

Protocolo de actuación
clínico-asistencial
de
**malos tratos
agudos
en la infancia**

2ª edición
Mayo 2008

 Generalitat
de Catalunya



Autores de la 2^a edición

Coordinación

Departament de Salut

Antoni Plasència Taradach

Ramon Prats Coll

Anna Colet Llansana

Elena Calvo València

Departament d'Acció Social i Ciutadania

Imma Pérez Rovira

Xavier Soley Manuel

Joan Mayoral Simon

Jordi Muner Armengol

Núria Vilarrubias Casobona

2 | 3

Grupo de trabajo

Eulàlia Creus. Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència

Pepa Moya. Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència

Pilar Aldea. Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència

Mercè Canet. Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron.

Cristina Macias. Hospital Sant Joan de Déu

Jordi Pou. Hospital Sant Joan de Déu

Manuel Martín. Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron

Anna Colet. Direcció General de Salut Pública

Josep M. Torralba. Secretaria d'Infància i Adolescència

Núria Vilarrubias. Secretaria d'Infància i Adolescència

M^a José Morcillo. Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència

Índice

1. Presentación _____	7
2. Introducción _____	9
3. Objetivos _____	13
4. Epidemiología y definición _____	15
5. Detección de malos tratos infantiles. Elementos para determinar el diagnóstico clínico _____	19
6. Detección de malos tratos infantiles. Elementos para determinar el diagnóstico social _____	33
6.1. Signos de alerta _____	34
6.2. Factores de riesgo de malos tratos _____	35
7. Procedimiento que debe seguirse después de haber detectado un caso de malos tratos en el hospital _____	39
8. Protección y seguimiento del niño maltratado _____	43
9. Bibliografía _____	47
10. Anexos _____	51
10.1. Anexo 1. Notificación de malos tratos infantiles a la DGAIA a través del RUMI _____	51
10.2. Anexo 2. Circuito e intervención de la unidad de trabajo social del hospital _____	58
10.3. Anexo 3. Teléfonos de la fiscalía de menores _____	59
10.4. Anexo 4. Teléfonos de la DGAIA _____	60

1. *Presentación*

En una sociedad en cambio permanente, la infancia vive sometida a alteraciones continuas de su entorno vital. Lo que habitualmente suele ser enriquecimiento y mejora de las oportunidades y los estímulos educativos se convierte, a veces, en sufrimiento debido a la falta de sensibilidad y a las agresiones de las personas adultas que rodean al niño. Los malos tratos y los abusos a menores constituyen una de esas realidades, desgraciadamente tan antigua como moderna, que hoy en día puede verse incrementada y que, en cualquier caso, presenta nuevas facetas y se manifiesta bajo nuevas formas de crueldad.

6 | 7

No obstante, la realidad que emerge delante de nosotros sólo constituye una pequeña parte. Existen muchos malos tratos y abusos que permanecen ocultos perpetrados en silenciosas víctimas infantiles. No siempre disponemos de los instrumentos de observación adecuados y no siempre sabemos mirar con la sensibilidad suficiente.

Sin embargo, la misma fragilidad infantil, la complejidad del entramado de su mundo, con sus vínculos afectivos especialmente sensibles al impacto de las intervenciones profesionales, obliga a afinar, a buscar certezas, a evaluar en equipo la intervención más adecuada y a considerar los efectos de las intervenciones. La mejora de nuestra preocupación por los malos tratos no puede conducir nunca a generar sospechas indeterminadas y respuestas que carezcan de precisión.

El *Protocolo de actuación clínico-asistencial de malos tratos agudos en la infancia* que presentamos, una actualización del que se redactó en 1999 de manera pionera, pretende, en primer lugar, homogeneizar los criterios clínicos de detección de malos tratos infantiles mediante la recopilación de la experiencia de los diferentes centros que presentan una mayor casuística. En segundo lugar, como resultado del trabajo conjunto de los profesionales del *Departament de Salut* y del *Departament d'Acció Social i Ciutadania*, está destinado a actualizar las pautas profesionales de detección y valoración en el ámbito hospitalario. Este nuevo Protocolo nos permitirá disponer de criterios compartidos más claros que nos ayudarán a evaluar si es preciso actuar con inmediatez o si es necesario esperar, sin dejar de proteger, para obtener nuevas evidencias.

Esta propuesta, que se ha puesto en marcha junto con un sistema de registro único de malos tratos infantiles, supone la concreción de circuitos de coordinación entre instituciones y profesionales, de los que se espera que sean realmente más eficaces. Se trata, pues, de un documento destinado a renovar la sensibilidad de la mirada para mejorar nuestra capacidad de observación y a aumentar la eficacia de las actuaciones protectoras contra los malos tratos y los abusos que sufren los menores.

Finalmente, remarcar que la primera edición este protocolo fue firmada por Carme Figueras, la anterior Consejera de *Benestar i Família* (actualmente *Departament d'Acció Social i Ciutadania*). Esta segunda edición, fruto de la evaluación de la prueba piloto de la implementación del protocolo y del registro denominado RUMI en dos hospitales de Cataluña, ha sido firmada por la consera actual.

Marina Geli
Consejera de Salut

Carme Capdevila
Consejera d'Acció Social i Ciutadania

2. Introducción

Durante los últimos años ha aumentado notablemente la detección de abusos y otros malos tratos a menores. La información y la difusión publicada últimamente por los medios de comunicación sobre los casos denunciados de malos tratos a menores, están provocando una nueva concienciación frente a esta realidad social.

En 1999, con el objetivo de evitar la doble victimización de los menores maltratados, se elaboró en Cataluña el *Protocolo básico de actuaciones en abusos sexuales y otros malos tratos a menores en la demarcación de Barcelona*, suscrito por miembros del Departamento de Justicia, el Síndic de Greuges y la Delegación del Gobierno en Cataluña, el cual hace referencia a todas las instancias implicadas en la intervención del menor víctima de estos delitos.

8 | 9

También se elaboró en 1999, el *Protocolo hospitalario de actuación asistencial y médico-legal de las situaciones de abuso sexual y malos tratos infantiles en urgencias*, consensuado por los responsables de pediatría de los hospitales de referencia sobre abusos sexuales en Cataluña. No obstante, cada centro hospitalario sigue sus propios Protocolos en caso de que disponga de ellos.

Durante el mes de setiembre de 2006, el Síndic de Greuges elaboró el *Protocolo marco de actuaciones en casos de abusos sexuales y otros malos*

tratos graves a menores, que pretende ser un documento de referencia o el punto de partida para la elaboración de los Protocolos específicos de cada departamento.

El 13 de octubre de 2006, el *Departament d'Acció Social i Ciutadania* y el *Departament de Salut* suscribieron el *Protocolo de actuación clínico-asistencial de malos tratos agudos a la infancia*. En este Protocolo se establece claramente el procedimiento que debe seguirse en caso de sospecha fundamentada o de evidencia de malos tratos, así como el sistema de notificación de malos tratos infantiles a la *Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència* (DGAIA) a través del *Registre unificat de maltractaments infantils* (RUMI).

Con la finalidad de poder aplicar este Protocolo y validar el RUMI como instrumento de notificación, durante dos meses se ha realizado una prueba piloto en los hospitales materno-infantiles de Vall d'Hebron y Sant Joan de Déu antes de proceder a su aplicación (del Protocolo y del RUMI) en toda la red hospitalaria.

A través de la evaluación de esta prueba piloto se ha mejorado la accesibilidad de los profesionales sanitarios al RUMI y se han incorporado otros aspectos relativos a la intervención y la función de los trabajadores sociales de los hospitales en la detección de malos tratos infantiles.

Igualmente, a raíz de la creación de la *Unitat de Detecció i Prevenció de maltractaments infantils* (UDEPMI) de la DGAIA, cuya misión consiste en prestar un servicio de atención inmediata a niños y adolescentes unificado para todo el territorio de Cataluña, se ha modificado el teléfono del circuito del procedimiento que se debe seguir ante un caso de malos tratos a menores.

Aunque en el mismo se describen los diferentes tipos de malos tratos, principalmente se hace referencia a la detección de malos tratos agudos, es

decir, abuso físico y sexual, que suele detectarse en los servicios de urgencias. Esto no significa que se hayan excluido otros tipos de malos tratos que se puedan detectar en otros ámbitos hospitalarios (hospitalización o consultas externas).

No obstante, deberá tenerse en cuenta que se pueden presentar en cualquier servicio sanitario de la red catalana. La detección de malos tratos crónicos se llevará a cabo en una fase posterior que cubrirá todos los servicios sanitarios, principalmente la atención primaria.

La finalidad de este Protocolo no consiste sólo en facilitar la detección de un niño maltratado cuando sea atendido en un servicio de urgencias, sino también en asegurar la protección mejorando la coordinación entre las diferentes instituciones que estén implicadas en el circuito ante un proceso de malos tratos, elaborando la valoración clínico-social de cada caso de malos tratos cuando el menor esté ingresado en el hospital de forma conjunta entre el hospital y los equipos de atención a la infancia y la adolescencia. Al mismo tiempo también pretende garantizar la notificación a los padres y tutores del sistema de seguimiento del niño maltratado después del alta hospitalaria, para evitar de este modo cualquier situación de riesgo de un posterior reingreso hospitalario por malos tratos.

10 | 11

Este Protocolo se sitúa, por tanto, en el marco de la actuación conjunta del *Departament de Salut* y el *Departament d'Acció Social i Ciutadania*. Es necesario recordar que la aplicación del Protocolo cubre todo el ámbito de Cataluña, con actuaciones que se concretarán en cada uno de sus territorios.

3. *Objetivos*

Objetivo general

- Detectar al niño que sufre malos tratos y asegurar su protección después del alta hospitalaria.

Objetivos específicos

- Facilitar, sin reducción de las garantías procesales, asistenciales y de protección, que las actuaciones que se lleven a cabo sean las necesarias para evitar la victimización secundaria y proteger los derechos de los menores en defensa de su integridad y dignidad.
 - Mejorar la coordinación entre las diferentes instituciones que atañen a los casos de niños maltratados, estableciendo el procedimiento de comunicación y notificación de los supuestos malos tratos infantiles, tanto si son graves, moderados o leves, con si se trata de sospecha o certeza, a través del RUMI.
 - Asegurar una activación correcta de los recursos para proteger a los menores y derivarlos a los diferentes servicios de la DGAIA a fin de estudiar, plantear el caso y efectuar su seguimiento según su situación.
 - Prevenir la reincidencia de malos tratos infantiles y adolescentes.
-

4. Epidemiología y definición

Epidemiología

El primer estudio del que se tienen datos sobre malos tratos infantiles es del año 1988. En esa fecha, la incidencia de malos tratos infantiles en Cataluña era del 5,09 por cada mil habitantes.

En un último estudio efectuado en 1999, se observó que la proporción de los niños maltratados o en situación de riesgo, detectados con diferentes grados de sospecha, es del 18,02 por mil en la población catalana de menos de 18 años. Esto concuerda con otros estudios realizados en el estado español.

14 | 15

Los datos de este último estudio indican que las edades más bajas son las que reciben menos malos tratos. A partir de los 4-5 años se inicia una tendencia al alza que se mantiene hasta el intervalo de 10 a 15 años. La incidencia de los malos tratos es superior en los niños que en las niñas (el 54,1% y el 45,9% respectivamente).

Si se tiene en cuenta el entorno familiar del niño maltratado, se observa que en un 41,1% de los casos, las familias están estructuradas y el número más elevado de casos se produce en parejas de reciente formación (un año o menos). El 72,6% de las madres y el 43,3% de los padres suelen tener una edad inferior a los 40 años y un nivel de instrucción inferior a la media general.

En el 80,2% de los casos, la figura maltratadora es el padre o la madre biológicos que actúan de forma individual (el 33,6% la madre y el 19,8% el padre) o en pareja (46,6%).

En general, la causa más importante de malos tratos es la incapacidad educativa y cabe señalar que se debe a la falta de interés o a las limitaciones psíquicas o intelectuales del maltratador.

Definición

Se entiende por *malos tratos* aquella situación en la que un niño es objeto de violencia, física o psíquica, por acción o por omisión, por parte de las personas de las que normalmente depende para su desarrollo correcto o por parte de cualquier otra persona.

Se pueden distinguir diversos tipos de malos tratos:

- **Malos tratos físicos**

Cualquier acción no accidental de los padres o personas que se ocupan de los niños a los que provocan daños físicos o enfermedades.

- **Malos tratos por negligencia y abandono**

Situación en la que las necesidades básicas del niño (físicas, sociales y psicológicas) no son atendidas, de manera temporal o permanente, por ninguno de los miembros con los que convive (alimentación, higiene, atención médica, educación, vestido, vigilancia, seguridad).

- **Malos tratos psicológicos o emocionales**

Situación crónica en la que los adultos responsables del niño, mediante actuaciones o privaciones, le provocan sentimientos negativos hacia la

propia autoestima y limitan sus iniciativas (desprecio continuo, rechazo verbal, insultos, intimidación, discriminación, etc.).

- **Malos tratos sexuales**

Situación en la que un niño o adolescente es utilizado para satisfacer los deseos sexuales de un adulto, ya sea participando o presenciando actividades sexuales que violen los tabúes sociales y legales de la sociedad y que él no comprende o para las que no está preparado, de acuerdo con su desarrollo y, por tanto, no puede dar su consentimiento a las mismas (incesto, violación, tocamientos, seducción verbal, masturbación en presencia de un menor, pornografía, etc.).

- **Malos tratos prenatales**

Situación en la que una mujer en proceso de gestación, de forma consciente o inconsciente, no tiene en cuenta las atenciones que requiere su estado, con riesgo de perjudicar al feto.

16 | 17

- **Sumisión químico-farmacéutica**

Situación en la que, sin necesidad médica, se somete al niño a cualquier tipo de drogas, lo cual lo incapacita para que pueda desarrollar su autonomía, resistencia o control.

Puede estar causada por el denominado *síndrome de Munchausen*, «por poderes», que se produce cuando los padres o las personas cuidadoras simulan enfermedades del niño y lo someten a continuas exploraciones médicas o a ingresos hospitalarios, alegando síntomas ficticios de manera activa.

- **Malos tratos institucionales**

Cualquier legislación, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos, o derivada de la actuación individual del profesional, relacionada directa o indirectamente con el mundo del niño, que

puede generar situaciones por acción u omisión que impidan el desarrollo correcto de los niños y los jóvenes.

- ***Explotación laboral***

Situación en la que se utiliza al niño en edad no laboral para trabajos de los que se obtiene algún tipo de ganancia y que pueden comprender tareas físicas duras e incluso la utilización pasiva o activa para ejercer la mendicidad.

- ***Explotación sexual***

Situación en la que se obliga al niño o se le induce a realizar actividades de prostitución o pornografía.

5. *Detección de malos tratos infantiles. Elementos para determinar el diagnóstico clínico*

Los ámbitos básicos de actuación mediante los cuales se pueden detectar los casos de niños maltratados son los siguientes:

- Ámbito de la enseñanza
- Ámbito sanitario
- Ámbito de servicios sociales
- Policía
- Entidades de ocio (asociaciones, hogares...)
- Otros

18 | 19

En el ámbito sanitario, la detección de malos tratos y el modo en que se deberán encarar dependerá del tipo de malos tratos de que se trate, sean crónicos o agudos.

En este Protocolo trataremos los malos tratos agudos, que son los que habitualmente se detectan en el ámbito hospitalario. Estos malos tratos se pueden dividir en malos tratos físicos y malos tratos sexuales.

El diagnóstico final de los malos tratos infantiles ha de ser el resultado de una valoración global de la situación de maltrato, es decir, se tiene que poder realizar a partir del trabajo interdisciplinario, uniendo las visiones sanitarias y psicosociales.

Malos tratos físicos

Para obtener una buena orientación de este tipo de maltrato, es indispensable un buen historial clínico, una exploración física y la observación de las conductas de los padres y los niños.

1. Historial clínico

- Deberá ser **completo, detallado y preciso**.
- Deberá destacar cualquier **circunstancia atípica** relativa al historial traumático, las explicaciones de los padres o cuidadores o los mecanismos de las lesiones.
- Aspectos que nos pueden ayudar a diferenciar el carácter no accidental de las lesiones:
 - Demora en solicitar ayuda doméstica o asistencia médica.
 - Historial inaceptable.
 - Historial discordante en cuanto a los mecanismos etiológicos de producción de la lesión.
- Historia contradictoria entre los padres.
- Historial con múltiples accidentes o traumatismos.
- Mejora clínica durante el ingreso hospitalario.

2. Exploración física

Las lesiones se pueden clasificar según los tipos siguientes:

2.1. Lesiones mucocutáneas

Las más importantes son las siguientes::

- **Hematomas y contusiones**: se encuentran, en general, en diversas fases evolutivas, de diferentes colores. Normalmente, cuan-

do no son accidentales se localizan en superficies no prominentes (cara, espalda, abdomen) y no habituales, presentan formas geométricas o aspecto de objetos y, a veces, de mordeduras.

- **Alopecia traumática:** por arrancamiento intencionado, localizado en la región occipital o parieto-occipital.
- **Quemaduras:** uno de los tipos más graves de lesión. Pueden reproducir el objeto utilizado y se localizan en cualquier parte del cuerpo. Las quemaduras en la parte anterior del cuerpo hacen sospechar que se trata de un hecho accidental, mientras que en la parte posterior del cuerpo hacen sospechar la inmersión en una bañera de agua hirviendo.
- **Lesiones de las mucosas:** muy a menudo se localizan en la cavidad bucal, con forma de arrancamiento o fractura, pérdida de piezas dentales y hematomas.

Cualquier lesión muco-cutánea se debería describir perfectamente y, si es posible, fotografiar en color, con la finalidad de poder contar con un documento objetivo en caso de necesidad judicial.

2.2. Lesiones osteoarticulares

En las extremidades, son características las fracturas múltiples y en diferentes estadios evolutivos. En una misma radiografía se pueden observar fracturas recientes y antiguas.

- En las **metáfisis de los huesos** son típicas las fracturas de asa de cubo («en esquina»), por un mecanismo de torsión y estiramiento forzado y las espiroides u oblicuas, producidas por un mecanismo de compresión y fijación con rotación simultánea.
- A veces, las consecuencias crónicas son cojera y acortamiento y desviación de las extremidades.

En caso de sospecha, es necesario efectuar una secuencia esquelética radiográfica y, en caso de duda, una gammagrafía ósea.

- **En el cráneo** son características las fracturas únicas o múltiples con separación de su margen. Se pueden asociar a hematomas subdurales.

Se recomienda la exploración del fondo del ojo para detectar hemorragias retinales.

- **En las costillas**, se trata con frecuencia de fracturas múltiples adyacentes a arcos posteriores y a la parte lateral.
- **En las vértebras**, aunque no son tan frecuentes.

Cualquier fractura en un niño de menos de dos años constituye un signo de sospecha de malos tratos.

2.3. Lesiones intracraneales

Las lesiones más habituales son las siguientes: **hematoma subdural**, siendo muy característico el hematoma interhemisférico agudo localizado en la región parieto-occipital. El mecanismo de producción es el movimiento brusco de balanceo de la cabeza hacia adelante y hacia atrás (síndrome de Caffey), **edema cerebral**, **hemorragias subaracnoidales**, **focos de contusión cerebral**, **infartos isquémicos**, **atrofia cerebral evolutiva con degeneración quística y dilatación secundaria del sistema ventricular**.

El hematoma subdural suele ir asociado a hemorragias retinales.

2.4. Lesiones viscerales y torácicas

Las lesiones características son el hematoma duodenal intramural, que produce un cuadro de oclusión intestinal, y el pseudoquiste pancreático. En los dos casos son producidos por el impacto directo en el centro abdominal y la compresión de las vísceras con la columna. Se puede manifestar por hinchazón del abdomen, dolor localizado y vómitos constantes.

2.5. Lesiones oculares

Las más destacadas son el hematoma periorbitario «en antifaz», a veces bilateral y acompañado de hemorragias retinales (si éstas duran más de una semana serán «en llamarada» y duran entre 3-4 semanas).

2.6. Ano-genitales

Se deben explorar sistemáticamente ante la sospecha de malos tratos físicos.

22 | 23

2.7. Síndrome de Munchausen «por poderes»

Los mismos adultos describen un cuadro de simulación de síntomas y signos que hace que los niños estén sometidos a muchas pruebas y exámenes complementarios e invasivos. A veces se llega a producir la muerte por ingestión de productos químicos.

Se puede sospechar este cuadro si se presentan las características siguientes:

- En general, es la madre la que está presente; el padre casi nunca.

**Actuación ante una sospecha de malos tratos físicos
en urgencias o cuando el niño está ingresado**

Sospecha de malos tratos físicos

- Historial clínico
- Algunas fracturas:
 - Fracturas múltiples con diferentes estadios evolutivos.
 - Fracturas de huesos largos
 - Fracturas de costillas
 - Fracturas vertebrales
 - Fracturas «en esquina»
 - Fracturas craneales múltiples
- Quemaduras
- Asociaciones de signos y síntomas

Actuación/pruebas complementarias que es preciso solicitar para determinar el diagnóstico

- Secuencia esquelética (siempre en menores de 2 años)
- TAC craneal (siempre en menores de 2 años)
- Fondo del ojo (siempre en menores de 2 años)
- RNM craneal
- Gammagrafía ósea
- Ecografía abdominal
- Analítica
 - Pruebas de coagulación y recuento de plaquetas
 - Análisis de orina
 - CPK y aldolasa
 - Serologías
 - Cultivos
 - Muestras para ADN

- La madre suele provocar la enfermedad sobre la que posee muchos conocimientos médicos.
- El niño presenta un «caos bioquímico».
- La madre «se siente muy bien en el hospital» y es muy colaboradora en el diagnóstico.
- La madre acostumbra a cambiar de centro hospitalario para ingresar al niño.

3. Diagnóstico diferencial de malos tratos físicos

En el diagnóstico de malos tratos físicos se deberán tener en cuenta:

3.1. Sobre las lesiones cutáneas

- Enfermedades hematológicas: hemofilias y otras alteraciones de los diferentes factores de coagulación, enfermedad de Werlhof, enfermedad de von Willebrand, síndrome de Ehlers-Danlos, trombopénias, etc.
- Enfermedades dermatológicas: herpes circinada.
- Los patrones de hematomas y las cicatrizaciones inusuales también pueden ser causados por la medicina tradicional o las prácticas de medicina oriental, como el frotamiento con monedas, la aplicación de ventosas y la moxibustión (quemar hierbas en la piel sobre puntos de acupuntura). El médico deberá preguntar siempre sobre la práctica de terapéuticas alternativas.

24 | 25

3.2. Sobre las fracturas por otras causas

- Enfermedades de base: raquitismo, hipofosfatasa, enfermedad de Menkes, escorbuto, hiperostosis cortical infantil, osteomielitis, osteoma osteoide, sífilis congénita, leucemia y neuroblastoma.

- Osteogénesis imperfecta: casi todos los niños con esta condición presentan una coloración azul anormal de la esclerótica de los ojos. Pueden haber sufrido fracturas espontáneas o huesos rotos después de accidentes normales que no causarían daño a un niño que no sufriera esta enfermedad.

3.3. Sobre las quemaduras accidentales

- Las epidermólisis, sobre todo la epidermólisis ampollar distrófica recesiva, son manifestaciones que han existido desde los primeros días de vida.
- El síndrome estafilocócico de la piel escaldada no es una lesión dolorosa y presenta una distribución totalmente irregular.
- El impétigo ampollar de elementos poco numerosos y separados puede parecer la quemadura de un cigarrillo una vez que ha saltado la ampolla, pero es totalmente superficial y presenta una evolución diferente de las quemaduras.

Malos tratos o abuso sexual

1. Formas de presentación

El abuso sexual se puede presentar de la forma siguiente:

1.1. Urgente

- Agresión esporádica reciente sucedida menos de 72 horas antes de acudir a los servicios asistenciales.
- Abuso crónico con una agresión reciente (menos de 72 horas)
- Síntomas recientes que hacen sospechar un abuso.

- Riesgo de pérdida de pruebas.
- Necesidad de protección de la víctima.
- Necesidad de tratamiento.

En este caso deberá comunicarse urgentemente el hecho/incidente/abuso sexual al juzgado de guardia por escrito, telefax o llamada telefónica para que envíen un médico forense.

1.2 No urgente

Los casos que no obliguen a una actuación inmediata para recoger pruebas:

- Abuso o agresión esporádica de más de 72 horas.
- Abuso crónico, en situaciones no incluidas en el apartado de urgencia.

26 | 27

En este caso, deberá derivarse a unidades especializadas en abusos sexuales.

Para la detección de este tipo de malos tratos, la anamnesis es el dato más importante, mientras que la exploración física y las pruebas complementarias ayudan a establecer su diagnóstico y corroborar la historia del paciente.

2. Historial clínico

- Deberá efectuarlo una **persona experta**, aunque ello a veces suponga retardarlo.
- **Nunca deberá ser directa**, hay que efectuar preguntas abiertas y tener en cuenta que los niños explican las cosas de forma indirecta, con

- dibujos,... Hay que ser cauteloso a fin de no inducir respuestas, ya que los más pequeños pueden no comprender la naturaleza de los hechos.
- Deberá procurarse que la anamnesis sea **única** y evitar al máximo la repetición de preguntas.
- Será necesario intentar establecer el tipo de abuso, la duración y el agresor.
- Se puede **detectar la presencia de síntomas** como enuresis, cambio de carácter, regresión, aislamiento, miedo,...
- Deberá valorarse el estado psicológico actual, los trastornos de la conducta y los antecedentes patológicos.
- Es fundamental **transcribir literalmente las palabras** del niño y, si es posible, de otros testimonios.

3. Exploración física

- Una exploración normal no excluye un abuso sexual.
- Deberá efectuarse conjuntamente con el médico forense ordenado por el órgano jurisdiccional, y sólo deberá efectuarse una vez.
- Deberá llevarla a cabo una **persona experta, en un clima de confianza y en un lugar tranquilo**.
- Se deberán explicar todos los pasos al niño.
- Se comienza con una exploración general y después se realiza la anogenital.
- Algunas veces es necesaria la sedación.
- Es preciso describir en el historial la situación de desarrollo puberal según la clasificación de Tanner.
- Las lesiones de la región himenal deberán diagnosticarse siguiendo el sentido de las agujas del reloj.
- Deberá ser completa, de todo el cuerpo, y deberán buscarse otras manifestaciones de malos tratos diferentes de las de abuso sexual, debi-

do a que a menudo están asociadas a malos tratos, sobre todo físicos, amenazas o intoxicaciones voluntarias inferidas, y todos los síntomas que pudieran tener relación con hallazgos en los genitales o el ano.

3.1. Exploración física general

Permite que el paciente adquiera confianza, evaluar signos de malos tratos y otras patologías.

No hay que olvidar la exploración de la boca, ya que existe la posibilidad de que el niño o la niña sean obligados a efectuar una felación y en este caso pueden existir lesiones por enfermedades de transmisión sexual.

3.2. Exploración genital

A veces puede ser necesaria la sedación del paciente para poder explorarle.

28 | 29

Se deberán evaluar las características siguientes:

- Dificultad para caminar y sentarse.
- Vulva hinchada y roja.
- Dolor o picor en la zona genital.
- Labios menores.
- Himen: forma, obertura himenal, presencia de escotaduras y esguinces.
- Forqueta vulvar.
- Presencia de hematomas, cicatrices, secreciones, sangre,...

Signos relacionados con el abuso sexual

- Obertura himenal agrandada (normal < 0,5 cm).
- Escotaduras en forma de U o de V y esguinces en el borde himenal.

- Cicatrices, lesiones o pérdida de tejido en la forqueta vulvar.
- Secreción patológica.
- En el pene, erosiones en el pliegue balanoprepucial, balanitis, parafimosis, rotura del frenillo del prepucio, edema, lesiones residuales de mordeduras,...

3.3. Exploración anal

Es obligatorio efectuarla cuando tengamos la sospecha de que hay abuso sexual, ya que un 30% de los abusos se producen por vía anal. Se explora con el niño situado en decúbito lateral y separándole las nalgas con la mano.

Es necesario valorar las características siguientes:

- Tejido perianal
- Márgenes del ano
- Esfínter anal

Signos relacionados con el abuso sexual:

- Fisuras: no siempre compatibles con el abuso, pero son más sospechosas de abuso si son múltiples y profundas.
- Congestión venosa perianal.
- Desaparición de los pliegues.
- Dilatación anal refleja o de más de 15 mm que adopta forma de O.
- Cambios en el tono del esfínter.
- La presencia de condilomas acuminados es un signo sospechoso.

4. Exploraciones complementarias

4.1. Pruebas clínico-asistenciales y forenses

- Recoger muestras de todas las secreciones y realizar cultivos.
- Cultivo vaginal de todas las niñas.
- Determinación de enfermedades de transmisión sexual (MTS) específicas (*N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, sífilis) en los casos siguientes: contacto con los genitales del agresor, lesiones o cambios en la región genital, agresores con MTS o factores de riesgo y cuando se trate de adolescentes.
- Recoger una muestra vaginal, rectal y faríngea y repetirla a las dos semanas.
- Determinar la serología del VIH, el VHB y el herpesvirus:
 - **Victimas:** clínica posible de enfermedad, adolescentes con factores de riesgo, presencia de MTS, insistencia paterna.
 - **Agresor:** seropositividad de VIH, perfil clínico de riesgo, historial clínico sugestivo de VIH, asaltante desconocido, asaltantes múltiples.
 - **Acto:** penetración anal o vaginal y recepción oral de semen.
- Prueba de embarazo en adolescentes.
- Fotografías indicadas por el médico forense.

Pero en estas determinaciones se deberán tener en cuenta:

- Que las muestras no tarden más de 48 horas en llegar al laboratorio.
- **Muestras vaginales:** la toma de muestras debe efectuarse, si es posible, con espéculo lubricado con suero fisiológico y hay que dar prioridad al estudio de la presencia de esperma. El orden de recogida de las tomas es el siguiente:
 1. Tomas vaginales con un escobillón seco para la investigación de esperma (dos como mínimo).

2. Tomas vaginales con escobillones estériles de algodón en medio de mantenimiento (dos como mínimo) para el estudio de MTS.

3. Lavado vaginal para la investigación de esperma.

— **Muestras anales:**

1. Toma anal con tampones en seco para la investigación de esperma.

2. Toma anal con dos tampones de algodón estériles y en medio de mantenimiento para el estudio de MTS.

— **Muestras bucales:**

1. Toma faríngea con dos tampones en seco para la investigación de esperma.

2. Toma faríngea con dos tampones de algodón estériles y en medio de mantenimiento para el estudio de MTS.

Estas pruebas deberán efectuarse conjuntamente con el médico forense, ya que las muestras servirán para una investigación criminal posterior. Es necesario seguir la normativa vigente de acuerdo con la Orden del Ministerio de Justicia, de 8 de noviembre de 1996, por la que se aprueban las normas para la preparación y el envío de muestras objeto de análisis por el Instituto de Toxicología (BOE de 23 de diciembre de 1996, núm. 308, págs. 38203-38221).

Además, se deberá tener en cuenta:

— Manchas de semen: se remitirán las prendas de vestir que la víctima llevaba en el momento de la agresión, así como cualquier tipo de objeto del lugar de los hechos en el que se sospecha la presencia de restos de semen.

— Muestras de sangre del supuesto agresor y de la víctima, una vez confirmada la presencia.

6. *Detección de malos tratos infantiles. Elementos para determinar el diagnóstico social*

El diagnóstico global de la situación de sospecha o certeza de malos tratos o abuso sexual comprende el diagnóstico clínico, el diagnóstico social y la recopilación de la información que se obtiene de las coordinaciones con los servicios externos (servicios sociales, escuelas, etc.).

De acuerdo con la valoración que se efectúe de este diagnóstico, se tendrá que actuar de una manera u otra. Si consideramos que el niño se halla en situación de riesgo (o de malos tratos leves), requeriremos a los servicios de la comunidad que efectúen el seguimiento. Si tenemos la sospecha o la certeza de malos tratos infantiles (moderados o graves) o abuso, es imprescindible solicitar la intervención de la DGAIA para que profundice en la valoración del caso y si son necesarias medidas extraordinarias de protección.

32 | 33

La detección de una situación de riesgo de un niño o adolescente en el hospital se puede producir desde diferentes servicios:

- Consultas externas
- Urgencias
- Área de hospitalización

También se puede detectar en los servicios externos al hospital. Cualquier profesional (médicos, enfermeras, trabajadores sociales) puede detectar una situación de malos tratos infantiles.

Una vez se ha transmitido al trabajador o trabajadora social la situación de que existen factores de riesgo que pueden desencadenar una situación de riesgo social o de malos tratos del menor, el o la profesional deberán llevar a cabo una exploración de la situación utilizando los medios siguientes:

- La coordinación con los servicios internos y externos del hospital
- Entrevistas con la familia y el niño o la niña si procede (se procurará no efectuar entrevistas a los niños sobre estos temas con la finalidad de no victimizarlos, a no ser que se trate de adolescentes que son más capaces de comprender la situación)

A partir de esta exploración, el trabajador o trabajadora social elaborará el diagnóstico social, y se coordinará con la DGAIA (UDEPMI), que será el equipo que efectuará la devolución del diagnóstico social a la familia y, si fuera necesario, elaboraría el plan de intervención dentro del ámbito hospitalario.

Cuando el diagnóstico sea de situación de riesgo, pero no se pueda constatar que se haya producido una situación de malos tratos infantiles, el o la trabajadora social efectuará una derivación del caso a los servicios sociales de primaria correspondientes, para que realicen un trabajo de continuidad del mismo, adecuado según el plan de intervención elaborado (ver el anexo 2).

Para obtener un buen diagnóstico clínico-social, deberán tenerse en cuenta los signos de alerta y los factores de riesgo de malos tratos.

6.1. Signos de alerta

Los signos de alerta son las situaciones que se producen en el ingreso a la UCIE o durante la hospitalización del niño o niña que llevan a reflexionar sobre las posibles contradicciones o hechos que no concuerdan con un proceso normal de accidente o de pérdida de salud del niño.

Comprende los siguientes:

1. Gravedad del diagnóstico médico.
2. Comprobación de que el mecanismo que ha producido la lesión no corresponde a la lesión en sí misma.
3. Historial inverosímil, discordante o contradictorio para explicar el origen de las lesiones.
4. Antecedentes de episodios similares en el mismo hospital u otros centros.
5. Visitas a urgencias por problemas banales o inexistentes (hiperfrecuentación).
6. Actitudes pasivas ante las lesiones del niño o niña.
7. Mejora clínica cuando hay un ingreso o una separación del medio habitual.
8. Absentismo a las visitas programadas.
9. Cambio sistemático por parte de los padres de pediatra, servicios de salud y servicios de urgencias.

6.2. Factores de riesgo de malos tratos

Son las condiciones físicas psicológicas, sociales o ambientales que pueden favorecer la aparición de una situación adversa.

Se pueden distinguir:

Factores microsociales

Factores asociados a los niños

- Lo que explica el niño sobre la atención que recibe y sobre la actitud de sus cuidadores)
- Actitud del niño (miedo, angustia, trastornos del sueño, trastornos de la conducta alimentaria, descontrol de esfínteres, etc.)

- Hiperactividad
 - Irritabilidad
 - Llanto continuo
 - Prematuridad
 - Bajo peso al nacer
 - Retraso mental
 - Malformaciones
 - Patología crónica
- Factores relacionados con la estructura familiar
- Historial familiar de malos tratos (antecedentes en padres u otros miembros)
 - Consumo habitual de sustancias tóxicas (alcoholismo, drogadicción, etc.)
 - Desestructuración familiar: parejas conflictivas. Separaciones patológicas
 - Delincuencia
 - Prostitución
 - Promiscuidad
 - Padres con alteraciones psicopatológicas
 - Padres con déficits mentales
 - Padres rígidos y autoritarios
 - Inestabilidad emocional
 - Exceso de afecto
 - Falta de afecto
 - Hijo no deseado
 - Padres adolescentes
 - Padres primerizos mayores
 - Familia monoparental
 - Padres que tienen y practican condiciones y creencias extremas (en cuanto a religión, nutrición, etc.).
 - Evitación de responsabilidades

Factores macrosociales

- Factores relacionados con los ámbitos sociales, económicos y culturales
- Paro, inestabilidad laboral
- Pobreza
- Problemas de vivienda
- Falta de apoyo social familiar
- Aislamiento social
- Inmigración
- Cambios frecuentes de domicilio
- Exceso de vida social
- Exceso de trabajo
- Competitividad excesiva

La combinatoria de signos de alerta con los factores de riesgo puede ayudar a detectar una posible situación de malos tratos.

7. *Procedimiento que debe seguirse después de detectar un caso de malos tratos en el hospital*

1. Cuando el diagnóstico es de sospecha o certeza de una situación leve de malos tratos físicos o psíquicos, o de una situación moderada en la cual no se requiere una protección inmediata, el trabajador o trabajadora social del hospital deberá coordinarse con los servicios sociales básicos del territorio y derivar el caso. Así mismo, el hospital deberá comunicarlo a la Fiscalía de Menores y al *Registre unificat de maltractaments infantils* (RUMI).
2. Cuando el diagnóstico sea de sospecha o certeza de abuso sexual o de una situación moderada o grave de malos tratos físicos o psíquicos en la cual sea necesario tomar medidas de protección inmediata debido a que no hay ninguna garantía suficiente de que exista protección del niño en el núcleo familiar, el médico que haya realizado la detección deberá coordinarse telefónicamente con la DGAIA (teléfono 900 300 777) y le derivará el caso con el envío de los informes correspondientes. Posteriormente se comunicaran las gestiones efectuadas al/a trabajador/a social del hospital que será la persona encargada de realizar la coordinación necesaria con el EVAMI.

El hospital deberá comunicarlo a la Fiscalía de Menores y al Juzgado de guardia y el médico se ocupara de efectuar la notificación al *Registre unificat de maltractaments infantils* (RUMI).

3. En el caso de abuso sexual (situación urgente definida en este Protocolo) o de malos tratos graves, el médico forense, por indicación del juzgado correspondiente, deberá desplazarse inmediatamente al hospital. El médico forense y el médico del hospital efectuarán la exploración física conjuntamente.
4. La DGAIA consultará las bases de datos, el *Registre unificat de maltractaments infantils* (RUMI) y, si fuera necesario, lo comunicará al equipo especializado (EVAMI o EAIA) e informará al hospital de las actuaciones que se lleven a cabo.
5. El hospital comunicará el diagnóstico clínico de malos tratos a los padres y conjuntamente con el equipo especializado realizará una valoración clínico-social en los casos en que se considere necesario.
6. En el supuesto de que sea conveniente adoptar una medida cautelar de protección administrativa para el niño o el adolescente, la DGAIA deberá dictar urgentemente una declaración de desamparo o una orden de retención que deberá remitirse al hospital, y el equipo especializado lo notificará a los padres.

Si es necesario, el equipo deberá avisar a los cuerpos de seguridad para que acudan al hospital y estén presentes durante la entrevista de notificación a los padres.
7. Para la elaboración del diagnóstico, los profesionales del hospital podrán solicitar a la DGAIA si constan antecedentes del caso (tanto en sus bases de datos como en el RUMI), y el soporte y la orientación de los médicos y los técnicos de la DGAIA.
8. La notificación al RUMI y la coordinación deberá efectuarse utilizando el formulario de notificación que incorpora el anexo 1, a través del portal

del *Departament de Salut*, o en el futuro, de la aplicación informática que se determine.

9. Tanto en caso de sospecha como de certeza, el hospital deberá asegurarse de no donar el alta al niño hasta haber garantizado su protección.
10. En el ejercicio de sus competencias como organismo de protección de menores, la DGAIA podrá solicitar la colaboración de los servicios sanitarios, que deberán cooperar y facilitar su intervención. Así mismo, los servicios han de proporcionar, a solicitud de la DGAIA, toda la información de que dispongan sobre el niño y sus padres mediante los informes correspondientes, con el objetivo de obtener todos los elementos necesarios para poder valorar su situación.

La comunicación a la justicia deberá efectuarse a través de un informe escrito que tendrá las características siguientes:

- Será objetivo y muy técnico
- Describirá los pasos de la intervención hospitalaria
- Expondrá el diagnóstico sin expresar opiniones
- Será comprensible para todos
- Contendrá la máxima información posible

8. *Protección y seguimiento del niño maltratado*

Inmediata:

Por parte del Hospital:

- Ingreso hospitalario
- Comunicación a la justicia y a la DGAIA.
- Coordinación con la DGAIA(en los casos de malos tratos moderados o graves), antes de dar el alta al niño a fin de asegurar su protección

42 | 43

Por parte de la DGAIA:

- Activará el equipo especializado en malos tratos infantiles que corresponda (EVAMI o EAIA) para poder evaluar la situación
- Dictará, si fuera necesario, medida de desamparo preventivo con retención hospitalaria para poder llevar a cabo el estudio de la situación con la mayor seguridad para el niño.

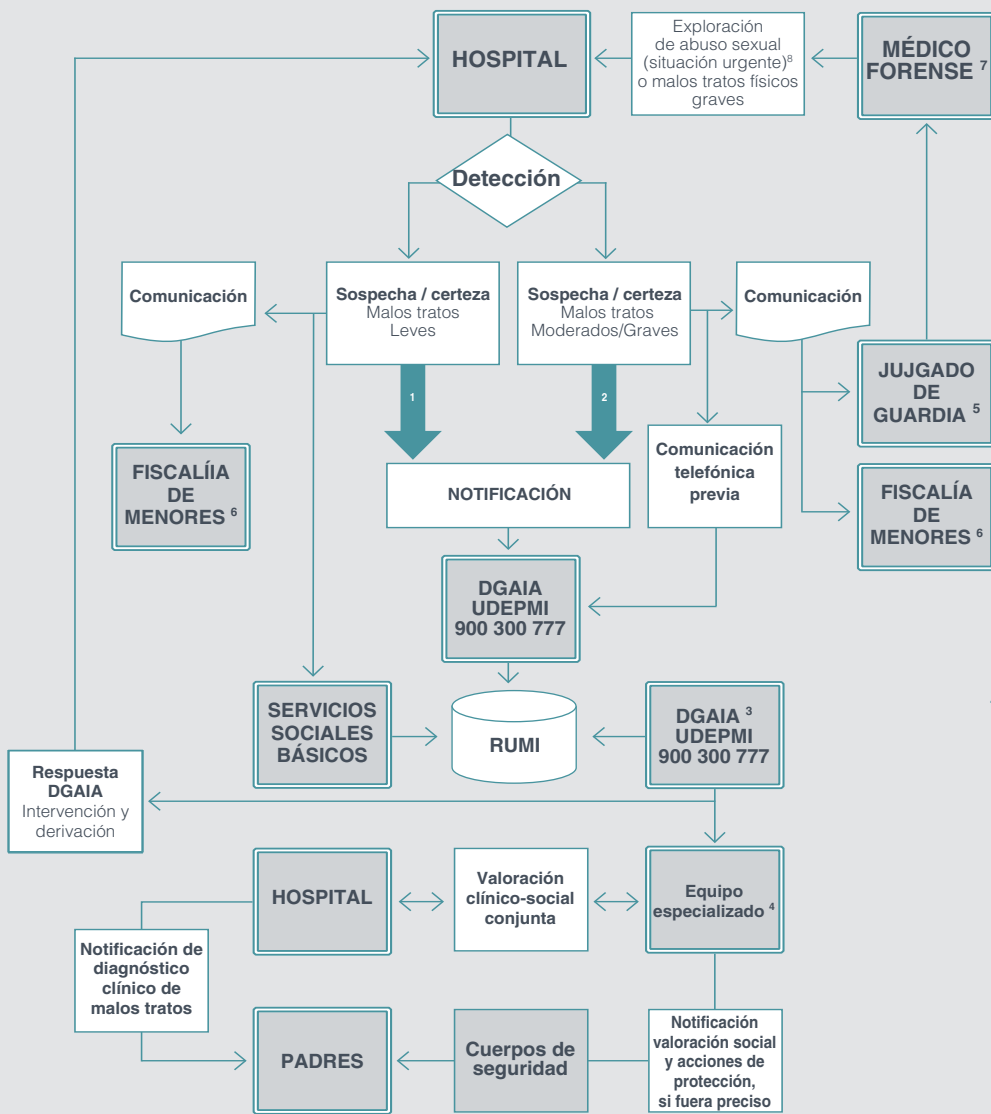
Diferida:

- La DGAIA, como entidad competente en la protección de menores, es la que decidirá el seguimiento posterior del niño/a para garantizar su protección. Cuando corresponda, según el resultado del estudio realizado

por el equipo especializado correspondiente, la DGAIA asumirá la tutela del menor y determinará la medida protectora más idónea en su interés.

- El hospital establecerá el circuito oportuno con las diferentes ABS que le correspondan por territorio con el fin de comunicarles su intervención en caso de malos tratos infantiles, independientemente del seguimiento que plantee la DGAIA. Así, se facilitará la detección de malos tratos crónicos posteriores en el ámbito de la atención primaria.

Cuadro 1. Procedimiento que deberá seguirse después de la detección de malos tratos en el hospital



Derivación-coordinación → Notificación →

- 1 El profesional encargado de realizar la notificación es el trabajador social del hospital.
- 2 El profesional encargado de realizar la notificación es el personal sanitario.
- 3 UDEPMI (Unidad de Detección i Prevención del Malos tratos Infantiles) y comunicación al médico/médica del Servicio Territorial correspondiente.
- 4 EVAMI (Equipo Valoración del Malos tratos Infantiles) o EAIA (Equipo Atención a la Infancia y la Adolescencia): coordinación

- y/o desplazamiento (Anexo 1).
- 5 Cada hospital tiene el teléfono del Juzgado de Guardia que le corresponde por municipio.
- 6 Ver anexo 2.
- 7 El médico forense se desplaza de forma inmediata al hospital para hacer la exploración del abuso sexual (situación urgente) o maltrato grave.
- 8 En situaciones no urgentes, será la Unidad de Abusos Sexuales en aquellos hospitales que esten dotados de ella.

9. Bibliografía

Adams JA. Medical evaluation of suspected child sexual abuse. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2004 jun; 17 (3): 191-7.

American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence. Care of the adolescent sexual assault victim. *Pediatrics* 2001; 107: 1476-9.

Atención de Enfermería al Maltrato infantil. Programa de atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Comunidad de Madrid.

46 | 47

Banaszkiewicz PA, Scotland TR, Myerscough EJ. Fractures in children younger than age 1 year: Importance of collaboration with child protection services. *J Pediatr Orthop* 2002; 22 (6): 740-4.

Braden K, Swanson S, Di Scala C. Injuries to children who had preinjury cognitive impairment: a 10-year retrospective review. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003 abr; 157 (4): 336-40.

Bulloch B, Schubert CJ, Brophy PD, Johnson N, Reed MH, Shapiro RA. Cause and clinical characteristics of rib fractures in infants. *Pediatrics* 2000 abr; 105 (4): E48.

Coffey C, Haley K, Hayes J, Groner JI. The risk of child abuse in infants and toddlers with lower extremity injuries. *J Pediatr Surg* 2005; 40 (1): 120-3.

Cook D, Fitzgerald M, Ditchfield MR. Complementary use of radiological skeletal survey and bone scintigraphy in detection of bony injuries in suspected child abuse. *Arch Dis Child* 2003; 88: 387-90.

El llibre d'en Pau. Guia per a l'abordatge del maltractament en la infància per als professionals de la salut. Departament de Salut, 1996.

Els maltractaments d'infants a Catalunya: quants, com, per què. Departament de Justícia. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada, 2000.

Els maltractaments infantils a Catalunya: estudi global i balanç de la seva situació actual. Departament de Benestar Social. Direcció General d'Atenció a la Infància, 1991.

José Manuel Alonso (1999) Ep! No badis! Guia per a professionals sobre l'abús sexual i altres maltractaments infantils. ACIM – Diputació.

Geddes JF, Hackshaw AK, Vowles GH. Neuropathology of inflicted head injury in children. I. Patterns of brain damage 2001; 124 (7): 1290-8.

Geddes JF, Plunkett J. Shaken baby syndrome: pathological diagnosis rests on the combined triad, not on individual injuries. *BMJ* 2004; 328: 719-21.

Geddes JF, Vowles GH, Hackshaw AK. Neuropathology of inflicted head injury in children. II. Microscopic brain injury in infants 2001; 124 (7): 1299-306.

Alonso Varea JM, Font P, Cabré A. Guia per a professionals sobre l'abús sexual i altres maltractaments infantils. ACIM, 1999.

Keenan HT, Runyan DK, Marshall SW, Nocera MA, Merten DF, Sinal SH. A population-based study of inflicted traumatic brain injury in young children. JAMA 2003 ag 6; 290 (5): 621-6.

Kellogg N, American Academy of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect. The evaluation of sexual abuse in children. Pediatrics 2005 ag; 116 (2): 506-12.

Kemp AM, Butler A, Morris S, Mann M, Kemp KW, Rolfe K, Sibert JR, Maguire S. Which radiological investigations should be performed to identify fractures in suspected child abuse? Clin Radiol 2006 set; 61(9): 723-36.

Lantz PE, Sinal SH, Stanton CA, Weaver RG Jr. Perimacular retinal folds from childhood head trauma. BMJ 2004 mar 27; 328 (7442): 754-6. [Revisió].

Maltractaments físics greus a nadons i menors de quatre anys. Departament de Benestar i Família, 2004.

48 | 49

Maltrato infantil: detección, notificación y registro de casos. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Observatorio de la Infancia, 2001.

Martínez i Roig A. Detecció, intervenció i derivació de maltractaments infantils pels professionals de la sanitat. Departament de Benestar Social. Direcció General d'Atenció a la Infància, 1991.

Pillai M. Forensic examination of suspected child victims of sexual abuse in the UK: a personal view. J Clin Forensic Med 2005 abr; 12 (2): 57-63. [Revisió].

Plan estratégico nacional de infancia y adolescencia. Ministerio Trabajo y Asuntos Sociales, 2006.

Protocolo de actuación asistencial y medicolegal de las situaciones de abuso sexual y malos tratos infantiles en urgencias. Departament de Salut, 1999.

Protocol Maltractament infantil. Hospital Sant Joan de Déu, 1999.

Protocol marc d'actuacions en casos d'abusos sexuals i altres maltractaments greus a menors. Síndic de Greuges de Catalunya. Setiembre, 2006.

Slovic TL, Smith WL, Strain JD, Cohen HL, Fordham L, Gelfand MJ, Gunderman R, McAlister WH, Tosi L. Expert Panel on Pediatric Imaging. Suspected physical abuse-child. American College of Radiology (ACR), 2005.

10. Anexos

10.1. Anexo 1. Notificación de malos tratos infantiles a la DGAIA a través del RUMI

Instrucciones para efectuar la notificación al RUMI **Ámbito de SALUD**

Este instrumento consiste en un formulario para la notificación de los casos en los cuales se hayan observado indicios de malos tratos infantiles. No es un instrumento de diagnóstico, sino un formulario estandarizado de notificación de las situaciones de malos tratos, con grado de certeza o de sospecha, que se hubieran detectado en los centros hospitalarios.

El formulario consta de cuatro apartados englobados en una sola pantalla: datos de identificación, datos de la notificación, valoración de malos tratos y valoración del Protocolo clínico por parte del hospital.

50 | 51

Es imprescindible disponer de la información de los apartados siguientes:

1. **Datos de identificación:** los datos personales relativos al *niño o adolescente* se rellenan automáticamente con los datos del sistema de Salud y no se pueden modificar, aparecen reducidos en la parte superior de la pantalla y se pueden ampliar para poder verlos con más detalle.
2. **Datos de la notificación:** recoge, entre otros, el centro hospitalario y la identificación en la lista de incidentes que ha motivado la notificación de malos tratos o recoge literalmente en la casilla *Otros incidentes* otros motivo que no constan.

3. **Valoración de malos tratos infantiles:** comprende dos aspectos que es imprescindible que se recojan: la valoración global de malos tratos y si se trata de una sospecha o de una certeza. Es necesario marcar, como mínimo, un tipo de malos tratos, efectuando una valoración global de la gravedad de los malos tratos (*leves, moderados o graves*) del niño o el adolescente. Al final de este proceso de notificación, se confirma la existencia de malos tratos como certeza o sospecha según la evidencia de los indicadores detectados y el resto de la información recogida.
4. **Valoración del Protocolo** clínico por parte del hospital: una vez acabada la intervención del departamento correspondiente de la DGAIA, se deberán recoger en estos campos las valoraciones de la intervención llevada a cabo para efectuar el control de la gestión realizada.

Sobre el descriptor de algunos de los campos hay una definición de ayuda, como es el caso de la valoración global de la gravedad de los malos tratos, en la cual se explicita que pueden ser leves, moderados y graves, qué se entiende por *sospecha* y *certeza*, así como la valoración clínico-social conjunta y la valoración social. El portal también dispone de un manual de uso para más información.

Cada notificación deberá realizarse en un registro nuevo, incluso cuando se refiera al mismo niño en fechas posteriores a la primera notificación. La eficacia de estas notificaciones dependerá en gran medida de la calidad de las notificaciones y de la precisión con que se utilice. La formalización incorrecta de la información imprescindible podría invalidar la notificación del caso y, sobre todo, dificultar las gestiones para la protección necesaria de los niños y los adolescentes.



DADES DE LA NOTIFICACIÓ



NOTIFICACIONS DE MALTRACTAMENTS ANTERIORS	<input type="text"/>
SEXE DE L'INFANT	<input type="text"/>
EDAT DE L'INFANT	<input type="text"/>
DATA DE LA NOTIFICACIÓ	<input type="text"/>
DATA COMUNICACIÓ TELEFÒNICA A DGAIA	<input type="text"/>
NOM DEL CENTRE SANITARI	<input type="text"/> <input type="text"/>
SERVEI QUE NOTIFICA	<input type="text"/>
NOM DEL PROFESSIONAL/NÚMERO DE COL·LEGIAT	<input type="text"/>
DADES D'IDENTIFICACIÓ DE L'ACOMPANYANT DE L'INFANT	<input type="text"/>
INCIDENT QUE HA MOTIVAT LA INTERVENCIÓ	<input type="text" value="--Seleccioni--"/>
ALTRES INCIDENTS	<input type="text"/>

Valoració del Maltractament

FÍSIC	<input type="text" value="--Seleccioni--"/>
NEGLIGÈNCIA/ABANDONAMENT	<input type="text" value="--Seleccioni--"/>
PSICOLÒGIC/EMOCIONAL	<input type="text" value="--Seleccioni--"/>
ABUS SEXUAL	<input type="text" value="--Seleccioni--"/>
EXPLOTACIÓ SEXUAL	<input type="text" value="--Seleccioni--"/>
PRENATAL	<input type="text" value="--Seleccioni--"/>
SUBMISSIÓ QUIMICOFARMACEUTICA	<input type="text" value="--Seleccioni--"/>
EXPLOTACIÓ LABORAL	<input type="text" value="--Seleccioni--"/>
INSTITUCIONAL	<input type="text" value="--Seleccioni--"/>
SOSPITA O CERTESA	<input type="text" value="--Seleccioni--"/>

Valoració protocol clínic per hospital

DATA DESPLAÇAMENT EQUIP DGAIA	<input type="text"/>
EQUIP DGAIA TRASLLADAT A L'HOSPITAL	<input type="text" value="--Seleccioni--"/>
ALTRES	<input type="text"/>
VALORACIÓ CLÍNICO SOCIAL CONJUNTA HOSPITAL/EQUIP DGAIA	<input type="text" value="--Seleccioni--"/>

Anexo al formulario de notificación - salud

Confirmación de los malos tratos

Sospecha: se considera *sospecha* cuando, a pesar de los indicadores y de los indicios detectados a través de los mismos, la información disponible en el momento de la notificación no permite confirmar la certeza de malos tratos o abuso sexual infantil.

Certeza: la certeza se confirma cuando, en el momento de la notificación, se comprueba que hay indicadores evidentes de que una o más personas que están a cargo del menor le han maltratado o han abusado de él/ella.

Valoración global de los malos tratos

La valoración global de los malos tratos está vinculada con las consecuencias en el estado de salud del niño o el adolescente y la intervención social necesaria para garantizar su *protección y satisfacer sus necesidades básicas infantiles*. La valoración de los malos tratos implica unas actuaciones orientativas.

Leves: los malos tratos se producen con poca frecuencia y con intensidad baja. La familia necesita apoyo y ayuda de los servicios sociales básicos de la zona, juntamente con asesoramiento técnico de los servicios sociales especializados de atención a la infancia y a la adolescencia (EAIA).

Moderados: los malos tratos son moderados cuando, a pesar de que la intensidad o frecuencia de los mismos no sean graves, existen dudas razonables sobre la posibilidad de que se puedan producir daños más graves en el futuro. En estos casos, es preciso el asesoramiento de la DGAIA a fin de valorar si se trata de un caso que se deba derivar al EAIA para efectuar un estudio

regular o si, al contrario, es necesaria la intervención urgente de la DGAIA para proceder a proteger al niño inmediatamente.

Graves: se producen cuando pelagra la integridad física, psíquica o emocional del menor y se provocan daños significativos en su desarrollo. El niño o el adolescente necesita protección inmediata (DGAIA) a solicitud de los servicios especializados de atención a la infancia y a la adolescencia (EVAMI o EAIA), siempre que su familia no pueda ofrecerle la protección que necesita.

Protección inmediata: es preciso valorar la necesidad de protección inmediata en las situaciones en que debido a la gravedad de las lesiones, la edad del niño o el tipo de malos tratos, tanto si se trata de una sospecha o de una certeza, no se tengan garantías suficientes de que la familia es capaz de proteger al niño o al adolescente de nuevos episodios de malos tratos. Por tanto, es necesario activar los equipos especializados a fin de que, antes del alta hospitalaria, valoren la necesidad de tomar las medidas protectoras más adecuadas en interés del niño.

1. El objetivo de la notificación es facilitar la detección de malos tratos y si fuera necesario, la protección inmediata del niño, de acuerdo con las leyes 37/1991, de 30 de diciembre, sobre medidas de protección de los menores desamparados, y 8/1995, de 27 de julio, de atención y protección de los niños y los adolescentes.
2. La información contenida en este documento es confidencial y deberá tratarse de acuerdo con lo que prevé la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. La orden sobre la creación del fichero unificado de malos tratos infantiles es de fecha 18 de julio, publicada en el DOGC número 4936, con fecha 30 de julio de 2007.

Listado de incidentes que motivan la intervención profesional**MALOS TRATOS FÍSICOS**

Quemaduras, escaldaduras

Torceduras / dislocaciones óseas

Fracturas de huesos

Lesiones interna

Fractura craneal / lesión cerebral / hematoma subdural

Asfixia / ahogamiento

Morados / contusiones

Cortes / pinchazos / mordeduras

Castigo corporal excesivo / palizas

Otras lesiones físicas

Represión excesiva / inapropiada del menor por parte de sus padres o tutores

Amenaza de agresión al niño con arma mortal

Otras amenazas de agresión

NEGLIGENCIA

Supervisión inadecuada (ausencia del tutor)

Malnutrición

Supervisión inadecuada (presencia del tutor)

Delegación de los padres o tutores de la responsabilidad de los cuidados del menor en extraños

Alimentación inadecuada

No proporcionar atención médica (motivos religiosos)

Negligencia en las atenciones sanitarias

Absentismo escolar

Condiciones peligrosas para la salud

Vivienda inadecuada

Roba inapropiada

Higiene deficiente

Fracaso en la protección del menor de las lesiones físicas, sexuales, mentales, etc. infligidas por otra persona

MALOS TRATOS EMOCIONALES

Confinamiento / castigos extraños y extravagantes

Aislamiento excesivo / inapropiado del menor por parte de sus padres o tutores

Exigencias desproporcionadas de los padres o tutores hacia el menor

Negar la entrada del menor en casa

Exigencias desproporcionadas de los padres o tutores hacia el menor

Otras agresiones mentales

Menor despreciado / ridiculizado por sus padres o tutores

ABUSO SEXUAL / EXPLOTACIÓN SEXUAL

Abuso sexual (incesto o violación)

Vejación sexual

Explotación sexual

Abuso sexual por parte de otros menores

56 | 57

OTROS

Recién nacido drogodependiente

Envenenamiento / sustancias nocivas

Retraso no orgánico en el crecimiento

Muerte de un hermano por sospecha de malos tratos

Muerte del menor por malos tratos o negligencia

Abuso/uso inadecuado de sustancias tóxicas por parte del niño

Provisión de manera inadecuada de drogas prescritas a un menor

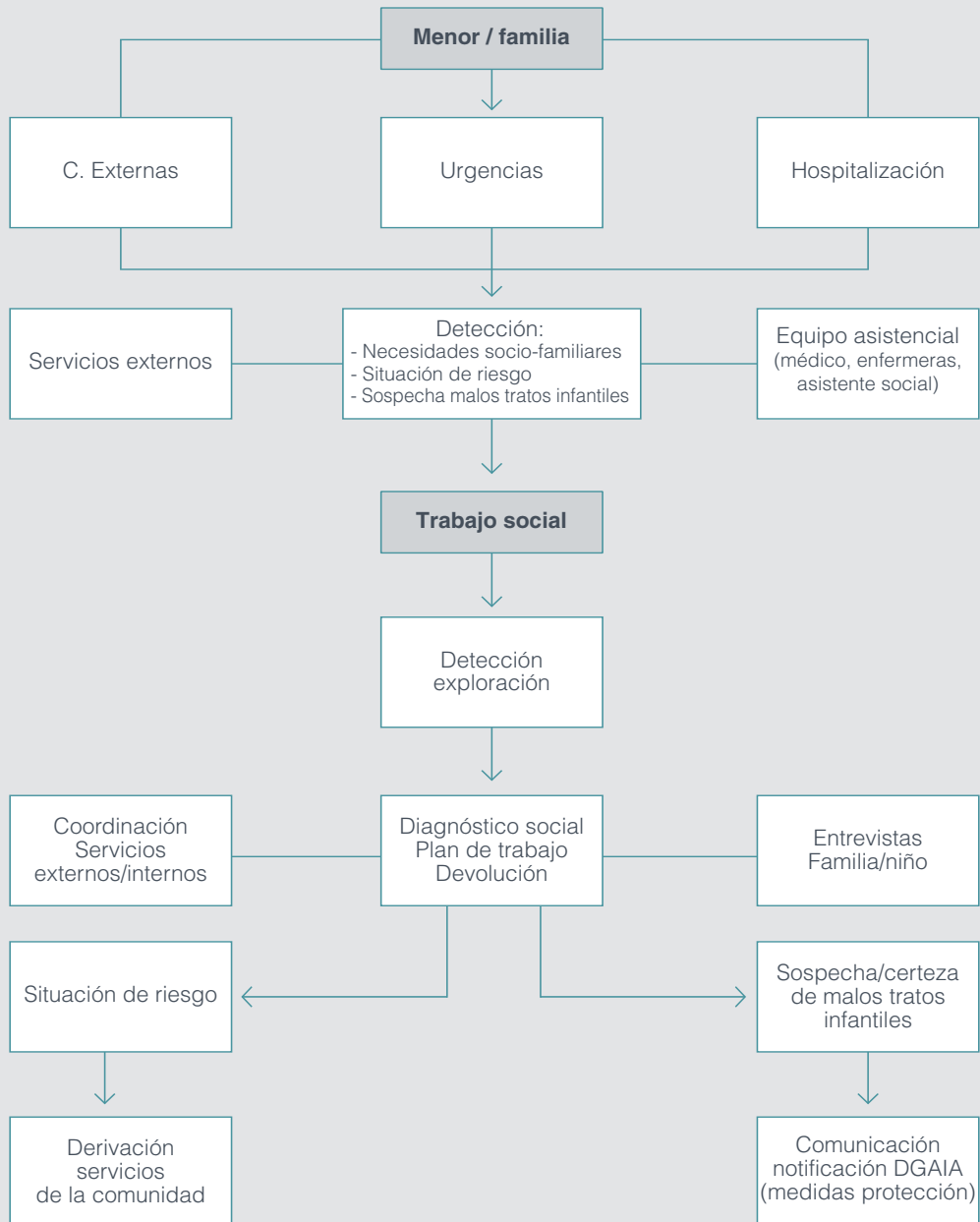
Abandono

Mendicidad

Violencia familiar que amenaza el menor

Acceso del maltratador a la vivienda teniendo prohibida la entrada (amenaza de agresión)

10.2. Anexo 2. Circuito e intervención Trabajo Social Hospital



10.3. Anexo 3. Teléfonos de la Fiscalía de Menores

Los teléfonos para comunicarse con la Fiscalía de Menores, según el circuito establecido en el punto 6 de este Protocolo, son los siguientes:

Provincia de Barcelona

Fiscalía de Protección de Menores

Venezuela, 74-76, 4ª - 08019 Barcelona

Tel. **933 036 244**

Provincia de Girona*

Fiscalía de Girona

Pl. de la Catedral, 2 - 17004 Girona

Tel. **972 940 345**

Fax 972 219 241

Provincia de Lleida*

Fiscalía de Lleida

Canyeret, 1 - 25007 Lleida

Tel. **973 705 840**

Fax 973 700 285

Provincia de Tarragona*

Fiscalía de Tarragona

Av. President Lluís Companys, 10 - 43005 Tarragona

Tel. **977 920 100**

Fax 977 920 110

* Desde este teléfono se deriva a la Fiscalía de Protección de Menores.

10.4. Anexo 4. Teléfonos de la DGAIA

UDEPMI (Unidad de detección y prevención de malos tratos infantiles)

Tel. **900 300 777**

Fax 93 552 45 94

Servicio Territorial de la Infancia y la Adolescencia de Barcelona-ciudad

Tel. **93 552 44 38**

Fax 93 552 45 30

Servicio Territorial de la Infancia y la Adolescencia de Barcelona-comarcas

Tel. **93 552 44 63** i **93 552 44 99**

Fax 93 552 45 40 i 93 552 44 34

Servicio Territorial la Infancia y la Adolescencia de Girona

Tel. **972 48 60 60** i **972 94 12 62**

Fax 972 94 12 72

Servei Territorial d'Infància i l'Adolescència de Tarragona

Tel. 977 251 986

Fax 977 241 176

Servicio Territorial de la Infancia y la Adolescencia de Les Terres de l'Ebre

Tel. **977 708 224** i **977 708 232**

Fax 977 705 002

Servicio Territorial de la Infancia y la Adolescencia de Lleida

Tel. **973 727 707**

Fax 973 727 956

Sanitat Respon 24 hores
902 111 444



www.gencat.cat