunstancias de la vida del niño que suponen un riesgo para él <sup>(22)</sup>.
- La acción concreta :
  - ❖ **Maltrato físico:** cualquier acción intencionada por parte de un adulto hacia el menor que le provoque daño físico o enfermedad, o le coloque en grave riesgo de padecerlos. Por ejemplo, lesiones cutáneas, fracturas, intoxicaciones o sacudidas violentas <sup>(22, 23)</sup>.
  - ❖ **Maltrato psíquico o emocional:** conjunto de conductas crónicas que tienen efectos negativos en el desarrollo psicológico del niño, de forma que no se le proporciona el apoyo que requiere. Incluye, entre otros, el insulto, el desprecio o el rechazo <sup>(22, 23)</sup>.
  - ❖ **Negligencia física:** sucede cuando el adulto no cubre las necesidades físicas básicas del niño (alimentación, vestido, higiene, educación...), ya sea de forma intencional o por falta de atención. Incluye, entre otros, la falta de higiene corporal, la alimentación inadecuada, el incumplimiento de tratamiento médico o el absentismo escolar <sup>(22, 23)</sup>.
  - ❖ **Negligencia emocional o ausencia afectiva:** en este caso, el adulto no cubre las necesidades emocionales básicas del menor, por lo que hay una ausencia persistente de afecto, estimulación, apoyo y protección. Por ejemplo, el adulto evita o ignora al menor, existe falta de respuesta a las expresiones del niño o negación de amor, afecto o cariño <sup>(22, 23)</sup>.
  - ❖ **Abuso sexual:** implicación de un menor de 18 años en actividades sexuales para las que no está preparado (ni comprende ni consiente) con el fin de satisfacer los deseos de un adulto, quien establece una relación de sometimiento, poder y autoridad sobre el niño. Algunos ejemplos serían incesto, violación, tocamientos, realización del acto sexual o masturbación en presencia de un niño o exhibicionismo <sup>(22, 23)</sup>.
  - ❖ **Explotación sexual:** utilización del menor por parte de un adulto en la prostitución o realización de pornografía, con el fin de obtener un beneficio, ya sea económico o de otro tipo <sup>(23)</sup>.

- ❖ **Explotación laboral:** el niño es obligado a desempeñar trabajos que deberían ser realizados por adultos, para la obtención así de un beneficio, ya sea económico o de otro tipo. Estas tareas interrumpen sus actividades y afectan negativamente en su desarrollo <sup>(22, 23)</sup>.
- ❖ **Síndrome de Münchausen por poderes:** es una patología mental en la que el adulto inventa una sintomatología en el menor, o la produce mediante la administración de sustancias o medicamentos <sup>(22, 23)</sup>.

### 1.3. CONSECUENCIAS

Todas estas agresiones van a repercutir negativamente en la vida adulta, y las consecuencias dependerán de la gravedad de la situación, de la reiteración de la agresión, de la edad del menor, de su vulnerabilidad, y del vínculo entre el agresor y la víctima. Podemos clasificarlas de la siguiente manera:

- **Consecuencias físicas:** como son la muerte prematura, problemas en el desarrollo fetal (desarrollo anormal de los órganos, malformaciones, alteraciones relacionadas con el consumo de tóxicos, como el síndrome de alcoholismo fetal o de abstinencia...), lesiones físicas (hematomas, fracturas...), desnutrición, consecuencias somáticas (retraso en estatura y peso) o problemas de salud (cáncer, diabetes, enfermedad cardíaca, pulmonar...) entre otros <sup>(22, 24)</sup>.
- **Consecuencias psicológicas:** baja autoestima, timidez, ansiedad y angustia, culpabilidad, depresión, trastorno de estrés postraumático, ausencia de expresión de sentimientos, problemas de confianza e intimidad, o alteraciones del sueño, entre otras <sup>(22, 24)</sup>.
- **Consecuencias conductuales:** problemas de relación interpersonal, agresividad y violencia, aislamiento, delincuencia juvenil, consumo de drogas y alcohol, comportamientos sexuales de alto riesgo y embarazos no deseados o intentos autolíticos <sup>(22, 24)</sup>.

### 1.4. CAUSAS

Al analizar los distintos tipos de maltrato y sus consecuencias, las preguntas que surgen son: ¿por qué se produce? ¿Cuáles son las causas? Existen diversas teorías que se han

desarrollado a lo largo de la historia para explicar esta problemática, centrándose cada uno de ellas en distintos factores de riesgo:

- Los **primeros modelos** defendían que la causa del maltrato infantil era la existencia de problemas psicopatológicos en los padres o cuidadores, pero estas teorías dejaron de tener validez cuando se comprobó que en muchos casos de maltrato no existía evidencia de alteración de este tipo <sup>(25, 26)</sup>.
- Surgieron después los **modelos sociológicos**, que proponían que los problemas económicos y sociales eran la causa del maltrato. A más pobreza existente, menor es el acceso a los recursos, y por tanto aumenta la frecuencia de maltrato y abandono infantil. Pero esto tampoco se cumplía en todos los casos <sup>(25, 26)</sup>.
- Cuando ni las variables psicológicas ni sociológicas eran capaces de explicar el maltrato infantil, surgió el **modelo socio-interaccional**, que incluía ambos aspectos <sup>(25, 26)</sup>.

Comenzaron a surgir así modelos que explicaban el maltrato de forma multicausal. Un ejemplo de ello sería el **modelo ecológico**, que es el que se va a explicar por ser el más completo, ya que integra las teorías anteriores. Propone que el maltrato infantil surge de la interacción de 4 factores <sup>(25, 26)</sup>:

- Desarrollo ontogénico (del abusador): hace referencia a todos aquellos factores que influyen en la evolución del individuo y en su personalidad (historia de malos tratos, rechazo, ruptura familiar, falta de empatía, poca tolerancia al estrés, problemas psicológicos...).
- Microsistema (familia): son las características y comportamientos de los miembros de la familia, el contexto en el que se produce el abuso (familia desadaptada, monoparental, estrés permanente, violencia, hijos no deseados...).
- Exosistema (sociedad): engloba las relaciones sociales y laborales que rodean al microsistema (clase social, aislamiento, desempleo, falta de apoyo, falta de dinero...).
- Macrosistema (cultura): valores y creencias culturales en torno a la violencia, el castigo, paternidad... (aceptación del castigo físico, aceptación de la violencia, crisis económica, pobreza...).

## **2. JUSTIFICACIÓN**

Todos los profesionales sanitarios, y en especial el personal de Enfermería por su contacto más directo con el paciente, tienen un papel fundamental en la prevención y detección precoz del maltrato infantil. Es imprescindible dar visibilidad a este problema, formando a los profesionales para que sean capaces de reconocer los signos del maltrato infantil, y poder así diagnosticarlo y tratarlo cuanto antes.

Establecer un protocolo de actuación a nivel hospitalario, basado en la mejor evidencia científica disponible, ante la sospecha de maltrato o maltrato evidente, podría ayudar a unificar criterios y pautas de actuación para todo el personal implicado de forma directa en el cuidado y la atención del niño hospitalizado, favoreciendo una gestión eficaz y coordinada de este terrible problema.

## **3. OBJETIVOS**

### **3.1. OBJETIVO PRINCIPAL**

- Desarrollar una propuesta de protocolo de actuación ante la sospecha de maltrato infantil en pacientes pediátricos de 0 a 14 años atendidos en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

### **3.2. OBJETIVOS SECUNDARIOS**

- Identificar de forma precoz el maltrato infantil mediante los indicadores de riesgo y signos de sospecha.
- Definir los criterios de actuación a nivel hospitalario ante situaciones de sospecha de maltrato.
- Detallar de forma ordenada las actuaciones que se deben llevar a cabo para diagnosticarlo y denunciarlo.
- Analizar la importancia del papel de la enfermería en el abordaje del maltrato infantil.

#### 4. MATERIAL Y MÉTODOS

Este trabajo se ha basado en la realización de una propuesta de protocolo para la atención de pacientes pediátricos en situaciones de sospecha o evidencia de maltrato que son atendidos en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

La pregunta de investigación que se ha planteado es la siguiente: “¿Qué protocolo se sigue a nivel hospitalario en caso de sospecha de maltrato infantil?” (Tabla 1).

Tabla 1. Esquema PICO

<b>P</b>	<b>Paciente:</b> menores de 14 años con sospecha de maltrato infantil
<b>I</b>	<b>Intervención:</b> protocolo de actuación hospitalaria
<b>C</b>	<b>Comparación:</b> no procede
<b>O</b>	<b>Resultados:</b> aumentar en la medida de lo posible el número de sospechas y/o notificaciones y/o denuncias de casos de maltrato infantil

Para ello, se ha llevado a cabo previamente una revisión bibliográfica de protocolos de actuación a nivel hospitalario y multidisciplinar en casos de sospecha de maltrato en menores.

Primeramente, se han seleccionado las palabras clave o descriptores DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud): maltrato infantil, protocolo, enfermería, sospecha, detección y hospital; y sus equivalentes MeSH (Medical Subject Headings) (tabla 2).

Tabla 2. Términos DeCS y MeSH

<b>DeCS</b>	<b>MeSH</b>
Maltrato infantil	Child maltreatment
Protocolo	Protocol
Enfermería	Nursing
Sospecha	Suspicion
Detección	Detection
Hospital	Hospital



Posteriormente se han redactado los criterios de inclusión y exclusión a aplicar en la búsqueda (tabla 3 y tabla 4):

Tabla 3. Criterios de inclusión

<b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>
- Protocolos publicados en los 5 últimos años (entre 2015-2020)
- Protocolos centrados en actuación a nivel hospitalario
- Protocolos aplicados en España y en idioma castellano
- Edad del paciente comprendida entre los 0 y los 18 años

Tabla 4. Criterios de exclusión

<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>
- Protocolos encontrados en bases de datos de pago o a los que no se permite acceder al texto completo
- Protocolos aplicados ante la sospecha de maltrato infantil en otras materias (educación, servicios sociales, psicología...)

Para ejecutar una búsqueda más precisa se ha utilizado el operador booleano “AND”.

La búsqueda de información se llevó a cabo en diferentes bases de datos (Pubmed, Dialnet, SciELO y Cuiden), empleando las palabras clave seleccionadas y aplicando los criterios de inclusión, utilizando un diagrama de flujo (ANEXO 1).

La información encontrada no aportó nada considerado relevante para la realización del presente trabajo, por lo que se emplearon buscadores más amplios, como Google y Google Scholar.

Al final, se seleccionaron los siguientes documentos considerados de interés, que fueron los que se emplearon para la propuesta de protocolo:

- Aproximación al manejo del maltrato infantil en la urgencia (2015). Grupo de trabajo de atención al Maltrato Infantil de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría <sup>(27)</sup>.
- Abordaje integral del maltrato infantil (2016). Jordi Pou Fernández. Hospital Universitario Sant Joan de Déu, Barcelona <sup>(28)</sup>.
- Protocolo sanitario de actuación ante la sospecha de maltrato intrafamiliar en la infancia y adolescencia (2016). Grupo de trabajo sobre maltrato infantil de la APAPCYL (Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Castilla y León) <sup>(29)</sup>.

- Protocolo de actuación ante el maltrato infantil en el AGSNA (Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería) (2016) <sup>(30)</sup>.
- El niño hospitalizado por malos tratos y abandono. Protección del menor ingresado y promoción del buen trato (2018). SEPHO (Sociedad Española de Pediatría Hospitalaria) <sup>(31)</sup>.
- Protocolo de atención integral, sanitaria y judicial a víctimas de agresiones sexuales de la Comunitat Valenciana (2019) <sup>(32)</sup>.

También se ha consultado el manual de actuación presente en las urgencias pediátricas del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Tras la lectura de la información seleccionada, se han analizado los puntos comunes, y se ha comenzado con la redacción de la propuesta de protocolo. Al tratarse de una propuesta a nivel multidisciplinar, se han recogido todas las fases a seguir, independientemente del profesional que las realice.

Para la redacción de este trabajo se ha utilizado el editor de texto “Word”, de la suite ofimática “Microsoft Office 2007”, y el gestor bibliográfico “Zotero”.

## **5. RESULTADOS: PROPUESTA DE PROTOCOLO**

Los resultados obtenidos se han recopilado con el objetivo de realizar una propuesta de protocolo de actuación a nivel hospitalario en los casos de sospecha de maltrato infantil.

Esta propuesta cumplirá los requisitos de todo protocolo hospitalario según el Hospital Clínico Universitario de Valladolid: se dará a conocer a todo el servicio en sesión clínica, se abrirá un periodo de alegaciones de 15 días y será consensuado por todo el servicio; posteriormente será enviado a la unidad de calidad, quién informará a la dirección y revisará que esté en el formato adecuado.

En este trabajo se han desarrollado todos los apartados que establece el Hospital Clínico Universitario de Valladolid para la realización de protocolos.

### 5.1. POBLACIÓN DIANA

Pacientes pediátricos de 0 a 14 años atendidos en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid, en urgencias pediátricas, consultas o planta de hospitalización, que presenten signos de sospecha de maltrato infantil.

### 5.2. PROFESIONALES A LOS QUE VA DIRIGIDO

Personal sanitario y no sanitario que trabaje en estos servicios mencionados y/o tenga contacto directo con estos pacientes.

### 5.3. DESCRIPCIÓN DE LA ACTUACIÓN

La propuesta de protocolo realizada se divide en las siguientes fases:

1. Detección de signos de sospecha
2. Anamnesis
3. Exploración del menor
4. Realización de pruebas complementarias
5. Tratamiento y protección del menor
6. Valoración de la situación
7. Notificación a las autoridades. Informes

Se ha elaborado un algoritmo que resume las intervenciones a realizar (ANEXO 2). Se ha planteado un circuito asistencial en las urgencias pediátricas (ANEXO 3), y se ha adjuntado un plano de la unidad de hospitalización pediátrica, proponiendo la ubicación más adecuada para llevar a cabo esta propuesta de protocolo (ANEXO 4).

#### 5.3.1. DETECCIÓN DE SIGNOS DE SOSPECHA

Consiste en el reconocimiento de una posible situación de maltrato hacia el menor. En algunas ocasiones existe un testigo que ha observado directamente las agresiones, o incluso puede ser el propio menor quién lo exprese. Pero por lo general las víctimas de maltrato infantil no son capaces de defenderse ni de pedir ayuda, por lo que la detección de este asunto es muy complicada.

Existen una serie de síntomas físicos, psicológicos o conductuales que se dan en las víctimas de malos tratos, pero no son específicos del problema y pueden ser

compatibles con otras patologías. Los principales los podemos encontrar en la siguiente tabla <sup>(27, 29, 31)</sup> (tabla 5):

Tabla 5. Indicadores de sospecha de maltrato infantil

FÍSICOS	COMPORTAMIENTO DEL MENOR	COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lesiones sin causa o que no coinciden con la explicación aportada</li> <li>- Dolores frecuentes sin causa aparente</li> <li>- Dificultad para andar y sentarse, dolor en la zona genital</li> <li>- Retrasos en el crecimiento y problemas de nutrición</li> <li>- Falta de higiene y uso de ropa inadecuada</li> <li>- Falta de cuidados médicos básicos y seguimiento médico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retraso en la adquisición del lenguaje</li> <li>- Temor hacia sus padres</li> <li>- Aislamiento del resto de niños</li> <li>- Inhibición en el juego</li> <li>- Conductas impropias a su edad (inmadurez o madurez excesiva)</li> <li>- Conductas inapropiadas (agresividad, rabietas, tristeza y pasividad)</li> <li>- Actitud hipervigilante y desconfianza ante los adultos</li> <li>- Trastornos del sueño y alimentación</li> <li>- Problema en el control de esfínteres</li> <li>- Comportamientos autolíticos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abuso de sustancias tóxicas</li> <li>- Consideran a su hijo como propiedad</li> <li>- Ausencia de preocupación y menosprecio del menor. Actitud fría y falta de cariño</li> <li>- Culpan al niño de cualquier problema</li> <li>- Intento de ocultar las lesiones que presenta el menor o restarle importancia. Contradicción</li> <li>- No acuden a las citas médicas ni reuniones del colegio</li> </ul>

Ejemplos concretos de estos indicadores que se pueden encontrar en la **planta de hospitalización** son los siguientes <sup>(33)</sup>:

- Padres que no prestan atención al menor durante la visita.
- Realizan visitas de escasa duración
- No acuden a recibir el parte médico diario. Muestran poco interés por conocer el estado del menor
- No aportan datos relacionados con ingresos anteriores
- Comportamientos agresivos con el menor en público
- El niño se adapta muy fácilmente a la estancia en el hospital
- Evitación del menor para volver al domicilio

Y en el **triaje de las urgencias pediátricas** <sup>(33)</sup>:

- Transcurre demasiado tiempo entre el momento en el que se produce la lesión y en el que acuden al hospital

- Padres impacientes por ser atendidos cuanto antes por accidentes mínimos
- Acuden a distintos centros sanitarios
- Accidentes causados por negligencias familiares
- Empeoramiento de enfermedades crónicas que no son tratadas
- El menor presenta problemas de sociabilización en presencia de los familiares

Todos los profesionales de salud deben ser capaces de identificarlos de la forma más precoz posible, para descartar o reconocer la situación cuanto antes y poder actuar.

### 5.3.2. ANAMNESIS

Una vez existe la sospecha de maltrato infantil, comienza la recogida de la máxima información. Si se confirmara el caso, se deberá intentar conocer todo lo ocurrido: el tipo de violencia ejercida, el autor de los hechos, y el tiempo que lleva el menor sufriendolo. En algunas ocasiones, el testimonio del niño puede convertirse en la única prueba de la existencia de malos tratos, por lo que es una fase de gran importancia.

#### 5.3.2.1. Entrevista al menor

Se llevará a cabo en un lugar privado, tranquilo y cómodo, sin interrupciones ni ruidos, con el fin de crear un ambiente seguro y de confianza para que el niño tenga la libertad de expresarse abiertamente <sup>(27, 29, 31)</sup>.

En las urgencias pediátricas se realizará en el box de aislamiento, y si está ocupado, en la consulta 4. En la planta de hospitalización, se podrá emplear la propia habitación en la que se encuentra ingresado el menor siempre que no haya otros pacientes, alguna de las habitaciones individuales (818-826), o incluso la consulta del hospital de día.

En la medida de lo posible se realizará una sola entrevista para evitar exponer al menor de nuevo a este proceso tan incómodo <sup>(27, 31)</sup>. Por ello la conversación debe ser lo más completa posible y adaptarse a la edad, madurez y capacidad de comprensión del menor. En algunos casos, como en menores de 2 años o niños con discapacidad grave, no se les entrevistará <sup>(29)</sup>.

Se aconseja que sea llevada a cabo por más de un profesional, aunque en un número reducido, y que estén formados en la materia (principalmente pediatra y enfermera, aunque también se puede contar con el psicólogo, trabajador social, médico forense...).

Uno de ellos será el entrevistador principal, quien dirigirá la conversación y realizará las preguntas; el resto observará y escuchará, y podrá intervenir si fuera necesario <sup>(27)</sup> .

Se efectuará preferiblemente a solas con el menor. Si fuera necesario podrá estar acompañado de un adulto conocido, siempre que sea ajeno a los hechos, y no intervenga ni influya en las respuestas <sup>(27)</sup> .

La entrevista comenzará con la presentación de los profesionales y el menor, y la explicación de lo que se va a hacer. Se debe preparar el entorno en el que se desarrollará, estableciendo un clima de seguridad y confianza. Para ello hay que mostrar una actitud empática, de escucha activa y cercanía, intentando ganar la confianza del menor, pero evitando que se sienta intimidado <sup>(34)</sup> .

El tema se abordará paulatinamente, por lo que en primer lugar se tratarán cuestiones variadas, como sus gustos, sus estudios o su familia para conocer el contexto del menor y valorar sus capacidades. A continuación se realizará la transición al tema a abordar para obtener el testimonio del menor. Se realizarán preguntas abiertas para que pueda relatar lo ocurrido, concediendo el tiempo que sea necesario para que se exprese libremente. Una vez obtenida la información, se resumirá el contenido, y se volverá a conversar sobre temas neutros para finalizar la entrevista de forma positiva. Por último, se agradecerá la participación y el esfuerzo del niño <sup>(34)</sup> .

#### 5.3.2.2. Entrevista al adulto

Es también importante contar con el relato de los adultos que formen parte del entorno del niño (padres, tutores o familiares), lo que permitirá conocer más al menor, su contexto social (si existen o no factores de riesgo), contar con un testimonio aportado por una persona adulta, y contrastar la información recogida con la del niño. La entrevista a un mayor puede aportar datos adicionales útiles para encaminar la exploración.

Tendrá las mismas características que la entrevista con el menor. Se desarrollará en un ambiente cómodo, evitando interrupciones, empleando en las urgencias pediátricas una de las consultas, y en la planta de hospitalización, una habitación libre o la consulta de hospital de día. De igual manera, se empleará un lenguaje comprensible y claro, con

preguntas abiertas que favorezcan la espontaneidad y explicación, ofreciendo un trato prudente y profesional, siempre desde el respeto, y mostrando credibilidad <sup>(29, 31)</sup>.

#### 5.3.2.3. Historia clínica

Se debe inspeccionar la historia clínica del menor para poder obtener nuevos datos. Se revisarán sucesos anteriores, como visitas a urgencias o ingresos hospitalarios, y enfermedades crónicas o congénitas que presente (problemas de coagulación, raquitismo, malformaciones, osteogénesis imperfecta, herpes, dermatitis...). Esto es importante, porque algunos signos pueden ser sugerentes de maltrato y en realidad ser síntomas propios de otras patologías <sup>(27, 29, 31, 32)</sup>.

#### 5.3.3. EXPLORACIÓN DEL MENOR

La exploración debe ser realizada por profesionales expertos en la materia (pediatras, médicos forenses, ginecólogos o cualquier profesional que se requiera) con el fin de detectar cualquier mínimo detalle que confirme la existencia de malos tratos <sup>(27, 31)</sup>. Se debe desarrollar cuanto antes para evitar la desaparición de muestras biológicas y lesiones. A lo largo de todo el proceso, se documentará de forma detallada cualquier signo detectado e incluso se podrá tomar fotografías <sup>(30)</sup>.

En los casos en los que se sospeche abuso sexual, se contactará directamente con el Juez de Guardia, y éste solicitará la presencia del médico forense, que es quien llevará a cabo la exploración <sup>(27, 29-32)</sup>. En el cuarto de limpio de las urgencias pediátricas existe un “kit forense de agresiones sexuales”, que contiene todo lo necesario para la recogida de muestras (ANEXO 5). Este kit está precintado, y es necesario asegurarse de que permanezca así hasta que el médico forense lo abra porque si no se invalidarían las muestras recogidas.

La exploración tendrá lugar en un entorno apropiado, pudiéndose emplear las mismas estancias en las que se entrevistó al menor (el box de aislamiento o la consulta 4 si estamos en urgencias, o la habitación del menor o la consulta del hospital de día si estamos en la planta).

Se explicará con claridad todo lo que se le va a realizar, y se antepondrá siempre el bienestar del menor; nunca se ejecutará una exploración traumática, ni se emplearán contenciones ni sujeciones <sup>(27, 31)</sup>.

Se comenzará realizando primero una inspección general y luego una inspección detallada de toda la superficie del cuerpo:

- **Inspección general:** valorando somatometría (talla, peso y perímetro craneal), estado nutricional e higiene corporal del menor <sup>(31)</sup>.
- **Inspección detallada de la superficie corporal:** en busca de cualquier tipo de lesión en piel, mucosas, huesos y órganos. Las más frecuentes son <sup>(27-29, 31)</sup>:
  - Lesiones en la piel: hematomas, mordeduras, quemaduras, heridas o cualquier otra alteración cutánea. Se valorará localización, coloración y forma.
  - Cuero cabelludo: se buscarán lesiones camufladas por el cabello, o áreas de alopecia, producidas por arrancamiento del pelo o por posición de decúbito durante periodos prolongados.
  - Lesiones óseas: se palpará el esqueleto para buscar posibles fracturas, siendo frecuentes las metafisarias de huesos largos y las costales. Es importante descartar que sufra algún tipo de enfermedad ósea <sup>(31)</sup>.
  - Traumatismos craneales: lesiones que varían desde fracturas craneales hasta hemorragias (hematomas subdurales). Pueden producirse porque el menor ha sufrido un traumatismo cráneo-encefálico o por una sacudida brusca (síndrome del niño sacudido).
  - Lesiones de vísceras y órganos, localizadas mediante palpación y auscultación.

#### 5.3.4. REALIZACIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Permiten confirmar el diagnóstico de maltrato, o realizar un diagnóstico diferencial de otras patologías.

- **Pruebas de laboratorio:** análisis de sangre (hemograma, coagulación, bioquímica), análisis de orina o detección de tóxicos y medicamentos, en función del caso <sup>(27, 29, 31)</sup>.
- En casos de **sospecha de abuso sexual** <sup>(27, 31)</sup> (tabla 6):



Tabla 6. Pruebas a realizar en casos de sospecha de abuso sexual

SI HAN TRANSCURRIDO <72 HORAS	SI HAN TRANSCURRIDO >72 HORAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- detección de ETS</li> <li>- serologías (VIH, VHB, VHC, sífilis)</li> <li>- test de embarazo s/p</li> <li>- detección de tóxicos en orina y sangre s/p</li> <li>- frotis bucofaríngeo, vaginal, anal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- detección de ETS</li> <li>- serologías (VIH, VHB, VHC, sífilis)</li> <li>- test de embarazo s/p</li> </ul>

- **Pruebas de imagen**, en función de la exploración física: radiografía simple, TAC cerebral, ecografía abdominal... <sup>(27-29, 31)</sup>. En menores de 2 años con sospecha de maltrato físico se realizará la serie esquelética completa (radiografías del cuerpo completo), ya que a esta edad pueden presentar fracturas que no supongan limitación funcional <sup>(27, 28)</sup>.
- **Fondo de ojo**, con el objetivo de encontrar hemorragias retinianas producidas por traumatismos o por zarandeo del menor <sup>(27-29, 31)</sup>. Se realizan con frecuencia en menores de 2 años, en los que existe sospecha de maltrato pero no se aprecian síntomas físicos <sup>(27, 28, 31)</sup>.

### 5.3.5. TRATAMIENTO Y PROTECCIÓN DEL MENOR

Tras la realización de la exploración y de las pruebas pertinentes, tendrá lugar el tratamiento de las lesiones y la prevención de sus consecuencias. Todo ello dependerá de la naturaleza de las mismas, y se tratarán del mismo modo que las lesiones producidas por otras causas.

En los casos de abuso sexual, se deberá valorar la necesidad de profilaxis antibiótica para infecciones de transmisión sexual, y la contracepción de urgencia o interrupción voluntaria del embarazo si se requiere <sup>(27, 29, 31, 32)</sup>.

La prioridad de todo el equipo de salud a lo largo del proceso es garantizar el bienestar y la protección del menor, tanto física como psicológica, proporcionando un ambiente seguro. En los casos en los que se sospeche que alguno de los acompañantes es el agresor, se separará inmediatamente del menor <sup>(27)</sup>, e incluso se puede emplear la

hospitalización como forma de protección <sup>(27, 31)</sup>. Se proporcionará también atención psiquiátrica o psicológica al menor y a los padres, familiares o tutores, si lo precisan.

### 5.3.6. VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN

A continuación, se valorará la situación del menor en función del riesgo, que hace referencia a la desprotección y a la probabilidad de que vuelva a ocurrir una situación de maltrato, y de la gravedad de las lesiones. Se distingue así <sup>(29, 30)</sup>:

- **Maltrato leve:** se sospecha de la existencia de maltrato o se detectan indicadores que no han provocado daños en el menor, ni se prevé que los produzcan en el futuro.
- **Maltrato moderado:** existen indicadores de maltrato que han provocado daños en el menor o se prevé que se puedan producir.
- **Maltrato grave:** se trata de una situación urgente, en la que se han detectado indicadores que ponen en peligro la integridad y bienestar del menor, o existe un riesgo elevado de que se vayan a producir.

### 5.3.7. NOTIFICACIÓN A LAS AUTORIDADES. INFORMES

La notificación es la transmisión de información a las Autoridades competentes sobre el menor en supuesta situación de maltrato. Deben notificarse **TODOS** los casos, tanto los de evidencia objetiva como las situaciones de sospecha. Es una obligación regulada por ley, en la que todos los ciudadanos, y especialmente los profesionales deben comunicar cualquier situación de riesgo:

- Ley Orgánica 26/2015, de 28 de julio, de Modificación del Sistema de Protección a la Infancia y a la Adolescencia <sup>(15)</sup>.
- Real Decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal <sup>(35)</sup>.
- Código Deontológico de Enfermería Española <sup>(36)</sup>.
- Código de Deontología Médica <sup>(37)</sup>.

Los informes que se deberán rellenar son los siguientes:

- **Hoja de notificación de maltrato infantil** (ANEXO 6). Es un documento desarrollado por el Observatorio de la Infancia en el que se registra toda la información relevante recopilada a lo largo de las etapas anteriores <sup>(27, 29-32)</sup>. Deben

rellenarse de forma exhaustiva, siendo lo más claro y preciso posible, ya que es una herramienta imprescindible para poder intervenir en el caso y actuar. Se realizan 3 copias de este documento <sup>(27)</sup>:

- Una de ellas va dirigida a los Servicios Sociales, que valorarán la situación, tomarán las decisiones relacionadas con la protección del menor (guarda, tutela o acogida), y realizarán el seguimiento del caso, coordinando a los diferentes órganos que sean necesarios. En los casos leves o moderados, la actuación es competencia de la administración local, y en los graves es competencia autonómica <sup>(29, 30)</sup>.
- Otra se archivará en la historia clínica del menor <sup>(27)</sup>.
- Y la última copia se emplea para el registro de datos RUMI (Registro Unificado de casos de sospecha de Maltrato Infantil). Es un registro de ámbito nacional en el que se recogen las notificaciones realizadas en cada Comunidad Autónoma, tanto los casos confirmados como las sospechas, lo que permite contar con datos estadísticos sobre el problema <sup>(38)</sup>.
- **Comunicación con el juzgado de guardia** para poner en conocimiento a la Autoridad Judicial de la situación. Se lleva a cabo mediante un parte de lesiones <sup>(27, 30-32)</sup> (ANEXO 7). En los casos más graves puede notificarse de forma telefónica y enviar posteriormente el parte <sup>(27, 29-31)</sup>. Será el Juez de Guardia quien determine la presencia del médico forense si se requiere.
- **Registro en la historia clínica** del menor de todas las intervenciones realizadas <sup>(27-32)</sup>.
- **Comunicación con el pediatra de Atención Primaria** para informar sobre la situación y que realice el posterior seguimiento del menor, en colaboración con los Servicios Sociales <sup>(27, 29, 32)</sup>.

Es responsabilidad del facultativo que atienda al menor asegurarse de que todos los informes están correctamente completados.

## 6. DISCUSIÓN

En los protocolos analizados se sigue de forma general la misma estructura de actuación, pero existen ciertas diferencias en cuanto a la realización de las fases, siendo en las dos últimas (valoración y notificación) donde existen más discordancias.

Todos ellos tratan la **detección** de signos de sospecha como la primera condición para comenzar a investigar. Reflejan la complejidad de su identificación, y la necesidad de que todos los profesionales que están en contacto con los menores sepan reconocerlos (27-32).

Aunque en los protocolos no se especifica, en este punto es muy importante el papel de la enfermera, ya que es, por lo general, el profesional sanitario que más tiempo emplea con el paciente, teniendo la oportunidad de observar el comportamiento del niño, padres y/o familiares, y las relaciones entre ellos y con los demás.

Los seis documentos también coinciden en que la siguiente fase es la **anamnesis** (27-32). Hay protocolos que no inciden mucho en ella y simplemente la mencionan (28, 30). En cuatro de ellos se refleja que se debe emplear la entrevista con el fin de conocer, en la medida de lo posible lo ocurrido. Añaden que deben realizarse dos, una al menor -si la edad lo permite- y otra a los familiares o cuidadores que le acompañan. También se debe analizar la historia clínica del niño para obtener más datos (antecedentes, patologías, visitas al hospital...) (27, 29, 31, 32).

Recalcar que la enfermera participa activamente en la recogida de datos: analizando la historia clínica del menor, participando en la entrevista, registrando y comunicando cualquier hallazgo encontrado, contrastando los datos obtenidos, y entablando relación con el niño y sus familiares.

Se continúa con la **exploración física**. Cuatro de ellos están de acuerdo con la forma de realizarla, buscando lesiones en la piel, cuero cabelludo y órganos, y fracturas óseas (27-29, 31), mientras que los otros dos no especifican cómo ejecutarla (30, 32). En cuanto a la exploración de genitales y ano en casos de sospecha de abuso sexual, cinco protocolos coinciden en que debe ser realizada por el médico forense (27, 29-32), y el restante indica que es el pediatra quien la lleva a cabo (28).

Se refleja la importancia de que todo este proceso se haga de forma cuidadosa y en un ambiente tranquilo. En la medida de lo posible, se debe evitar repetir la exploración, por lo que se contará en el momento de su realización con diferentes profesionales especializados en la materia (ginecólogo, pediatra, médico forense...). Es importante realizar un registro detallado de cualquier lesión sospechosa e incluso se pueden tomar fotografías de las mismas (27-32).

Todos los protocolos coinciden en la realización de **exámenes complementarios**, necesarios para confirmar o descartar el diagnóstico. Aunque dependerá del tipo de lesiones halladas, por lo general se incluyen pruebas de laboratorio, estudio radiológico, fondo de ojo, y toma de muestras en los casos de sospecha de abuso sexual <sup>(27-32)</sup>.

Según la información analizada posteriormente tiene lugar el **tratamiento** de las lesiones que presente el menor, tanto físicas como psicológicas. Se pondrá a disposición del niño, padres y familiares, a profesionales de salud mental si lo requieren <sup>(27-32)</sup>.

Además de la realización de las técnicas necesarias para llevar a cabo la exploración física, las pruebas complementarias y el tratamiento de las lesiones, la enfermera tiene otra función muy importante que no se menciona en los protocolos. Puede convertirse en un apoyo fundamental para el niño, transmitiéndole seguridad y protección en el ámbito hospitalario, explicándole cada intervención que se vaya a realizar, tranquilizándole en los momentos de temor y ansiedad, y acompañándole a lo largo de todo el proceso.

El siguiente paso es la **valoración** de la situación. A pesar de ser una fase importante porque determina la forma de actuar, es compleja y existen discrepancias entre los protocolos. Dos de ellos no mencionan la valoración de la situación como fase <sup>(28, 32)</sup>; los cuatro restantes sí, y cada uno proporciona un modo de realizarla <sup>(27, 29-31)</sup>.

- Tres de ellos coinciden en valorar el maltrato en función de la gravedad de las lesiones y el riesgo de que vuelvan a producirse <sup>(29-31)</sup>.
  - Dos dividen el maltrato en leve, moderado y grave <sup>(29, 30)</sup>.
  - Uno lo divide en alta gravedad y alto riesgo; baja gravedad y bajo riesgo; y baja gravedad pero imposibilidad de valorar el riesgo <sup>(31)</sup>.
- El protocolo restante divide el maltrato en caso grave, evidente o muy sospechoso, y caso no grave, dudoso o sospechoso <sup>(27)</sup>.

Seguidamente tiene lugar la **notificación** y comunicación a las Autoridades competentes. Todos coinciden en que es imprescindible notificar, pero no existe un criterio unificado. Insisten que no es necesario tener la certeza absoluta de que el menor sea víctima de malos tratos para notificar, simplemente se necesita que exista una sospecha <sup>(27-32)</sup>.

- Por un lado, se habla de la notificación dirigida a los Servicios Sociales. Todos excepto uno <sup>(28)</sup>, reflejan la existencia de la “Hoja de Notificación del Maltrato Infantil” para llevarla a cabo <sup>(27, 29-32)</sup>.  
Sólo dos destacan la importancia de este documento para contar con un registro de datos (RUMI) <sup>(27, 31)</sup>.
- Por otro, se encuentra la notificación judicial, que se realiza mediante el “parte de lesiones o parte judicial”.
  - Uno de los protocolos, simplemente comenta que se debe comunicar a las Autoridades Judiciales, pero sin especificar en qué casos ni cómo realizarlo <sup>(28)</sup>.
  - Otro indica que se notifica al Juez en los casos graves y “en aquellas ocasiones que sea procedente”, sin especificar cuáles son <sup>(29)</sup>.
  - Los cuatro restantes, coinciden en que se debe rellenar el parte de lesiones en cualquier caso, ya sea de sospecha o certeza <sup>(27, 30-32)</sup>.
- Tres protocolos reflejan la importancia de ponerse en contacto con el pediatra de Atención Primaria para informar de la situación <sup>(27, 29, 32)</sup>.

Todos ellos coinciden en la importancia de registrar detalladamente en la historia clínica del menor los hallazgos detectados y las intervenciones realizadas <sup>(27-32)</sup>.

## 6.1. LIMITACIONES

La principal limitación de este trabajo es la falta de protocolos de actuación ante la sospecha de maltrato infantil recientes. No se cuenta con mucha información de antigüedad inferior a 5 años, que indique los pasos que debe seguir el equipo sanitario una vez se detectan los signos de sospecha en el menor.

Excepto la ciudad autónoma de Ceuta, de la que no se han encontrado datos, todas las Comunidades Autónomas cuentan con guías de actuación sanitaria, pero se trata de documentos redactados hace años (ANEXO 8). Cataluña cuenta con el protocolo más reciente (2017), seguido del de Castilla y León (2016), y el de Andalucía (2014). Las comunidades con los documentos más antiguos son País Vasco (2000), La Rioja (2003), y Navarra (2003) <sup>(39)</sup>. Por tanto, es necesario realizar una reevaluación de los protocolos existentes para mantenerlos actualizados.

Otra limitación que podemos distinguir es que en la información analizada no se otorga la importancia que realmente tiene a la labor de la enfermera en el maltrato infantil, siendo fundamental a lo largo de todo el proceso y participando en todas las fases. Se debería dar más valor a su papel y aprovecharlo en beneficio del menor.

## **7. CONCLUSIONES**

El maltrato infantil ha estado siempre presente a lo largo de la historia. En la actualidad, es un problema de gran trascendencia que afecta a muchos niños, niñas y adolescentes a nivel mundial. Su prevalencia real se desconoce debido a la gran dificultad para ser detectado y a la falta de herramientas para su notificación y registro.

Es imprescindible dar visibilidad al tema y sensibilizar tanto a la población general como a los profesionales de cualquier ámbito que estén en contacto con menores. Es responsabilidad de toda la sociedad poner en conocimiento de las Autoridades cualquier sospecha de malos tratos a menores.

En concreto, en el ámbito sanitario sí que existen guías de actuación que indican los pasos a seguir en los casos en los que se sospeche de evidencia de maltrato. Pero es necesario mantenerlas actualizadas o desarrollar nuevos protocolos que permitan detectar los signos característicos del maltrato infantil, para diagnosticarlo y tratarlo cuanto antes.

Es imprescindible que estos protocolos sean multidisciplinarios, es decir, que abarquen diferentes ámbitos, incluyendo personal sanitario, servicios sociales, profesionales de ámbito judicial, e incluso fuerzas del Estado en los casos que sea preciso.

Se requiere también que los profesionales sanitarios que trabajen con menores sean conocedores de la importancia del tema y sepan cómo actuar en estas situaciones, con el fin de prevenir el maltrato o disminuir sus secuelas. No es un problema fácil de desenmascarar, pero es imprescindible contar con la formación y herramientas suficientes para reconocerlos y evitar que pasen desapercibidos.

Cabe destacar el papel de la Enfermería en el abordaje del tema. Constituye el primer eslabón en la cadena asistencial, y su actitud es fundamental para crear un clima de

confianza, y garantizar el apoyo de la familia para las futuras actuaciones de los distintos profesionales sanitarios durante el proceso asistencial.

Aunque el maltrato infantil sea un problema difícil de detectar y abordar, con esta propuesta de protocolo además de proporcionar unas pautas de actuación, se ha pretendido dar visibilidad al tema, recalcar la necesidad de la formación de los profesionales y reforzar la importancia el papel de la enfermería.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. La curiosa historia del maltrato infantil [Internet]. ABC; 2014 [citado 29 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.abc.com.py/edicion-impres/suplementos/cultural/la-curiosa-historia-del-maltrato-infantil-1292510.html>
2. Del Bosque J. Historia de la agresión a los niños. Gaceta Médica de México [Internet]. 2003 [citado 29 de enero de 2020]. 139 (4) 368-370. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2003/gm034gIV.pdf>
3. Cambios históricos en el concepto de infancia [Internet]. IntraMed; 2001 [citado 29 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=14056>
4. Mary Ellen Wilson: El origen de los derechos de la infancia [Internet]. Psicomemorias. 2015 [citado 28 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.psicomemorias.com/mary-ellen-wilson-origen-los-derechos-la-infancia/>
5. Abarca L. Aporte de los rayos X en el síndrome de niño agredido. MLCR [Internet] 2012 [citado 29 de enero de 2020]; 29:4. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v29n2/art7.pdf>
6. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The Battered-Child Syndrome. JAMA [Internet]. 1962 [citado 29 de enero de 2020]; 181(1):17-24. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/327895>
7. Díez MPG, Millán MJH. Reconocimiento del maltrato infantil en el ámbito médico. Actuación prejudicial en Atención Primaria. Colaboraciones Especiales [Internet]. 2000 [citado 29 de enero de 2020]; 2 (8): 81-100. Disponible en: <http://archivos.pap.es/files/1116-129-pdf/133.pdf>
8. El maltrato infantil. Definición y tipos [Internet]. Preve MI; 2002 [citado 28 de abril de 2020]. Disponible en: <http://files.sld.cu/prevemifiles/2013/07/definicion.pdf>
9. Presentación de la Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño, 1924 [Internet]. Humanium; 1924 [citado 29 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.humanium.org/es/ginebra-1924/>
10. Universal Declaration of Human Rights [Internet]. Naciones Unidas; 2015 [citado 30 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
11. Declaración de los Derechos del Niño, 1959 [Internet]. Humanium; 1959. [citado 29 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.humanium.org/es/declaracion-1959/>
12. Convención sobre los Derechos del Niño [Internet]. UNICEF; 1959. [citado 29 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.unicef.es/causas/derechos-ninos/convencion-derechos-ninos>
13. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, nº 311, (29-12-1978)
14. Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Boletín Oficial del Estado, nº15, (17-01-1996)
15. Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Boletín Oficial del Estado, nº 180, (29-07-2015)

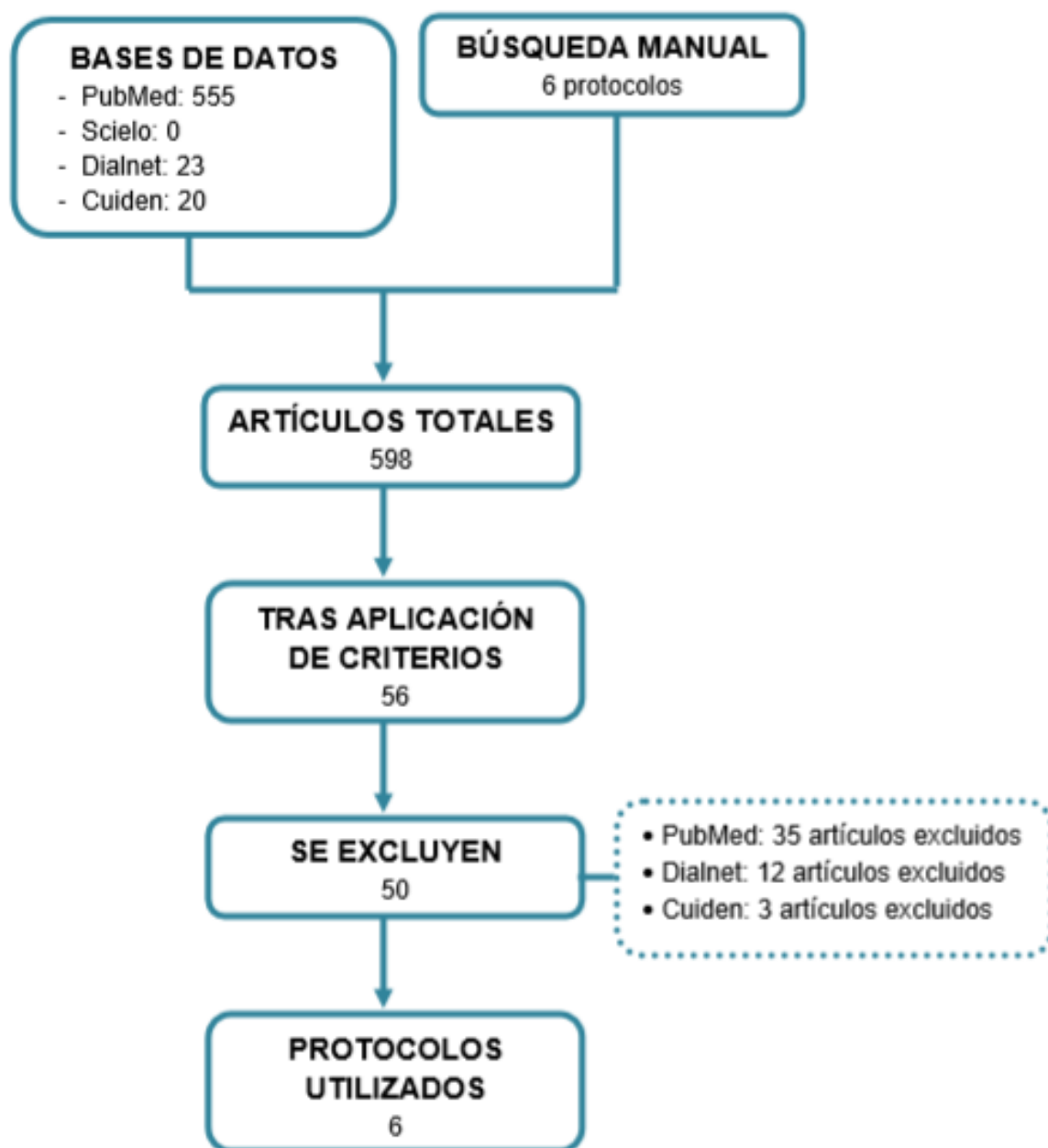


16. Ley Orgánica 14/2007, de 30 de noviembre, de reforma del Estatuto de Autonomía de Castilla y León. Boletín Oficial del Estado, nº 288, (01-12-2007)
17. Team M. Infancia y Justicia: Marco legislativo Internacional, Europeo y en España [Internet]. FAPMI; 2011 [citado 13 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/fuentes.asp?sec=13>
18. Pérez R, Martínez R, Martínez MA, Rodríguez E, Fernández A. Premio a la mejor comunicación oral: enfermería de urgencias ante el maltrato infantil: figura clave en la detección precoz de casos. CR [Internet]. 2009 [citado 7 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/abril/pagina3.html>
19. Maltrato infantil [Internet]. OMS; 2016 [citado 28 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
20. D SA. El maltrato infantil supone la segunda causa de muerte en los menores de 5 años. Salud a Diario [Internet]. 2016 [citado 14 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.saludadiario.es/pacientes-de-cerca/el-maltrato-infantil-supone-la-segunda-causa-de-muerte-en-los-menores-de-5-anos>
21. Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia [Internet]. Observatorio de la infancia; 2019 [citado 28 de enero de 2020]. Disponible en: [https://observatoriodelainfancia.vpsocial.gob.es/productos/pdf/Boletin\\_provisional\\_Proteccion\\_21-Borrador.pdf](https://observatoriodelainfancia.vpsocial.gob.es/productos/pdf/Boletin_provisional_Proteccion_21-Borrador.pdf)
22. Prevención y abordaje del maltrato infantil y abuso sexual desde la familia y las AMPAS [Internet]. CEAPA; 2015 [citado 30 de enero de 2020]. Disponible en: [https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/4831\\_d\\_prevencion\\_y\\_abordaje\\_d\\_el\\_maltrato\\_infantil\\_y\\_abuso\\_sexual\\_desde\\_la\\_familia\\_y\\_las\\_ampas\\_0.pdf](https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/4831_d_prevencion_y_abordaje_d_el_maltrato_infantil_y_abuso_sexual_desde_la_familia_y_las_ampas_0.pdf)
23. Fernández J, Bravo A. Maltrato infantil: situación actual y respuestas sociales. Psicothema [Internet] 2002 [citado 30 de enero de 2020]. 14: 118-123. Disponible en: <http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/26757/1/Psicothema.2002.14.S.118-23.pdf>
24. Consecuencias a largo plazo del maltrato de menores (Long-Term Consequences of Child Abuse and Neglect) [Internet]. Children's Bureau; 2019 [citado 30 enero de 2020]. Disponible en: [https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/sp\\_long\\_term\\_consequences.pdf](https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/sp_long_term_consequences.pdf)
25. Fernández MVF. Maltrato infantil: Un estudio empírico sobre variables psicopatológicas en menores tutelados [Tesis Doctoral]. Murcia: Facultad de Psicología; 2014
26. Huertas JAD, Flores JC, García EG, Díaz MÁR, Gómez JE. Atención al Maltrato Infantil desde el ámbito sanitario en la Comunidad de Madrid. 1998
27. Gancedo A. Aproximación al manejo del maltrato infantil en la urgencia [Internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2015 [citado 20 de mayo de 2020]. Disponible en: [https://seup.org/pdf\\_public/gt/maltrato\\_aproximacion.pdf](https://seup.org/pdf_public/gt/maltrato_aproximacion.pdf)
28. Pou J. Abordaje integral del maltrato infantil [Internet]. Madrid: Lúa Ediciones; 2016 [citado 20 de mayo de 2020]. Disponible en: [https://www.aepap.org/sites/default/files/4t4.11\\_abordaje\\_integral\\_del\\_maltrato\\_infantil.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/4t4.11_abordaje_integral_del_maltrato_infantil.pdf)
29. Guzmán MA, Fernández C. Protocolo sanitario de actuación ante la sospecha de maltrato intrafamiliar en la infancia y adolescencia [Internet]. Castilla y León: Gerencia Regional de Salud; 2016 [citado 20 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.ceescyl.com/documentacion-del-ceescyl/zona-publica/varios/1492-jcyl-sacyl-protocolo-sanitario-de-actuacion-ante-la-sospecha-de-maltrato-intrafamiliar-en-la-infancia-y-adolescencia/file.html>
30. SAC. Protocolo de actuación ante el maltrato infantil en el AGSNA [Internet]. Andalucía: Servicio Andaluz de Salud; 2016 [citado 20 de mayo de 2020]. Disponible en: [http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/intranet/view\\_pdf.asp?id=117491](http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/intranet/view_pdf.asp?id=117491)
31. Simó M, Solet Q, Alcalá PJ. El niño hospitalizado por malos tratos y abandono. Protección del menor ingresado y promoción del buen trato [Internet]. Barcelona: Sociedad Española de Pediatría Hospitalaria; 2018 [citado 20 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://sepho.es/wp-content/uploads/2016/07/Protocolo-SEPHO-Hospitalizaci%C3%B3n-de-ni%C3%B1o-con-malos->

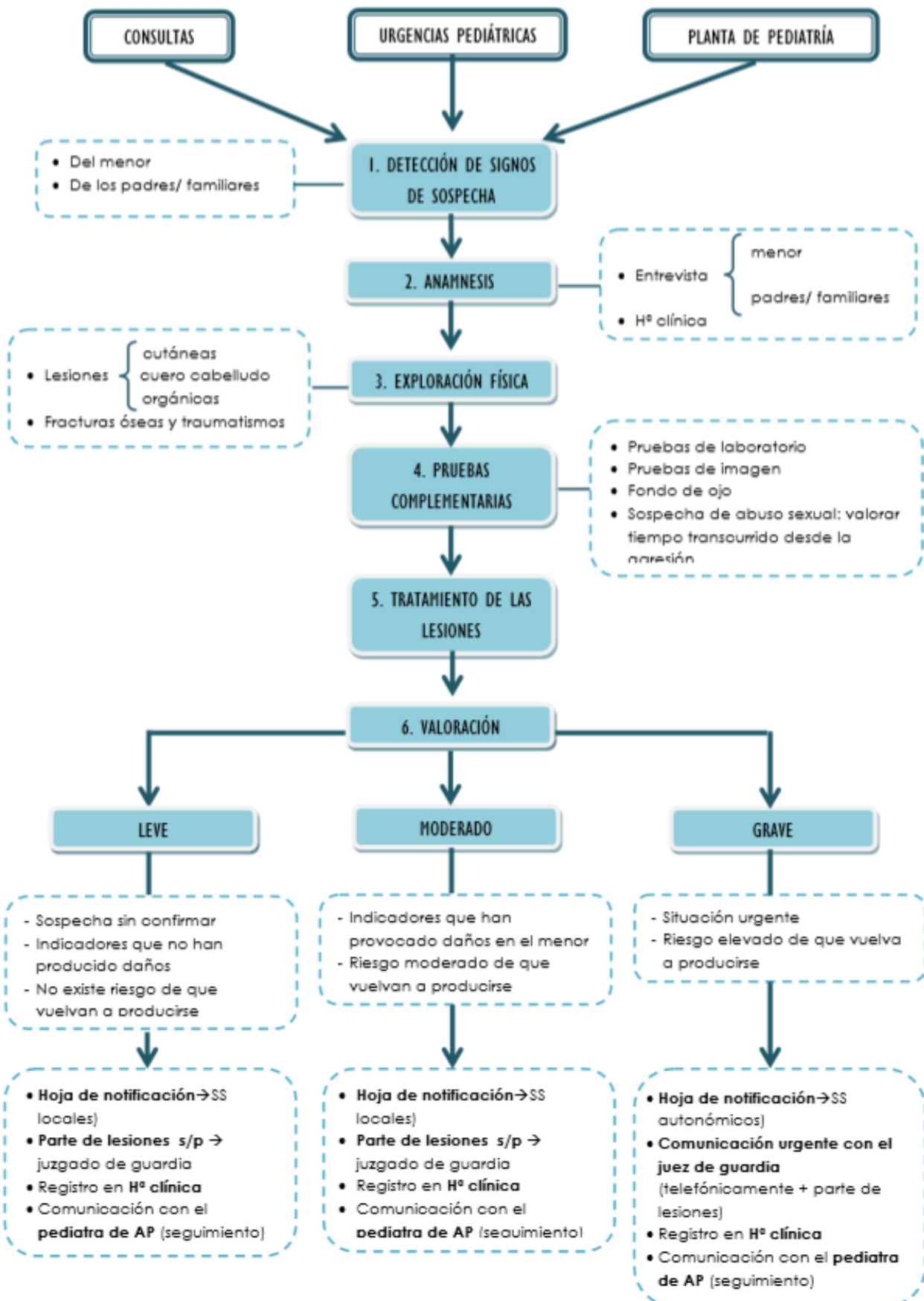
- tratos-y-abandono.-Protecci%C3%B3n-del-menor-ingresado-y-promoci%C3%B3n-del-buen-trato-1.pdf
32. Monzó A, Viguer P, Alcover S, Muñoz P. Protocolo de atención integral, sanitaria y judicial a víctimas de agresiones sexuales de la Comunitat Valenciana [Internet]. Comunidad Valenciana: Generalitat, Consejería de Sanidad Universal y Salud Pública; 2019 [citado 20 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://www.san.gva.es/documents/7260336/7286608/Protocolo+de+Atenci%C3%B3n+integral+v%C3%ADctimas+de+agresiones+sexuales+2019.pdf>
  33. Atención de Enfermería al Maltrato infantil [Internet]. Biblioteca virtual de la Comunidad de Madrid; 2001 [citado 15 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM007092.pdf>
  34. Protocolo entrevista víctimas de violencia sexual [Internet] LexisFinder; 2019 [citado 19 de abril de 2020]. Disponible en: [https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2019/07/protocolo\\_entrevista\\_victimas\\_de\\_violencia\\_sexual.pdf](https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2019/07/protocolo_entrevista_victimas_de_violencia_sexual.pdf)
  35. Real Decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal. Boletín Oficial del Estado, nº 269, (17-09-1882)
  36. Código deontológico de Enfermería Española [Internet]. CODEM (Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Madrid); 2019 [citado 13 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.codem.es/codigo-deontologico>
  37. Código de Deontología Médica [Internet]. CCDOMC (Organización Médica Colegial); 2018 [citado 13 de mayo de 2020]. Disponible en: [http://www.comteruel.org/documentos/2018\\_CodigoDeontologicoBorrador.pdf](http://www.comteruel.org/documentos/2018_CodigoDeontologicoBorrador.pdf)
  38. RUMI: Registro Unificado Maltrato Infantil [Internet]. FAPMI; 2000 [citado 26 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/fuentes1.asp?sec=7&subs=67&cod=1442&page=>
  39. Detección y notificación de situaciones de riesgo y maltrato infantil: España, Comunidades Autónomas [Internet]. FAPMI; 2011 [citado 9 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/fuentes.asp?sec=7>

## 9. ANEXOS

### 9.1. ANEXO 1: DIAGRAMA DE FLUJO



## 9.2. ANEXO 2: ALGORITMO DE ACTUACIÓN

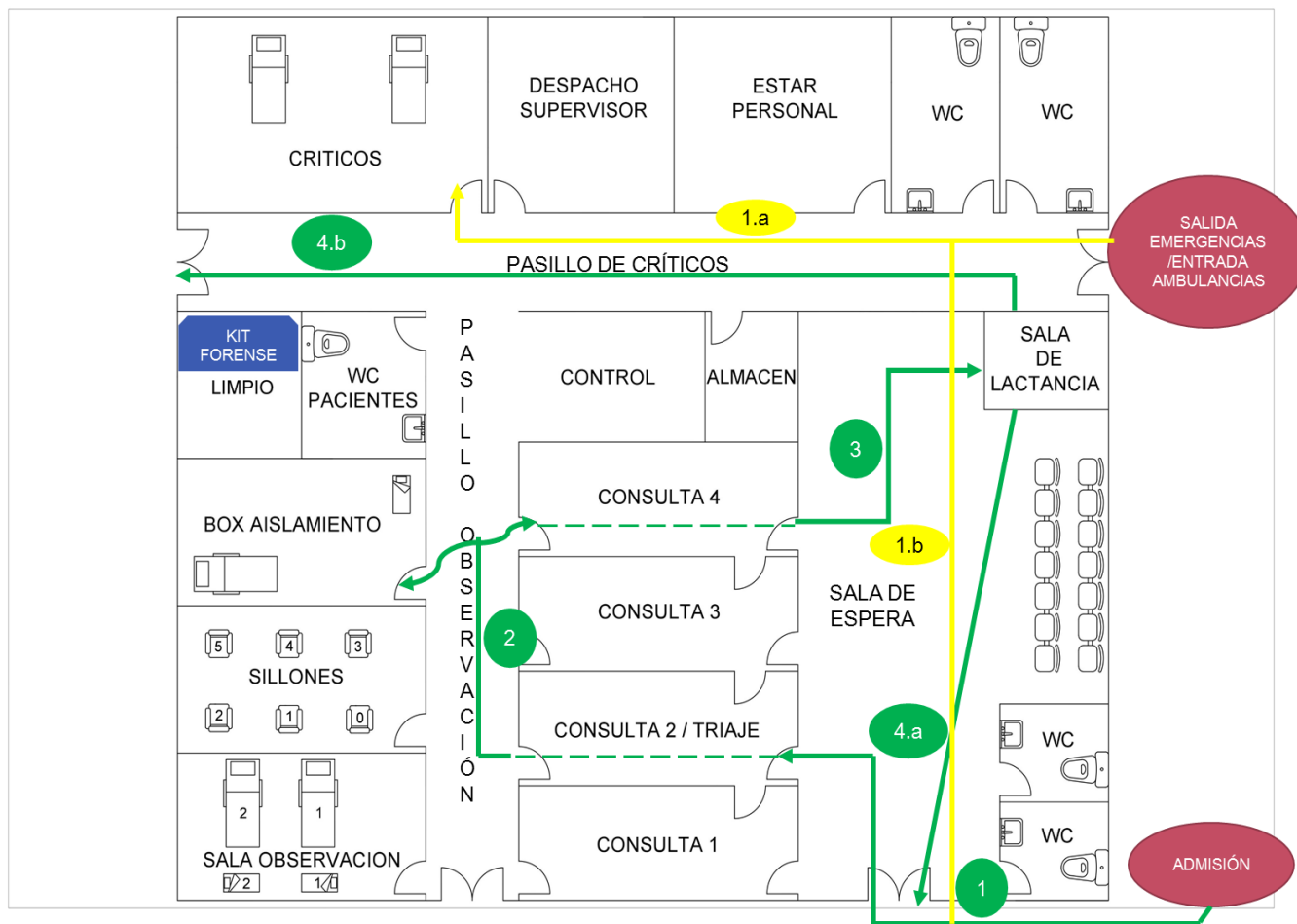


### 9.3. ANEXO 3: CIRCUITO DE ATENCIÓN EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID

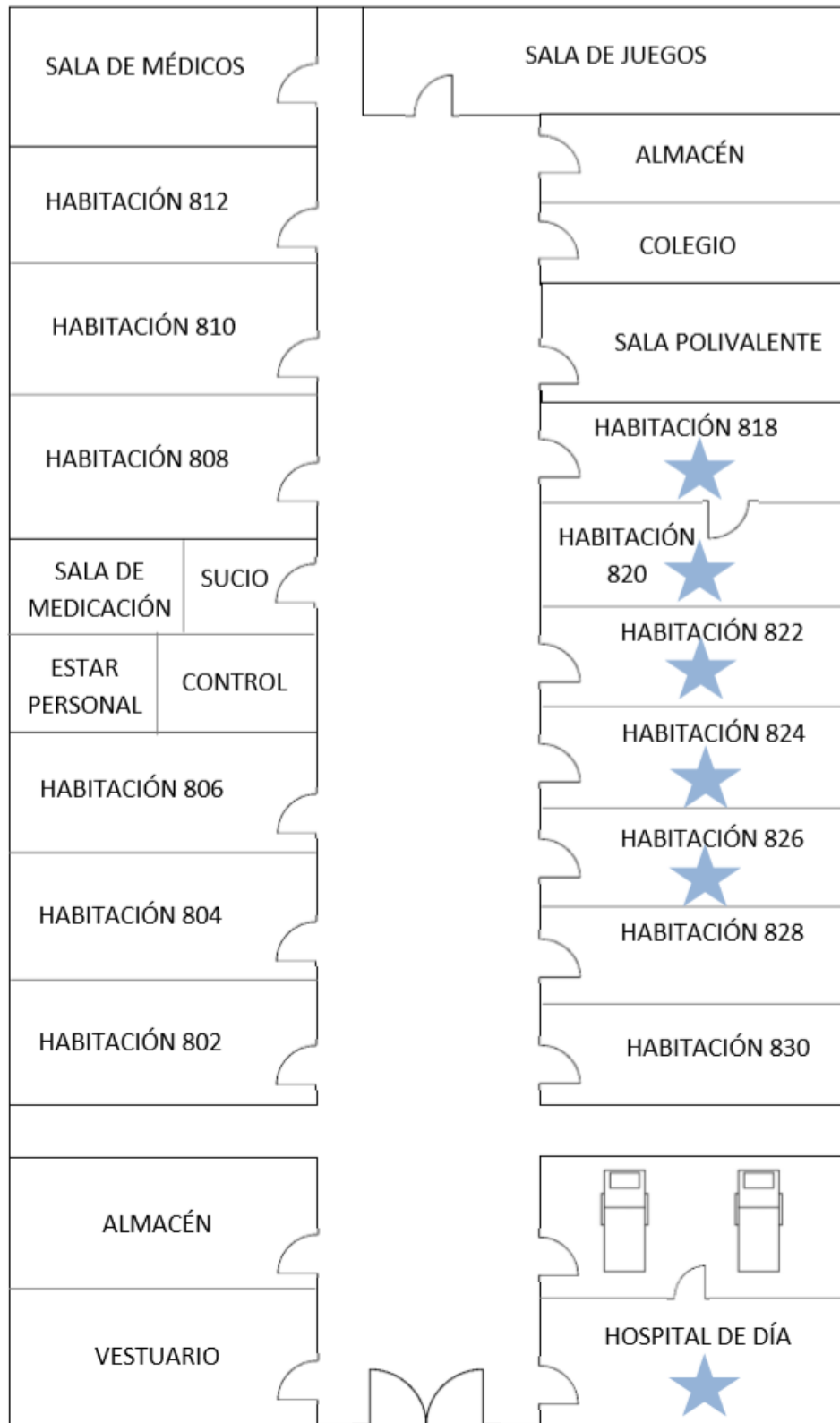
- **Paciente inestable** (circuito amarillo). El paciente será atendido en primera instancia en el box de críticos para su estabilización.
  - Si es traído por 112: accederá a dicho box a través de la puerta de emergencias (entrada ambulancias) atravesando el pasillo de críticos (1.a)
  - Si es traído por sus progenitores/acompañantes/tutores: accederá a dicho box atravesando la sala de espera, previo paso por admisión (1.b)
- **Paciente estable** (circuito verde). El paciente será atendido, previo paso por admisión, en la consulta 2 por el personal de enfermería encargado de realizar la clasificación de su nivel de gravedad (1). Es en esta consulta donde se realizará una primera valoración que permitirá detectar signos y/o síntomas sospechosos de maltrato. El nivel de clasificación obtenido por el programa de ayuda al triaje *web\_e-pat v 4.0* no deberá ser inferior a un III.


Una vez puesta en conocimiento del resto de personal la situación, se valorará trasladar inmediatamente al paciente y acompañante al box de aislamiento atravesando el pasillo de observación. Si este box estuviera ocupado por otro paciente, se considerará pasarle a la consulta 4 (2). En cualquier caso, sea en una ubicación u otra, se pretenderá “bloquear” la entrada a la consulta para evitar un trasiego innecesario de pacientes y personal. La anamnesis, exploración y realización de pruebas complementarias se efectuarán así mismo en esta consulta.

Después de llevarse a cabo estas fases se trasladará al paciente a la sala de lactancia atravesando la consulta 4 (3) y allí permanecerá hasta que se determine su destino. Si se decide alta domiciliaria saldrá atravesando la sala de espera y posteriormente por admisión (4.a). Si precisa ingreso hospitalario será llevado por el pasillo de críticos a unidad de hospitalización (4.b).



9.4. ANEXO 4: PLANO DE LA PLANTA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID



ENTREVISTA AL MENOR/  
EXPLORACIÓN FÍSICA/  
ENTREVISTA AL ACOMPAÑANTE 

## 9.5. ANEXO 5: KIT FORENSE DE ABUSO SEXUAL

### CONTENIDO DE LA CAJA

<b>DOCUMENTOS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Contenido del kit</li><li>• Instrucciones de uso del kit y formulario de recogida de datos y muestras</li><li>• Instrucciones de uso</li></ul>
<b>PARA LA RECOGIDA DE MUESTRAS DUBITADAS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 6 kits de recogida compuestos por<ul style="list-style-type: none"><li>- 4 cajas pequeñas</li><li>- 12 hisopos estériles</li><li>- 3 viales de 10 ml de agua destilada</li><li>- 18 precintos</li></ul></li><li>• 4 sobres pequeños color marrón con papel blanco plegado en su interior para recogida de pelos, uñas, etc...</li><li>• 2 sobres grandes de color blanco para recogida de ropa interior</li><li>• 8 precintos rectangulares rojos pequeños para precintar los sobres grandes y pequeños</li><li>• 1 peine pequeño desechable</li><li>• 1 braga desechable</li><li>• 1 precinto grande rojo con franja blanca "EVIDENCE" para precintar la caja</li><li>• 1 mascarilla desechable</li><li>• 1 gorro verde desechable</li><li>• 1 cortaúñas con recogeuñas</li><li>• 1 par de guantes</li></ul>
<b>PARA LA RECOGIDA DE LA MUESTRA DE REFERENCIA DE LA VÍCTIMA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 1 sobre grande de color marrón conteniendo 1 kit de recogida, compuesto por:<ul style="list-style-type: none"><li>- 1 caja pequeña</li><li>- 2 hisopos estériles</li><li>- 1 vial de 10 ml de agua destilada</li><li>- 3 precintos</li></ul></li></ul>



## INSTRUCCIONES PARA LA RECOGIDA DE LA MUESTRA DE REFERENCIA DE SALIVA DE LA VÍCTIMA

En el interior del sobre marrón se suministra el material para la recogida de una muestra indubitada de saliva de la víctima, consistente en un kit **HGS** : 1 caja de cartón pequeña, 2 hisopos estériles, 1 vial de agua destilada y 3 precintos redondos.

### INSTRUCCIONES PARA LA RECOGIDA

- 1.- Con cada uno de los hisopos estériles frotar la parte interna de las mejillas.\*
- 2.- Introducir cada hisopo en una de las PERFORACIONES de la caja de cartón, siguiendo las instrucciones que se describen en el kit **HGS** y que se adjuntan.
- 3.- Cerrar y sellar la caja con los precintos rojos. Rellenar los datos de la cadena de custodia.
- 4.- Introducir la caja en el interior del sobre marrón y precintar.

\* Si la víctima refiere una agresión oral no se debe tomar esta muestra como de referencia. Sería más conveniente en este caso una muestra de sangre, que debe enviarse fuera del kit.

## KIT DE AGRESIONES SEXUALES

### INSTRUCCIONES PARA LA RECOGIDA DE MUESTRAS DUBITADAS DE LA VÍCTIMA

1.- PONERSE MASCARILLA, GUANTES, Y BATA, y el gorro si se considera necesario, antes de proceder a la recogida de muestras.

2.- RECOGER LOS INDICIOS PROCEDENTES DEL CUERPO DE LA VÍCTIMA.

**Muy importante:** cuando se utilizan 2 hisopos para recoger los indicios procedentes de la misma zona, el primero se debe introducir en la PERFORACION 1 de la caja, y el segundo, en LA PERFORACION 2. Una vez cerrada y sellada la caja, se deben rellenar los datos fundamentales de custodia: Código, tipo de muestra, persona que lleva a cabo la recogida y fecha.

2.1.- Si la investigación solicitada es una **penetración bucal**, los restos de semen se recogen limpiando la zona interna de las mejillas, el paladar y la zona inferior de la lengua con 2 hisopos estériles secos.

*Esta es la primera toma que debe realizarse porque en la boca los restos de semen desaparecen con gran rapidez.*

2.2.- Cuando se observa la existencia de manchas de saliva, semen, sangre... o marcas de mordeduras sobre la **superficie corporal**, deben recogerse con 1 o 2 hisopos ligeramente humedecidos con agua estéril, frotando suavemente todo el área manchada.

**Muy importante:** Los hisopos con indicios procedentes de diferentes zonas deben colocarse en cajas separadas.

2.3.- Si se considera adecuado, debe realizarse un **peinado público**. Los pelos recogidos se colocarán sobre el papel blanco que viene en el interior de las bolsas pequeñas de papel. Dicho papel debe envolverse con cuidado e introducirse en una de las bolsas pequeñas, precintarse y rellenar los datos de la cadena de custodia.

2.4.- Si la investigación solicitada es una **penetración vaginal**, los restos de semen se recogen limpiando el cuello uterino, la cavidad vaginal y la región vulvar, respectivamente, para lo cual deben utilizarse 2 hisopos estériles en seco o ligeramente humedecidos con agua estéril, para cada una de las estructuras genitales

*Si se requieren tomas para análisis de ETS deberán realizarse con posterioridad, para evitar la pérdida de espermatozoides.*

**2.5.-** Si la investigación solicitada es una **penetración anal**, los restos de semen se recogen limpiando el conducto ano-rectal y el margen anal, respectivamente, para ello deben utilizarse dos hisopos estériles ligeramente humedecidos con agua estéril para cada una de las estructuras anales.

**2.6.-** Si se sospecha que **ha habido lucha**, es conveniente examinar las uñas de la víctima y recortar el borde superior. Recoger por separado las uñas de ambas manos, colocarlas en el papel blanco que viene en el interior de las bolsas pequeñas de papel, envolverlas con cuidado, introducir las en cada una de las bolsas, precintadas y rellenar los datos de la cadena de custodia.

**2.7.-** Si se encuentran pelos, deben ser recogidos con pinzas y colocados en el papel blanco que viene en el interior de las bolsas pequeñas de papel. Dicho papel debe envolverse con cuidado e introducirse en una de las bolsas pequeñas, precintarse y rellenar los datos de la cadena de custodia.

### **3.- RECOGER LA ROPA INTERIOR QUE VESTIA LA VICTIMA EN EL MOMENTO DE LA AGRESION**

La ropa interior (braga y sujetador) debe enviarse en las bolsas medianas de papel, colocando cada muestra en una bolsa. Precintar y rellenar los datos de la cadena de custodia.

(Se adjunta braguita de papel para uso de la víctima)

### **4.- ALMACENAR Y CONSERVAR EL KIT**

Una vez terminada la recogida de indicios, las muestras (tanto las cajas pequeñas con los hisopos como las bolsas de papel) y el formulario con los datos de la agresión, de la víctima y el número de precinto pegado en la parte posterior, deben colocarse en el interior de la caja del kit, cerrarse, cumplimentar la etiqueta de la solapa superior y precintarse. Esta caja puede mantenerse a temperatura ambiente hasta su envío al laboratorio.

### **5.- ROPA DE VESTIR QUE LLEVABA LA VICTIMA EN EL MOMENTO DE LA AGRESIÓN**

Si por los datos aportados por la víctima o por los antecedentes del caso, se considera interesante el estudio de la ropa de vestir (falda, pantalón...etc), debe enviarse en bolsas de papel grandes (que no se suministran en el kit), colocando cada prenda en una bolsa.

**FORMULARIO DE RECOGIDA DE DATOS Y MUESTRAS EN CASOS DE AGRESIONES SEXUALES EN PERSONAS VIVAS**

Juzgado:.....D.P./Sº:.....

**DATOS DE LA VICTIMA:**

<b>NOMBRE (O CODIGO):</b>		<b>EDAD:</b>
		<b>SEXO:</b>
<b>GRUPO POBLACIONAL</b>	<input type="checkbox"/> Caucasoide <input type="checkbox"/> Africano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro	
<b>ANTECEDENTES PERSONALES (E.T.S., prostitución, retraso mental,...):</b>		

**TIPO DE AGRESIÓN**

<b>Penetración</b>	<input type="checkbox"/> Vaginal	<input type="checkbox"/> Bucal	<input type="checkbox"/> Anal
<b>Introducción objetos</b>	<input type="checkbox"/> Vaginal	<input type="checkbox"/> Anal	
<b>Otros</b>	<input type="checkbox"/> Cunnilingus	<input type="checkbox"/> Tocamientos	<input type="checkbox"/> Mordeduras
<b>No especificado</b>			

**DATOS DE LA AGRESIÓN:**

Lugar de los hechos	
Fecha y hora de los hechos	
Fecha y hora de la toma	
Tiempo transcurrido entre los hechos y la toma (cuando no se conocen las fechas)	
Número de agresores	
¿Están identificados?	
Si hubo uso de preservativos	
Si el o los sospechosos están vasectomizados o son azoospermicos	
Si hubo eyaculación (indicar si se conoce si ha sido interior o exterior)	
Relaciones sexuales próximas a la agresión (especificar: tipo, fecha, hora,...)	
Si la víctima se lavó antes del reconocimiento	
Si la víctima lleva la ropa de la agresión	
Relación de parentesco víctima / sospechoso	
Si hay lesiones sangrantes (víctima / sospechoso)	
Datos del reconocimiento ginecológico que puedan ser de interés	
Breve relato de los hechos (o copia del informe medicoforense)	

**RELACION DE MUESTRAS A ANALIZAR QUE SE RECOGEN:**  
(Señalar con una X las que procedan)

CODIGO	MUESTRA	Nº DE HISOPOS	ANÁLISIS SOLICITADO (semen, sangre, saliva, otros-detallar) (MUY IMPORTANTE ESPECIFICAR)
	<input type="checkbox"/> Toma bucal		
	<input type="checkbox"/> Toma cervical		
	<input type="checkbox"/> Toma vaginal		
	<input type="checkbox"/> Toma genitales ext		
	<input type="checkbox"/> Toma anal		
	<input type="checkbox"/> Toma margen anal		

**ROPA INTERIOR:**

SI se va a enviar

NO se va a enviar porque: No se solicitó a la víctima

Está en otro laboratorio


Otros (especificar):

**IMPORTANTE  
PEGAR AQUÍ EL  
Nº DE  
PRECINTO**

**CADENA DE CUSTODIA**

Fecha y hora de la toma de muestras:	
Condiciones de almacenaje de las muestras antes de su envío:	
Persona que realiza la toma de muestras:	
¿Se han utilizado métodos de protección durante la toma de muestras? (guantes, mascarilla..):	
Firmado por: Firma	Teléfono de contacto:

9.6. ANEXO 6: HOJA DE NOTIFICACIÓN DE MALTRATO INFANTIL



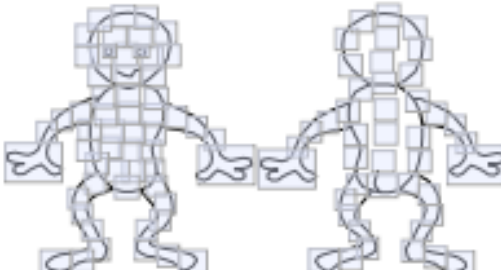
**HOJA DE NOTIFICACION DE RIESGO Y MALTRATO INFANTIL**  
**DESDE EL AMBITO SANITARIO**  
 L = Leve    M = Moderado    G = Grave  
 Para una explicación detallada de los indicadores, véase el dorso

Sospecha   
 Maltrato

**MALTRATO FÍSICO**

<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Magulladuras o moratones <sup>1</sup>
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Quemaduras <sup>2</sup>
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Fracturas óseas <sup>3</sup>
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Heridas <sup>4</sup>
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Lesiones viscerales <sup>5</sup>
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Mordeduras humanas <sup>6</sup>
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Intoxicación forzada <sup>7</sup>
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Síndrome del niño zarandeado <sup>8</sup>



Señale la localización de los síntomas

**NEGLIGENCIA**

<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Escasa higiene <sup>9</sup>
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Falta de supervisión <sup>10</sup>
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Cansancio o apatía permanente
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas <sup>11</sup>
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Es explotado, se le hace trabajar en exceso <sup>12</sup>
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	No va a la escuela
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Ha sido abandonado

Otros síntomas o comentarios:

**MALTRATO EMOCIONAL**

<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Maltrato emocional <sup>13</sup>
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Retraso físico, emocional y/o intelectual <sup>14</sup>
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Intento de suicidio
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Cuidados excesivos / Sobreprotección <sup>15</sup>

**ABUSO SEXUAL**

<input type="checkbox"/>	Sin contacto físico
<input type="checkbox"/>	Con contacto físico y sin penetración <sup>16</sup>
<input type="checkbox"/>	Con contacto físico y con penetración
<input type="checkbox"/>	Dificultad para andar y sentarse
<input type="checkbox"/>	Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada
<input type="checkbox"/>	Dolor o picor en la zonal genital
<input type="checkbox"/>	Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal
<input type="checkbox"/>	Cervix o vulva hinchados o rojos
<input type="checkbox"/>	Explotación sexual
<input type="checkbox"/>	Semen en la boca, genitales o ropa
<input type="checkbox"/>	Enfermedad venérea <sup>17</sup>
<input type="checkbox"/>	Apertura anal patológica <sup>18</sup>
<input type="checkbox"/>	Himen perforado

**IDENTIFICACIÓN DEL CASO** (Tache o rellene lo que proceda)

<b>Identificación del niño</b>		Caso Fatal (fallecimiento del niño) <input type="checkbox"/>	
Apellidos <input style="width: 150px;" type="text"/>	Nombre <input style="width: 150px;" type="text"/>		
Domicilio <input style="width: 150px;" type="text"/>	Localidad <input style="width: 100px;" type="text"/>	Teléfono <input style="width: 100px;" type="text"/>	
Sexo <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M	Fecha de Nacimiento (día día/mes mes/año año) <input style="width: 150px;" type="text"/>		
Acompañante Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Otro (especificar) <input style="width: 100px;" type="text"/>			
<b>Identificación del notificador</b>		Fecha de Notificación (día día/mes mes/año año) <input style="width: 150px;" type="text"/>	
Centro: <input style="width: 150px;" type="text"/>		Servicio / Consulta: <input style="width: 150px;" type="text"/>	
Nombre: <input style="width: 150px;" type="text"/>		Área sanitaria <input style="width: 100px;" type="text"/>	
Profesional <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Trabajador Social <input type="checkbox"/> Matrona <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/>	N.º Colegiado <input style="width: 100px;" type="text"/>		

## Instrucciones de Uso de la Hoja de Notificación de Riesgo o Maltrato Infantil desde el Ámbito Sanitario

Este cuestionario es el instrumento para la recogida y notificación de información sobre casos de maltrato infantil y abandono. No es un instrumento diagnóstico sino una hoja estandarizada de notificación cuyo objetivo es facilitar la detección de los casos de maltrato evidente o de sospecha de maltrato que puedan aparecer en nuestras consultas.

El primer apartado a rellenar se encuentra en la esquina superior derecha. En este recuadro se debe tachar **de forma obligatoria y excluyente**, si se trata de un caso evidente de **maltrato** o si sólo existe la **sospecha** de que existe maltrato.

Seguidamente, para utilizar el cuestionario se debe tachar con una «X» todos los síntomas de los que se tenga evidencia o de los que se sospeche su presencia. Es importante resaltar que los síntomas no son exclusivos entre sí y con frecuencia será necesario utilizar uno o varios indicadores de los distintos apartados de síntomas para perfilar el caso.

En el inventario de síntomas viene añadido en alguno de ellos un número que hace relación al ANEXO que aparece más abajo como nota aclaratoria, que sirve de guía para recordar los síntomas más frecuentes de maltrato y que es recomendable leer cuando el indicador no resulte evidente o hasta familiarizarnos con los indicadores.

En los tres primeros apartados (maltrato físico, negligencia y maltrato emocional), se puede elegir el grado de gravedad del síntoma. La gravedad se indica tachando la «L» si es leve, la «M» si es moderado y la «G» si es grave. Si sólo existe la sospecha, deben indicarse los síntomas pertinentes como leves.

En el apartado de maltrato sexual se deben tachar aquellos indicadores de los que se tenga evidencia o sospecha de su presencia. Será frecuente que los indicadores de maltrato sexual aparezcan asociados a los síntomas de maltrato emocional.

Si existieran otros síntomas no contemplados en el listado o datos que se consideren pertinentes para la aclaración del caso o sospechas (por ejemplos de tipo biográfico, referentes a la credibilidad de la historia narrada por el sujeto o debidos a la reiteración de síntomas y visitas), se deberá hacer uso del apartado de otros síntomas o comentarios y reflejarlos allí.

El dibujo anatómico debe ser utilizado para indicar la localización de los síntomas. Bastará con sombrear sobre la figura la zona en la que se aprecia el síntoma.

En el apartado de identificación del caso se recogen los datos que permitirán localizar al sujeto. Es imprescindible recoger los datos de identificación, su sexo y su fecha de nacimiento (si se conoce y sino su edad aproximada para poder determinar el grado de vulnerabilidad del niño). Debe consignarse la fecha de la notificación ya que pueden realizarse diversas notificaciones de un mismo caso en el mismo centro o en centros diferentes.

Por último, existe un área dedicada a la identificación de la persona que realiza la notificación. La información recogida se utilizará exclusivamente para asegurar la veracidad de la información contenida en la notificación. Por ello, es imprescindible rellenar este apartado para que la notificación surta efecto.

Cada hoja de notificación deberá permanecer en la historia clínica para el seguimiento del caso si fuera necesario, y otra copia se enviará, con carácter general, a los Servicios Sociales Básicos del municipio en el que reside el menor. Si se aprecia un maltrato grave que pudiera poner en riesgo la integridad física o la salud del menor, se remitirá también una copia de la notificación a la Sección de Protección a la Infancia de la provincia en la que resida el menor.

**IMPORTANTE:** Cada notificación debe realizarse en un cuestionario nuevo, incluso cuando se refiera al mismo caso en fechas posteriores a la primera detección. La eficacia de esta Hoja de Notificación depende en gran medida de la calidad de las notificaciones y del esmero con que sea utilizada. La cumplimentación descuidada puede invalidar la notificación del caso.

La información aquí contenida es confidencial y se tratará informáticamente con las garantías que establece la normativa vigente en cada momento en materia de Protección de Datos de Carácter Personal.

## ANEXO

**Sospecha:** No existen datos objetivos, sólo la sospecha, que se deduce de su historia clínica no creíble o contradictoria, o de la excesiva demora en la consulta.

---

**L (Leve):** circunstancias que requieren un seguimiento,

**M (Moderado):** necesita apoyo / ayuda de los servicios sociales, sanitarios, educativos,...

**G (Grave):** requiere intervención urgente de los servicios sociales.

---

### Indicadores o síntomas:

**1** Magulladuras o moratones en diferentes fases de cicatrización, en rostro, labios o boca, en zonas extensas del torso, espalda, nalgas o muslos, con formas no normales, agrupados o como señal o marco del objeto con el que han sido infringidos, en varias áreas diferentes, indicando que el niño ha sido golpeado desde distintas direcciones.

**2** Quemaduras de puros o cigarrillos. Quemaduras que cubren toda la superficie de las manos (en guante) o de los pies (como un calcetín) o quemaduras en forma de muñeco en nalgas, genitales, indicativas de inmersión en líquido caliente. Quemaduras en brazos, piernas, cuello o torso provocadas por haber estado atado fuertemente con cuerdas. Quemaduras con objetos que dejan señal claramente definida (parrilla, plancha, etc.).

**3** Fracturas en el cráneo, nariz o mandíbula. Fracturas en espiral de los huesos largos (brazos o piernas), en diversas fases de cicatrización. Fracturas múltiples. Cualquier fractura en un niño menor de 2 años.

**4** Heridas o raspaduras en la boca, labios, encías u ojos. En los genitales externos, en la parte posterior de los brazos, piernas o torso.

**5** Lesiones viscerales (abdominales, torácicas y/o cerebrales). Hinchazón del abdomen. Dolor localizado. Vómitos constantes. Son sugestivos los hematomas duodenales y las hemorragias pancreáticas, o alteraciones del sensorio sin causa aparente.

**6** Señales de mordeduras humanas, especialmente cuando parecen ser de un adulto (más de 3 cms de separación entre las huellas de los caninos) o son recurrentes.

**7** Intoxicación forzada del niño por ingestión o administración de fármacos, heces o venenos.

**8** Hemorragias retinianas e intracraneales, sin fracturas.

**9** Constantemente sucio. Escasa higiene. Hambriento o sediento. Inapropiadamente vestido para el clima o la estación. Lesiones por exposición excesiva al sol o al frío (quemadura solar, congelación de las partes acras).

**10** Constante falta de supervisión, especialmente cuando el niño está realizando acciones peligrosas o durante largos periodos de tiempo.

**11** Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas (ej. heridas sin curar o infectadas) o ausencia de los cuidados médicos rutinarios: no seguimiento del calendario de vacunación, ni otras indicaciones terapéuticas, caries dental extensa, alopecia localizada por postura prolongada en la misma posición, cráneo aplanado.

**12** Incluye a niños que acompañan a adultos que «piden», vendedores en semáforos y a todos aquellos sin escolarizar debiendo estarlo.

**13** Situaciones en las que el adulto responsable de la tutoría actúa, priva o provoca de manera crónica sentimientos negativos para la autoestima del niño. Incluye menosprecio continuo, desvalorización, insultos verbales, intimidación y discriminación. También están incluidas amenazas, corrupción, interrupción o prohibición de las relaciones sociales de manera continua. Temor al adulto.

**14** Retraso del crecimiento sin causa orgánica justificable. Incluye retraso psíquico, social, del lenguaje, de la motilidad global o de la motilidad fina.

**15** Sobreprotección que priva al niño del aprendizaje para establecer relaciones normales con su entorno (adultos, niños, juego, actividades escolares).

**16** Incluye la mutilación, ablación quirúrgica del clitoris, que habrá de especificarse en el apartado «Otros síntomas o comentarios».

**17** Enfermedad de transmisión sexual por abuso sexual. Incluye gonococia y sífilis no neonatal. Son sospechosos de abusos sexuales: Chlamidia, condilomas acuminados, tricomonas vaginales, herpes tipo I y II.

**18** Incluye fisuras anales (no siempre son abusos), cicatrices, hematomas y acuminados es altamente sugestivo de abuso sexual, desgarros de la mucosa anal, cambios de la coloración o dilatación excesiva (> 15 mm, explorado el ano decúbito lateral, especialmente con ausencia de heces en la ampolla rectal). La presencia de condilomas acuminados es altamente sugestiva de abuso sexual.



9.7. ANEXO 7: PARTE DE LESIONES



**PARTE DE ASISTENCIA POR LESIONES**

1. DATOS DEL CENTRO				2. DATOS DE LA PERSONA LESIONADA			
Nombre del centro				Apellido 1	Apellido 2	Nombre	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección				Dirección			Tel.
Localidad	Provincia	C.P.	Distrito	Provincia		Municipio	C.P.
3. FECHA/HORA ASISTENCIA				Fecha de nacimiento			
LUGAR DE LOS HECHOS (DIRECCIÓN Y POBLACIÓN)				Lugar de nacimiento			
				Cita		Nº de Historia Clínica (y/o CIRA, y/o ID)	
4. CAUSA PRESUMIBLE DE LAS LESIONES							
<input type="checkbox"/> ACCIDENTE <input type="checkbox"/> Tráfico <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Otras (especificar)							
<input type="checkbox"/> VIOLENCIA DE GÉNERO							
<input type="checkbox"/> MALTRATO <input type="checkbox"/> Menores de edad <input type="checkbox"/> Personas mayores <input type="checkbox"/> Personas con discapacidad							
<input type="checkbox"/> AGRESIÓN <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Otras (especificar)							
<input type="checkbox"/> ANIMALES							
<input type="checkbox"/> AUTOCOMOCIÓN							
<input type="checkbox"/> OTRAS CAUSAS (especificar)							
5. LESIONES QUE PRESENTA							
Tipo de lesiones / Localización / Data aproximada							
6. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS							
7. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA						PRONÓSTICO CLÍNICO	
						<input checked="" type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Muy grave	
8. PLAN DE ACTUACIÓN							
Especificar si causa alta, queda ingresado, se deriva a otros recursos, precisa seguimiento, tratamiento							

**CUMPLIMENTAR EN CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO / PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD**

9. HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA (según manifiesta la persona asistida)			
Fecha, hora y lugar de los hechos o del incidente:		Tipo de maltrato: <input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Psíquico <input type="checkbox"/> Sexual	
¿Conoce a las personas agresoras? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No contesta		Nombre de las personas agresoras:	
Descripción de las personas agresoras:	Teléfono:	Relación con las personas agresoras:	Convive con ellas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
OTRAS PERSONAS LESIONADAS EN EL MISMO INCIDENTE			
Nombre y Apellidos:		Relación con la persona asistida:	
TESTIGOS DEL INCIDENTE			
Nombre y Apellidos:			
Describir como han ocurrido los hechos utilizando si es posible las mismas palabras de la persona asistida:			
Estado emocional actual de la persona asistida:			

**CUMPLIMENTAR SOLO EN CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO**

10. ANTECEDENTES PERSONALES DE INTERÉS EN RELACIÓN CON LAS LESIONES			
¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Tiene trabajo remunerado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Tiene alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
¿Tiene personas menores o discapacitadas a su cargo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Nombre y Apellidos:	Relación de parentesco:	
¿Acude esta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Acompañada de:			
¿Ha sufrido agresiones anteriores? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Desde cuándo?:			
¿Lo ha comunicado anteriormente en el centro de salud o en el hospital? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			
ANTECEDENTES CLÍNICOS DE INTERÉS			

**11. CUMPLIMENTAR SOLO EN CASOS DE LESIONES A PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD**

La exploración es  compatible  incompatible con los hechos recogidos

**12. OBSERVACIONES**

**13. DATOS PERSONALES DEL FACULTATIVO**

Nombre y Apellidos:	Firma
Nº de colegiado:	

## 9.8. ANEXO 8: GUÍA DE RECURSOS SOBRE PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN, HOJAS DE NOTIFICACIÓN, Y OTROS DOCUMENTOS RELACIONADOS CON EL MALTRATO INFANTIL A NIVEL SANITARIO (FAPMI)

### ANDALUCÍA

- Protocolo de la Comunidad Autónoma de Andalucía para las actuaciones y derivación al Programa de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento a menores víctimas de violencia sexual (2014).

### ARAGÓN

- Guía completa para la detección e intervención en situación de maltrato infantil desde el sistema de salud (2007).

### ASTURIAS (PRINCIPADO DE ASTURIAS)

- Actuación sanitaria ante casos de maltrato infantil intrafamiliar. Guía rápida de consulta en el Principado de Asturias (2007).
- Tríptico de actuaciones ante el maltrato infantil para los servicios sanitarios (2006).
- Guía de actuación ante el maltrato infantil para el ámbito sanitario (2006).

### BALEARES (ISLAS BALEARES)

- Guía de orientación para la detección y notificación del maltrato infantil. Actuaciones desde el ámbito sanitario (2010).
- Protocolo Marco Interdisciplinario de actuaciones en casos de maltrato infantil en las Islas Baleares. (RUMI) (2009).

### CANARIAS (ISLAS CANARIAS)

- Proceso de atención ante situaciones de desprotección infantil: detección (2004), valoración (2008) y atención municipal (2016).

### CANTABRIA

- Detección y notificación de desprotección infantil desde el Sistema Sanitario (2010).
- Guía para la Atención al Maltrato Infantil desde los Servicios Sanitarios (2002).

### CASTILLA Y LEÓN

- Protocolo Sanitario de actuación ante la sospecha de maltrato intrafamiliar en la infancia y la adolescencia en Castilla y León (2016).

#### CASTILLA- LA MANCHA

- Situaciones de Maltrato Infantil. Manual de Procedimiento y Protocolos de Actuación (2010).

#### CATALUÑA

- Protocolo marco de actuaciones contra el maltrato a niños y adolescentes (Redactado en catalán) (2017).
- Protocolo de coordinación de actuaciones para la prevención y el abordaje del maltrato prenatal (Redactado en catalán) (2010).
- Protocolo de Actuación Clínico Asistencial de Maltratos Agudos a la Infancia (Redactado en catalán) (2008).

#### CEUTA (CIUDAD AUTÓNOMA DE CEUTA)

- No hay documentación relacionada con el ámbito sanitario.

#### EXTREMADURA

- Guía Básica de Maltrato Infantil en el Ámbito Sanitario (2006).

#### GALICIA

- Guía para la detección del maltrato infantil (2010).

#### LA RIOJA

- Guía informativa: Detección, Notificación y Registro de casos de Maltrato Infantil en el ámbito sanitario (2003).

#### MADRID (COMUNIDAD DE MADRID)

- Protocolo de Coordinación para la Atención a menores de edad víctimas de malos tratos (2011).
- Atención al niño en situación de riesgo biopsicosocial desde el Ámbito Sanitario (2004).
- Atención al maltrato infantil desde el Servicio de Urgencia Médica (2003).
- Atención de Enfermería al Maltrato Infantil (2001).
- Atención al Abuso Sexual Infantil. Programa de Atención al Maltrato Infantil (2001).

- Atención al Maltrato Infantil desde salud mental (2000).
- Detección de Riesgo Psicosocial en la Embarazada y prevención del Maltrato Infantil (1999).
- Atención al Maltrato Infantil desde el ámbito sanitario (1998).
- Programa de prevención, atención y tratamiento de situaciones de maltrato infantil (1993).

#### MELILLA (CIUDAD AUTÓNOMA DE MELILLA)

- Guía contra el Maltrato Infantil (2005).

#### MURCIA (REGIÓN DE MURCIA)

- Atención al Maltrato Infantil desde el ámbito Sanitario: manual para el profesional (2009).
- Maltrato infantil: Protocolos de actuación (2008).
- Programa de Atención al Maltrato Infantil (Tríptico) (2008).

#### NAVARRA (COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA)

- Atención, procedimiento y seguimiento de los casos de abusos sexuales o malos tratos (2003).

#### PAIS VASCO

- Maltrato y desprotección en la infancia y adolescencia. Atención a las situaciones de riesgo (2000).

#### VALENCIA (COMUNITAT VALENCIANA)

- Guía Breve de detección y actuación en situaciones de desprotección y/o maltrato infantil desde el ámbito sanitario.
- El papel del ámbito sanitario en la detección y abordaje de situaciones de desprotección o maltrato infantil (2004).