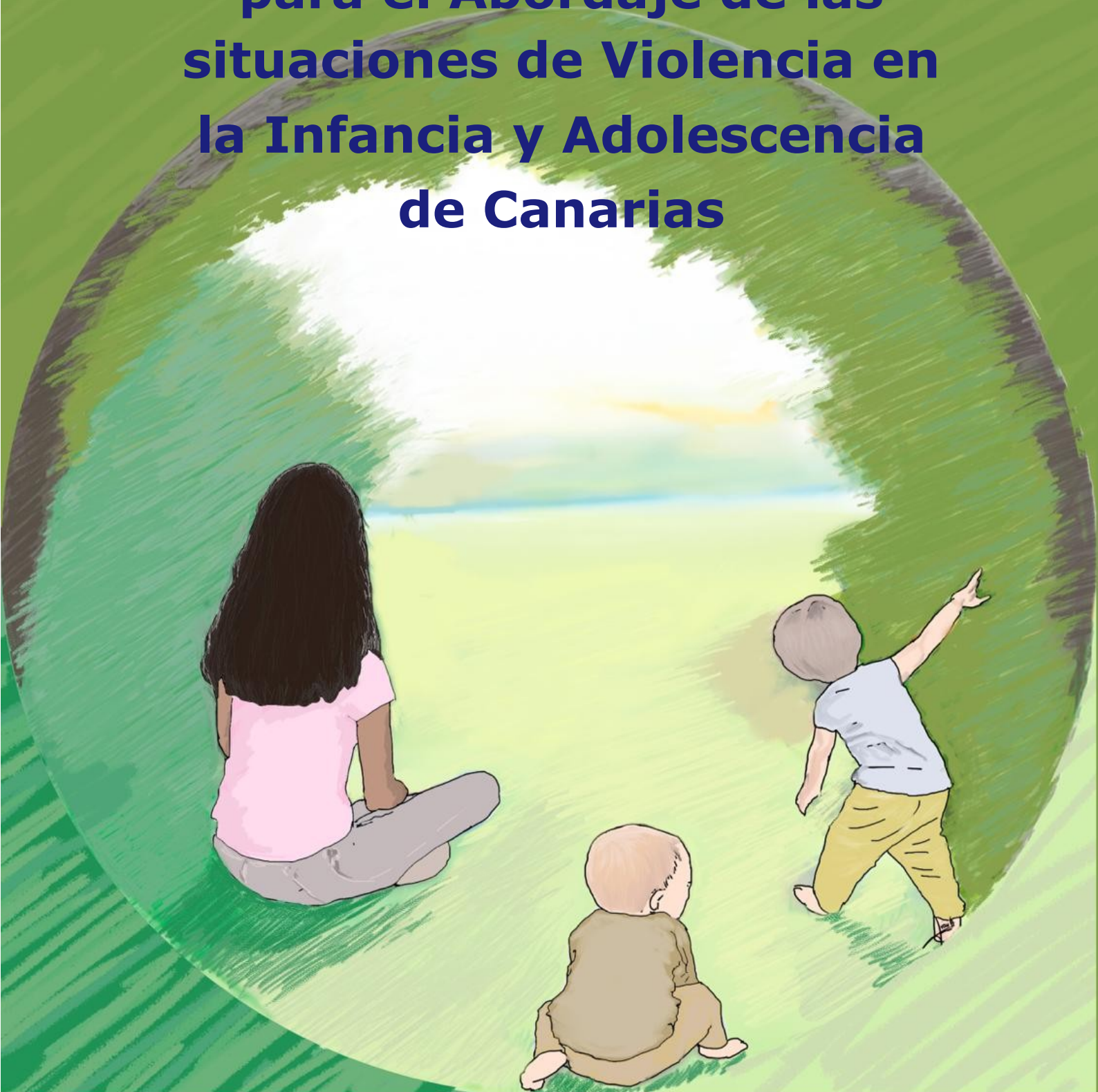


# **Protocolo de Actuación Sanitaria y Coordinación Interinstitucional para el Abordaje de las situaciones de Violencia en la Infancia y Adolescencia de Canarias**



**Gobierno de Canarias**  
**Consejería de Sanidad**  
**Servicio Canario de la Salud**  
**Dirección General de Programas Asistenciales**

**ISBN 978-84-16878-70-3**

**EDICIÓN Abril 2024**



# ÍNDICE

<b>PRESENTACIÓN.....</b>	<b>5</b>
<b>ABREVIATURAS.....</b>	<b>6</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>8</b>
<b>2. OBJETIVOS DEL PROTOCOLO .....</b>	<b>9</b>
<b>3. MARCO NORMATIVO DE REFERENCIA .....</b>	<b>9</b>
<b>4. TIPOLOGÍA DE LA VIOLENCIA .....</b>	<b>12</b>
<b>5. PAUTAS DE ACTUACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO ANTE LOS CASOS DE VIOLENCIA INFANTIL Y ADOLESCENCIA.....</b>	<b>17</b>
<b>5. 1. Detección .....</b>	<b>17</b>
<b>5.1.1 Indicadores de violencia.....</b>	<b>18</b>
<b>5.1.2 Diagnóstico Diferencial.....</b>	<b>26</b>
<b>5. 2. Valoración e Intervención.....</b>	<b>29</b>
<b>5.2.1 Valoración social.....</b>	<b>29</b>
<b>5.2.2 Anamnesis inicial.....</b>	<b>30</b>
<b>5.2.3 Exploración física y psicológica.....</b>	<b>33</b>
<b>5.2.4 Valoración del Riesgo/Seguridad/Recurrencia.....</b>	<b>34</b>
<b>5.3. Intervención: Procedimiento Ordinario y Procedimiento de Urgencia.....</b>	<b>36</b>
<b>5.4. Notificación.....</b>	<b>39</b>
<b>5.5. Seguimiento.....</b>	<b>41</b>
<b>6. ACTUACIONES DESDE OTROS ÁMBITOS.....</b>	<b>42</b>
<b>6.1. Actuación desde el 112.....</b>	<b>42</b>
<b>6.2. Actuación desde el ámbito policial.....</b>	<b>43</b>
<b>6.2.1 La Unidad de Atención a la Familia y Mujer (UFAM) y Equipo de Mujer-Menor (EMUME) .....</b>	<b>43</b>
<b>6.2.2 Oficina de Policía Judicial/Grupo de Menores y Familia de la Policía Autónoma de Canarias (GRUMEF) .....</b>	<b>45</b>
<b>6.3. Actuación desde el ámbito del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.....</b>	<b>45</b>
<b>6.4. Actuación desde los Servicios Sociales Municipales. Equipos de Familia e Infancia_(EFI).....</b>	<b>46</b>



6.5 Actuación desde los Servicios Sociales Especializados de emergencia y atención inmediata en violencia de género.....	47
6.6. Actuación desde la Dirección General de Protección a la Infancia y las familias del Gobierno de Canarias.....	48
6.7. Actuación desde la Fiscalía.....	51
6.8. Actuación desde los Juzgados de Guardia.....	52
7. COMISIÓN DE SEGUIMIENTO DEL PROTOCOLO.....	53
8. BIBLIOGRAFÍA.....	54
9. PRODUCCIÓN.....	56
10. ANEXOS.....	60
Anexo 1. Algoritmos de Actuación.....	60
1.1. Algoritmo de actuación general.....	60
1.2. Procedimiento Ordinario.....	61
1.3. Procedimiento Urgente.....	62
Anexo 2. Experiencias Adversas y Beneficiosas en la Infancia y Adolescencia.....	63
Anexo 3. Intervención de trabajo social.....	66
Anexo 4. Atención hospitalaria en casos de violencia física y sexual.....	68
Anexo 5. Cadena de custodia para muestras forenses.....	96
Anexo 6. Check List Violencia Física.....	98
Anexo 7. Check List Violencia Sexual.....	100



## PRESENTACIÓN

La infancia y la adolescencia son etapas especialmente vulnerables a situaciones estresantes, tales como la violencia en todas sus formas. Es un factor ambiental adverso, capaz de trastocar el proceso del neurodesarrollo y condicionar la maduración cerebral de la persona menor, que puede desembocar en trastornos del desarrollo, déficit cognitivos y problemas de salud, tanto física como mental, pudiendo persistir a lo largo de toda la vida.

La Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, para la protección Integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia detalla que, “los poderes públicos tienen la obligación de desarrollar actuaciones de sensibilización, prevención, asistencia y protección frente a cualquier forma de maltrato infantil, así como de establecer aquellos procedimientos necesarios para asegurar la coordinación entre las administraciones públicas competentes y, en este orden, revisar en profundidad el funcionamiento de las instituciones del sistema de protección a las personas menores de edad y constituir así una protección efectiva ante las situaciones de riesgo y desamparo.”

Se presenta este protocolo como una necesidad para mejorar la atención de las niñas, niños y adolescentes de la Comunidad Autónoma de Canarias, que puedan encontrarse en una situación de violencia. En esta población, ya de por sí vulnerable, se requiere de los esfuerzos y el buen hacer de las y los profesionales que intervienen ante un caso de violencia/maltrato en la infancia y adolescencia. Además, se aborda la coordinación interinstitucional de los diferentes agentes que intervienen, tan importante para evitar la victimización secundaria. Esta actuación coordinada permite conocer qué, cuándo y cómo proceder según qué casos, especialmente en el ámbito sanitario. Las y los profesionales sanitarios ocupan un lugar privilegiado en la prevención y detección de los posibles casos de violencia, y especialmente la Atención Primaria ya que mantienen un contacto estrecho y continuado con las familias.

La publicación de la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, para la protección Integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia, ha sido un estímulo para impulsar la elaboración de este documento, que obliga al Ministerio de Sanidad a la elaboración de un protocolo común a nivel nacional y a la adaptación de este a las Comunidades Autónomas. Por otro lado, la implementación en Canarias, desde octubre de 2021, del primer Juzgado en nuestro país, especializado en la Violencia contra la Infancia y la Adolescencia nos ha colocado en un lugar excepcional para el desarrollo del mismo.

Este documento es el resultado del trabajo de más de cincuenta profesionales como autores/as, coordinadores/as, colaboradores/as y revisores/as del ámbito sanitario, judicial, medicina forense, policial, de protección del Gobierno de Canarias y de los equipos municipales, así como del Centro Coordinador de Emergencias y Seguridad.

Estamos seguras de que la publicación de este documento y la consiguiente formación que lleva aparejada, se convertirá en un instrumento de ayuda inestimable para las y los profesionales.

Antonia M<sup>a</sup> Pérez Pérez  
Directora General de Programas Asistenciales



## ABREVIATURAS

AH	Atención Hospitalaria
anti-HBc	Anticuerpo anticore de Virus Hepatitis B
AP	Atención Primaria/Anteroposterior
AZT	Zidovudina
CCAA	Comunidad Autónoma
CECOES	Centro Coordinador de Emergencias y Seguridad
CHUIMI	Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil
DEMA	Dispositivo de Emergencia para Mujeres Agredidas
DGPIF	Dirección General de Protección a la Infancia y las Familias
DM	Dosis máxima
DTG	Dolutegravir
DU	Dosis única
EAI	Experiencias Adversas en la infancia
EAPR	Equipo de Atención Primaria de Referencia
EBI	Experiencias benéficas en la infancia
EFI	Equipos de Familia e Infancia
EIA	Enzaimunoenálisis
EMUME	Equipo de Mujer-Menor
FFCCSS	Fuerzas y Cuerpos de Seguridad
FTC	Emtricitabina
GAPGC	Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria
GRUMEF	Grupo de Menores y Familia
HBsAg	Antígeno de superficie de Virus de Hepatitis B
IC	Interconsulta
ICI	Instituto Canario de Igualdad
IGHB	Inmunoglobulina Hepatitis B
IM	Intramuscular
IMLCF	Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses
ITS	Infecciones de transmisión sexual
LECrim	Ley de Enjuiciamiento Criminal
LO	Ley Orgánica
LOGILS	LO 10/2022 de garantía integral de la libertad sexual
LOPVI	LO 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia.
LOPJM	LO de Protección Jurídica del Menor
MGF	Mutilación Genital Femenina
OMS	Organización Mundial de la Salud





PAE	Puntos de Atención Especializada
PPE	Profilaxis postexposición
RAL	Raltegravir
RUMI	Registro Unificado de Maltrato Infantil
RUSSVI	Registro Unificado de Servicios Sociales sobre Violencia contra la Infancia
SACS	Sección de Análisis Conducta delictiva
SAMVV	Servicio de atención a la mujer víctima de violencia de género
SCS	Servicio Canario de la Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud
SQ	Sumisión química
SQV	Sumisión y/o vulnerabilidad química
SSM	Servicios Sociales Municipales
TCE	Traumatismo craneoencefálico
TDAH	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad
TDF	Tenofovir
TEA	Trastornos del espectro autista
TIC	Tecnologías de la información y comunicación
TSS	Trabajo social sanitario
UAF	Unidad de Atención Familiar
UAP	Unidad de Atención Pediátrica
UAT	Unidad de Atención Temprana
UEI	Unidad de Enfermedades Infecciosas
UFAM	Unidad de Atención a la Familia y Mujer
UOPJ	Unidades Orgánicas de Policía Judicial
USM	Unidad de Salud Mental
UVFIVIA	Unidad de Valoración Forense Integral de Violencia contra la Infancia y Adolescencia
VHB	Virus hepatitis B
VHC	Virus hepatitis C
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
VO	Vía oral
VPH	Virus del papiloma humano
VQ	Vulnerabilidad química
VS	Violencia Sexual
3TC	Lamivudina



## 1. INTRODUCCIÓN

La lucha contra la violencia en la infancia y la adolescencia es un imperativo de derechos humanos y constituye un problema de Salud Pública. Para promover los derechos de las personas menores de edad, consagrados en la Convención sobre los Derechos del Niño<sup>[1]</sup>, es esencial asegurar y promover el respeto a su dignidad humana e integridad física y psicológica, mediante la prevención de todas las formas de violencia.

Los y las profesionales de la salud, como asesores de confianza para progenitores, cuidadores/as y familias, juegan un papel importante en la prevención de la violencia, mediante la evaluación de fortalezas y deficiencias de los cuidadores, proporcionando educación para mejorar habilidades parentales y promoviendo prácticas adecuadas basadas en la evidencia, que sean enriquecedoras y positivas.

La Convención sobre los Derechos del Niño<sup>[1]</sup>, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989 y ratificada por España en 1990, establece en su artículo 3.1 que *“En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, se atenderá el interés superior del niño.”*

En España, las cifras oficiales provienen del Registro Unificado de Maltrato Infantil (RUMI), que reflejan un incremento anual de las notificaciones de casos sospechosos de violencia en personas menores de edad, sin embargo, como ocurre a nivel internacional, diversos estudios acreditan que las cifras de prevalencia son superiores a los casos notificados.

El nuevo marco normativo en el que se desarrolla este protocolo parte de los datos que se aportarán por el nuevo sistema de registro de notificación que sustituye al RUMI, el registro central de información sobre la violencia contra la infancia y la adolescencia (RUSSVI).

La violencia sufrida durante la infancia y la adolescencia afecta a la salud y al bienestar y sus consecuencias pueden perdurar durante toda la vida. El estrés al que son sometidos los niños, niñas y adolescentes afecta a su desarrollo cerebral pudiendo perjudicar su rendimiento académico y profesional y producir déficits cognitivos, trastornos del lenguaje y del desarrollo psicomotor. También puede afectar a otros órganos o sistemas como consecuencia directa de la violencia ejercida. Además, puede haber una disfunción o ausencia del vínculo de apego que afectará a sus relaciones sociales, baja autoestima e impulsividad.

En 2021, se aprobó en España la Ley Orgánica (LO) 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (LOPVI)<sup>[2]</sup>. Esta ley tiene por objeto garantizar los derechos fundamentales de las personas menores de edad a su integridad física, psíquica, psicológica y moral frente a cualquier forma de violencia, asegurando el libre desarrollo de su personalidad y estableciendo medidas de protección integral, que incluya la sensibilización, la prevención, la detección precoz, la protección y la reparación del daño en todos los ámbitos en los que se desarrolla su vida. Durante todo el proceso se deben garantizar las medidas de protección necesarias y el acompañamiento, respetando y

promoviendo la garantía de los derechos de la infancia. El proceso de recuperación debe iniciarse desde el mismo momento que se contacta con el Sistema Sanitario.<sup>[3]</sup>





Esta LO, además se relaciona con los compromisos y metas del Pacto de Estado contra la violencia de género y tiene en cuenta las formas de violencia que las niñas sufren específicamente por el hecho de ser niñas, e incide en que sólo una sociedad que educa en respeto e igualdad será capaz de erradicar la violencia hacia las niñas.

La LOPIVI establece, además, el **deber de comunicación cualificado** de profesionales del ámbito sanitario (entre otros) cuando adviertan indicios de la existencia de una posible situación de violencia en una persona menor de edad; estos casos deberán comunicarse de forma inmediata a los servicios sociales competentes. Además, cuando de dicha violencia pudiera resultar que la salud o la seguridad del niño, niña o adolescente se encontrase amenazada, deberán comunicarlo de forma inmediata a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (FFCCSS) y/o al Ministerio Fiscal.

## 2. OBJETIVOS DEL PROTOCOLO

Establecer las pautas de actuación ante la sospecha de violencia en una persona menor de edad desde los servicios sanitarios, y las vías de comunicación y actuación coordinada con el resto de profesionales que intervienen: Servicios Sociales Municipales (SSM), Dirección General de Protección a la Infancia y las Familias del Gobierno de Canarias (DGPIF), Instancias Judiciales, Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IMLCF), Fiscalía y FFCCSS.

Debemos hacer especial hincapié en los siguientes aspectos:

- **Sensibilización** de profesionales y de la ciudadanía.
- **Prevención** de la violencia desde la **promoción** del buen trato y la detección de factores de riesgo.
- Mejora de la **detección** y la **actuación** sanitaria ante la violencia en la infancia y la adolescencia en la Comunidad Autónoma de Canarias, evitando la victimización secundaria y garantizando el buen trato y la pronta protección de las personas menores víctimas de violencia.
- Establecimiento de nuevas líneas de **coordinación** interinstitucional reduciendo el número de intervenciones con la persona menor de edad víctima de violencia.
- **Protección** a la persona menor de edad, con la adopción, en su caso, de las medidas que precise, procurando la **intervención inmediata** y la omisión de dilaciones innecesarias.

Para garantizar la implementación de este Protocolo las Instituciones implicadas deberán mejorar la dotación de los recursos humanos y materiales necesarios.

## 3. MARCO NORMATIVO DE REFERENCIA

### ***A nivel internacional:***

- Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. Disponible en [https://www.boe.es/eli/es/ai/1989/11/20/\(1\)](https://www.boe.es/eli/es/ai/1989/11/20/(1))

- Informe del experto independiente para el estudio de la violencia contra los niños, de las Naciones Unidas, de fecha 29 de agosto de 2006. Disponible en [Stpu \(observatoriodelainfancia.es\)](http://observatoriodelainfancia.es)

- Las Observaciones del Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas. Disponible en [Observaciones generales | OHCHR](#)



### ***A nivel Europeo:***

- La Recomendación (85) 4, adoptada por el Comité de Ministros del Consejo de Europa el 26 de marzo de 1985, sobre la violencia dentro de la familia. Disponible en [09000016804f120d \(coe.int\)](https://www.coe.int/t/09000016804f120d)
- La Recomendación (87) 21, adoptada por el Comité de Ministros del Consejo de Europa el 17 de septiembre de 1987, sobre la asistencia a las víctimas y la prevención de la victimización. Disponible en [09000016804e24dc \(coe.int\)](https://www.coe.int/t/09000016804e24dc)
- La Carta Europea de los Derechos del Niño (1992). Disponible en [Carta Europea de los Derechos del Niño \(DOCE nº C 241, de 21 de Septiembre de 1992\). \(bienestaryproteccioninfantil.es\)](https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/Documentos/09000016804e24dc)
- Convenio sobre la ciberdelincuencia, hecho en Budapest el 23 de noviembre de 2001. Disponible en [BOE-A-2010-14221 Instrumento de Ratificación del Convenio sobre la Ciberdelincuencia, hecho en Budapest el 23 de noviembre de 2001.](https://www.boe.es/boe/BOE-A-2010-14221)
- El Convenio para la protección de los niños contra la explotación y el abuso sexual, hecho en Lanzarote (2007). Disponible en [BOE-A-2010-17392 Instrumento de Ratificación del Convenio del Consejo de Europa para la protección de los niños contra la explotación y el abuso sexual, hecho en Lanzarote el 25 de octubre de 2007.](https://www.boe.es/boe/BOE-A-2010-17392)
- Directiva relativa a la lucha contra los abusos sexuales, la explotación sexual de los niños y la pornografía infantil, aprobada el 27 de octubre de 2011 por el Parlamento Europeo. Disponible en [BOE.es - DOUE-L-2011-82637 Directiva 2011/93/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 13 de diciembre de 2011, relativa a la lucha contra los abusos sexuales y la explotación sexual de los menores y la pornografía infantil y por la que se sustituye la Decisión marco 2004/68/JAI del Consejo.](https://www.boe.es/boe/BOE.es - DOUE-L-2011-82637)
- La Directiva 2012/29/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 25 de octubre de 2012, por la que se establecen normas mínimas sobre los derechos, el apoyo y la protección de las víctimas de delitos. Disponible en [Directiva 2012/29/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 25 de octubre de 2012, por la que se establecen normas mínimas sobre los derechos, el apoyo y la protección de las víctimas de delitos, y por la que se sustituye la Decisión marco 2001/220/JAI del Consejo \(boe.es\)](https://www.boe.es/boe/BOE.es - DOUE-L-2012-24646)
- El Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (2011), en vigor desde el 1 de agosto de 2014. Disponible en [1680462543 \(coe.int\)](https://www.coe.int/t/0900001680462543)

### ***A nivel nacional:***

- La Constitución Española recoge que los poderes públicos tienen la responsabilidad de la protección integral de niños y niñas (artículo 39). Disponible en [Constitución Española. \(boe.es\)](https://www.boe.es/boe/BOE.es - DOUE-L-2011-82637)
- El Código Civil incluye en su regulación el abordaje de las situaciones en las que se pueda producir el incumplimiento o el imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de menores, cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material. Disponible en [2011-0701\\_Libro.indb \(mjusticia.gob.es\)](https://www.mjusticia.gob.es/Documentos/2011-0701_Libro.indb)
- La Ley de Enjuiciamiento Criminal (LECrim) y la Ley de Protección de Testigos incluyen una serie de medidas de protección de testigos que afectan a la declaración de las personas menores víctimas de violencia. Disponibles en [Real Decreto de 14 de septiembre de 1982 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal. \(boe.es\)](https://www.boe.es/boe/BOE.es - DOUE-L-2011-82637)
- La LO 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. El Código Penal tipifica los delitos relacionados con los malos tratos a la infancia. Disponible en [BOE-A-1995-25444 LO 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.](https://www.boe.es/boe/BOE.es - DOUE-L-2011-82637)
- La LO 1/1996, del 15 de Enero, de Protección Jurídica del Menor, de Modificación Parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, recoge el marco normativo para las distintas



Comunidades Autónomas que poseen las competencias en temas de protección de las personas menores, a la hora de declarar medidas de protección (riesgo o desamparo) en casos de violencia infantil. Disponible en [BOE-A-1996-1069 LO 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.](#)

- La LO 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Disponible en [BOE-A-1999-23750 LO 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.](#)

- La Ley de Autonomía del Paciente (Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica). Disponible en [BOE-A-2002-22188 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.](#)

- La LO 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, reconoce en su Exposición de Motivos que “las situaciones de violencia sobre la mujer afectan también a los/las menores que se encuentran dentro de su entorno familiar, víctimas directas o indirectas de esta violencia”. Disponible en [BOE-A-2004-21760 LO 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.](#)

- La Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito, establece medidas específicas de protección para las niñas y los niños. Disponible en [BOE-A-2015-4606 Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito.](#)

- Las modificaciones introducidas por la Ley 26/2015 de 28 de julio y la LO 8/2015 de modificación del sistema de protección de la infancia y la adolescencia. Disponible en [BOE-A-2015-8470 Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.](#)

- La LO 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Disponible en [BOE-A-2018-16673 LO 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.](#)

- La LO 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. Disponible en [BOE-A-2021-9347 LO 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia.](#)

- La LO 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual. Disponible en [BOE-A-2022-14630 LO 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual.](#)

- La LO 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la LO 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Disponible en <https://www.boe.es/eli/es/lo/2023/02/28/1/con>

### **A nivel de Canarias:**

- Ley 1/1997, de 7 de febrero, de Atención Integral a los Menores, establece la distribución de funciones y competencias de atención a los menores de las Administraciones Públicas Canarias, la regulación de las medidas y actuaciones administrativas de prevención, en situación de riesgo, de amparo e integración social de los mismos, así como el régimen de colaboración y participación social en estas actividades. Disponible en [BOE-A-1997-5498 Ley 1/1997, de 7 de febrero, de Atención Integral a los Menores.](#)

- La Ley 6/2019, de 2 de mayo, de Servicios Sociales en Canarias. “La presente ley tiene por objeto: Promover y garantizar en la Comunidad Autónoma de Canarias el derecho de acceso, en condiciones de igualdad, a un sistema público de servicios sociales de carácter universal (...) que dé respuesta a las necesidades de las personas, las familias (...) garantizando una atención integrada y coordinada respecto de todas las actuaciones públicas en materia de servicios sociales (...) A tal fin, se establecerán los mecanismos necesarios para promover el trabajo en red (...) asegurando unas condiciones de vida dignas y adecuadas a todas las personas”. En base a esta Ley se crea el Catálogo de Servicios. Disponible en [Disposición](#)



[8794 del BOE núm. 141 de 2019](#)

- Instrucción 12/16 del Director del Servicio Canario de la Salud (SCS) por la que se adoptan las medidas necesarias para la implantación en el SCS del informe social y del documento de coordinación sociosanitaria en el ámbito asistencial. Disponible en [Instruccion\\_12\\_16.pdf \(gobiernodecanarias.org\)](#)

- Instrucción 4/2019 del Director del SCS por el que se establece y regula el modelo del **parte de lesiones** para la comunicación al juzgado de la asistencia sanitaria prestada por lesiones que pudieran ser constitutiva de falta o delito y, en el caso de violencia contra la Infancia y Adolescencia, el modelo de **Oficio de Notificación** a la DGPIF. Disponible en [Parte\\_Lesiones.pdf \(gobiernodecanarias.org\)](#)

#### 4. TIPOLOGÍA DE LA VIOLENCIA.

Según la LO 8/2021, de 4 de junio, de *protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia* (LOPIVI)<sup>[2]</sup>:

*“se entiende por **violencia toda acción, omisión o trato negligente que priva a las personas menores de edad de sus derechos y bienestar, que amenaza o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social, con independencia de su forma y medio de comisión, incluida la realizada a través de las tecnologías de la información y la comunicación, especialmente la violencia digital. En cualquier caso, se entenderá por violencia el maltrato físico, psicológico o emocional, los castigos físicos, humillantes o denigrantes, el descuido o trato negligente, las amenazas, injurias y calumnias, la explotación, incluyendo la violencia sexual, la corrupción, la pornografía infantil, la prostitución, el acoso escolar, el acoso sexual, el ciberacoso, la violencia de género, la mutilación genital, la trata de seres humanos con cualquier fin, el matrimonio forzado, el matrimonio infantil, el acceso no solicitado a pornografía, la extorsión sexual, la difusión pública de datos privados así como la presencia de cualquier comportamiento violento en su ámbito familiar**”.* La exposición a la violencia de género también se incluye entre las formas de maltrato infantil.

Según la OMS el término **“maltrato”** hace referencia a la violencia y la desatención de que son objeto las personas menores de 18 años en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder, incluyendo todos los tipos de maltrato físico o psicológico, violencia sexual (VS), negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad de la persona menor de edad, o poner en peligro su supervivencia. ***Aunque los términos violencia y maltrato se diferencian según el contexto o relación con la persona agresora, en este documento se utilizarán de forma indistinta.***

**Tabla 1: Tipología de la violencia**

<b>Clasificación de la Violencia sobre la Infancia y la Adolescencia</b>	
Tipos de violencia	Negligencia
	Violencia emocional o psicológica
	Violencia física
	Violencia sexual
	Trata y explotación infantil (incluyendo la explotación sexual)
	Violencia de género
	Mutilación genital femenina (MGF)
	Violencia perinatal/prenatal



	Violencia entre personas menores de edad
	Trastorno facticio inducido por la persona cuidadora (antiguo Síndrome de Munchausen por poderes)
	Violencia a través de TIC
	Violencia ejercida desde las instituciones (victimización secundaria)
	Otras prácticas que afectan a la salud, integridad o derechos de las personas menores de edad (ej. matrimonio forzado o precoz, violencia de odio y discriminación, etc.)
Entorno dónde se produce la violencia	Familiar
	Extrafamiliar

Modificado de: Protocolo común de actuación sanitaria frente a la violencia en la infancia y la adolescencia. (2023)<sup>[4]</sup>

A continuación se detallan los tipos de violencia. Los indicadores asociados a cada una de ellos se especifican en el apartado de [detección](#).

- **Violencia física**

Toda acción de carácter físico no accidental que provoque lesiones físicas/enfermedad en el/la menor o le exponga al riesgo de padecerlas. Incluye *los castigos físicos*.

- **Violencia emocional o psicológica**

Toda acción, normalmente de carácter verbal, o toda actitud hacia un/a menor que provoquen, o puedan provocar en él/ella, daños psicológicos. Incluye *los castigos humillantes o denigrantes, el trato vejatorio u ofensivo, las amenazas, injurias y calumnias, el acoso escolar, la difusión pública de datos privados, la exposición a comportamiento violento en su ámbito familiar como la **violencia de género***.

El acoso escolar es una exposición, del alumno o alumna, de forma repetida y durante un tiempo a acciones negativas que llevan a cabo otro u otros alumnos o alumnas.

- **Violencia sexual**

Cualquier comportamiento en el que una persona menor es utilizada por una adulta u otra menor como medio para obtener estimulación o gratificación sexual a través de actos de naturaleza sexual no consentidos, en cualquier ámbito público o privado, que condicionan el libre desarrollo de la vida sexual .

*Incluye el abuso y la agresión sexual, la corrupción, la pornografía infantil, la prostitución, el acoso sexual, el ciberacoso sexual, la mutilación genital, el acceso no solicitado a pornografía, la extorsión sexual, el matrimonio forzado, el matrimonio infantil o cualquier otro tipo de violencia recogida en la normativa que esté vigente orientados específicamente a proteger la indemnidad y libertad sexual de las personas menores de edad.*

Se incluyen las **mutilaciones** o daños físicos en órganos de claro significado sexual, como la mutilación del clítoris, los labios menores o mayores; así como la mutilación de mamas o la presión con objetos que impidan su crecimiento, etc.

En esta forma de violencia también caben las siguientes situaciones:

- La no aceptación de la identidad sexual, incluidas la transexualidad y transgénero de un niño/a o adolescente.
- La no aceptación de la homosexualidad o la bisexualidad en la infancia o la adolescencia.



- La negación a las personas con discapacidad de la educación sexual y los derechos sexuales que podrían hacer efectivos si recibieran las ayudas adecuadas.

Hay que tener en cuenta que no cabe consentimiento en menores de 16 años, salvo una relación entre iguales y sin asimetría de edad o madurez. Además, existe una protección reforzada cuando la víctima tiene entre 16 y 18 años, si existe un abuso de superioridad o de vulnerabilidad de la víctima.

El artículo 183 bis del Código Penal<sup>[5]</sup>, en el caso de **menores de 16 años**, establece que, salvo en los casos en que concurra violencia o intimidación, el libre consentimiento del menor de dieciséis años excluirá la responsabilidad penal por los delitos previstos en este capítulo cuando el autor sea una persona próxima al menor por edad y grado de desarrollo o madurez física y psicológica.

Lo anterior no impide que los y las profesionales sanitarios, a fin de evitar la ruptura de la posible alianza terapéutica con menores de 16 años, pongan de manifiesto su parecer cualificado evitando en estos casos que, la obligada comunicación adopte la forma de denuncia.

En relación a la mutilación genital femenina, en los casos que se detecte, se deberá tener en consideración también como apoyo:

- [Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina \(MGF\)](#).  
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015<sup>[6]</sup>.
- [Atención gineco-obstétrica a la mujer gestante y puérpera en procesos migratorios](#). SCS; 2021<sup>[7]</sup>.
- [Protocolo de Atención Sanitaria a Menores Migrantes \(Infancia en Movimiento\)](#). SCS; 2023<sup>[8]</sup>.

Como apoyo a la valoración de la violencia sexual, se dispone de:

- [Guía de Pautas Básicas Comunes del Sistema Nacional de Salud \(SNS\) para la actuación sanitaria ante Violencia Sexual](#) Ministerio de Sanidad 2023<sup>[9]</sup>.
- [Protocolo de actuación médico-forense ante la violencia sexual en los IMLCF](#). Ministerio de Justicia 2021<sup>[10]</sup>.
- [Protocolo de atención a mujeres víctimas de agresión sexual](#). SCS 2021<sup>[11]</sup>.
- [Guía de actuación en la atención a menores víctimas en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses](#). Ministerio de Justicia 2018<sup>[12]</sup>.
- **Negligencia**  
Dejar o abstenerse de atender las necesidades físicas o psicológicas de la persona menor de edad y los deberes de guarda y protección, que comporten un perjuicio para su salud física o emocional cuando se estime, por la naturaleza o por la repetición de los episodios, la posibilidad de su persistencia o el agravamiento de sus efectos, o su cuidado inadecuado.
- **Trata y explotación infantil**





Se entiende por trata de seres humanos el proceso consistente en captar, trasladar, acoger, entregar o transferir el control sobre una persona, empleando violencia, intimidación o engaño, o abusando de una situación de superioridad, necesidad, vulnerabilidad de la víctima, o mediante la entrega o recepción de pagos o beneficios para lograr el consentimiento de la persona que poseyera el control sobre la víctima, con la finalidad de someterla a explotación.

En este concepto de explotación se incluyen: la esclavitud, la servidumbre, los trabajos o servicios forzosos; la mendicidad; la realización de actividades delictivas; la prestación de servicios sexuales o reproductivos; la extracción de órganos o fracción o de tejidos corporales y la celebración de matrimonios o uniones de hecho forzadas, conforme a cualquier rito. Se dispone del documento de [Actuación sanitaria frente a la trata con fines de explotación sexual anexo al Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género en el SNS](#). Ministerio de Sanidad 2017 <sup>[13]</sup>.

- **Violencia de género**

El marco legislativo reconoce la condición de víctimas directas de violencia de género a personas menores, por el solo hecho de vivir en un entorno con dicha violencia, ya que esta circunstancia supone un maltrato psicológico en todos los casos, al que se puede añadir un maltrato físico y sexual sobre la propia persona menor de edad por parte del maltratador.

Además, la violencia de género también puede manifestarse entre parejas o exparejas adolescentes, así como en mujeres jóvenes por parte de otros hombres que no son su pareja.

En cualquier tipo de violencia, si estuviera relacionado con violencia de género, como apoyo se dispone del [Protocolo de detección y actuación sanitaria ante la violencia de género en Atención Primaria \(AP\)](#). SCS (2023) <sup>[14]</sup> y el [Protocolo de Coordinación Interinstitucional para la Atención de las Víctimas de Violencia de Género en la Comunidad Autónoma Canaria](#) (2018) <sup>[15]</sup>.

- **Violencia prenatal y perinatal**

Se considera maltrato prenatal y perinatal aquellas acciones u omisiones de la gestante o su entorno, que influyen negativa o patológicamente en el embarazo y en el periodo perinatal, poniendo en peligro la salud del feto o le causen, directa o indirectamente, un daño. Se considera también maltrato prenatal y perinatal todo maltrato ejercido a una gestante.

- **Trastorno facticio inducido por la persona cuidadora** (antiguo Síndrome de Munchausen por poderes).

Se refiere a situaciones clínicas en las que una persona menor recibe atención médica innecesaria y dañina o potencialmente dañina, debido a las acciones manifiestas de una persona responsable, incluida la exageración de los síntomas, mentir sobre la historia o simular hallazgos físicos (fabricación), o inducir intencionalmente la enfermedad en esta. La diferencia más significativa con otras formas de maltrato es la participación de profesionales de atención sanitaria como instrumentos involuntarios.

En la práctica clínica, cuando los hallazgos encontrados no coinciden con los esperados, se debe valorar si la atención que está recibiendo la persona menor de edad le puede causar daño potencial o real, siendo importante recoger información de otros centros asistenciales a los que se ha podido acudir. Identificar y responder a esta



compleja forma de maltrato infantil requiere una intervención multidisciplinar y coordinada.

- **La violencia ejercida desde las instituciones.**

La disfunción de las instituciones y administraciones, así como el difícil acceso a los servicios de atención a las víctimas y las trabas burocráticas dificultan el ejercicio de los derechos de la persona menor de edad. En el ámbito sanitario, la no adaptación de las instalaciones, procedimientos o de las actuaciones profesionales a los derechos, etapa del desarrollo, discapacidad, características personales y estado emocional de la víctima de cualquier forma de violencia, así como la falta de formación que puede conllevar a la dificultad en el diagnóstico (infradiagnóstico) y en el resto de actuaciones (notificación, intervención y seguimiento), pueden suponer trabas de acceso así como contribuir a la revictimización o a la victimización secundaria, que finalmente acarrea la desprotección de las víctimas.

*Revictimización: hace referencia a una situación en la que la persona es víctima de más de un delito penal durante un período de tiempo específico e incluye, en particular, situaciones en las que es víctima de delitos penales de naturaleza similar.*

*Victimización secundaria: ocurre, no como resultado directo del delito penal, sino como resultado de una respuesta inadecuada de las instituciones públicas o privadas y otros individuos a la situación de violencia sufrida.*

**Además de los anteriores tipos de violencia se dan otras prácticas que afectan a la salud, integridad o derechos de las personas menores de edad como:**

**La sumisión y/o vulnerabilidad química (SVQ).** Incluye la sumisión química (SQ) cuando se administran sustancias psicoactivas de forma subrepticia con la finalidad de anular la voluntad de la persona para cometer un hecho delictivo y la vulnerabilidad química (VQ) cuando por el consumo voluntario de alcohol, otras drogas, o medicamentos se encuentran disminuidas las capacidades, circunstancia que es aprovechada por el agresor para la comisión del delito. Se dispone de la [Guía de buenas prácticas para la actuación forense ante la víctima de un delito facilitado por sustancias psicoactivas: intervención ante la sospecha de sumisión química](#) Ministerio de Justicia (2022)<sup>[16]</sup>.

**Agresión a adolescentes por objeto punzante (“pinchazo”).** Se dispone del documento de [Pautas básicas comunes del SNS para la actuación sanitaria ante casos de agresión a mujeres por objeto punzante \(“pinchazo”\) en contextos de ocio](#) Ministerio de Sanidad (2022)<sup>[17]</sup> y aplicable también a menores de edad.

- **Violencia de odio**

Fomentar, promover, incitar directa o indirectamente al odio, hostilidad, discriminación o violencia por razón de su confesión religiosa, origen étnico o nacional, orientación sexual o identidad de género, enfermedad, discapacidad, etc.

**Es importante tener en cuenta que pueden coexistir distintos tipos de violencia**



## 5. PAUTAS DE ACTUACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO ANTE LOS CASOS DE VIOLENCIA INFANTIL Y ADOLESCENCIA

### 5. 1. Detección

Detectar significa “reconocer o identificar la existencia de una posible situación de violencia en una persona menor de edad”. **La detección es el primer paso** para poder intervenir y posibilitar la ayuda a las personas menores de edad y a sus familias, dar la oportuna atención, activar las medidas de protección en el caso de que se requiera, minimizar las consecuencias, tratar las secuelas y prevenir las recurrencias, por lo que la detección **debe ser lo más precoz posible** y debe incluir aquellas situaciones donde exista violencia, pero también en aquellas en las que exista riesgo de que pueda llegar a producirse. La detección de violencia en una persona menor, implica **siempre la valoración de otras personas menores del mismo hogar**.

#### ¿Quién puede detectar?

- Cualquier persona que fuera testigo o tuviera conocimiento del presunto maltrato en el entorno de la persona menor.
- Las personas menores de edad afectadas.
- Todo profesional de servicios sociales, de educación, sanitario, de las FFCCSS, de ocio y tiempo libre, de centros y hogares de protección de menores etc. que esté en contacto con la persona menor de edad.

#### ¿Cómo detectar?

Podemos encontrarnos con dos situaciones bien diferenciadas:

- La presencia de indicadores detectados en las consultas habituales: programada, demanda, servicios de urgencias, etc.
- Una consulta explícita por violencia, verbalizada por la persona menor o personas cuidadoras/acompañantes.
- Lesiones altamente específicas.

Los y las profesionales sanitarios/as deberán estar siempre alerta y tener en cuenta la presencia de factores de riesgo e indicadores de violencia/maltrato durante los diferentes momentos en los que se produce este encuentro con los servicios sanitarios ([tabla 2](#)). Dentro de éstos, la AP ocupa un lugar privilegiado para la detección, especialmente durante la primera infancia (antes de la escolarización obligatoria), en la que los servicios sanitarios pueden ser la única relación de la persona menor fuera del ámbito familiar. Los servicios de urgencias hospitalarios y extrahospitalarios son también un lugar estratégico para la detección del maltrato en la infancia y adolescencia.



**Tabla 2**

Control del embarazo. Preparación al parto. Nacimiento. Consultas programadas en el Programa de Salud Infantil. Consultas a demanda por un problema de salud. Visitas domiciliarias. Servicios de Urgencia. Atención de enfermedades crónicas en consultas hospitalarias. Hospitalización. Unidades de Salud Mental (USM). Unidades de Atención Temprana (UAT).
---

Cualquier profesional de la salud, tanto de AP como Atención Hospitalaria (AH), puede detectar una situación de violencia en una persona menor y tiene el deber de comunicarlo (Ley 8/2021)<sup>[2]</sup> activando el [procedimiento](#) que corresponda según la situación de violencia y la seguridad de la persona menor de edad.

*En la Unidad de Trabajo Social hospitalaria habrá un/a profesional de trabajo social con dedicación prioritaria a la atención a las situaciones de violencia en la infancia y adolescencia.*

<p><b><i>Cabe destacar que durante todo el proceso de atención a las personas menores que presenten indicios o indicadores de violencia. es IMPRESCINDIBLE la intervención de trabajo social sanitario desde su detección.</i></b></p>
--

### **5.1.1 Indicadores de violencia**

Para la detección de una supuesta situación de violencia contamos con indicadores, que son aquellos signos y síntomas que presentan las personas menores y que nos deben alertar de una posible presencia de violencia.

La constatación de un único indicador no prueba la existencia de una situación de violencia ejercida sobre la persona menor. Según la evidencia actual y la experiencia acumulada, no podemos asegurar que unos indicadores tengan más valor que otros; sin embargo, la presencia reiterada de uno de ellos, o el acúmulo de varios indicadores, así como la presencia de lesiones serias o específicas, nos deben alertar, ya que incrementa el riesgo de sufrirla.

Es recomendable observar y recoger en consulta datos sobre la exploración clínica de la persona menor, sobre su conducta y la de sus cuidadores/as y/o acompañantes, de cómo se relacionan entre sí, así como de la situación familiar y social.



**Tabla 3**

<b>NEGLIGENCIA</b>	
<b>INDICADORES</b>	<b>Descripción</b>
<b>Indicadores físicos en las personas menores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Higiene deficiente. Ropa inadecuada para las condiciones climáticas.</li> <li>● Retraso del crecimiento.</li> <li>● Desnutrición por falta de aportes adecuados a la edad y las necesidades, una vez descartadas otras causas.</li> <li>● Accidentes reiterados por falta de supervisión.</li> <li>● Falta de vacunaciones y de cuidados sanitarios.</li> <li>● Retraso en cualquiera de las áreas del desarrollo por falta de estimulación.</li> <li>● Alimentación y/o hábitos horarios inadecuados.</li> <li>● Heridas, lesiones o marcas. Síntomas de enfermedades ocasionadas por el maltrato.</li> </ul>
<b>Indicadores comportamentales en la persona menor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Somnolencia, apatía, depresión, agresividad, tristeza, comportamiento antisocial.</li> <li>● Conductas y expresiones impropias de su edad.</li> <li>● Participa en actividades delictivas.</li> <li>● Fracaso y/o absentismo escolar, retraso en el lenguaje.</li> <li>● Dice que no hay quien le cuide.</li> <li>● Inmadurez emocional; retraso madurativo global.</li> </ul>
<b>Indicadores de la persona sospechosa de ejercer la violencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● No escolarizar al menor a su cargo en relación a su edad.</li> <li>● Consumo de tóxicos durante la gestación y/o posteriormente.</li> <li>● Falta de supervisión parental.</li> <li>● Toleran todos los comportamientos del niño/a sin ponerle ningún límite</li> <li>● Padres y madres ausentes en su función parental.</li> <li>● Consultas frecuentes a los servicios de urgencia por falta de seguimiento médico.</li> <li>● Enfermedad crónica llamativa que no genera consulta médica.</li> <li>● Ausencia de cuidados sanitarios rutinarios (no proporcionar la medicación a su tiempo y con las dosis indicadas, no consultar o demorar su asistencia a un centro sanitario cuando se muestran estados de salud deficientes o no asistencia a visitas programadas...)</li> <li>● Acudir a consulta sin motivo aparente.</li> <li>● Imposibilidad de recabar datos de la vida familiar en la entrevista clínica</li> <li>● Cambios frecuentes de profesionales.</li> <li>● Falta o inadecuación de cuidados y atención de las necesidades especiales por padecer enfermedad crónica o falta de información tras ingresos/consultas hospitalarias.</li> <li>● Separaciones conflictivas de padres y madres (utilización de los hijos/as en denuncias y acusaciones).</li> <li>● Violencia de género.</li> </ul>

Modificado de: Protocolo común de actuación sanitaria frente a la violencia en la infancia y la adolescencia (2023)<sup>[4]</sup>.



**Tabla 4**

<b>VIOLENCIA EMOCIONAL O PSICOLÓGICA</b>	
<b>INDICADORES</b>	<b>Descripción</b>
<b>Indicadores físicos en la persona menor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Desnutrición, fallo de medro y retraso de crecimiento.</li> <li>● Retraso psicomotor y madurativo. Puede ser debido a falta de estímulo.</li> <li>● Fragilidad cabello, alopecia.</li> <li>● Enfermedades y síntomas de origen psicosomático (cefalea, dolor abdominal, etc.).</li> </ul>
<b>Indicadores comportamentales en la persona menor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Tristeza, sin la presencia de otras posibles causas.</li> <li>● Desconfianza y apatía hacia la persona adulta.</li> <li>● Busca contactos físicos inapropiados.</li> <li>● Inhibición en el juego con otras personas menores.</li> <li>● Inmadurez socioemocional.</li> <li>● Baja autoestima, ánimo deprimido.</li> <li>● Carácter asustadizo, tímido, pasivo.</li> <li>● Disminución de la capacidad de atención.</li> <li>● Retraso en el lenguaje y/o fracaso escolar.</li> <li>● Trastornos de la conducta alimentaria, del sueño, o del control de esfínteres (enuresis, encopresis).</li> <li>● Trastornos relacionados con estructuras del pensamiento obsesivo, fobias, ansiedad, regresión, impulsividad, falta de control de sus conductas y falta de empatía y de mentalización propia y de las emociones de las otras personas.</li> <li>● Conductas de autolesión, ideación o intentos de suicidio.</li> <li>● Comportamientos antisociales, participa en actividades delictivas y/o practica conductas de riesgo para la salud (uso y/o abuso de tabaco, otras drogas, alcohol); actividad sexual temprana y sin medidas anticonceptivas, promiscuidad sexual, prostitución.</li> </ul>
<b>Indicadores de la persona sospechosa de ejercer la violencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Exhibe frialdad y falta de afecto en el trato hacia la persona menor</li> <li>● Rechazo verbal, insultos a la persona menor. Disciplina desproporcionada.</li> <li>● Obliga a practicar convicciones y creencias extremas (nutricionales, religiosas, culturales).</li> <li>● Niega atención médica, tratamientos o medidas preventivas en función de sus propias creencias.</li> <li>● Parece no preocuparse por los problemas del/la menor.</li> <li>● Tolerancia a todos los comportamientos sin poner límite alguno.</li> <li>● No acepta la iniciativa del menor; impide una mayor autonomía.</li> <li>● Aparta al menor de las interacciones sociales. Tiene un exceso de vida social o laboral, persona responsable ausente.</li> <li>● Alienta conductas delictivas; expone al menor a pornografía; premia conductas agresivas.</li> <li>● Exposición a situaciones de violencia o de riesgo (consumo de tóxicos)</li> <li>● Violencia de género.</li> </ul>

Modificado de: Protocolo común de actuación sanitaria frente a la violencia en la infancia y la adolescencia (2023)<sup>[4]</sup>.





Tabla 5

<b>VIOLENCIA FÍSICA</b>	
<b>INDICADORES</b>	<b>Descripción</b>
<b>Indicadores físicos en la persona menor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Las erosiones, equimosis o hematomas son las lesiones más frecuentes de maltrato físico seguidas de las fracturas. Debemos sospechar de los hematomas o magulladuras cuando:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Son múltiples o hay presencia frecuente y reiterada de lesiones (importante en &lt;3 años).</li> <li>○ Se encuentran en diferentes estadios evolutivos.</li> <li>○ Se localizan en zonas poco habituales o protegidas por la ropa (por ej. en nalgas, cara interna de muslos, espalda, tronco, genitales y orejas).</li> <li>○ Tienen formas geométricas o formas que delatan el objeto con el que se hizo.</li> <li>○ Hay equimosis en antebrazos o crestas iliacas como mecanismo de sujeción.</li> <li>○ Se encuentran en el cuero cabelludo asociados a lesiones intracraneales.</li> <li>○ Siempre que aparezcan en niños y niñas menores de 4 meses de edad.</li> <li>○ Lesiones centinela:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 0-6 meses: rasguños, quemaduras, lesiones orofaríngeas (rotura del frenillo, tanto labial como lingual).</li> <li>■ 6-12 meses: fracturas de huesos largos o craneales, hemorragias intracraneales.</li> <li>■ Menores de 24 meses: fractura de costillas, traumatismos abdominales, hemorragias subconjuntivales y lesiones genitales.</li> </ul> </li> <li>○ El acrónimo TEN- 4 FACES en menores de 4 años nos ayuda a recordar las localizaciones de hematomas más sugestivas de causa no accidental (<a href="#">ver ilustración 1</a>)</li> </ul> </li> <li>● Mordedura humana: la huella de una persona adulta tiene una separación mayor de 3 centímetros entre caninos.</li> <li>● Alopecia traumática por arrancamiento intencional localizada en la zona occipital o parietooccipital en diferentes estadios de evolución.</li> <li>● Quemaduras:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Se reconocen las señales claramente definidas del objeto que ha producido la quemadura por contacto (cigarrillos, plancha, etc.)</li> <li>○ Los bordes de la herida, tanto si es producida por escaldadura como por contacto, son nítidos y precisos, casi geométricos sin lesiones de salpicadura.</li> <li>○ Quemaduras indicativas de inmersión en agua caliente, que cubren toda la superficie de la mano (como un guante) o de los pies (como un calcetín) o quemaduras en forma de buñuelo en nalgas o genitales.</li> <li>○ Presencia de diferentes zonas quemadas y en diferentes fases de curación.</li> </ul> </li> <li>● Fracturas.               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cualquier fractura en un niño o niña que no camina.</li> <li>○ Fracturas múltiples o en distintos estadios de curación.</li> <li>○ Fractura metafisaria en niño/a menor de 1 año.</li> <li>○ Fractura diafisaria en espiral u oblicua de los huesos largos, sobre todo en menores de 3 años.</li> <li>○ Fracturas posteromediales de costillas en lactantes.</li> <li>○ Fracturas craneales: sobre todo si son bilaterales, complejas y de</li> </ul> </li> </ul>



	<p>trayecto anfractuoso, deprimidas o que atraviesan suturas. Si la energía del impacto es muy elevada, se asocian a hematomas subdurales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Heridas: en la boca, los labios, encías y ojos; en los genitales externos; en la parte posterior de los brazos, piernas o torso.</li> <li>● Trastorno facticio inducido por la persona cuidadora.</li> <li>● Lesiones internas como hematoma subdural o dural, hemorragias subaracnoideas, hemorragias retinianas, desprendimiento de retina, hematoma pulmonar, o de bazo, hemotórax, neumotórax o quilotórax, entre otras</li> <li>● Intoxicaciones</li> </ul>
<b>Indicadores comportamentales en la persona menor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Muestra cautela con respecto al contacto físico con personas adultas.</li> <li>● Parece tener miedo de su padre, madre o personas cuidadoras, de ir a casa, o llora cuando terminan las clases y tiene que irse del centro educativo.</li> <li>● Dice que la persona responsable de su cuidado o compañeros/as le han causado daño alguna vez</li> <li>● Va excesivamente vestido y se niega a desnudarse ante otros.</li> <li>● Siente inquietud desmedida por el llanto de otros niños/as.</li> <li>● Muestra conductas extremas (ej. agresividad o rechazo extremos).</li> <li>● Tendencia a la soledad y aislamiento.</li> </ul>
<b>Indicadores de la persona sospechosa de ejercer la violencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ha sido objeto de maltrato en su infancia.</li> <li>● Utiliza una disciplina severa, inapropiada para la edad, la falta cometida y condición de la persona menor de edad.</li> <li>● No da ninguna explicación con respecto a la lesión del niño/a o éstas son ilógicas, no convincentes o contradictorias.</li> <li>● Parece no preocuparse por el menor.</li> <li>● Percibe al niño/a de manera significativamente negativa, por ejemplo, le ve como malo, perverso, un monstruo, etc.</li> <li>● Abuso de alcohol u otras drogas.</li> <li>● Intenta ocultar la lesión o proteger la identidad de la persona responsable de ésta.</li> </ul>

Modificado de: Protocolo común de actuación sanitaria frente a la violencia en la infancia y la adolescencia (2023)<sup>[4]</sup>.

## Acrónimo: TEN-4-FACES-p

El acrónimo TEN-4-FACESp es una herramienta de decisión clínica para ayudar a evaluar cuándo es más probable que la presencia de hematomas sea por una causa no accidental en menores de 4 años de edad

<p><b>T</b>orso</p> <p><b>E</b>ars</p> <p><b>N</b>eck</p> <p>.....</p> <p><b>F</b>renillo</p> <p><b>A</b>ngulo mandibular</p> <p><b>C</b>heck (mejilla)</p> <p><b>E</b>yelids (párpados)</p> <p><b>S</b>ubconjuntival (hemorragia)</p> <p style="text-align: center; background-color: white; color: #f44336; padding: 5px;"><b>REGIONES</b></p>	<p>≤ 4 meses</p> <p>Cualquier hematoma, en cualquier sitio</p> <p style="text-align: center; background-color: white; color: #4caf50; padding: 5px;"><b>LACTANTES</b></p>	<p>Hematomas que siguen un Patrón</p> <p>Moretones con patrones específicos como bofetadas, marcas de agarre o bucles.</p> <p style="text-align: center; background-color: white; color: #2196f3; padding: 5px;"><b>PATRONES</b></p>
--	---	--

Modificado de TEN-4-FACESp (desarrollado y validado por Dra. Mary Clyde Pierce and colleagues)

Ilustración 1. Acrónimo TEN-4-FACES-p<sup>[18]</sup>



Tabla 6

<b>VIOLENCIA SEXUAL</b>	
<b>INDICADORES</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
<b>Revelación por parte de la víctima.</b>	El hecho de que una persona menor nos cuente que ha sido víctima de Violencia sexual es uno de los indicadores más potentes y específicos. Incluso si las explicaciones no son coherentes, se contradicen o se retracta de relatos anteriores.
<b>Indicadores físicos en la persona menor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Dolor, picor, sangrado o secreción en los genitales externos, zona vaginal o anal, excoriaciones en zona interior del muslo.</li> <li>● Erosiones, contusiones y hematomas en la zona genital, anal o en senos.</li> <li>● Sugilaciones en cuello o mamas.</li> <li>● Restos de semen, pelo púbico o antígenos específicos (por ejemplo, fosfatasa ácida), en boca, ano, genitales o ropa.</li> <li>● Infecciones de transmisión sexual (ITS).</li> <li>● Infecciones urinarias de repetición. Vulvovaginitis.</li> <li>● Cuerpos extraños en vejiga, vagina o ano.</li> <li>● Cérvix o vulva hinchados o rojos.</li> <li>● Engrosamiento de pliegues perianales.</li> <li>● Perianitis.</li> <li>● Verrugas perianales.</li> <li>● Fisuras anales únicas o múltiples, recurrentes, no secundarias a estreñimiento</li> <li>● Embarazo (especialmente al inicio de la adolescencia).</li> <li>● Dificultad para andar y sentarse, de causa desconocida.</li> <li>● Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada.</li> </ul>
<b>Indicadores comportamentales en la persona menor</b>	<p>Debemos conocer el desarrollo sexual normal para poder valorar adecuadamente las conductas inapropiadas que pueden estar relacionadas con VS. Los juegos sexuales infantiles implican actividades consentidas y apropiadas, cumplen funciones de satisfacer la curiosidad y aprender las diferencias sexuales e implican a niños y niñas del mismo nivel de desarrollo cognitivo.</p> <p>Los comportamientos sexuales inapropiados no siempre pueden atribuirse a VS. Sin embargo, cuando están presentes justifican una evaluación. Debemos considerar, además, otros estresores (maltrato emocional, maltrato físico, disfunción familiar, etc.) o exposición inapropiada a material sexualizado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Fuerte resistencia a la exploración de genitales.</li> <li>● Dice haber sido objeto de conductas compatibles con cualquier forma de violencia sexual.</li> <li>● Manifiesta conductas o conocimientos sexuales extraños, sofisticados, inusuales o impropias de la edad (masturbación compulsiva con objetos, caricias bucogenitales, pedir ser tocado en el área genital, conductas sexualmente seductoras, etc.).</li> <li>● Conocimiento sexual precoz e inapropiado para su edad.</li> <li>● Conductas sexualizadas o agresiones sexuales a otras personas menores.</li> <li>● Parece reservado, rechazante o con fantasías o conductas infantiles, e incluso puede parecer que tiene retraso madurativo o conductas regresivas.</li> <li>● Escasas relaciones con sus compañeros/as.</li> <li>● Trastornos del sueño y alimentación.</li> <li>● Síndrome de estrés postraumático.</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"><li>● Sintomatología psicosomática. Enuresis, encopresis.</li><li>● Baja autoestima. Terrores nocturnos.</li><li>● Ansiedad, depresión, disociación, autolesiones, ideación de intentos autolíticos</li><li>● Problemas de conducta, criminalidad y violencia.</li><li>● Promiscuidad sexual, prostitución masculina o femenina.</li><li>● Síntomas, signos, conductas o alteraciones inespecíficas que pueden aparecer como reacciones a situaciones de estrés: llanto, conductas regresivas, ansiedad, aislamiento, falta de autocontrol emocional, fobias repetidas y variadas, culpa o vergüenza extremas, desórdenes funcionales, agresiones, fugas, consumo excesivo de alcohol y/u otras drogas, conductas autodestructivas o intentos de suicidio, criminalidad, disminución del rendimiento escolar, etc.</li></ul>
<b>Indicadores de la persona sospechosa de ejercer la violencia</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Extremadamente protector o celoso de la persona menor.</li><li>● Aparentemente facilitador de las exploraciones, no ofrece explicaciones lógicas de las posibles lesiones; puede tener buena imagen social.</li><li>● Alienta a la víctima a implicarse en actos sexuales o prostitución en presencia de la persona sospechosa de ejercer la violencia.</li><li>● La expone a pornografía.</li><li>● Dificultades en las relaciones de pareja.</li><li>● Historias de infancia con presencia de maltrato físico, psicológico o sexual.</li><li>● Abuso de alcohol y/ u otras drogas.</li><li>● Frecuentemente está ausente en el hogar.</li><li>● Consumidor/a de prostitución.</li><li>● Ejerce o ha ejercido violencia de género.</li></ul>

Modificado de: Protocolo común de actuación sanitaria frente a la violencia en la infancia y la adolescencia (2023)<sup>[4]</sup>.



Tabla 7

<b>TRATA Y EXPLOTACIÓN INFANTIL</b>	
<b>INDICADORES</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
<b>Indicadores del control ejercido por las personas explotadoras</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Traslado a otras ciudades o países en muy corto espacio de tiempo y sin que la persona menor tenga claro dónde se encuentra ni cómo ha llegado.</li><li>● Presencia de una persona adulta que vigila y controla a una persona menor en la calle.</li><li>● Mediación por parte de una persona adulta que no tiene vínculos familiares con el menor para evitar su contacto con trabajadores/as sociales, policía o personal sanitario.</li><li>● Aparente fuga voluntaria de un Centro de Acogida.</li><li>● Falta de tiempo para que el menor interactúe, sin una persona adulta que le controle, con trabajadores/as de los servicios sociales o personal sanitario.</li><li>● Profunda preocupación por la falta de ingresos y temor a ser castigado por ello.</li><li>● Una tercera persona posee los documentos de identidad del menor.</li><li>● La persona que dice ser familiar responsable no comparte compatibilidad genética (ADN).</li><li>● Manifestar haber contraído una elevada deuda.</li><li>● Realiza actividades físicas o se encuentra en la calle durante espacios de tiempo prolongados en condiciones físicas o climatológicas muy severas.</li><li>● Muestra miedo o ansiedad, sobre todo en presencia del supervisor o de la persona o personas que lo acompañan.</li><li>● Declaraciones incoherentes o que indican adoctrinamiento.</li><li>● Las personas que acompañan muestran agresividad hacia la persona menor.</li><li>● Presenta heridas visibles.</li></ul>
<b>Indicadores del aislamiento de una persona menor debido a la presencia de las personas explotadoras</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Falta de conocimiento sobre cómo desarrollar solos/as una vida normal.</li><li>● Poco conocimiento del idioma local. Vida social muy limitada: falta de una red de amigos/as que no sean "familia".</li><li>● Aislamiento social y marginación.</li><li>● No conoce dónde se encuentra ni conoce su dirección.</li><li>● No tiene acceso, o tiene acceso limitado, a la comunicación.</li></ul>



<b>Indicadores de violencia, abuso o abandono</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Signos físicos de violencia.</li> <li>● Aspectos relacionados con el comportamiento de la persona menor:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Abuso habitual de sustancias estupefacientes, particularmente cocaína o similares.</li> <li>○ Tendencia a interactuar con otros/as como si constantemente necesitara superarles o demostrarles quién es el jefe/a.</li> <li>○ Cambios de comportamiento y actitud diferente con las distintas personas con que interactúa:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Rotundo rechazo a dialogar (mutismo, mantener distancias, etc.)</li> <li>■ Comportamiento extremadamente hostil y desafiante, tanto en el lenguaje corporal como hablado, parecido al que se encuentra en un ambiente adulto de delincuencia.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>● Indicadores de VS: <a href="#">ver apartado anterior</a></li> <li>● Estado de negación y descuido del cuidado personal o de las propias necesidades.</li> <li>● Muestra signos de miedo y ansiedad.</li> <li>● Hace declaraciones que son incoherentes.</li> <li>● Las personas que acompañan muestran agresividad hacia la persona menor.</li> <li>● Presenta heridas visibles.</li> <li>● Acude con frecuencia a urgencias por heridas, ITS, aborto, etc.</li> </ul>
---	--

Modificado de: Protocolo común de actuación sanitaria frente a la violencia en la infancia y la adolescencia (2023)<sup>[4]</sup>.

### 5.1.2 Diagnóstico Diferencial

Ante la presencia de los distintos tipos de indicadores, y dado que algunas lesiones pueden deberse a causas diversas, es fundamental realizar un **diagnóstico diferencial** que permita descartar, entre ellos, distintos tipos de violencia como causa o mecanismo de producción de los síntomas o signos detectados como de otras causas no relacionadas con violencia.

**Tabla 8**

<b>DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL</b>	
<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Diagnósticos diferenciales más comunes</b>
<b>Desnutrición</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Desnutrición por enfermedad neoplásica, infecciosa o malabsorción.</li> <li>● Negligencia.</li> </ul>
<b>Deshidratación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Deshidratación por pérdidas accidentales o enfermedad.</li> <li>● Negligencia.</li> </ul>
<b>Higiene deficiente reiterada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Vulnerabilidad social.</li> <li>● Negligencia.</li> </ul>
<b>Mordeduras</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mordedura animal.</li> <li>● Mordedura humana con una separación menor de 3 centímetros entre caninos (entre personas menores).</li> <li>● Violencia física.</li> </ul>
<b>Trastornos del nivel de conciencia</b> <b>Somnolencia, hipotonía.</b>  <b>Irritabilidad.</b> <b>Traumatismo craneoencefálico.</b> <b>Agresión física con objeto o contra superficies. Sacudida del cuello</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Aciduria glutárica.</li> <li>● BRUE (Brief Resolved Unexplained Event)<sup>[19]</sup></li> <li>● Enfermedad infecciosa o neurológica.</li> <li>● Intoxicación accidental (no reiterada).</li> <li>● Hemorragia cerebral accidental.</li> <li>● Administración accidental de tóxicos.</li> </ul>





	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Efectos secundarios de fármacos.</li> <li>● Negligencia.</li> <li>● Violencia física.</li> <li>● Violencia de género.</li> </ul>
<p><b>Ante la presencia de alguno de los indicadores de la <a href="#">tabla 4</a></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Enfermedades del neurodesarrollo.</li> <li>● Enfermedades orgánicas que condicionan alteración del desarrollo pondoestatural.</li> <li>● Rasgos de personalidad (timidez, rebeldía, desconfianza, agresividad, etc.).</li> <li>● Trastornos del apego por otras causas.</li> <li>● Trastornos de conducta de otro origen.</li> <li>● TDAH y TEA.</li> <li>● Depresión y ansiedad de otro origen.</li> <li>● Violencia emocional.</li> <li>● Violencia de género.</li> </ul>
<p><b>Equimosis Hematomas Sangrados Hemorragias retinianas Otras lesiones dermatológicas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Enfermedades hemorrágicas: deficiencias de factor VIII y IX, enfermedad de von Willebrand, trombocitopenia inmunitaria (PTI), anomalías de la función plaquetaria y trombocitopenia causada por leucemia u otras mielodisplasias.</li> <li>● Deficiencia de vitamina K.</li> <li>● Ingestión de salicilatos.</li> <li>● Vasculitis por inmunoglobulina A (púrpura de Schönlein-Henoch) y otras vasculitis.</li> <li>● Melanosis dérmica (anteriormente mancha mongólica).</li> <li>● Hemangiomas.</li> <li>● Hematomas y/o cicatrizaciones inusuales que pueden ser causados como resultado de la aplicación de terapias alternativas (ej.: digitopuntura).</li> <li>● Cefalohematoma con retraso en su resolución</li> <li>● Malaria cerebral.</li> <li>● Epidermólisis ampollosa distrófica.</li> <li>● Impétigo ampollar.</li> <li>● Violencia sexual.</li> <li>● Violencia física.</li> <li>● Negligencia.</li> <li>● Violencia de género.</li> </ul>
<p><b>Heridas (incisas, contusas, marcas, cicatrices) y fracturas.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Traumatismos accidentales.</li> <li>● Fracturas patológicas.</li> <li>● Insensibilidad congénita al dolor.</li> <li>● Síndrome de Ehlers-Danlos.</li> <li>● Sífilis congénita.</li> <li>● Displasias esqueléticas que condicionen aumento de fracturas como osteoporosis, osteogénesis imperfecta, hiperostosis cortical infantil (Enfermedad de Caffey).</li> <li>● Enfermedades onco-hematológicas (leucemia), tumores óseos o relacionados.</li> <li>● Síndromes genéticos más raros: Hipofosfatasa, enfermedad de Menkes, homocistinuria, etc.</li> <li>● Violencia sexual.</li> <li>● Violencia física.</li> <li>● Negligencia.</li> <li>● Violencia de género.</li> </ul>



<b>Alopecia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Alopecia areata.</li> <li>● Infecciones, micosis y parasitosis.</li> <li>● Violencia física.</li> <li>● Negligencia.</li> <li>● Violencia de género.</li> </ul>
<b>Quemaduras</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Lesiones accidentales.</li> <li>● Fitofotodermatitis.</li> <li>● Terapias complementarias y alternativas: moxibustión, etc.</li> <li>● Quemaduras químicas.</li> <li>● Violencia física.</li> <li>● Negligencia.</li> <li>● Violencia de género.</li> </ul>
<b>Infecciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Vaginitis, vulvitis y vulvovaginitis inespecífica.</li> <li>● Proctitis.</li> <li>● Dermatitis del pañal.</li> <li>● Perianitis estreptocócica.</li> <li>● Violencia sexual.</li> </ul>
<b>Lesiones anogenitales o urológicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Lesiones anogenitales accidentales*</li> <li>● Malformaciones congénitas o variantes anatómicas (sinequias vulvares, línea vestibularis).</li> <li>● Juegos sexuales en la infancia**</li> <li>● Cuerpo extraños.</li> <li>● Dermatitis inespecífica.</li> <li>● Pápulas perladas del pene.</li> <li>● Cuerpos extraños vaginales.</li> <li>● Protrusión piramidal perianal.</li> <li>● Surco perianal.</li> <li>● Diástasis anal.</li> <li>● Dilatación anal.</li> <li>● Otras condiciones gastrointestinales: enfermedad de Cröhn.</li> <li>● Otras condiciones anorectales: estreñimiento crónico. papilomas cutáneos anales, hemorroides, prolapso rectal, congestión venosa perianal por posición de litotomía prolongada.</li> <li>● Liquen escleroso.</li> <li>● Oxiuros.</li> <li>● Úlcera de Lipschütz y otras úlceras vulvares (Behcet, Epstein- Barr).</li> <li>● Prolapso uretral, sarcoma botrioide.</li> <li>● Violencia sexual.</li> </ul>

Modificado de: Protocolo común de actuación sanitaria frente a la violencia en la infancia y la adolescencia(2023)<sup>[4]</sup>.

**\* Lesiones accidentales anogenitales:** En general son lesiones superficiales de los genitales externos; el relato del mecanismo accidental se da de modo espontáneo y habitualmente solicitan atención médica rápidamente. Es necesario asegurar que la tipología de las lesiones es compatible con el mecanismo señalado y si hubiese duda, debe notificarse.

**\*\* Juegos sexuales en la infancia:** en ocasiones, se pueden producir consultas con relación a situaciones que pueden conducir a errores, en cuanto a la consideración de encontrarnos ante una posible VS. Los juegos sexuales infantiles cumplen funciones en el desarrollo infantil de satisfacer la curiosidad por su cuerpo del menor, aprender las diferencias sexuales, favorecer el adecuado



desarrollo socio-emocional, así como el aprendizaje de comportamientos. Resultan **inapropiados** cuando presentan alguna de las siguientes características:

- No existe similitud ni en edad ni en grado de madurez.
- No existe relación de afecto entre ellos.
- Existe imposición y la exploración no es mutua.
- Es vivida por los menores con tristeza, miedos, angustia, etc.
- Menor de 10 años, con masturbaciones muy frecuentes al día, en la que se daña y con posible introducción de objetos en vagina o ano.

Ante cualquiera de estas situaciones, los y las profesionales están obligados a comunicar la situación a través de las vías oficiales ([ver apartado de Notificación](#)).

Ante cualquier situación de detección/indicios de violencia se debe realizar una valoración biopsicosocial y, por otro lado, valorar el riesgo/seguridad de la persona menor y de otros menores que pudieran estar en el mismo núcleo familiar, considerando los indicadores y los factores de protección.

## **5. 2. Valoración e intervención**

Ante un caso de indicios/evidencia de violencia, deberemos realizar una valoración inicial biopsicosocial en la que se tengan en cuenta los aspectos clínicos, comportamentales, sociales y valoración del riesgo/seguridad del niño, niña o adolescente, para decidir el procedimiento a seguir. Este proceso debe atenerse a los principios de buenas prácticas hacia la infancia y la adolescencia:

- Respeto de los derechos del niño, niña o adolescente, especialmente a su derecho a ser informado, escuchado y participar en la toma de decisiones.
- Actuación basada en el interés superior de la persona menor de edad.
- Atención adaptada a las características del niño, niña o adolescente (grado de madurez, idioma, edad, discapacidad....)
- Reducción de la victimización secundaria.

### **5.2.1 Valoración social**

Trabajo social sanitario (TSS) realizará la valoración social considerando quiénes tienen la responsabilidad de la atención del/la menor, quiénes prestan la atención y cuidados que requiere y qué garantías de protección pueden asegurarse para la persona menor de edad y sus convivientes.

Para ello, explorará:

- La situación sociosanitaria: necesidad de cuidados de acuerdo a la edad y a la situación de salud. Posibles situaciones de discapacidad o dependencia (reconocidas o no).



- La Familia: unidad de convivencia, familiares responsables no convivientes, personas de especial relevancia, relaciones y dinámica familiares, antecedentes sociofamiliares.
- Provisión de cuidados: características de la/s persona/s cuidadora/s (actitud, habilidades para los cuidados que prestan...). Servicios y apoyos que se prestan desde los sistemas formal e informal. Ayudas técnicas. Organización de los cuidados.
- La actividad: escolarización, evolución en la escuela, actividad laboral (a partir de 16 años).
- El entorno: características de la zona de residencia y de la vivienda o alojamiento.
- Las condiciones favorecedoras personales, familiares y del entorno, existentes o potenciales, que pueden actuar como factores protectores para evitar recurrencias.

Se deben valorar las [Experiencias Adversas en la Infancia y las Experiencias Beneficiosas en la Infancia. \(Anexo 1\)](#) anteriormente conocidas como Factores de Protección.

Las Experiencias Adversas en la Infancia y Adolescencia, pueden agravar la situación de violencia y tener consecuencias sobre la salud física, mental y de relaciones sociales a lo largo de toda la vida. Así mismo, las Experiencias Beneficiosas en la Infancia, también conocidos como factores de protección, pueden amortiguar los efectos de la violencia ejercida contra la persona menor de edad y tener como resultado una mejor salud.

### **5.2.2. Anamnesis inicial**

La entrevista a los cuidadores y al niño, niña o adolescente es una parte fundamental de la valoración de una posible situación de violencia. Si la situación clínica lo permite, se realizará una entrevista inicial para valorar la necesidad de activar el protocolo de atención a personas menores de edad víctimas de violencia.

Un aspecto importante de una actuación no victimizante es evitar que deban repetir el relato del episodio ante los distintos profesionales: médicas/os asistenciales, médico/a forense y agentes de FFCCSS. Por ello, la entrevista tras la activación del protocolo será conjunta y es recomendable que quede registrada mediante técnicas de videograbación, especialmente en los casos de violencia sexual.

Es imprescindible garantizar un espacio donde la persona menor de edad pueda comunicarse compartiendo sus emociones, necesidades, miedos y expresar la violencia que ha sufrido (según la edad, la palabra podría no ser el mejor vehículo para comunicarse, pudiendo hacerlo con dibujos, juegos). Hay que crear un entorno lo más cálido y acogedor posible; en cualquier caso, en cada centro de salud u hospital se definirá el espacio más idóneo para la atención de los casos de violencia.

En los casos de violencia sexual y física en personas menores de edad es conveniente que la entrevista se realice a solas, sin la presencia de progenitores o personas acompañantes, ya que suelen expresarse con mayor libertad, y porque la violencia



sexual infantojuvenil es ejercida con mayor frecuencia en el ámbito intrafamiliar. No obstante, se preguntará a la persona menor de edad, en función de su madurez, si prefiere ser entrevistada en presencia, o no, de una persona de confianza.

La persona acompañante no podrá intervenir durante la entrevista, para que no influya en sus respuestas. En la historia debe quedar reflejado cómo se hace la misma (a solas o acompañada, indicando quién le acompaña).

Hay que respetar las preferencias de la persona menor de edad respecto al sexo de quien realiza la entrevista, si así lo manifestase y fuera posible. Antes de iniciar la entrevista, los diferentes profesionales se pondrán de acuerdo sobre cuál de ellos dirigirá la misma. En el caso de violencia sexual, es conveniente que dirija la entrevista el profesional más experto. Nunca se debe hacer la entrevista a solas con la víctima menor de edad, hay que requerir la presencia de otro sanitario.

- **Entrevista a las personas acompañantes:**

Se iniciará la entrevista para que aporten datos biográficos, de salud, del entorno familiar, etc. Se escuchará el relato del familiar o acompañante sin que el menor esté presente, prestando especial atención cuando se sospeche que la persona acompañante pudiera estar implicada. Se realizarán preguntas directas en relación a los antecedentes de la persona menor de edad y relativos al suceso.

- **Entrevista al niño, niña o adolescente:**

Se realizará en presencia del personal imprescindible.

Para evitar interrupciones de la entrevista, deberemos asegurarnos de contar con el material necesario para la exploración y para la recogida de muestras y evidencias forenses antes de iniciar el reconocimiento.

Se debe consensuar qué profesional iniciará la entrevista.

Se comenzará con preguntas generales, no relacionadas directamente con los hechos, pero de las que se pueda obtener información relevante para el examen médico y la investigación. Estas preguntas deben ayudar a proporcionar un clima de confianza y seguridad al niño, niña o adolescente.

La finalidad de esta entrevista es:

- **Informar a la persona menor de edad** según su edad y madurez, sobre las etapas del reconocimiento médico y las exploraciones que se realizarán, así como de cualquier otra actividad necesaria.
- **Obtener información médica y biográfica de la niña, niño o adolescente** para determinar su nivel de competencia lingüística y cognitiva, así como su grado de desarrollo.
- **Obtener información sobre los hechos**, especialmente en los casos de violencia sexual infantojuvenil, de manera que los datos obtenidos durante una sola entrevista sean útiles en los tres ámbitos: policial, médico asistencial y médico legal, evitando que la persona menor de edad tenga que repetir su relato. Después de la entrevista estructurada, cada profesional hará las preguntas necesarias para obtener información adicional.



La posibilidad de obtención de información sobre los episodios de violencia sufrida por las personas menores de edad está en relación a su desarrollo cognitivo, madurativo y habilidades lingüísticas. La información, de manera general, que se puede obtener dependiendo de la edad se detalla en la siguiente tabla:

**Tabla 9**

EDAD	QUIÉN	QUÉ	DÓNDE	CUÁNDO	NÚMERO DE VECES	CIRCUNSTANCIAS
3	✓	✓				
4-6	✓	✓	✓			
7-8	✓	✓	✓	✓		
9-10	✓	✓	✓	✓	✓	
11-12	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Walker y Wrightsman, 1991<sup>[20]</sup>

<b>SE RECOMIENDA DURANTE LA ENTREVISTA</b>	<b>SE DEBE EVITAR DURANTE LA ENTREVISTA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comenzar estimulando el relato libre “¿Sabes por qué estás hoy aquí?”.</li> <li>- Realizar preguntas abiertas que nos permitan dilucidar cuál es el problema, concretar el mecanismo de producción de las lesiones o contextualizar la situación detectada.</li> <li>- Formular las preguntas de una en una.</li> <li>- Dar tiempo a que conteste.</li> <li>- Si no hemos entendido algo, debemos pedirle que repita con frases del tipo “no he podido oír esto, ¿podrías repetirlo?” en vez de “entonces has dicho que...”</li> <li>- Intentaremos eliminar el sentimiento de culpa.</li> <li>- Hablar a la persona menor de edad a la misma altura, nunca por encima.</li> <li>- Agradecerle al final de la entrevista su colaboración; le diremos que ha sido muy valiente contando lo sucedido.</li> <li>- Tratar de reducir los sentimientos negativos que la revelación haya podido suscitar en la persona menor de edad: culpa, vergüenza, indicando que sus emociones son normales y que puede expresarlas, pero que en modo alguno ha sido responsable de lo sucedido.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Llamar al niño, niña o adolescente por un nombre equivocado.</li> <li>- Repetir preguntas o preguntar datos que ya disponemos.</li> <li>- Tocar continuamente al menor, acercarse demasiado o mirarle fijamente a los ojos.</li> <li>- Inducir respuestas.</li> <li>- Manifestar horror, desaprobar, etc. o expresar gestualmente.</li> <li>- Usar palabras como “fingir”, “mentir”, “imagina”...</li> <li>- Poner en duda lo que dice.</li> </ul>





### 5.2.3 Exploración física y psicológica

- Una vez finalizada la entrevista se explicará a la persona menor de edad que se va a proceder a la exploración física y a la toma de muestras, siempre en un lenguaje sencillo y adecuado a su edad y grado de madurez. La exploración física, en los casos de violencia sexual u otra forma de maltrato infantil grave, la realizarán siempre Médicas o Médicos adjuntos con experiencia, no debiendo ser realizada por Médicos y Médicas en proceso de formación sin la presencia de adjuntos.
- Antes del examen, se explicará a la persona menor de edad, de manera que le resulte comprensible en función de su edad y capacidades, quiénes son los miembros del equipo, qué función desempeña cada profesional, los objetivos del reconocimiento y las intervenciones que se van a llevar a cabo.
- Para la valoración de la violencia sexual, se recomienda que en cada centro hospitalario exista un área específica para la atención coordinada a víctimas de delitos contra la libertad sexual diseñada como un espacio amigable y protector.
- En el área de reconocimiento estarán presentes el menor número de profesionales necesarios en función de las intervenciones médicas y exámenes que sean pertinentes al caso: pediatra, ginecóloga/o, médico/a de urgencias, médica/o forense y persona acompañante.
- Si las circunstancias lo permiten, se respetarán las preferencias del niño, niña o adolescente en lo que se refiere al sexo del profesional médico que vaya a realizar la exploración.
- El personal de las FFCCSS que participe en la entrevista previa multidisciplinar, no estará presente en el reconocimiento médico, aunque podrán recopilar información relevante para la investigación después del examen.
- Es recomendable el uso de sistemas de grabación videográficos de las exploraciones y/o fotografiar las lesiones y hallazgos exploratorios de interés o que puedan ser considerados indicadores físicos de violencia sexual infantojuvenil (tras consentimiento informado si fuera preciso) y maltrato físico. Estos registros serán custodiados por el personal médico del IMLCF de acuerdo con los procedimientos que garanticen la seguridad y confidencialidad de los registros.
- Las exploraciones se realizan siguiendo los protocolos y recomendaciones técnicas según [Anexo 4](#).
- Es necesario que la persona menor de edad esté cómoda y se atiendan sus necesidades durante todo el examen.
- Durante el examen se tranquilizará al niño, niña o adolescente y se explicará



de manera clara y sencilla lo que se está haciendo en cada momento y las sensaciones que puede tener durante la exploración. Por ejemplo: “*ahora vamos a explorar tus brazos y tu tórax... ahora pasaremos a explorar tus piernas... voy a coger muestras con este palillo que se llama hisopo, puede que notes frío, cosquillas...*”).

- No se debe sedar a la persona menor de edad para facilitar la exploración. Es importante dedicar el tiempo necesario en la entrevista para tranquilizarla y eliminar sus miedos y ansiedad ante el examen médico. El uso de sedantes solo está justificado en casos de sospecha de lesiones graves o riesgo vital. La mera obtención de evidencia forense no justifica el uso de sedación.
- Previo a la exploración física y la toma de muestras para la detección de enfermedades de transmisión sexual, se valorarán qué muestras forenses son necesarias.
- Se revisará la lista de procedimientos, (Check list) en los [Anexos 6](#), [Anexo 7](#), para asegurarse de que se han realizado todas las intervenciones y se han recogido todas las muestras necesarias en caso de violencia física o sexual.
- Si se requiere administrar algún medicamento, se hará en el mismo lugar donde se realizó la exploración para evitar traslados innecesarios. Debemos prestar atención a las conductas (indicadores en el comportamiento) tanto de la persona menor de edad (se muestra tímido, asustadizo, rechaza el contacto físico, etc.), como de los/as acompañantes (muy vigilante del niño/a, manifiesta desprecio por el niño/a, utiliza una disciplina severa e inapropiada, etc.).

Debemos informar a progenitores o tutores legales de la situación, ***sin culpabilizar ni juzgar***, con actitud de colaboración y apoyo a las familias. En el caso de que tengamos indicios que éstos son los responsables de la violencia hacia la persona menor de edad, estableceremos la conveniencia de dar esta información.

#### **5.2.4 Valoración del Riesgo/Seguridad/Recurrencia**

Una vez que se haya detectado una situación o indicios de violencia contra una persona menor de edad, tras la valoración social y clínica (y la atención sanitaria urgente, si fuese necesario), deberemos evaluar la posibilidad de que dicha situación pueda hacer peligrar su integridad o su vida y también la de otras personas menores de edad convivientes. Para ello debemos estar atentos a una serie de **circunstancias** e **indicadores** en las que el peligro es muy probable:

- **Violencia extrema**: utilización de fuerza física que pueda provocar o haya provocado lesiones graves (fracturas, lesiones internas, quemaduras, etc.) o las haya sufrido con anterioridad.
- La presencia de **desnutrición o deshidratación** como resultado de negligencia.
- Edad: **menores de 6 años**.
- **Discapacidad** en la persona menor de edad: limitaciones físicas, intelectuales o



de salud mental.

- Síntomas en la persona menor de edad debidos al consumo de *drogas, alcohol o fármacos* potencialmente peligrosos no prescritos por un profesional sanitario.
- *Agresión sexual con violación.*
- La presencia de *violencia de género* en el hogar.
- Sufre o ha sufrido *amenazas directas de daño físico extremadamente grave*: exponer a la persona menor a situaciones muy peligrosas como, por ejemplo, colocarlo al borde de una ventana. Esto provoca un miedo intenso.
- *Sufre o ha sufrido amenazas de muerte*; las amenazas incluyen acciones que, de llevarse a cabo, producirían daño físico importante, incluso la muerte, como por ejemplo utilizar armas (cuchillo, escopeta); además del riesgo vital, le producen un miedo intenso.
- Ha sido *abandonada* en la calle o en el hospital.
- Ha sufrido *confinamiento o restricción física.*
- *Expulsión o negación a la entrada en el domicilio*, con agravamiento si se trata de menores de 12 años.
- *Corrupción*: inducción a la delincuencia, a la violencia. Modelos parentales gravemente asociales.
- *Mendicidad*: obligan a la persona menor de edad a ejercer la mendicidad.
- *Explotación laboral.*
- Consumo de *alcohol o drogas por parte de progenitores o cuidadores.*
- *Actos violentos graves* intrafamiliares.

Esta situación de peligro se puede agravar aún más si existiera resistencia a la intervención o indicadores comportamentales que nos hagan sospechar que sus progenitores o personas que proporcionan cuidados a la menor tuvieran alguna implicación en la autoría.

Estos indicadores no deben sustituir al criterio de los y las profesionales, fundamentado en la entrevista y la valoración biopsicosocial realizada. No obstante, ante cualquier duda, se recomienda activar a través del 112 a la UFAM o EMUME, quien determinará la actuación a seguir.

### **5.3 Intervención**

Tras la valoración biopsicosocial y de la capacidad de protección de las personas responsables, así como el riesgo/seguridad de la persona menor, independientemente dónde detecte se pueden dar las siguientes situaciones:



## PROCEDIMIENTO ORDINARIO

**Si no pelagra la seguridad o la vida de la persona menor y presenta:**

- a) Indicios o evidencia de violencia que no precisa atención hospitalaria.**
- b) Agresión sexual, con o sin violación, no reciente** (violación con penetración vaginal > 10 días o cualquier otra situación de agresión o abuso sexual con contacto físico > 3 días).

### Valoración:

- Clínica y atención sanitaria, si procede, así como comunicación con el resto del equipo asistencial (medicina, enfermería y trabajo social al menos).
- Social por trabajo social sanitario (TSS).

### Comunicación:

- Al Juzgado de Guardia a través del “**Parte de Lesiones**”<sup>[21]</sup>, que abre la vía judicial.
- A la DGPIF a través del “**Oficio de Notificación**”<sup>[21]</sup>, que abre la vía administrativa e informe social.
- A TSS del Equipo de Atención Primaria de referencia (EAPR)\* con llamada y Documento de Coordinación Sociosanitaria<sup>[22]</sup> de TSS/Informe social<sup>[22]</sup> si la detección se realiza fuera de este ámbito.
- A los SSM con **informe social**.<sup>[22]</sup>

### Coordinación

- Entre profesionales del EAPR para establecer una estrategia de intervención conjunta con las familias, así como la generación de condiciones que favorezcan la recuperación de la persona menor de edad.
- Con los SSM y otras instituciones implicadas.
- Desde el IMLCF para exploración programada hospitalaria (clínica y forense), a través de la Dirección Médica del hospital de referencia, en casos no urgentes, como herramienta para evitar la victimización secundaria (varias exploraciones).
- TSS coordinará las diferentes intervenciones dentro del proceso asistencial\*\*.

\* Se aplica el término de “**Equipo de Atención Primaria de referencia**” (EAPR) a los profesionales de Pediatría, Medicina de Familia, Enfermería y Trabajo social a los que está adscrita la persona menor de edad.

\*\* Todos los servicios implicados, personal sanitario y no sanitario, conocerán a la/el profesional de trabajo social referente en la atención a las situaciones de violencia a la infancia y la adolescencia y su papel en el proceso asistencial.

Enlace Informe Social y Documento de Coordinación Sociosanitaria:

[https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/72469ae5-79b5-11e6-9665-7dda1026eb62/Instruccion\\_12\\_16.pdf](https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/72469ae5-79b5-11e6-9665-7dda1026eb62/Instruccion_12_16.pdf)



## PROCEDIMIENTO DE URGENCIA

- a) **Pelagra la seguridad o la vida de la persona menor.**
- b) **Indicios o evidencia de violencia que precise atención hospitalaria.**
- c) **Agresión sexual, con o sin violación, reciente** (violación con penetración vaginal  $\leq 10$  días o cualquier otra situación de agresión o abuso sexual **con contacto físico  $\leq 3$  días).**

### Valoración:

- Clínica y tratamiento de las lesiones, daño psicológico o emocional si procede, así como comunicación con el resto del equipo asistencial (medicina, enfermería y trabajo social al menos).
- Social por trabajo social sanitario (TSS).

### Derivación:

- **En el supuesto a)** al hospital de referencia, si precisa atención hospitalaria y es detectado fuera de este ámbito.
- **En el supuesto b) y c) siempre** al hospital de referencia, **sin exploración genital**, dónde se hará una valoración global que incluya test de embarazo, recogida de muestras y prevención/tratamiento de ETS.

### Comunicación inmediata:

- A las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (UFAM/EMUME/Policía Canaria), a través del 112, cuando las personas responsables de menores se resisten a la intervención o cuando se sospeche que estas o las acompañantes tuvieron alguna implicación en la autoría.
- Al Juzgado de Guardia, a través del “Parte de Lesiones”<sup>[21]</sup>, que abre la vía judicial.
- A la DGPIF, a través del “Oficio de Notificación”<sup>[21]</sup>, que abre la vía administrativa.
- A la sección de guardia de PROTECCIÓN DE MENORES de la Fiscalía (a través del 112), si el profesional estima necesario una protección urgente y no precisa atención hospitalaria, para valorar la actuación a seguir (familia extensa, familia acogente o centro de acogida), cuyo traslado será realizado con acompañamiento de las FFCCSS si fuese necesario.

### Comunicación demorable:

- TSS del dispositivo que deriva comunica a TSS de AH, a través de llamada telefónica y Documento de Coordinación Sociosanitaria<sup>[22]</sup> o Interconsulta (H<sup>a</sup> Clínica), en el momento de la derivación.
- A los SSM y DGPIF, con Informe social<sup>[22]</sup>.
- A TSS del Equipo de Atención Primaria de referencia\* a través de llamada telefónica y con Documento de Coordinación Sociosanitaria de TSS/Informe social<sup>[22]</sup>.

### Coordinación:

- Entre profesionales del EAPR, para establecer una estrategia de intervención conjunta con las familias, así como la generación de condiciones que favorezcan la recuperación de la persona menor de edad.
- Con los SSM y otras instituciones implicadas.
- TSS coordinará las diferentes intervenciones dentro del proceso asistencial\*\*



\* Se utiliza el término de “**Equipo de Atención Primaria de referencia**” a los profesionales de Pediatría, Medicina de Familia, Enfermería y Trabajo social a los que está adscrita la persona menor de edad.

\*\* Todos los servicios implicados, personal sanitario y no sanitario, conocerán a la/el profesional de trabajo social referente en la atención a las situaciones de violencia a la infancia y la adolescencia y su papel en el proceso asistencial.

Enlace Informe Social y Documento de Coordinación Sociosanitaria:

[https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/72469ae5-79b5-11e6-9665-7dda1026eb62/Instruccion\\_12\\_16.pdf](https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/72469ae5-79b5-11e6-9665-7dda1026eb62/Instruccion_12_16.pdf)

**La comunicación entre ámbitos de atención sanitaria y los servicios sociales facilitará, desde el inicio, la intervención coordinada para la mejor asistencia y para evitar tanto la revictimización como la victimización secundaria.**

### **Servicios de atención hospitalaria dónde serán atendidas las personas menores víctimas de Violencia:**

Según el tipo de violencia, la persona menor de edad será atendida en los diferentes servicios hospitalarios:

#### **Violencia sexual infanto juvenil**

Será recibido en la zona de recepción del área de atención a víctimas de delitos contra la libertad sexual, diseñada como un espacio amigable y protector; o en el servicio de urgencias correspondiente del centro hospitalario de referencia si no lo hubiera.

Niños y niñas de 0 a 14 años	Servicio de Urgencias Pediátricas*
Adolescentes mujeres de 15 a 17 años**	Servicio de Urgencias Ginecología
Adolescentes hombres de 15 a 17 años**	Servicio de Urgencias Generales.

#### **Otros tipos de Violencia infanto juvenil**

Personas menores de edad de 0 a 14 años	Servicio de Urgencias Pediátricas*
Adolescentes de 15 a 17 años	Servicio de Urgencias Generales

\* En los servicios de urgencias hospitalarios que atiende a la población menor de 15 años.

\*\*En el caso de personas transexuales de 15 a 17 años se atenderán acorde a su sexo sentido.



## Admisión hospitalaria

- Si la persona menor de edad llega al centro hospitalario acompañada por las FFCCSS, se aconseja que sea el/la agente el encargado/a de realizar el primer contacto con los servicios administrativos y poner en antecedentes al personal para evitar preguntas sobre el motivo de la asistencia.
- Si por criterio clínico, la persona menor de edad fuese trasladada en ambulancia al hospital, se avisará con anterioridad desde el 112.
- Cuando la persona menor de edad acuda a los servicios de urgencias acompañada por las personas progenitoras, tutoras o responsables, sólo será necesario que comuniquen a Admisión la consigna "[Clave-A](#)" evitando así dar más explicaciones, o verbalizar indicios o violencia por desconocimiento de la consigna y será conducida a un espacio seguro y sin espera hasta ser valorado en la zona de triaje.

## Triaje

En el motivo de consulta del triaje, debe especificarse el tipo de maltrato que justifica la asistencia o la situación clínica que lo ha motivado.

Una vez se le haya realizado el correspondiente triaje, se trasladará a una sala donde pueda estar en un entorno tranquilo y con las personas que desea ser acompañada, siempre que sea posible, y cumpliendo las condiciones de seguridad.

La atención a las personas menores de edad víctimas de delitos sexuales será prioritaria en cualquier servicio de urgencias.

## 5.4 Notificación

La LO 8/2021, de 4 de junio, de Protección Integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia (LOPIVI)<sup>[2]</sup> nos dice en su:

### **Art. 16 Deber de comunicación cualificado**

1. *“El deber de comunicación previsto en el artículo anterior es **especialmente exigible a aquellas personas que por razón de su cargo, profesión, oficio o actividad, tengan encomendada la asistencia, el cuidado, la enseñanza o la protección de niños, niñas o adolescentes y, en el ejercicio de las mismas, hayan tenido conocimiento de una situación de violencia ejercida sobre los mismos**”*
2. *“Cuando los profesionales sanitarios **tuvieran conocimiento o adviertan indicios de una posible situación de violencia en una persona menor de edad, deberán comunicarlo de forma inmediata a los servicios sociales competentes**”*
3. *“Además, **cuando de dicha violencia pudiera resultar que la salud o la seguridad del niño, niña o adolescente se encontrase amenazada, deberán comunicarlo de forma inmediata a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y/o al Ministerio Fiscal**”*





**Notificar, es poner en conocimiento, trasladar o transmitir**, una situación en la que se observan indicios o evidencia de violencia en personas menores de edad. Es una condición necesaria para posibilitar la intervención y una obligación legal y profesional.

***“Para notificar no es necesaria la certeza, la presencia de indicios es suficiente”***

A veces, la decisión de notificar indicios de maltrato sobre una persona menor de edad genera en los/las profesionales sensaciones incómodas, especialmente si el agresor o agresora pertenece al ámbito familiar de la víctima, imaginando las consecuencias negativas que acarrea en nuestra relación con ellas, miedo a ver comprometido el vínculo terapéutico o la confianza, miedo a la represalia o, incluso, miedo a equivocarnos y que realmente no exista una situación de violencia. Con respecto a esto, es importante tener en cuenta que:

- A los y las profesionales sanitarios **NO NOS CORRESPONDE** ni investigar ni juzgar.
- Debemos actuar siempre en función del interés superior del/la menor.
- Es un imperativo legal poner en conocimiento de la autoridad competente, de manera inmediata, cualquier situación de violencia o indicios.
- De no cumplir dicha notificación se está incurriendo en un delito. Omisión de denuncia (artículo 408 del Código Penal).

Este deber incluye no solo situaciones de maltrato, sino también la presencia de indicios o las situaciones de riesgo o vulnerabilidad que pueden llevar a que se produzca.

Ante esto la Ley es clara y contundente: **“debemos notificar lo antes posible”**

Para la notificación de indicios o evidencia de violencia en personas menores de edad, existen instrumentos normalizados establecidos en la [Instrucción 4/2019 del SCS](#), que son de obligado cumplimiento para los/las profesionales sanitarios/as del SCS y centros concertados. El uso de hojas de notificación promueve la coordinación interinstitucional, la recogida sistemática de la información y aumenta la eficacia en la toma de decisiones.

[Enlace de modelo de parte de lesiones](#) Se envía por correo según el lugar de los hechos; si no se conoce o ha sido en múltiples lugares, se tendrá en cuenta el domicilio de residencia.

En los siguientes enlaces se podrá buscar el juzgado de guardia que corresponda según el lugar de los hechos.

Directorio de órganos judiciales y fiscalías:

<https://sede.justiciaencanarias.es/sede/directorio>

Calendario de guardias de los juzgados: <https://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Poder->



[Judicial/Tribunales-Superiores-de-Justicia/TSJ-Canarias/Organos-judiciales/Juzgados-de-Guardia/](#)

Partidos judiciales según municipio:

<https://www.mjusticia.gob.es/BUSCADIR/ServletControlador?apartado=buscadorGeneral>

Enlace Oficio de Notificación a la DGPIF: Se envía por correo según lugar de residencia.

<a href="mailto:spppm-tf.infanciayfamilia@gobiernodecanarias.org">spppm-tf.infanciayfamilia@gobiernodecanarias.org</a>	Provincia de Tenerife
<a href="mailto:spppmipalmas.infanciayfamilia@gobiernodecanarias.org">spppmipalmas.infanciayfamilia@gobiernodecanarias.org</a>	Provincia de Las Palmas

**Ante la omisión de denuncia se está incurriendo en un delito**

## 5.5 Seguimiento

Tras la valoración inicial de la persona menor de edad víctima de violencia se realizará un seguimiento, que dependerá de cada situación, del tipo de violencia y la gravedad de la misma. Se detallan las siguientes situaciones:

Los profesionales que deberán hacer el seguimiento tras la valoración inicial y tratamiento, si procediera, será el **“Equipo de Atención Primaria de referencia”** (profesionales de Pediatría, Medicina de Familia, Enfermería y Trabajo social a los que está adscrita la persona menor de edad):

- Si la primera valoración/detección es realizada por un equipo asistencial distinto al EAPR se le deberá comunicar generando citas con trabajo social y Unidad de Atención Pediátrica (UAP)/Unidad de Atención Familiar (UAF) con una observación que justifique el motivo de la misma y dejando constancia en la historia que pueda ser visualizada por su EAPR.
- En el caso de haber estado hospitalizado, TSS de AH contactará con TSS de AP, a través de llamada telefónica y con Documento de Coordinación Sociosanitaria o Informe social, según proceda, para poner en conocimiento de la situación de violencia a la UAP/UAF.
- En cualquier caso, se informará a las personas responsables de la menor de edad de las comunicaciones y derivaciones realizadas según la patología encontrada.
- En los casos de violencia física y sexual deberá seguir unos controles específicos que se detallan en el [Anexo 4](#).
- Si la violencia pudiera estar relacionada con violencia de género, al alta, también se dará información sobre los recursos existentes en Canarias.



## 6. ACTUACIONES DESDE OTROS ÁMBITOS.

### 6.1 Actuación desde el 112

#### **Misión del Centro Coordinador de Emergencias y Seguridad (CECOES 1-1-2):**

Garantizar la atención adecuada de las llamadas que se produzcan en demanda de auxilio, así como una actuación rápida, coordinada y eficaz de los servicios públicos y privados, de urgencias y seguridad.

#### **Funciones**

El CECOES es el órgano a través del cual la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias canaliza y coordina las situaciones que afecten al normal desarrollo de la vida cotidiana en materia de seguridad y emergencias.

Específicamente se encarga de:

- a) Recibir las demandas de auxilio de los ciudadanos y visitantes, a través del Teléfono Único de Urgencias 1-1-2 u otros sistemas que se pudieran establecer.
- b) Conocer el estado de recursos de los diferentes sectores (seguridad, sanidad, salvamento, rescate y extinción de incendios) disponibles en tiempo real para la resolución de una operación de emergencia.
- c) Servir de punto de unión entre los diferentes departamentos ante una emergencia.
- d) Conocer preventivamente las diferentes situaciones que pudieran originar una situación comprometida en materia de atención de emergencias y protección civil.
- e) Activar los recursos necesarios y más adecuados para resolver la situación de emergencia.
- f) Coordinar y optimizar los recursos operativos que actúan de los diferentes intervinientes gestionando los tiempos de evolución de los recursos.
- g) Recibir las demandas de recursos ajenos necesarios para la atención de una emergencia por parte de las Administraciones Públicas como de organizaciones privadas.
- h) Informar a la población y público en general sobre la previsión y actuación en situaciones de emergencia.
- i) Actuar como órgano de coordinación en materia de protección civil.
- j) Servir de apoyo y soporte a los correspondientes órganos de los Cabildos Insulares y Ayuntamientos.
- k) Servir de órgano de coordinación operativa entre la Comunidad Autónoma Canaria y la Administración General del Estado en materia de atención de emergencias y protección civil.
- l) Ejecutar las órdenes de servicio emanadas por los órganos correspondientes.
- m) Otras que, en el ámbito de la coordinación de la seguridad y emergencias, puedan serle asignadas.



## **Funcionamiento operativo**

El CECOES recibe las alertas a través del número de teléfono 1-1-2, postes SOS, alarmas, teleasistencia o cualquier otro medio disponible. En función de la tipología de la demanda se clasifica el incidente y asigna una respuesta.

Operadores específicos en la gestión de incidentes activan los recursos más adecuados y gestionan la evolución operativa del incidente, actuando bajo la supervisión de coordinadores sectoriales, los cuales participan como técnicos consultores en cada materia: urgencias sanitarias, policía, bomberos, rescate y salvamento.

En cada Sala existirán dos Áreas diferenciadas, por un lado, la de Operación de Demanda (1-1-2) encargada de la atención de llamadas; por otro el Área de Coordinación Operativa (CECOES) donde se realiza la coordinación operativa de los incidentes relacionados con urgencias sanitarias, extinción de incendios, rescate y salvamento marítimo, así como los incidentes relativos al ámbito de la seguridad. También se proporciona el servicio de atención a la mujer víctima de violencia de género (SAMVV) dependiente del Instituto Canario de Igualdad (ICI).

## **6.2 Actuación desde el ámbito policial**

### **6.2.1 La Unidad de Atención a la Familia y Mujer (UFAM) y Equipo de Mujer-Menor (EMUME)**

La Unidad de Atención a la Familia y Mujer (UFAM) de la Policía Nacional y el Equipo de Mujer Menor (EMUME) de la Guardia Civil son las unidades/equipos especializados de la investigación de los delitos de violencia doméstica, violencia sexual y violencia de género, así como de la protección de la persona menor, dándole a la víctima una protección integral.

En todas las Comisarías de la Policía Nacional de Canarias (Las Palmas de Gran Canaria, Telde, Maspalomas, Puerto del Rosario, Arrecife, Santa Cruz de Tenerife, La Laguna, Puerto de la Cruz, Tenerife Sur y Santa Cruz de la Palma) cuentan con la unidad especializada de UFAM.

En el ámbito de la Guardia Civil, los especialistas EMUME se integran en los Puntos de Atención Especializada (PAE), como equipos de las Unidades Orgánicas de Policía Judicial (UOPJ), en todas las Secciones de Investigación (nivel provincial) y en todos los Equipos Territoriales de Policía Judicial (nivel comarcal). A nivel central, y en apoyo de los anteriores, se dispone de un PAE Central, dependiente de la Unidad Técnica de Policía Judicial de la Dirección General de la Guardia Civil, donde se ubica la Sección de Análisis Conducta delictiva (SACS) formada por psicólogos y criminólogos especializados en la exploración de menores víctimas o autores de delitos violentos de gran complejidad.

En la Comunidad Autónoma de Canarias hay dos PAE provinciales ubicados en la cabecera de cada una de las dos Comandancias en Las Palmas de Gran Canaria y Santa Cruz de Tenerife. También se dispone de doce PAE comarcales en los Equipos



Territoriales de Policía Judicial, dentro de la provincia de Las Palmas están ubicados en Santa María de Guía, Santa Lucía de Tirajana, Mogán, Puerto del Rosario, Gran Tarajal, Costa Teguisse y Tías. En la provincia de Santa Cruz de Tenerife, están ubicados en el Puerto de la Cruz, Arona, Llanos de Aridane, San Sebastián de la Gomera y Valverde de El Hierro.

Ante la sospecha de un delito de violencia contra niños, niñas y adolescentes descritos en este Protocolo, ya sea porque se ha recibido llamada del CECOES 112 o bien porque algún ciudadano se ha personado en Comisaría o Cuartel para presentar denuncia, los agentes realizarán llamada al Juzgado de Guardia para activar el Protocolo, obteniendo de este modo el número de Diligencias Previas del Juzgado, avisando éste al IMLCF para que se dirija al Hospital y actuar coordinadamente si fuera necesario según el caso de violencia.

Los agentes de UFAM o EMUME acompañarán a la víctima menor de edad en coche no rotulado al Hospital para que se le realice la correspondiente exploración médica, explicándole, con palabras acordes a su edad, las actuaciones que se van a realizar en el caso de que sea necesario.

Una vez personados en el Hospital, los agentes policiales especializados y profesionales de IMLCF se coordinarán para realizar una entrevista conjunta, grabando cada uno por sus medios la exploración y así proceder a hacer el menor número de entrevistas necesarias, consiguiendo la información de los hechos acaecidos y evitando la victimización secundaria, tal y como está escrito en la Ley.

Solamente en el caso de que la víctima se encuentre en un estado de agitación importante o no se encuentre en condiciones óptimas que impida la entrevista en ese momento se le citará para el día siguiente para realizar la declaración en sede policial.

Tras la realización de la exploración médica, los agentes velarán por la seguridad del/de la menor o adolescente, evitando que esté con el autor o la autora de los hechos hasta que se realicen todas las investigaciones oportunas. De ese modo, se intentará que esté en un domicilio de familiares o personas cercanas en el que no esté en contacto con el supuesto agresor/agresora y, si no hay ninguna opción posible, se pondrán en contacto con el Ministerio Fiscal, Sección Fiscal de Menores, para que se ingrese a la víctima en un centro de menores, acompañándola y dejando constancia de las actuaciones.

Por otro lado, los agentes de la UFAM o EMUME en sus dependencias policiales, realizarán la transcripción de la entrevista grabada que se adjuntará a las diligencias y continuarán con las oportunas investigaciones de los hechos, remitiendo el atestado finalizado al Juzgado correspondiente.

### **6.2.2 Oficina de Policía Judicial / Grupo de Menores y Familia de la Policía Autónoma de Canarias (GRUMEF)**

La denominada Oficina de Policía Judicial con rango de Unidad, la forman entre otros, el Grupo de Menores y Familia, realizan servicios, como norma general en la isla de Tenerife y de Gran Canaria, donde tienen sus sedes presenciales, pudiendo intervenir de forma puntual en todo el ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias.



Funciones esenciales:

- Actuaciones de colaboración con el departamento de la Administración Pública competente en materia de menores, y actuaciones relacionadas con el programa de seguridad escolar en los centros de enseñanza.
- Detección, prevención, vigilancia y actuación sobre situaciones de riesgo de menores.

Modos de conocer por la policía la comisión de un delito de violencia contra menores y adolescentes:

- Aviso telefónico directo.
- A través de otras fuentes como Servicios Sociales, Servicios Especializados, Centros de Salud, Centros Educativos, vecindario, familiares.
- Activación del CECOES 1-1-2. - Derivación de Juzgados/Fiscalía Menores.
- Personación en Dependencias del Cuerpo General de la Policía Canaria a denunciar los hechos.

En caso de violencia sexual, la recogida de muestras biológicas de la víctima y otras evidencias (artículo 48.2 de la LO 10/2022 de garantía integral de la libertad sexual - LOGILS-). Se realizará un preaviso al IMLCF y al Centro Sanitario de referencia para garantizar la preparación de la acogida adecuada y poner en marcha los protocolos existentes en los servicios sanitarios de la CCAA de Canarias.

En Gran Canaria además existe un Subgrupo de Violencia contra la Infancia y la Adolescencia adscrito al Juzgado de Violencia contra la Infancia y la Adolescencia (Instrucción nº3) del partido judicial de Las Palmas de Gran Canaria. Este Subgrupo especializado depende funcionalmente del Magistrado del citado Juzgado.

Estas unidades se irán desplegando a medida que se vayan especializando los órganos judiciales.

### **6.3. Actuación desde el ámbito del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.**

Los IMLCF son órganos técnicos dependientes de la Dirección General competente en materia de justicia, cuya misión en este contexto es asesorar y auxiliar a los Juzgados y Fiscalías, mediante la práctica de pruebas periciales clínicas y de laboratorio relacionadas con la violencia hacia la infancia. En Canarias existen dos IMLCF, uno en la provincia de Las Palmas y otro en la de Santa Cruz de Tenerife.

La violencia contra la infancia y la adolescencia puede deparar a las víctimas menores de edad lesiones físicas y/o psíquicas que deben ser evaluadas de manera multidisciplinar y especializada con perspectiva pericial de cara al proceso judicial.

De manera muy especial, la violencia sexual infantojuvenil, precisa de la intervención de profesionales del ámbito forense para la entrevista y el examen físico del niño, niña o adolescente, recogida de evidencias biológicas y toma de registros de imagen que



permitirán la elaboración de informes periciales que servirán como pruebas en el proceso judicial.

La inmediatez con la que se deben realizar las entrevistas y exploraciones físicas orientadas a esta finalidad, hacen necesaria la incorporación de los IMLCF en el *“Protocolo de actuación sanitaria y de coordinación interinstitucional para el abordaje de las situaciones de violencia en la infancia y adolescencia de Canarias”*.

#### **6.4. Actuación desde los Servicios Sociales Municipales. Equipos de Familia e Infancia (EFI)**

Corresponde a la DGPIF, entre otras, las competencias referidas al amparo de las personas menores frente a cualquier situación de desprotección a causa del incumplimiento, o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de las personas menores, cuando éstas queden privadas de la necesaria asistencia moral o material.

Estas competencias, delegadas al ámbito municipal por la Ley 1797, obligan, a los ayuntamientos a través de sus Equipos municipales especializados en Familia e Infancia a verificar la situación denunciada y a adoptar las medidas necesarias para resolverlas en función del resultado de la valoración.

Los ejes fundamentales que orientan la actuación de los Equipos de Familia e Infancia son: la disminución de los factores de riesgo, la promoción de los factores de promoción y el seguimiento de la evolución de los y las menores en su familia.

Estos Equipos están compuestos por profesionales, de diferentes disciplinas, especializados en intervención familiar, que abordan y gestionan aquellos aspectos relacionados con la infancia y la familia, especialmente en aquellas situaciones en las que existen situaciones de riesgo o desprotección, siempre con el objetivo de la preservación familiar.

Los EFI trabajan desde el paradigma de los buenos tratos y la parentalidad positiva.

Los EFI atienden de forma inmediata a cualquier persona que quiera notificar una posible situación de desprotección infantil.

La valoración de los casos de violencia sobre la infancia y la adolescencia se realiza, siempre que es posible, de forma interdisciplinar y coordinada con la entidad pública de protección a la infancia (DGPIF) y con aquellos equipos y profesionales de los ámbitos de la salud, la educación, la judicatura, o FFCCSS existentes en el territorio que puedan aportar información sobre la situación de la persona menor de edad y su entorno familiar y social. Si es violencia de género con la Unidad de Igualdad municipal.

Los EFI valoran la situación de riesgo teniendo en cuenta, entre otros, los indicadores de riesgo establecidos en la LOPIVI. En el trámite de audiencia de la Declaración de Situación de Riesgo de las personas menores de edad, se define los indicadores de riesgo detectados, los factores de protección y las medidas de apoyo establecidas conjuntamente con la familia, dando cumplimiento al derecho de las personas menores de edad y de sus familias a ser escuchadas y a estar informadas sobre la medida de protección adoptada.





En aquellas situaciones que se consideran de especial gravedad por la tipología de violencia al tratarse de delitos, se comunica a la autoridad competente que solicitará a posteriori de la investigación judicial, valoración de la posible situación de riesgo.

Para su valoración solicitarán a los servicios de salud informe sociosanitario del menor, y mantendrá la coordinación necesaria para realizar soporte familiar en los casos con los que ya se esté interviniendo de manera coordinada con AP a través de TSS.

Respecto a las Solicitudes de Informe SIN autorización remitidas por el EFI a la red de Salud, existe la obligatoriedad de coordinarnos y facilitar información atendiendo a la protección de las personas menores de edad.

### **6.5 Actuación desde los Servicios Sociales Especializados de emergencia y atención inmediata en violencia de género**

En la Comunidad Autónoma existe una Red de Servicios Públicos Especializados de Atención Social a las Víctimas de Violencia de Género (víctimas y supervivientes de cualquiera de las manifestaciones o formas de violencia contra las mujeres), con recursos especializados, entre ellos, de emergencia y atención inmediata:

- Servicio de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia (SAMVV) a través del Teléfono de Emergencias 1-1-2 .
- Servicio de atención telefónica que se integra en el CECOES 1-1-2 del Gobierno de Canarias. Dirigido a población general (sin requisitos de edad), y de manera más concreta, a mujeres en situación de violencia de género y a profesionales que puedan alertar. Procura una atención coordinada, por medio de la activación y la colaboración con el resto de los servicios de emergencia presentes en las Salas Operativas del CECOES; sanitarios, de seguridad ciudadana y otros, así como con el Dispositivo de Emergencia para Mujeres Agredidas (DEMA).
- DEMA. Servicio de atención permanente disponible en todas las islas, 24 horas, que presta asistencia inmediata, y acogida por un periodo máximo de 96 horas si fuera necesario, a las mujeres y personas a su cargo, en circunstancias de emergencia como consecuencia de una situación de violencia de género o riesgo de la misma. Se activa a través del SAMVV, llamando al Teléfono de Emergencias 1-1-2. Interviene coordinadamente con los servicios que se requieran de juzgado, fiscalía, FFCCSS, sanitarios, educativos, de servicios sociales, etc. Proporciona a las mujeres, orientación e información sobre las actuaciones a realizar según la situación de violencia sufrida, entre ellas; apoyo y acompañamiento en la realización de las gestiones para la atención sanitaria y reconocimiento médico inmediato, trámites de denuncia y solicitud de medidas de protección, información sobre derechos, prestaciones y alternativas, asesoramiento jurídico básico, derivación a otros servicios y acogida temporal inmediata de la mujer y personas a su cargo, como medida de protección, si la situación lo requiere.



### Procedimiento de actuación y coordinación de los Servicios de Emergencia y Asistencia Inmediata en la atención a menores agredidas:

En el supuesto de niñas o adolescentes, menores de edad, víctimas de violencia de género y sexual, se prestará la asistencia inmediata (previa activación del DEMA a través del SAMVV del CECOES 112) que consistirá en: valoración, acompañamiento, información, coordinación y asesoramiento, siempre y cuando éstas estén acompañadas por sus responsables legales; persona que ejerce la patria potestad y/o disponga de la guarda y custodia o tutela legal (cuando el titular no sea el agresor o presunto agresor) o previa resolución judicial que solicite la intervención.

En aquellas situaciones en las que sea necesaria una medida de protección y/o tutela institucional que requiera la acogida inmediata de la menor, el caso se pondrá en conocimiento de la autoridad competente responsable de su tramitación y ejecución.

La actuación del DEMA será complementaria y coordinada con los protocolos específicos de atención sanitaria del SCS, como es el Protocolo de Detección y Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género en Atención Primaria y el Protocolo de Atención a Mujeres Víctimas de Agresión Sexual. En ausencia de procedimientos, se ajustará a lo establecido en el Protocolo de Coordinación Interinstitucional para la Atención de las Víctimas de Violencia de Género en la Comunidad Autónoma de Canarias.

Los anteriores servicios son gratuitos y confidenciales, atienden todas las formas de violencia contra las mujeres y para acceder a ellos no es necesario denunciar.

La relación de centros de atención a mujeres víctimas de violencia de género en Canarias, según isla, se puede consultar en la Web del ICI.

### Centros de atención a mujeres Víctimas de Violencia de Género en CANARIAS

#### **6.6. Actuación desde la Dirección General de Protección a la Infancia y las Familias del Gobierno de Canarias**

Corresponde a la DGPIF, entre otras, las competencias referidas al amparo de las personas menores frente a cualquier situación de desprotección a causa del incumplimiento, o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de las personas menores, cuando éstas queden privadas de la necesaria asistencia moral o material.

Estas competencias de amparo obligan, a la Entidad Pública competente en materia de protección de menores (DGPIF), a verificar la situación denunciada y a adoptar las medidas necesarias para resolverla en función del resultado de la valoración.

La protección a la infancia y la adolescencia se realizará mediante la prevención, detección y reparación de **situaciones de riesgo\***, con el establecimiento de los servicios y recursos adecuados para tal fin, el **ejercicio de la guarda\*\*** y, en los casos de declaración de desamparo, la asunción de la **tutela\*\*\*** por ministerio de la ley.



## Actuaciones:

- Valorar las situaciones de desprotección notificadas por derivación desde los Servicios Sociales, Educativos, Sanitarios, Policiales, Fiscalía, etc., y acordar las medidas de protección más adecuadas para los niños, niñas y adolescentes. Las medidas que pueden determinarse son: el acogimiento residencial; el acogimiento familiar, tanto en su entorno familiar extenso, como en una familia ajena; o la adopción.
- En los procedimientos de urgencia asumir la guarda provisional de una persona menor, practicando las diligencias necesarias para su identificación, investigar sus circunstancias y constatar, en su caso, la situación real de desamparo.
- Cuando se asuma la tutela o guarda, elaboración de un plan individualizado de protección que establecerá los objetivos, la previsión y el plazo de las medidas de intervención a adoptar con su familia de origen, incluido, en su caso, el programa de reintegración familiar.
- Garantizar y, en su caso, proporcionar a los niños, niñas y adolescentes, en situación de desprotección, una atención integral, que comprenderá medidas de protección, apoyo, acogida y recuperación.
- Establecer cauces de coordinación interadministrativa e intersectorial con los distintos servicios implicados en la atención y protección de las personas menores.
- Apoyar y asesorar a los SSM en la atención a las situaciones de riesgo.

**El deber de comunicación** de situaciones de desprotección, supone una responsabilidad de toda la ciudadanía y, de manera especial, a aquellas personas que por razón de su cargo, profesión, oficio o actividad, tengan encomendada la asistencia, el cuidado, la enseñanza o la protección de niños, niñas o adolescentes, la norma incluye en estos supuestos el personal cualificado de los centros sanitarios, de servicios sociales, de los centros escolares, de los centros de deporte y ocio, de los centros de protección a la infancia y de responsabilidad penal de menores, así como los centros de acogida de asilo y atención humanitaria. Para este deber de comunicación cualificado, existen unos cauces y protocolos de notificación, como el que se refleja en este *“Protocolo de actuación sanitaria y de coordinación interinstitucional para el abordaje de las situaciones de violencia en la infancia y adolescencia de Canarias”*.

A su vez, la ciudadanía cuenta con cauces para la comunicación de situaciones de desprotección infantil como es el **teléfono 112** que es el número europeo de emergencias, que se puede marcar gratuitamente desde cualquier teléfono fijo o móvil en la Unión Europea. Específicamente para atender a niños, niñas y adolescentes está el teléfono de la **Fundación ANAR 900202010 ó 116111** y desde el servicio telefónico **016**, se accede a información y asesoramiento jurídico en materia de violencia de género.

**El deber de comunicación** tanto por parte de la ciudadanía, como por parte del personal cualificado, **conlleva prestar la atención inmediata que la víctima precise.**

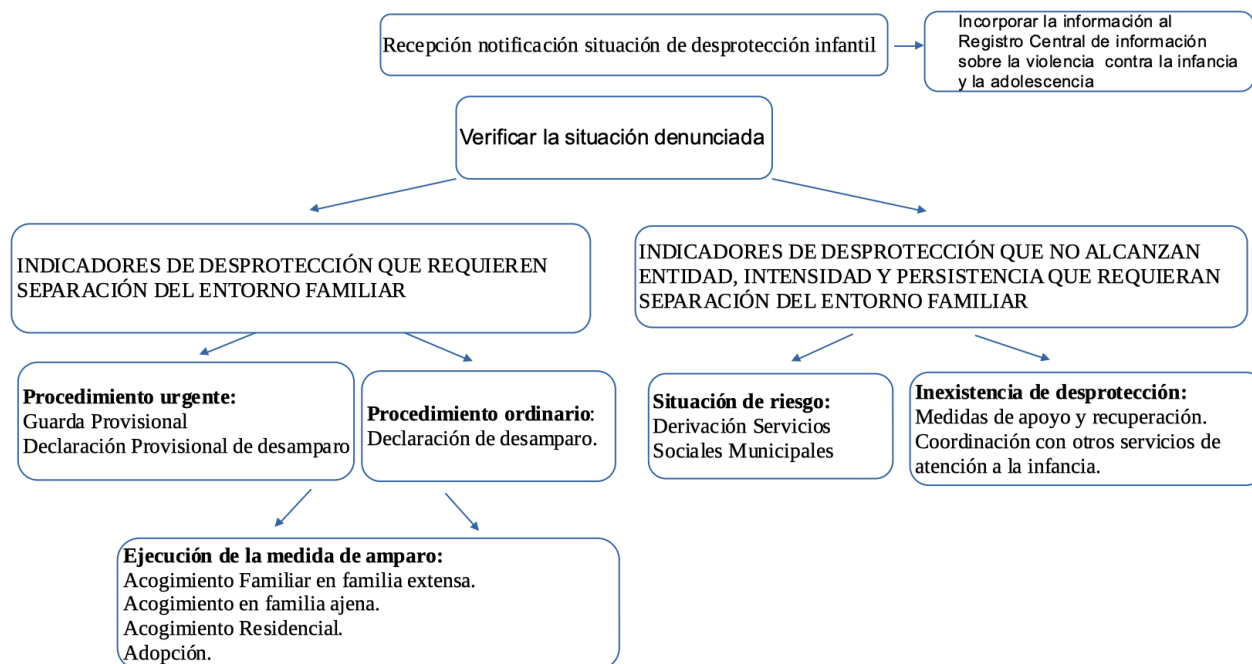


\* Se considerará **situación de riesgo** aquella en la que, a causa de circunstancias, carencias o conflictos familiares, sociales o educativos, la persona menor de edad se vea perjudicada en su desarrollo personal, familiar, social o educativo, en su bienestar o en sus derechos de forma que, sin alcanzar la entidad, intensidad o persistencia que fundamentarían su declaración de situación de desamparo y la asunción de la tutela por ministerio de la ley, sea precisa la intervención de la administración pública competente, para eliminar, reducir o compensar las dificultades o inadaptación que le afectan y evitar su desamparo y exclusión social, sin tener que ser separado de su entorno familiar.

\*\*La **guarda voluntaria** es una de las modalidades de amparo destinadas a las personas menores de edad, en virtud de la cual la administración pública competente pasa a asumir temporalmente el cuidado y la atención de una persona menor, cuando así lo acuerde la autoridad judicial competente, a petición de sus progenitores o tutores, cuando quede debidamente justificado que no puedan cuidarla por circunstancias graves y transitorias.

\*\*\* La declaración de la situación de desamparo, conlleva la asunción de **la tutela** por parte de la Entidad Pública, supone la suspensión de la patria potestad o tutela ordinaria, y se da en el momento en el que se constata que la persona menor sufren una grave desprotección, que requiere de una actuación inmediata de la Entidad Pública para garantizar su bienestar.

#### ACTUACIÓN ANTE SITUACIONES DE DESPROTECCIÓN INFANTIL DIRECCIÓN GENERAL DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA Y LAS FAMILIAS.





## 6.7. Actuación desde la Fiscalía

En materia de protección de menores, al Ministerio Fiscal le incumbe, de conformidad a lo establecido en los artículos 124 de la Constitución Española y 3 del Estatuto Orgánico del Ministerio Fiscal, en relación con el artículo 174 del Código Civil, “la superior vigilancia de la tutela, acogimiento o guarda de los menores” que se encuentran en situación de desamparo, si bien debe ampliarse a toda la actuación protectora de la administración. Se trata, por lo tanto, de una función de supervisión y/o control de las actuaciones administrativas de los servicios de protección competentes en cada Comunidad Autónoma -que en el caso de la Comunidad Autónoma Canaria corresponde a la DGPIF-.

Esta función de vigilancia se reside en las Secciones de Menores de las Fiscalías, que aúna las funciones en materia de protección y de reforma.

En nuestro sistema constitucional los servicios de protección de menores se integran en la materia de la asistencia social, constitucionalmente atribuida a las CCAA – art.149.1 y 3 y 148.1.20ª CE-, siendo estas las que han desarrollado la normativa al respecto. La LO de Protección Jurídica del Menor (LOPJM) 1/96, en todo su articulado hace referencia a la “entidad pública competente en materia de protección de menores”. La Disposición Final 22 de la ley 1/96 considera entidad pública, las que designen las CCAA conforme a “sus respectivas normas de organización”.

Las actuaciones conocidas como “atención inmediata” de menores se prevén en el artículo 172.4 del Código Civil, que regula la institución de la guarda provisional dentro de las medidas de atención inmediata. Se realiza una referencia expresa a la comunicación de la situación a la Entidad pública, junto al Ministerio Fiscal a efectos de supervisión, y en su caso, impugnación. Una de las cuestiones más frecuentes que se plantean en la Fiscalía, en los servicios de guardia, es la competencia para adoptar medidas inmediatas de protección y ello fue objeto de tratamiento en el *Dictamen 7/10, sobre competencia para proporcionar asistencia inmediata a los menores* y la *Circular 8/11, sobre criterios para la unidad de actuación especializada del Ministerio Fiscal en materia de protección de menores*, -ambos de la Fiscalía de Sala de Menores- que concluye que el ingreso provisional en un centro de acogida de menores, como actuación de asistencia inmediata, no necesita *a priori* de autorización del Juez o del Fiscal, inadecuada y perturbadora en los casos en que la necesidad y la urgencia comprometen la actuación inmediata de las autoridades implicadas.

Las funciones del Ministerio Fiscal en el ejercicio de la misión encomendada deben ser, entre otras, el impulso de la actividad protectora de las entidades locales y entidades públicas poniendo en conocimiento de las mismas cualquier situación de posible riesgo o en su caso, desprotección y actuando frente a la inactividad administrativa.

La puesta en conocimiento no es una función exclusiva de los Fiscales de Menores sino que, tal como establece el art. 13 LOPJM, “*Toda persona o autoridad, especialmente aquellas que por su profesión, oficio o actividad detecten una situación de riesgo o posible desamparo de una persona menor de edad, lo comunicarán a la autoridad o sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato*”



*que precise*". El art. 16 de la LOPJM obliga a las entidades Públicas, que tengan noticia de una situación de un menor que pueda situarle en desprotección, a realizar una evaluación de dicha situación: *"Las entidades públicas competentes en materia de protección de menores estarán obligadas a verificar la situación denunciada y a adoptar las medidas necesarias para resolverla en función del resultado de aquella actuación"*.

### **6.8. Actuación desde los Juzgados de guardia**

Constituye el objeto del servicio de guardia la recepción e incoación, en su caso, de los procesos correspondientes a los atestados, denuncias (incluidos los partes de lesiones), querellas que se presenten durante el tiempo de guardia, la realización de las primeras diligencias de instrucción criminal que resulten procedentes, entre ellas las medidas cautelares de protección a la víctima, la adopción de las resoluciones oportunas acerca de la situación personal de quienes sean conducidos como detenidos a presencia judicial, la celebración de los juicios inmediatos, la tramitación de diligencias urgentes. Y, asimismo, la práctica de cualesquiera otras actuaciones de carácter urgente o inaplazable de entre las que la Ley atribuye a los Juzgados de Instrucción y a los Juzgados de Violencia sobre la Mujer.

Igualmente constituirá objeto del servicio de guardia la adopción de medidas cautelares respecto de las personas comprendidas en el ámbito de aplicación de la LO 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores, o la práctica de diligencias restrictivas de los derechos fundamentales de dichas personas, cuando su necesidad se suscite fuera de las horas de audiencia del correspondiente Juzgado de Menores, siempre que en la demarcación de dicho Juzgado de Menores no exista un servicio de guardia propio de esta clase de órganos jurisdiccionales.

Salvo en aquellas demarcaciones donde exista servicio de guardia de Juzgados de Violencia sobre la Mujer, también será objeto del servicio de guardia la regularización de la situación personal de quienes sean detenidos por su presunta participación en delitos cuya instrucción sea competencia de los Juzgados de Violencia sobre la Mujer y la resolución de las solicitudes de adopción de las órdenes de protección de las víctimas de los mismos, siempre que dichas solicitudes se presenten y los detenidos sean puestos a disposición judicial fuera de las horas de audiencia de dichos Juzgados.

El Juez que desempeñe en cada circunscripción el servicio de guardia conocerá también, en idéntico cometido de sustitución, de las actuaciones urgentes e inaplazables que se susciten en el ámbito de la Oficina del Registro Civil.

Singularmente, se ocupará de las que, correspondiendo a los órganos de la jurisdicción contencioso-administrativa, sean instadas en días y horas inhábiles y exijan una intervención judicial inmediata en supuestos de:

**a.** Autorización de entradas en domicilios y lugares cuyo acceso requiera el consentimiento de su titular conforme a lo previsto en el artículo 8.6, párrafos primero y tercero de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa.

**b.** Medidas sanitarias urgentes y necesarias para proteger la salud pública conforme al artículo 8.6 párrafo segundo de la Ley 29/1998, de 13 de julio.



Cualquier profesional sanitario frente a una actuación urgente, previsible urgente o por necesidad propia del servicio puede y debe ponerse en contacto con el juzgado de guardia o profesional de la medicina forense que esté de guardia.

## **7. COMISIÓN DE SEGUIMIENTO DEL PROTOCOLO**

Se constituirá una comisión para el seguimiento del protocolo con indicadores de evaluación y la realización de propuestas de modificación y ampliación del mismo.





## 8. BIBLIOGRAFÍA

- [1] Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. Disponible en [https://www.boe.es/eli/es/ai/1989/11/20/\(1\)](https://www.boe.es/eli/es/ai/1989/11/20/(1))
- [2] LO 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (LOPVI). Disponible en [BOE-A-2021-9347 LO 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia.](#)
- [3] Juan Gil Arrones, et al. Protocolo de Intervención Sanitaria en casos de Maltrato Infantil, 2014. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, Junta de Andalucía. Disponible en <http://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1871/1/ProtocoloIntervSanitMaltratoInfantil2014.pdf>
- [4] Ministerio de Sanidad. Protocolo común de actuación sanitaria frente a la violencia en la infancia y adolescencia (2023). Madrid; 2023. Disponible en [Protocolo común de actuación sanitaria para la protección integral de la infancia y adolescencia frente a la violencia \(2023\) \(sanidad.gob.es\)](#)
- [5] Artículo 183 bis del Título VIII, Capítulo II de las agresiones sexuales a menores de 16 años, de la LO 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Disponible en [BOE-A-1995-25444 LO 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.](#)
- [6] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015. Protocolo común para la actuación ante la Mutilación Genital Femenina. Disponible en [Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina \(MGF\).](#)
- [7] SCS; 2021. Atención gineco-obstétrica a la mujer gestante y puérpera en procesos migratorios. Disponible en [Atención gineco-obstétrica a la mujer gestante y puérpera en procesos migratorios](#)
- [8] SCS; 2023. Protocolo de Atención Sanitaria a Menores Migrantes (Infancia en Movimiento). Disponible en [Protocolo de Atención Sanitaria a Menores Migrantes \(Infancia en Movimiento\)](#)
- [9] Ministerio de Sanidad 2023. Guía de Pautas Básicas Comunes del SNS para la actuación sanitaria ante la Violencia Sexual. Disponible en [Guía de Pautas Básicas Comunes del SNS para la actuación sanitaria ante Violencia Sexual](#)
- [10] Ministerio de Justicia 2021. Protocolo de actuación médico-forense ante la violencia sexual en los IIMLCF. Disponible en [Protocolo de actuación médico-forense ante la violencia sexual en los IMLCF.](#)
- [11] SCS 2021. Protocolo de atención a mujeres víctimas de agresión sexual. Disponible en [Protocolo de atención a mujeres víctimas de agresión sexual.](#)
- [12] Ministerio de Justicia 2018. Guía de actuación en la atención a menores víctimas en los IMLCF. Disponible en [Guía de actuación en la atención a menores víctimas en los IMLCF.](#)
- [13] Ministerio de Sanidad 2017. Actuación sanitaria frente a la trata con fines de explotación sexual. Disponible en [Actuación sanitaria frente a la trata con fines de explotación sexual anexo al Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género en el SNS](#)
- [14] SCS 2023. Protocolo de detección y actuación sanitaria ante la violencia de género en AP. Enlace: [Actuación ante la Violencia de Género en AP \(gobiernodecanarias.org\)](#)
- [15] SCS 2018. Protocolo de Coordinación Interinstitucional para la Atención de las Víctimas de Violencia de Género en la Comunidad Autónoma Canaria. Disponible en [Protocolo Vigente Canarias.pdf \(gobiernodecanarias.org\)](#)



- [16] Ministerio de Justicia (2022) Guía de buenas prácticas para la actuación forense ante la víctima de un delito facilitado por sustancias psicoactivas: intervención ante la sospecha de sumisión química. Disponible en [Guía de buenas prácticas para la actuación forense ante la víctima de un delito facilitado por sustancias psicoactivas: intervención ante la sospecha de sumisión química](#)
- [17] Ministerio de Sanidad (2022). Pautas básicas comunes del SNS para la actuación sanitaria ante casos de agresión a mujeres por objeto punzante (“pinchazo”) en contextos de ocio. Disponible en [Pautas básicas comunes del SNS para la actuación sanitaria ante casos de agresión a mujeres por objeto punzante \(“pinchazo”\) en contextos de ocio](#)
- [18] Mary Clyde Pierce et al. “Validation of a Clinical Decision Rule to Predict Abuse in Young Children Based on Bruising Characteristics”. JAMA Netw Open. 2021 Apr 1;4(4):e215832. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33852003/>.
- [19] Joel S. Tieder et al. Brief Resolved Unexplained Events (Formerly Apparent Life-Threatening Events) and Evaluation of Lower-Risk Infants: Executive Summary. Disponible en <https://publications.aap.org/pediatrics/article/137/5/e20160591/52194/Brief-Resolved-Unexplained-Events-Formerly?autologincheck=redirected>
- [20] The Child Witness; Legal Issues and Dilemas; Nancy E. Walker - Creighton University; Lawrence S. Wrightsman - University of Kansas, Lawrence; 1991 ISBN-10 : 0803937725
- [21] Instrucción 4/2019 del Director del SCS por el que se establece y regula el modelo del **Parte de Lesiones** y **Oficio de Notificación**. Disponible en: [Parte\\_Lesiones.pdf \(gobiernodecanarias.org\)](#)
- [22] Instrucción 12/16 del Director del SCS por la que se adoptan las medidas necesarias para la implantación en el SCS del **informe social** y del **documento de coordinación sociosanitaria** en el ámbito asistencial. Disponible en: [Instruccion\\_12\\_16.pdf \(gobiernodecanarias.org\)](#)



## 9. PRODUCCIÓN

### Dirección General de Programas Asistenciales

Antonia M<sup>a</sup> Pérez Pérez. Directora General de Programas Asistenciales.

Javier Lobato González. Jefe del Servicio de Atención Primaria.

Víctor Naranjo Sintés. Jefe del Servicio de Atención Especializada.

### Coordinación

María Eugenia Angulo Moreno. Pediatra. Técnica de la Dirección General de Programas Asistenciales del SCS.

Ángeles Cansino Campuzano. Pediatra. CS Guanarteme. GAPGC.

Javier Lobato González. Jefe de Servicio de Atención Primaria. Dirección General de Programas Asistenciales del SCS.

### Grupo de trabajo

Olga Afonso Rodríguez. Pediatra. UEI CHUIMI.

María Eugenia Angulo Moreno. Pediatra. Técnica de la Dirección General de Programas Asistenciales del SCS.

Eva María Bajo Tobío. Médica Forense UVFIVIA. Subdirectora del IMLCF Las Palmas.

Ángeles Cansino Campuzano. Pediatra. CS Guanarteme. GAPGC.

Elena Cortés Cros. Ginecóloga. Jefa de Sección Obstetricia y Ginecología. CHUIMI.

Lila Damas Plasencia. Trabajadora Social. Técnica de la Dirección General del Paciente y Cronicidad.

Silvia de León Socorro. Ginecóloga. Responsable de la Unidad de urgencias tocoginecológicas y paritorio del CHUIMI.

Cleto Del Toro Calero. Médico. Pediatría de Atención Primaria del Área de Salud de Fuerteventura.

M<sup>a</sup> Paz Espejo-Saavedra Conesa. Psicóloga. Servicio de Programas de Prevención y Protección de Menores Dirección General de Protección a la Infancia y las Familias.



Zelidety Espinel Padrón. Médica de Urgencia Hospitalaria de Pediatría. CHUIMI.

Isabel Y. González Perera. Trabajadora Social. Hospital de Día Infanto Juvenil Gran Canaria.

Irene López Escobar. Psicóloga. Jefa de Sección de Apoyo del Servicio de Programas de Prevención y Protección de Menores. DGPIF.

Davinia Martín González. Trabajadora Social. CHUIMI.

Tomás Luis Martín Rodríguez. Magistrado Juzgado Instrucción 3 de Las Palmas de GC y Juzgado de Violencia contra la Infancia y Adolescencia.

María Mayordomo Anguiano. Inspectora de Policía Nacional. Jefa de la Unidad de Atención a la Familia y Mujer (UFAM) Arrecife.

María José Meilán Ramos. Médica Forense. Directora del IMLCF Las Palmas.

Lucía Virginia Rodríguez Camejo. Trabajadora Social. Coordinación de Trabajo Social de la GAPGC.

Esther Glady Rodríguez Pérez. Pediatra. Coordinación de Pediatría de la Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura.

Cintia Sánchez-Vasconcellos Martín. Médica Forense UVFIVIA. IMLCF Las Palmas.

Centro Coordinador de Emergencias y Seguridad.

Cuerpo General de Policía Canaria.

Equipo EMUME de la Unidad Orgánica de Policía Judicial de la Comandancia de la Guardia Civil de Las Palmas.

Fiscalía Provincial de Las Palmas y la Fiscalía Provincial de Santa Cruz de Tenerife.

## **Colaboración**

Sira Alonso-Graña Lopez-Manteola. Pediatra. CHUIMI.

Aránzazu Atienza Sánchez. Jefa de Sección de Infancia, Familia, Mujer e Igualdad. Cabildo de Fuerteventura.

Amado Carballo Quintero. Consejero de Derechos Sociales, Bienestar Social y Dignidad Personal. Cabildo de El Hierro.



María Teresa Cotonat Vives. Pediatra. Coordinación de Pediatría de la Gerencia de Servicios Sanitarios de El Hierro.

Evelia Déniz Rivero. Delegación del Gobierno de Canarias.

Raquel Ferrera García. Pediatra. Coordinación de Pediatría de la Gerencia de Servicios Sanitarios de La Gomera.

María José García Mérida. Pediatra. Coordinación de Pediatría de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

Verónica Gómez Rodríguez. Pediatra. Coordinación de Pediatría de la Gerencia de Servicios Sanitarios de Pediatría de La Palma.

Goretti del Pilar Luis Barreto. Jefa de Sección de Acogimiento de Menores del Cabildo de Gran Canaria.

Alicia Inmaculada Martín Martínez. Jefa de Servicio de Ginecología del CHUIMI

María Del Carmen Olmos Plaza. Psicóloga del Módulo Insular de Servicios Sociales del Cabildo de La Gomera.

Svetlana Pavlovic Nestic. Pediatra. Jefa de servicio de Pediatría del CHUIMI.

Garazi Paz Ondarroat. Pediatra. Hospital Universitario Dr. José Molina Orosa. Lanzarote.

Carmen Rosa Rodríguez Fernández-Oliva. Pediatra. Técnica de la Dirección General de Programas Asistenciales.

Manuel Rodríguez Lanza. Pediatra. Hospital Universitario Dr. José Molina Orosa. Lanzarote.

Soraya Rodríguez Umpiérrez. Trabajadora Social del Servicio Insular de Infancia. Cabildo de Fuerteventura.

Aniuska Pilar Sutil Rosas. Pediatra. Coordinación de Pediatría de la Gerencia de Servicios Sanitarios de Lanzarote

Servicio de Coordinación del Sistema Integral contra la Violencia de Género del ICI

Servicio Especializado de Centros y Familia del Cabildo de Lanzarote



## **Revisión**

Clara Isabel Alegría Medina. Pediatra. UEI. Hospital Nuestra Señora de Candelaria.

Ventura Amador Barrameda. Cirujano General y Digestivo. Hospital Insular Nuestra Señora de los Reyes. El Hierro.

Jose F Lluch Perales. Medicina Interna. Hospital Dr. José Molina Orosa. Lanzarote.

Ana María Torres Vega. Medicina Interna. Hospital Insular Nuestra Señora de los Reyes. El Hierro.

Hospital General de Fuerteventura.

Hospital Universitario Gran Canaria Dr Negrín.

Unidad Enfermedades Infecciosas CHUIMI.

## **Ilustraciones**

Cristina Deudero del Arco. Enfermera. CS Schamann. GAPGC.

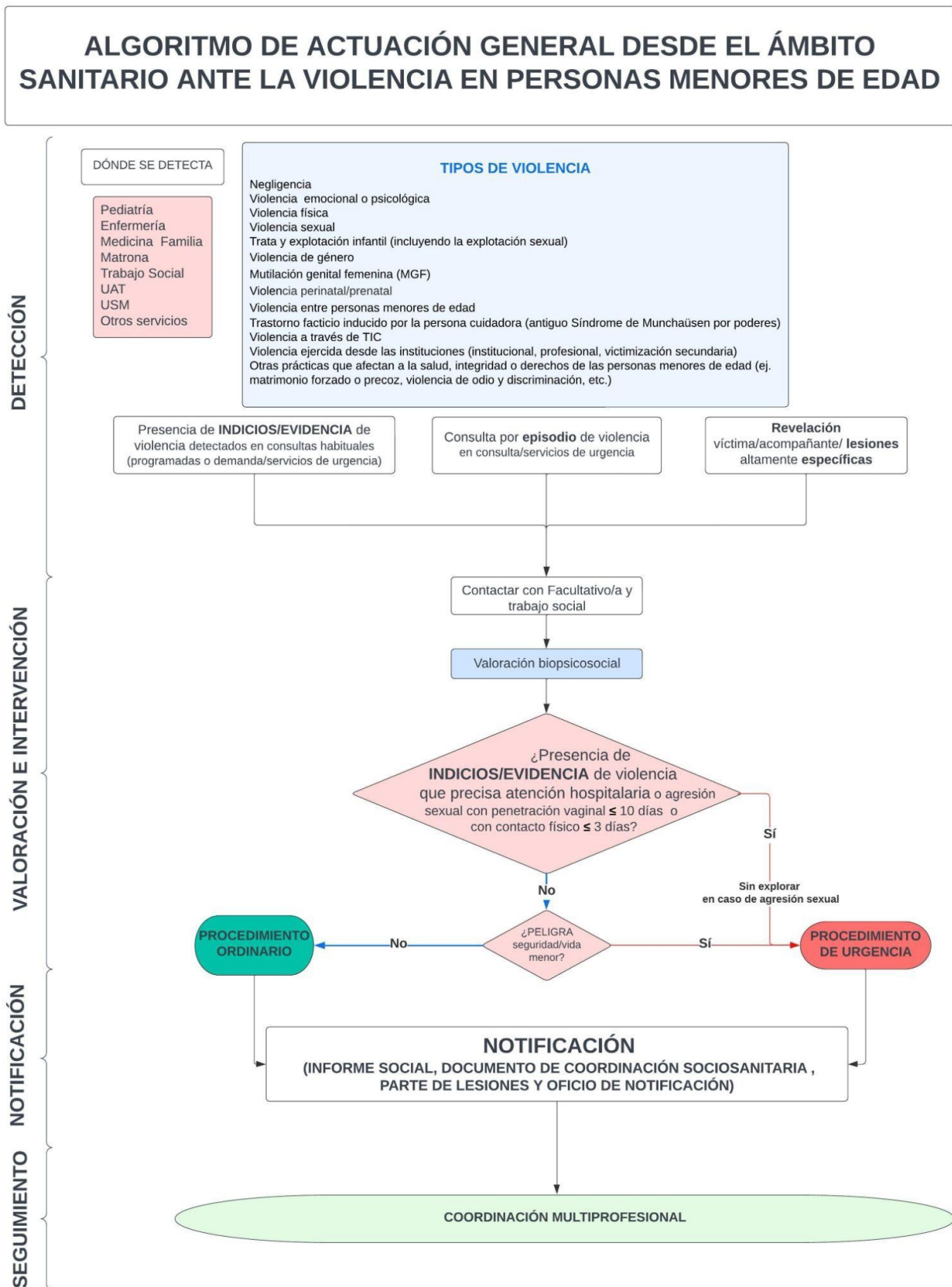
Iván González Díez. Pediatra. CS Guanarteme. GAPGC.

## **Maquetación**

Alejandrina Hernández Albertos. Dirección General de Programas Asistenciales.



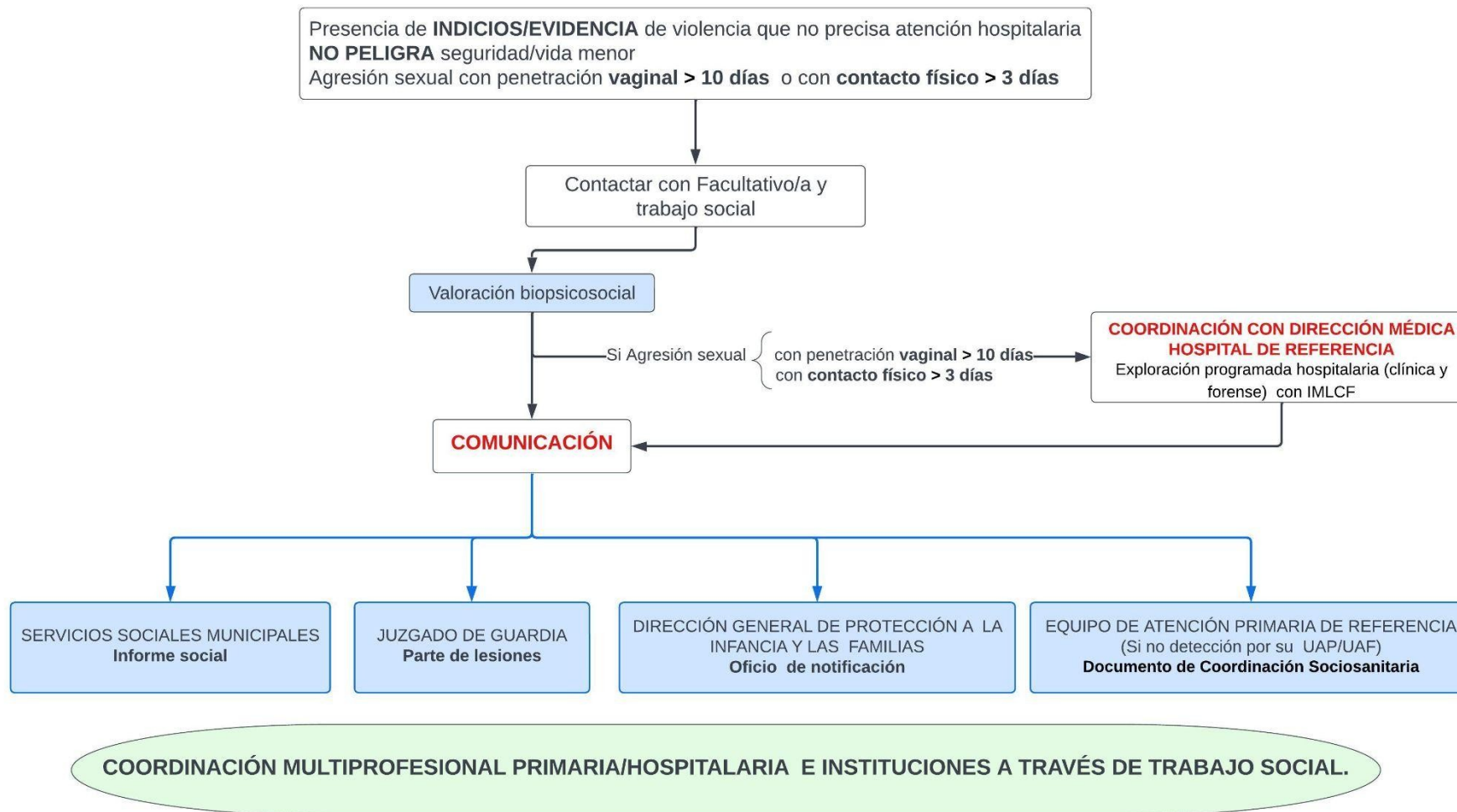
## Anexo 1.1.





## Anexo 1.2. Procedimiento ordinario.

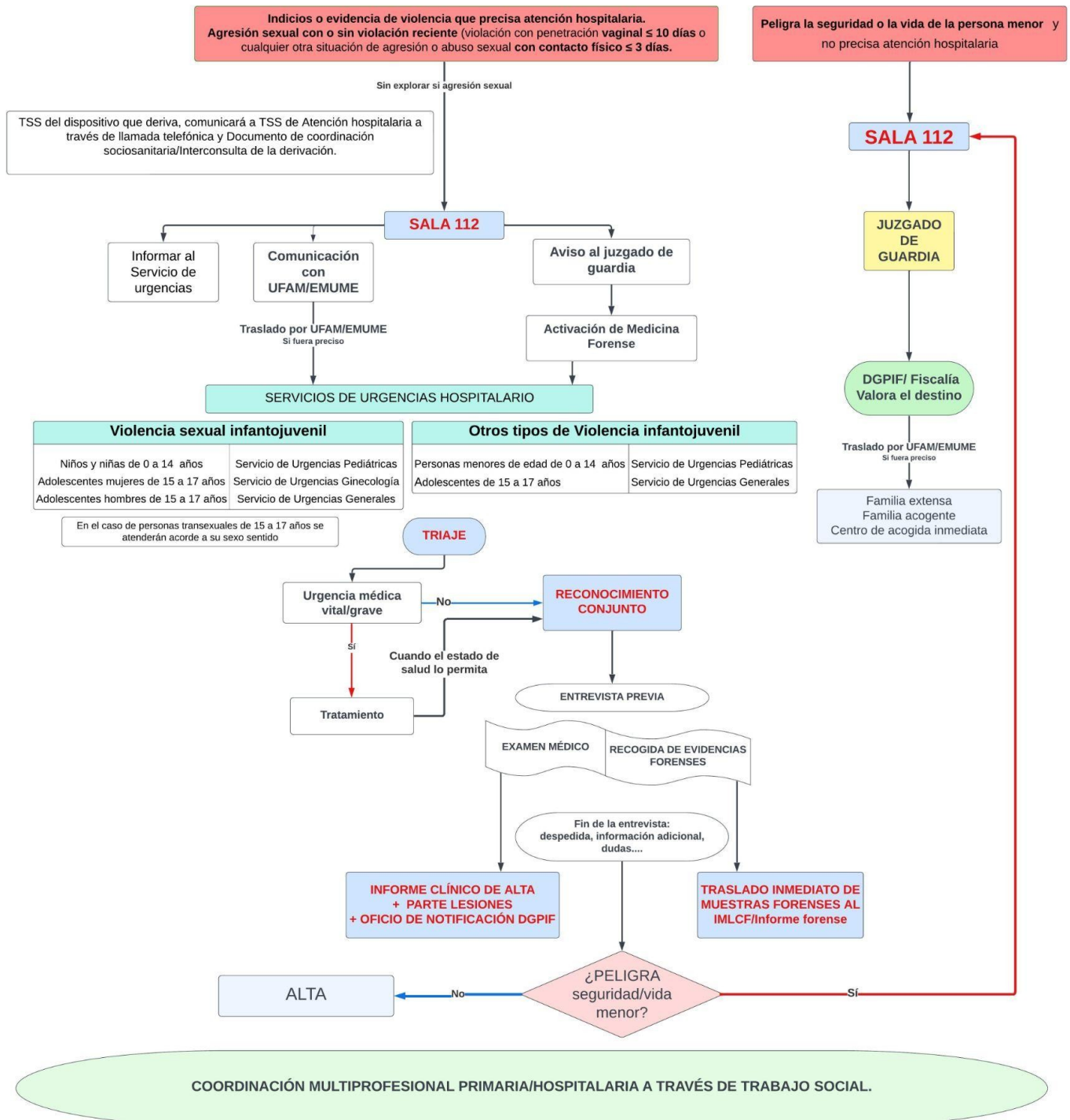
# PROCEDIMIENTO ORDINARIO





## Anexo 1.3. Procedimiento de urgencia.

# PROCEDIMIENTO DE URGENCIA





## Anexo 2. Experiencias Adversas y Beneficiosas en la Infancia y Adolescencia.

**Las Experiencias Adversas en la Infancia (EAI)** son eventos potencialmente traumáticos que ocurren durante la Infancia y la Adolescencia, como sufrir violencia física, psicológica o sexual, presenciar violencia en el hogar, crecer en un hogar en el que se consumen tóxicos, que un miembro de la familia se intente suicidar o muera, inestabilidad en el hogar por problemas de salud mental, divorcio conflictivo, encarcelamiento de alguno de los progenitores, etc. Hay que señalar que los *determinantes sociales de salud*, como la pobreza, vivir en un barrio con escasos recursos o segregados racialmente, con inseguridad, infravivienda, etc. pueden amplificar los resultados negativos de las EAI.

Las EAI se asocian con peores resultados en salud, entre ellos diferentes enfermedades crónicas y las principales causas de morbilidad y mortalidad, como cáncer, diabetes, enfermedades cardíacas, suicidio y sobredosis de drogas. También se asocia con efectos negativos en el rendimiento educativo y el desarrollo laboral. El riesgo es mucho más acusado en menores que experimentan múltiples tipos de EAI y pueden tener efecto acumulativo independientemente de su grado de intensidad.

Numerosos estudios indican que el mecanismo subyacente por el que las EAI se asocian a peores resultados en salud y desempeño es a través de una activación crónica del sistema de respuesta al estrés.

**Tabla 10.** Experiencias Adversas en la Infancia.

<b>Categoría</b>	<b>Ítems</b>
<b>Violencia y Negligencia - Maltrato Psicológico</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Negligencia emocional.</li><li>- Abandono físico.</li><li>- Maltrato Físico.</li><li>- Violencia sexual.</li></ul>
<b>Disfunción Familiar - Violencia de género</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Otra violencia intrafamiliar.</li><li>- Abuso de sustancias tóxicas.</li><li>- Enfermedad mental en personas cuidadoras.</li><li>- Divorcios complejos.</li><li>- Internamiento penitenciario del padre y/o madre.</li><li>- Conflictividad interparental.</li><li>- Fallecimiento del padre y/o madre.</li></ul>



<b>Adversidad en el entorno social</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Testigo de violencia en la comunidad.</li><li>- Pérdida de confianza o de relaciones en el barrio.</li><li>- Discriminación: raza, religión, cultura, etc.</li></ul>
<b>Otros</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Acoso entre pares.</li><li>- Institucionalización en sistema de protección.</li><li>- Enfermedad crónica.</li><li>- Pobreza/Bajo nivel socioeconómico.</li></ul>

Fuente: Modificada de Finkelhor<sup>[3]</sup>

### **Las Experiencias Beneficiosas en la Infancia (EBI). Anteriormente "Factores Protectores"**

Así como ciertos factores aumentan la probabilidad de violencia contra los niños y niñas, otros factores pueden reducirla. No todas las familias y contextos con los factores de riesgo descritos se convierten en un entorno violento. La capacidad resiliente tanto del niño ,niña o adolescente, así como de su entorno familiar es determinante para la construcción de factores de protección en entornos adversos . Según las investigaciones, los factores que parecen facilitar esta resiliencia incluyen: mayores niveles de cuidado parental durante la niñez, menos asociaciones con iguales que practican ocio no saludable o están involucrados en actividades delictivas, una relación cálida y de apoyo con un progenitor respetuoso y no ofensivo y menores niveles de estrés relacionado con la violencia. Partiendo de la comprensión actual de los factores de riesgo para la presencia de violencia, podemos identificar los factores de protección más comunes :

**Tabla 11.** Experiencias Beneficiosas en la Infancia.

<b>Categoría</b>	<b>Ítems</b>
<b>Factores individuales del niño, niña o adolescente:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Buena salud.</li><li>- Relaciones positivas con iguales.</li><li>- Redes sociales consolidadas.</li><li>- Ocio apropiado.</li><li>- Presencia de intereses.</li><li>- Buena autoestima.</li><li>- Independencia/autonomía según etapa evolutiva.</li><li>- Estilo de afrontamiento activo.</li></ul>



	<ul style="list-style-type: none"><li>- Vinculación de apego seguro con progenitores y/o cuidadores.</li><li>- Habilidades sociales.</li><li>- Disposición positiva.</li></ul>
<b>Factores familiares y parentales:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Entorno familiar con vínculos de apego seguro.</li><li>- Relación positiva entre padres/madres e hijos/as.</li><li>- Ambiente familiar de apoyo.</li><li>- Redes familiares extendidas.</li><li>- Buen nivel de educación de los padres.</li><li>- Modelos educativos asertivos.</li><li>- Ejercicio de parentalidad positiva.</li><li>- Resiliencia parental.</li><li>- Disponibilidad de apoyo efectivo.</li><li>- Habilidades para la resolución de problemas y gestión.</li></ul>
<b>Factores sociales:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Acceso a recursos comunitarios (salud, educación, servicios sociales, ocio, ...)</li><li>- Disponibilidad de vivienda y empleo estables.</li><li>- Expectativas familiares de comportamiento pro social.</li><li>- Residencia en entornos comunitarios con cohesión social.</li><li>- Políticas públicas para la prevención y protección a la infancia y la familia.</li><li>- Concienciación sobre las etapas del desarrollo infantil.</li></ul>

## Bibliografía

[1] Jones CM, Merrick MT, Houry DE. Identifying and Preventing Adverse Childhood Experiences: Implications for Clinical Practice. JAMA 2020;323(1):25.

[2] Ministerio de Sanidad. Protocolo común de actuación sanitaria frente a la violencia en la infancia y adolescencia (2023). Madrid; 2023. Disponible en [Protocolo común de actuación sanitaria para la protección integral de la infancia y adolescencia frente a la violencia \(2023\) \(sanidad.gob.es\)](https://www.sanidad.gob.es/protocolo-comun-de-actuacion-sanitaria-para-la-proteccion-integral-de-la-infancia-y-adolescencia-frente-a-la-violencia-2023)

[3] Finkelhor D, Shattuck A, Turner H, Hamby S. A revised inventory of Adverse Childhood Experiences. Child Abuse Negl 2015;48:13-21.



## Anexo 3. Intervención de trabajo social.

### Consideraciones generales:

- Trabajo social sanitario **interviene**:
  - para **activar los mecanismos de protección** a la infancia y la adolescencia por parte de las instituciones competentes, tanto del/la menor que presenta indicadores/indicios de violencia como de otras/os menores que pudieran estar en situación de riesgo de sufrir violencia;
  - para reforzar la **adherencia terapéutica** a las indicaciones y tratamiento pautados.
  - para contribuir a la **continuidad de la atención** en los diferentes ámbitos asistenciales, fundamentalmente sanitario (continuidad entre AP y AH) y social, posibilitando la coordinación con los dispositivos implicados en cada momento.
  
- En cualquiera de los niveles de atención sanitaria, ante la presencia de indicadores/indicios de violencia en la infancia y adolescencia, se requiere **siempre** la intervención de TSS. Para ello **todas** las situaciones de indicios/evidencia de violencia en personas menores de edad se comunican a la/el profesional de trabajo social del dispositivo correspondiente: AP, hospital de día, unidad infanto juvenil, UAT, hospital, etc.
- TSS **interviene** desde el principio, participa en la valoración, en la toma de decisiones y en el seguimiento. Debe estar presente durante el proceso, para poder conocer las circunstancias en las que se presenta cada caso y las intervenciones del equipo sanitario en cada momento.
- En el dispositivo asistencial en el que se detecte la situación de violencia, se realizará una **valoración social inicial** de, al menos, la capacidad de protección que tienen las personas responsables de la persona menor. Esta valoración se podrá completar posteriormente, tanto si ésta permanece en el domicilio como si recibe atención hospitalaria.
  
- **Comunicación:**
  - **Entre niveles asistenciales.** Tanto si la situación de violencia se detecta en AP como en el hospital/USM/UAT/otros, las/los profesionales de trabajo social de cualquiera de estos dispositivos se comunicarán el resultado de la valoración social e intervenciones realizadas desde el dispositivo propio, a través de informe social. La comunicación incluirá información relativa a informes y documentos de coordinación emitidos para otras instituciones, servicios, entidades...



- **Con los servicios sociales de protección municipal y autonómico.** Las/los profesionales de trabajo social de cualquiera de los dispositivos asistenciales del SCS comunicarán a la DGPIF y/o SSM el resultado de la valoración social e intervenciones realizadas desde el dispositivo propio, a través de informe social. La comunicación incluirá información relativa a informes y documentos de coordinación emitidos para otras instituciones, servicios, entidades....

En ambos casos, se usarán el **Informe social** y el **Documento de Coordinación entre ámbitos asistenciales** de acuerdo a lo establecido en la Instrucción 12/16 que regula dichos documentos.

- **Informe social** (servicios sociales de protección municipal y autonómico).
  - **Desde dónde se emite y a dónde se dirige:** desde un dispositivo de AP o de AH a la Administración u órgano judicial competente.
  - **Finalidad:** comunicar la presencia de indicadores de violencia en menores, de cualquier edad, así como las intervenciones realizadas desde AP y/o AH y, en su caso, en coordinación con otros dispositivos asistenciales de los sistemas de protección social para que, desde la Administración y/u órgano judicial correspondiente, se tomen las medidas de protección jurídicas que procedan y asegurar la protección del menor o la menor.
- **Informe social** (entre niveles asistenciales):
  - **Desde dónde se emite y a dónde se dirige:** desde un dispositivo de AH/AP a un dispositivo de AP.
  - **Finalidad:** Comunicar la situación de vulnerabilidad social detectada así como las intervenciones realizadas desde AE/AP y, en su caso, en coordinación con otros dispositivos asistenciales de los sistemas de protección social, para asegurar la continuidad de la atención.
- **Documento de Coordinación Sociosanitaria**: comunicación de la situación para coordinar intervenciones desde diferentes dispositivos asistenciales, cuando no ha sido posible realizar la valoración social.

Además, al igual que cualquier profesional del equipo asistencial, complementa el **Oficio de Notificación** cuando proceda.





## Anexo 4. Atención hospitalaria en casos de violencia física y sexual.

### VIOLENCIA FÍSICA

#### 1. Pruebas complementarias a realizar en los casos de violencia física:

- **Hemograma con recuento de plaquetas y coagulación:** cuando observamos lesiones hemorrágicas en la piel y mucosas de etiología dudosa. En los pacientes con una hemorragia intracraneal o en aquellos que presenten otros hallazgos compatibles con signos de violencia (fracturas, quemaduras, lesión intraabdominal).
- **Bioquímica:** ionograma, pruebas hepáticas, creatininfosfoquinasa (CK), amilasa/lipasa, metabolismo férrico (ante sospecha de traumatismo abdominal se obtendrá de urgencia; si no, las pruebas se pueden diferir).
- **Orina y sedimento:** si traumatismo abdominal, deshidratación o fallo renal agudo, para objetivar la presencia de hematuria. En caso de hemorragia subdural solicitaremos ácidos orgánicos en orina.
- **Detección de tóxicos y medicamentos en sangre y/u orina:** si hay alteraciones del nivel de conciencia o se sospecha la ingesta. Esta detección se complementará si fuese el caso con análisis forenses orientados a determinar si se ha producido sumisión química o vulnerabilidad química (SQ/VQ).
- **Fondo de ojo:** debe ser realizado por el oftalmólogo. Lo solicitaremos ante toda sospecha de violencia en menores de 2 años. Las hemorragias que implican varias capas de la retina son debidas frecuentemente a violencia infantil.
- **Pruebas de laboratorio de metabolismo óseo:** calcio, fósforo, fosfatasa alcalina, 25-hidroxivitamina D, nivel de PTH, cobre sérico, vitamina C, niveles de ceruloplasmina (si sospecha de deficiencia de cobre o escorbuto). Biopsia de piel para cultivo de fibroblastos y/o ADN ante sospecha de osteogénesis imperfecta.
- **Radiología específica:** ante sospecha de lesión aguda o crónica:



<b>NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS:</b>	Serie ósea completa: <ul style="list-style-type: none"><li>• Brazos anteroposterior (AP)</li><li>• Antebrazos AP</li><li>• Manos AP</li><li>• Muslos AP</li><li>• Piernas AP</li><li>• Tórax AP y lateral</li><li>• Columna lumbar lateral</li><li>• Columna cervical AP y lateral.</li></ul>
<b>NIÑAS Y NIÑOS MAYORES DE 2 AÑOS:</b>	Se solicitará en el área donde se sospeche la existencia de lesión/ lesiones.

- **Tomografía (TAC) craneal:** las indicaciones varían según la edad:

<b>NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sospecha de TCE no accidental con o sin clínica neurológica asociada.</li><li>• Pacientes de alto riesgo (fracturas costales, fracturas múltiples, lesiones faciales, menores de 6 meses).</li><li>• Lesiones torácicas y/o abdomino-pélvicas inconsistentes con la historia clínica.</li></ul>
<b>NIÑAS Y NIÑOS MAYORES DE 2 AÑOS:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sospecha de TCE no accidental con presencia de síntomas o signos neurológicos, con o sin otros hallazgos físicos.</li></ul>

- **TAC espinal:** si se sospecha lesión en la columna vertebral.
- **TAC abdominal y/o ecografía abdominal:** si se sospecha lesión visceral.
- **Gammagrafía ósea:** más sensible en menores de 1 año; es útil en la detección precoz de lesiones esqueléticas de localización poco frecuente y también, cuando la radiología convencional no es concluyente. Muy útil en las fracturas de pelvis y lesiones de partes blandas, no tanto en las fracturas craneales y metafisarias.



## VIOLENCIA SEXUAL (VS)

Antes de realizar la exploración física y la toma de muestras, se entregará hoja informativa y se deberá solicitar el consentimiento.

[Enlace a hoja informativa consentimiento informado para la exploración violencia sexual.](#)

[Enlace a documento de consentimiento informado para exploración violencia sexual.](#)

### Exploración física:

En el 90-95% de los casos la exploración física será normal, incluso cuando ha habido penetración (las lesiones genitales cicatrizan rápidamente y dejan evidencia mínima del trauma). Una exploración normal no excluye violencia sexual y este hecho debe constar en nuestro informe.

Al menor se le debe desnudar por completo, y esto se hará sobre una superficie blanca ya que, si se desprenden muestras biológicas, estas pueden ser recogidas. La exploración debe ser completa, pero breve, sin brusquedades. Procurar preservar su pudor.

La exploración en los casos de VS debe abarcar:

Exploración general completa.
Exploración del área genital y anal.
Exploración del estado psicológico.

- Exploración general completa.

Descartar signos de maltrato físico secundarios a la posible resistencia, o a la inacción forzada de la víctima al sufrir la agresión; incluir cabeza, cavidad oral (mordeduras, laceraciones, equímosis, hematomas, sobre todo en la unión del paladar duro y blando), toda la piel, dejando para el final, el examen genital y anal. Valorar hematomas retroauriculares por sujeción forzada de la cabeza así como desgarró del frenillo lingual, ambas lesiones sugestivas de VS.

Describir el desarrollo puberal: estadios de Tanner.

- Exploración ginecológica/genital y anal.



Se llevará a cabo en el contexto del examen general que realizan los facultativos de las distintas especialidades según el caso (pediatría, ginecología, profesional facultativo de urgencias etc.).

La exploración orientada a la detección de indicadores físicos de VS debe ser grabada cuando se detecten lesiones; con el fin de obtener un registro que permita revisar los hallazgos exploratorios y resolver con expertos en VS los casos dudosos. Se debe aplicar la metodología recomendada (Adams et al. 2016)<sup>[1]</sup> mediante la combinación de unas determinadas posiciones y la aplicación de varias técnicas exploratorias. El siguiente cuadro resume esta metodología:

**Tabla 12**

Examen genital Niña/o prepuberal		Examen anal Niña/o prepuberal	
<b>Posición de examen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supina en “patas de rana” o litotomía.</li> <li>• Prona “rodillas al pecho”.</li> </ul>	<b>Posiciones de examen (por orden de preferencia)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supina “rodillas al pecho”</li> <li>• Prona “rodillas al pecho”</li> <li>• Decúbito lateral.</li> </ul>
<b>Técnica de examen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Separación labial y tracción labial.</li> <li>• Elevación de glúteos en posición prona “rodillas al pecho”.</li> <li>• No está indicado el uso de espéculo a menos que se haya aplicado sedación.</li> </ul>	<b>Técnica de examen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Separación de glúteos.</li> <li>• Prona “rodillas al pecho” con elevación de glúteos.</li> </ul>
<b>Técnica de confirmación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Himen flotante con agua o solución salina.</li> <li>• Prona “rodillas al pecho” con elevación de glúteos</li> </ul>	<b>Técnica de confirmación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reevaluar después de defecar, deambular o cambiar de posición.</li> </ul>



Examen genital. Niña/o púber		Examen anal Niña/o púber	
<b>Posición de examen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Litotomía supina.</li> <li>• Prona “rodillas al pecho” con elevación de glúteos.</li> </ul>	<b>Posiciones de examen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supina “rodillas al pecho”</li> <li>• Prona “rodillas al pecho”</li> <li>• Decúbito lateral.</li> </ul>
<b>Técnica de examen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Separación labial.</li> <li>• Tracción de labios.</li> <li>• Es adecuado el uso de espéculo si estadio de Tanner 3 o superior.</li> </ul>	<b>Técnica de examen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Separación lateral de glúteos.</li> <li>• Elevación de glúteos en posición prona “rodillas al pecho”</li> </ul>
<b>Técnica de confirmación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recorrido del borde del himen con hisopo con punta de algodón.</li> <li>• Sonda de Foley<sup>[2]</sup></li> <li>• Prona “rodillas al pecho” con elevación de glúteos.</li> </ul>	<b>Técnica de confirmación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reevaluar después de defecar, deambular o cambiar de posición.</li> <li>• Posición alternativa.</li> </ul>

Los hallazgos exploratorios deben ser descritos de manera sistemática e interpretados según el estado de la evidencia científica<sup>[3, 4]</sup>.

Hay que considerar la posibilidad de variantes anatómicas y condiciones clínicas que pueden conducir a una interpretación errónea de los hallazgos<sup>[5]</sup>.

Es necesario tomar registros fotográficos y/o videográficos de los hallazgos exploratorios tanto para su incorporación al expediente judicial como para la revisión por expertos en los casos dudosos<sup>[6, 7]</sup>.



## Enfoque actualizado de 2023 para la interpretación de los hallazgos médicos en casos de violencia sexual<sup>[3]</sup>

Tabla 13

<b>SECCIÓN 1: HALLAZGOS FÍSICOS:</b>
<b>A. Hallazgos documentados no relacionados con violencia sexual.</b>
Variantes normales.
<b>1. Variaciones del himen.</b>
a) Anular: tejido del himen presente alrededor de la abertura vaginal, incluso en la posición de las 12 en punto.
b) Himen en forma de media luna: el tejido del himen está ausente en algún punto por encima de las 3 a las 9 en punto.
c) Himen imperforado: himen sin abertura.
d) Himen microperforado: himen con una o más pequeñas aberturas.
e) Himen septado: himen con uno o más septos a lo largo de la abertura.
f) Himen redundante: himen con múltiples solapas, plegadas unas sobre otras.
g) Himen con etiqueta de tejido en el borde.
h) Himen con montículos o protuberancias en el borde en cualquier ubicación.
i) Cualquier muesca o hendidura del himen (independientemente de la profundidad) por encima de las 3 y las 9 en punto.
j) Una muesca o hendidura en el himen, en o debajo de la ubicación de las 3 o 9 en punto, que no se extiende cerca de la base del himen.
k) Borde posterior liso del himen que parece ser relativamente estrecho a lo largo de todo el borde; puede dar la apariencia de una abertura agrandada.
l) Asimetría en el ancho del borde del himen posterior.
<b>2. Banda(s) periuretral(es) o vestibular(es).</b>
<b>3. Crestas o columnas intravaginales.</b>
<b>4. Cresta externa del himen.</b>
<b>5. Diástasis anal (zona lisa).</b>
<b>6. Marcas cutáneas perianales.</b>
<b>7. Hiperpigmentación del himen, labios menores o tejidos perianales.</b>
<b>8. Dilatación de la abertura uretral</b>
<b>9. Características anatómicas normales de la línea media</b>
a) Surco en la fosa, visto en la adolescencia temprana.
b) Fallo de la fusión de la línea media (también llamado surco perineal).
c) Rafe medio.
d) Línea vestibularis (área avascular de la línea media)



**10.** Visualización de la línea pectinada/dentada en la unión del anodermo y la mucosa rectal, vista cuando el ano está completamente dilatado, como ocurre con el paso o la presencia de flatos o heces en el canal anal.

**11.** Dilatación anal refleja que se produce durante las maniobras de exploración, como la tracción aplicada a los tejidos perianales o la colocación del paciente, particularmente en posiciones rodilla-pecho en decúbito prono o supino.

**12.** Dilatación anal, que causa visualización de la línea dentada/pectinada, columnas anales y/o criptas anales, cualquiera de las cuales puede confundirse con laceración o abrasión anal.

### **B. Hallazgos comúnmente causados por condiciones distintas al trauma o contacto sexual.**

*Estos hallazgos requieren que se considere un diagnóstico diferencial, ya que cada uno puede tener varias causas diferentes.*

**13.** Eritema, inflamación, fisuras y/o maceración de los tejidos perianales, perineales o vulvares relacionados con mala higiene u otras dermatitis irritantes.

**14.** Aumento de la vascularización del vestíbulo y del himen.

**15.** Adhesión labial

**16.** Friabilidad de la horquilla posterior

**17.** Secreción vaginal que no está asociada con una infección de transmisión sexual

**18.** Fisuras anales.

**19.** Congestión venosa o acumulación venosa en la zona perianal.

**20.** Dilatación anal completa/inmediata en niños con condiciones predisponentes, como síntomas actuales o antecedentes de estreñimiento y/o encopresis, o niños sedados, bajo anestesia o con deterioro del tono neuromuscular por otros motivos.

### **C. Hallazgos debidos a otras condiciones que pueden confundirse con abuso.**

**21.** Irritante/no infeccioso: eritema, inflamación y fisuras de los tejidos perianal, perineal o vulvar debido a dermatitis irritante, incluida la dermatitis de Jacquet.

**22.** Inflamatorio: úlceras aftosas, enfermedad inflamatoria intestinal (fisuras anales/etiquetas anales prominentes, secreción rectal), enfermedad de Behcet (úlceras dolorosas).

**23.** Condiciones dermatológicas: liquen escleroso y atrófico, foliculitis, vitíligo, angioqueratomas y hemangiomas.

**24.** Causas inmunológicas: pioderma gangrenoso (úlceras dolorosas)

**25.** Multifactorial/idiopático: prolapso uretral, prolapso rectal, embudo anal.





**26.** Cambios post mortem: dilatación anal, decoloración roja/púrpura de las estructuras genitales (incluido el himen) debido a lividez u otras afecciones sistémicas raras. Se necesita análisis histológico para la confirmación.

#### **D. No hay consenso de expertos sobre el grado de importancia**

Estos hallazgos físicos se han asociado con antecedentes de abuso sexual en algunos estudios, pero en la actualidad no existe un consenso de expertos sobre cuánto peso se les debe dar con respecto al abuso. Los hallazgos 28 y 29 deben confirmarse utilizando posiciones y/o técnicas de examen adicionales, para garantizar que no sean variantes normales (hallazgos 1. i. 1.j) o un hallazgo de lesión traumática residual (hallazgo 38).

**27.** Dilatación anal completa e inmediata con relajación de los esfínteres anales internos y externos, en ausencia de otros factores predisponentes como estreñimiento, encopresis, sedación, anestesia y afecciones neuromusculares.

**28.** Muesca o hendidura en el borde del himen, en o debajo de la ubicación de las 3 o 9 en punto, que se extiende casi hasta la base del himen, pero no es una sección transversal completa. Este es un hallazgo muy raro que debe interpretarse con precaución a menos que se haya documentado una lesión aguda en el mismo lugar.

**29.** Hendidura completa/transección sospechada hasta la base del himen en la ubicación de las 3 o 9 en punto.

#### **E. Hallazgos causados por trauma.**

Estos hallazgos son altamente sugestivos de abuso, incluso en ausencia de una revelación por parte del niño, a menos que el niño y/o el cuidador proporcionen una descripción oportuna y plausible de una lesión anogenital accidental, aplastamiento o empalamiento, o intervenciones quirúrgicas pasadas que se confirmen a partir de revisión de registros médicos. Los hallazgos que puedan representar lesiones residuales o en curación deben confirmarse utilizando posiciones y/o técnicas de examen adicionales. Las lesiones aisladas/pocas/superficiales que parecen ser hematomas o Petequias deben confirmarse como lesiones traumáticas al mostrar resolución en el examen de seguimiento. Se deben tomar fotografías o grabaciones de video de estos hallazgos, luego evaluarlos y confirmarlos por un experto en evaluación de abuso sexual para garantizar un diagnóstico preciso.

##### **A) Traumatismo agudo de los tejidos genitales/anales.**

**30.** Laceración (es) aguda(s) o hematomas en labios, pene, escroto o perineo.

**31.** Laceración aguda de la horquilla posterior o del vestíbulo, que no afecta al himen.

**32.** Moretones, Petequias o abrasiones en el himen

**33.** Laceración aguda del himen, de cualquier profundidad; parcial o completo.

**34.** Laceración vaginal.

**35.** Hematomas perianales o laceración perianal con exposición de tejidos debajo de la



dermis
<b>B) Lesiones residuales (curativas) en los tejidos genitales/anales.</b>
<b>36.</b> Cicatriz perianal (un hallazgo muy raro y difícil de diagnosticar a menos que se haya documentado previamente una lesión aguda en el mismo lugar).
<b>37.</b> Cicatriz de horquilla o fosa posterior (un hallazgo muy raro y difícil de diagnosticar a menos que se haya documentado previamente una lesión aguda en el mismo lugar).
<b>38.</b> Transección del himen curada/hendidura completa del himen: un defecto en el himen debajo de la ubicación de las 3 a las 9 en punto que se extiende hasta o a través de la base del himen, sin que se pueda discernir tejido del himen en esa ubicación.
<b>39.</b> Signos de mutilación genital femenina (MGF) o corte, como pérdida de parte o de la totalidad del prepucio (capuchón del clítoris), clítoris, labios menores o labios mayores, o cicatriz lineal vertical adyacente al clítoris (MGF tipo 4).
<b>C) Traumatismo agudo de los tejidos bucales.</b>
<b>40.</b> Traumatismo bucal agudo, como lesión inexplicable o petequias en los labios o el paladar, especialmente cerca de la unión del paladar duro y blando.

## **SECCIÓN 2: INFECCIONES**

### **A. Infecciones no relacionadas con el contacto sexual.**

**41.** Eritema, inflamación, fisura de tejidos perianales, perineales o vulvares por bacterias, hongos, virus o parásitos que se transmiten por vía no sexual, como *Streptococcus Tipo A* o *Tipo B*, *Staphylococcus sp.*, *Escherichia coli*, *Shigella*. u otros organismos gramnegativos.

**42.** Úlceras genitales causadas por infecciones virales como el virus de *Epstein Barr*.

### **B. Infecciones que pueden transmitirse por (o están asociadas con) transmisión sexual y no sexual.**

La interpretación de estas infecciones puede requerir información adicional, como el historial ginecológico de la madre (VPH) o el historial de lesiones orales (HSV) del niño, o la presencia de lesiones en otras partes del cuerpo (molusco) que podrían aclarar la probabilidad de transmisión sexual.

**43.** Molusco contagioso en la zona genital o anal. En los niños pequeños, lo más probable es que la transmisión no sea sexual. Se ha descrito la transmisión por contacto íntimo piel a piel en la población adolescente.

**44.** Condiloma acuminado (VPH) en la zona genital o anal.

**45.** Infecciones por herpes simple tipo 1 o 2 en la zona oral, genital o anal diagnosticadas mediante cultivo o prueba de amplificación de ácido nucleico.

**46.** *Gardnerella vaginalis* urogenital (asociada con el contacto sexual pero también encontrada en la flora vaginal prepuberal y adolescente).

**47.** *Mycoplasma genitalium* urogenital o *Ureaplasma urealyticum*; si bien se transmiten sexualmente en adolescentes, no se comprende bien la prevalencia y transmisión de



estas infecciones en niños.

**C. Infecciones por contacto sexual, si se confirman mediante pruebas adecuadas y se ha descartado transmisión perinatal.**

48. Infección genital, rectal o faríngea por *Neisseria gonorrhoeae*.

49. Sífilis.

50. Infección genital, rectal o faríngea por *Chlamydia trachomatis*.

52. Infección por *Trichomonas vaginalis* aislada de secreciones vaginales u orina.

53. VIH, si se ha descartado la transmisión por sangre o agujas contaminadas.

**SECCIÓN 3: HALLAZGOS DE DIAGNÓSTICO DE CONTACTO SEXUAL**

54. Embarazo.

55. Semen identificado en muestras forenses tomadas directamente del cuerpo de un niño.

**Recogida de evidencias forenses:**

**MUESTRAS PARA ANÁLISIS QUÍMICO-TOXICOLÓGICO.**

Se realizará siempre que se sospeche que el episodio se ha producido en situación de Vulnerabilidad Química o existe sospecha de Sumisión Química (SQ/VQ)<sup>[8]</sup>. Estos exámenes no se realizan de manera rutinaria, sino sólo cuando existen signos clínicos de intoxicación y/o síntomas referidos por la persona menor de edad que sean compatibles con esta circunstancia.

Ante la sospecha de una VS en un contexto de SQ/VQ, debe documentarse la sintomatología referida y su curso, incluyendo la persistencia o no de los síntomas en el momento de la exploración. Es preciso documentar el consumo voluntario de alcohol, de drogas y de medicamentos, y se ha de preguntar expresamente por el uso de medicamentos sin receta y no psicoactivos. También es preciso documentar si se ha tomado o administrado en el servicio de urgencias medicación psicoactiva (típicamente, ansiolítica) a raíz de los hechos y antes de la toma de muestras.

La siguiente lista incluye síntomas asociados a la SQ/VQ.

Amnesia completa (es decir, «en bloque»).

Amnesia parcial (fragmentaria).

Parálisis sin pérdida de conocimiento.

Pérdida de conocimiento o «desmayo».

Habla pastosa.

Alteraciones visuales.

Somnolencia.



Confusión.  
Resaca desproporcionada o síntomas no consistentes con el consumo recordado.  
Desinhibición.  
Agitación o alucinaciones (delirium).  
Alteración del juicio.  
Mareo o vértigo.  
Alteraciones de la motricidad o del equilibrio.  
Náuseas o vómitos.  
Le han explicado que se comportaba de una manera inhabitual.

El tipo de muestras a recoger para la investigación de SQ/VQ en el contexto médico legal se resume en la siguiente tabla<sup>[8, 9, 10]</sup>.

**Tabla 14**

<b>Tipo de muestra</b>	<b>Número de muestras</b>	<b>Descripción de la recogida</b>	<b>Tipo de análisis</b>
<b>Sangre venosa</b>	Dos tubos de 5 ml.	Se obtendrá en el plazo de las primeras 48 h tras la presunta agresión. Preferiblemente uno con conservante (fluoruro sódico) y oxalato potásico como anti-coagulante y el otro tubo con EDTA -ácido edético.	Detección de sustancias psicoactivas.
<b>Orina</b>	1 frasco estéril con al menos 10 ml de orina.	Es la muestra de elección. Se obtendrá siempre que no se superen los <b>5 días</b> tras la presunta agresión. Se remitirá al laboratorio a la mayor brevedad posible.	Detección de sustancias psicoactivas.
<b>Pelos</b>	Mechón cortado de la zona occipital y lo más próximo al cuero cabelludo de un grosor de 7 mm.	Se realizará toma de cabello en aquellos casos en los que la presunta agresión se haya denunciado con mucho retraso ( <b>superior a cinco días</b> ).	Investigación retrospectiva de exposición a una sustancia psicoactiva.



## MUESTRAS PARA ANÁLISIS BIOLÓGICO/ GENÉTICO <sup>[11,12]</sup>

**Muestras dubitadas**, (son todas aquellas muestras biológicas de origen desconocido pendientes de identificación, es decir, no se sabe a quién pertenecen).

(Deben ser recogidas siguiendo el orden en el que se enumeran).

- Tomas bucales para búsqueda de semen: se recogerán los posibles restos de semen con dos hisopos estériles que se pasarán con cuidado y, sin frotar en exceso, por debajo de la lengua, alrededor de las encías, de los dientes y por el paladar. Se introducirán en cajas de cartón específicas para hisopos o tubos específicos para ellos. Esta es la primera toma que debe realizarse, ya que en la boca los restos de semen desaparecen con cierta celeridad. Posteriormente se recogerá un enjuague bucal (que debe ser enérgico) con suero fisiológico que se depositará en un tubo o bote estéril para análisis.
- Superficie corporal: se deben buscar manchas de saliva, sangre o semen, mordeduras, sugilaciones o similares, que deben recogerse con hisopos estériles. Los hisopos se deben tomar de cada zona por duplicado; en el caso de que sea necesario aplicar un hisopo húmedo, sobre la misma superficie se usará posteriormente uno seco, con el fin de obtener el residuo restante. Cuando sea necesario, el hisopo se humedece solo con una o dos gotas de agua destilada o suero fisiológico para evitar la sobresaturación y dilución de la muestra.
- Tomas anales y del margen anal: deben ser obtenidas limpiando con dos hisopos estériles humedecidos el margen anal, empleando otros dos hisopos humedecidos para el conducto anorrectal. No enviar heces.
- Peinado de vello púbico y recogida de pelos dubitados. Mediante peinado suave para no arrancar pelos de la persona agredida, sobre un papel blanco, y se debe enviar tanto el peine como el papel sobre el que se ha realizado el peinado.
- Tomas vaginales, cervicales y de genitales externos.
  - Dos hisopos estériles humedecidos para la región vulvar.
  - Dos hisopos secos limpiando la cavidad vaginal.
  - Dos hisopos secos para el cuello uterino.

La toma de los hisopos deberá realizarse de la zona exterior a la interior, primero la vulva, después la cavidad vaginal y por último el cuello uterino para no arrastrar hacia el interior los posibles restos o que estos queden adheridos al eje del hisopo y no al absorbente del mismo. Esta toma deberá realizarse antes del lavado vaginal. Los hisopos se introducirán en cajas de cartón o tubos específicos para ellos.

- Lavado vaginal. Se lleva a cabo después de la toma con hisopos, para lo cual se utilizarán unos 10 ml de suero fisiológico estéril que se recogerá en un tubo o frasco de plástico.



- Uñas (recortes, hisopos o cepillos específicos subungueales). Se toma un cepillo o hisopo para cada mano, y se envasan separadamente las muestras de cada mano.
- Ropa de la persona agredida en el momento de la agresión. Deberán envolverse cada una por separado en papel, e introducirlas en bolsas de papel independientes. Se aconseja recoger y enviar la ropa interior y las prendas de vestir que se consideren de interés (en caso, por ejemplo, de una posible eyaculación exterior).

**Muestras indubitadas** (son todas aquellas muestras biológicas de origen conocido, es decir, se sabe a quién pertenecen. En general son las obtenidas de investigados y víctimas aunque en algunos casos también será necesario obtener muestras de familiares).

- Hisopos bucales. Dos hisopos bucales obtenidos frotando la zona interna de las mejillas. Es recomendable que se realice un enjuague bucal previo a la toma, especialmente si se ha comido recientemente. En caso de sospecha de penetración oral se debe utilizar como muestra la sangre venosa.
- Sangre venosa. Se deben recoger unos 2-5 ml. en un tubo con anticoagulante tipo EDTA. Si se requiere sangre para realizar otro tipo de análisis (serológico, toxicológico etc.), se deben recoger muestras adicionales.

Tiempos recomendados para la recogida de muestras biológicas <sup>[12]</sup>

Los mejores resultados se obtienen dentro de las primeras 72 horas tras un episodio de agresión sexual <sup>[13]</sup>. No obstante, se tendrán en cuenta los siguientes plazos para determinar si procede o no la recogida de muestras:

TIPO DE MUESTRA	PLAZO
Toma vaginal.	<b>7-10 días</b> independientemente de las actividades de la persona agredida posteriores a la violencia sexual ( ducharse, nadar, orinar, tener relaciones sexuales, comer o beber).
Boca.	<b>48 horas</b> tras el incidente.
Canal anorrectal.	Hasta <b>72 horas</b> .
Superficie corporal.	Hasta <b>72 horas</b> .



Las muestras forenses son custodiadas por el personal médico forense y deben ser remitidas al laboratorio forense que corresponda (Laboratorios de la Delegación en Tenerife del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses o Laboratorios del IMLCF de Las Palmas) **dentro de las primeras 72 horas sin que en ningún modo se superen los 7 días**. Se debe evitar que las muestras forenses queden en el centro hospitalario después del examen médico y obtención de las mismas.

Se deberá cumplimentar el [documento “cadena de custodia”](#) para asegurar la trazabilidad de las muestras.

## **MUESTRAS PARA ANÁLISIS MICROBIOLÓGICO**

El tiempo transcurrido entre los hechos y el primer reconocimiento médico de la víctima no debe ser un impedimento para la recogida de muestras para el **análisis microbiológico**. Tener en cuenta el periodo de incubación si el abuso ha sido reciente [\[14,15\]](#).

Indicación de recogida de muestras para estudios de ITSs:

**En púberes siempre.**

En **prepúberes** (que no presentan caracteres sexuales secundarios):

- Si ha habido penetración por cualquier vía o existieran dudas de que haya podido ocurrir.
- Presencia de síntomas: flujo vaginal o cambios en la región genital.
- Cuando lo solicite la familia.
- Cuando no se pueda garantizar el seguimiento.

Dependiendo del tipo de agresión se realizarán los siguientes estudios. Se repetirán a las 2 semanas si no se ha administrado profilaxis postexposición (PPE). Si se administró PPE y las pruebas iniciales fueron positivas se repetirán a las 4 semanas para comprobar curación. Además, deben recogerse en cualquier momento del seguimiento si aparecen síntomas que sugieran la posibilidad de una ITS:

- Estudio de ITS en frotis vaginal, anorrectal, faríngeo, uretral según el tipo de agresión. El frotis uretral se podría sustituir por estudio de ITS en muestra de orina de micción inicial.
- Si hay lesiones ulcerosas genitales o en recto recoger la muestra con hisopo flocado estéril con medio de transporte universal de virus (para realización de PCR de VHS-1 y 2).
- Muestra de sangre para serología inicial en la primera valoración y en el seguimiento (a las 6 semanas y entre las 12-16 semanas tras el episodio para valorar seroconversión<sup>[16]</sup>).
- VHB: HBsAg, anti-HBc y anti-HBs.





- VHC: anti-VHC.
- VIH: anti-VIH. Valorar carga viral a las 6 semanas o antes si síntomas.
- Sífilis.

Si la fuente es conocida y hay datos serológicos se debe adecuar las vacunas y el seguimiento serológico de la persona menor a los resultados.

**Test de embarazo:** Se realizará si la víctima ya ha tenido la menarquia y se repetirá a las 6 semanas.

**Tratamiento:** En situaciones de urgencia médica y según criterios de gravedad, será la primera actuación a realizar.

En función del tipo de agresión, edad, desarrollo psicoemocional del paciente y urgencia de la situación, hay que valorar la necesidad de evaluación urgente por psiquiatría/psicología. El apoyo psicológico a medio-largo plazo se hará a través de las USM comunitarias.

**Indicaciones de profilaxis postexposición antibiótica de infecciones de transmisión sexual** [\[14, 17, 18, 19, 20, 21, 22\]](#):

- En los casos en los que se ha considerado necesario la toma de muestras microbiológicas.
  - En **púberes**.
  - En **prepúberes**, según las [indicaciones](#) del apartado anterior.
- Si han pasado **menos de 2 semanas desde la agresión**. Si han pasado más de 2 semanas, esperar a los resultados de PCRs y cultivos.
- A petición del paciente o su familia.

**Ceftriaxona + Azitromicina +/- Metronidazol\***

\* Según edad y sexo se pautará según tabla 15.



**Tabla 15:** Profilaxis postexposición antibiótica de ITS.

Microorganismo	Antibiótico	Peso < 45 Kg	Peso ≥ 45 Kg
<b><i>Neisseria gonorrhoeae</i></b>	<b>Ceftriaxona</b>	500 mg/IM/DU	1g/IM/DU
	Cefixima Si: <ul style="list-style-type: none"> <li>• rechaza la vía IM</li> <li>• sospecha proctitis</li> </ul>	8 mg/kg/VO/DU (DM: 400 mg)	400 mg/VO/DU
	Si alergia a penicilina	Gentamicina 2,5 mg/kg/IM/DU (DM: 240 mg)	Levofloxacino 500 mg/VO/DU o Gentamicina 240 mg IM/DU
<b><i>Chlamydia trachomatis</i></b>	<b>Azitromicina</b>	20 mg/kg/VO/DU (DM: 1 g)	1 g/VO/DU
	Doxiciclina Alternativa en ≥ 8 años, <8 años valorar cuidadosamente	100mg/12h/VO/7 días	100 mg/12h/VO/7 días o 1g/DU/VO
<b><i>Trichomonas vaginalis</i></b> <15 años ambos sexos ≥15 años sólo mujeres	<b>Metronidazol</b>	15mg/kg/d/VO/7 días (c/8horas) (DM diaria: 2g)	2g/VO/DU o 500 mg/12h/VO/7 días
	<b>Tinidazol</b> (off label)	50-75 mg/kg/VO/DU	2 g/VO/DU

VO: vía oral. DU: dosis única. IM: intramuscular DM: dosis máxima

**Indicaciones de profilaxis postexposición frente al VIH** [16, 19, 22, 23]:

Se iniciará únicamente si:

- Relación sexual desprotegida (anal o vaginal).
- Sexo oral con eyaculación o exposición a sangre.
- **Han pasado menos de 72 horas desde la exposición** (preferiblemente en las primeras 2 horas postexposición).
- El/la menor y la familia están dispuestos a realizar el seguimiento, conociendo los efectos secundarios del mismo, y a mantenerlo durante 4 semanas.



La quimioprofilaxis deberá adecuarse al patrón de resistencias del caso fuente, si se conoce.

La pauta recomendada, si se desconoce el patrón de resistencias del caso fuente, es la siguiente:

**Tabla 16:** Profilaxis postexposición frente al VIH.

<b>≥12 años con ≥35 kg.</b>	<b>2 - 12 años &gt;12 años con &lt;35 kilos</b>	<b>1 - 23 meses</b>
Dolutegravir o Raltegravir + Tenofovir/Emtricitabina (TDF/FTC)	Dolutegravir o Raltegravir + Tenofovir (TDF) + Lamivudina (3TC)	Raltegravir + Zidovudina + Lamivudina
<b>Si insuficiencia renal</b> Dolutegravir o Raltegravir + Zidovudina/Lamivudina (AZT/3TC)	<b>Si insuficiencia renal</b> Dolutegravir o Raltegravir + Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC)	Raltegravir + Zidovudina + Lamivudina

**Tabla 17:** Presentaciones pediátricas y dosis de antirretrovirales en PPE frente a VIH [\[24\]](#)

<b>Fármacos</b>	<b>Presentación</b>	<b>Dosis</b>
Zidovudina (AZT) Retrovir®	Jarabe 10 mg/ml	4-8 kg, 24 mg/kg/día/12h
		9-29 kg, 18 mg/kg/día/12h
Lamivudina (3TC) Epiriv®	Jarabe 10 mg/ml	8 mg/kg/día/12h
	Comp 150 mg	< 20 kg: ½ comp/12h
		20-24 kg: ½ -0-1 comp
		≥25 kg: 1 comp/12h



Tenofovir (TDF) Viread®	Comp 123 Mg	17- 21 kg: 123 mg/24h
	Comp 163 Mg	22- 27 kg: 163 mg/24h
	Comp 204 Mg	28 -34 kg: 204 mg/24h
	Comp 245 mg	≥35 kg: 245 mg/24h
Tenofovir (TDF) /Emtricitabina (FTC) Truvada®	Comprimidos TDF 245 mg/ FTC 200 mg	≥ 12 años con ≥ 35 kg : 1 comp/24h
Raltegravir (RAL)	Comp recubiertos con película: 400 mg	≥ 25 kg: 1 comp/12h
	Comp masticables 25 mg Comp masticables 100 mg	11-13kg: 75 mg/12h
		14-19kg: 100mg/12h
		20-27kg: 150mg/12h
		28-39kg: 200mg/12h
		≥ 40kg: 300mg/12h
Dolutegravir (DTG)	Comprimidos de 50 mg	≥ 25 kg: 1 comp/24h

La duración de la pauta de profilaxis postexposición frente a VIH será de 4 semanas.

Contactar con Servicio de Farmacia responsable de dispensación de medicación a pacientes externos y realizar Interconsulta a Farmacia de la medicación necesaria para completar las 4 semanas.

### **Profilaxis frente a VHB** [\[25, 26\]](#)

Revisar estado vacunal. Si no hay constancia de vacunación se puede valorar la realización de anticuerpos anti-HBs y actuar en consecuencia (si esto no es posible, actuar como si se tratara de una persona no vacunada).



**Tabla 18**

Estado vacunal del expuesto	HBsAg del contacto		
	HBsAg positivo	HBsAg negativo	HBsAg desconocido
No vacunado	IGHB (1 dosis) + vacunación HB (3 dosis)	Vacunación HB (3 dosis)	IGHB (1 dosis) + vacunación HB (3 dosis)
Vacunado protegido (anti-HBs $\geq 10$ mUI/ml)	Nada	Nada	Nada
Vacunado no protegido (anti-HBs $< 10$ mUI/ml) tras 1 pauta completa (3 dosis)	IGHB (1 dosis) + nueva pauta de vacuna (3 dosis)	Administrar una dosis adicional de vacuna <sup>#</sup>	IGHB (1 dosis) + nueva pauta de vacuna (3 dosis)
Vacunado no protegido (anti-HBs $< 10$ mUI/ml) tras 2 pautas completas (6 dosis)*	IGHB (2 dosis)	Nada	IGHB (2 dosis)
Vacunado con respuesta desconocida	Cuantificar anti-HBs: - $\geq 10$ mUI/ml: nada - $< 10$ mUI/ml: IGHb (1 dosis) + vacuna HB (1 dosis) <sup>#</sup>	Nada	Cuantificar anti-HBs: - $\geq 10$ mUI/ml: nada - $< 10$ mUI/ml: IGHb (1 dosis) + vacuna HB (1 dosis) <sup>#</sup>

Abreviaturas.- HB: hepatitis B; HBsAg: antígeno de superficie del virus de la hepatitis B; IGHb: inmunoglobulina específica frente a la hepatitis B.

\* No respondedor

# Entre 1-2 meses determinar anti-HBs, si  $< 10$  mUI/ml, continuar vacunación (2 dosis restantes)

Fuente: Vacunación profiláctica postexposición. Comité Asesor de Vacunas de la AEP<sup>[26]</sup>

La administración de IGHb (0,06 ml/kg; dosis mínima: 0,5 ml; dosis máxima: 5 ml), ha de ser intramuscular en una región diferente a la de la vacuna, preferiblemente en las primeras 24 horas o hasta un plazo máximo de 14 días después de la exposición, e iniciar la vacunación según la pauta estándar (tres dosis: 0, 1 y 6 meses). En caso de los pacientes que no han respondido a la vacunación tras 2 pautas completas de vacuna, se recomienda la administración de 2 dosis de IGHb separadas un mes.

### Vacunación frente al virus papiloma humano (VPH) <sup>[27,28,29]</sup>

Se derivará a su centro de salud para completar o iniciar vacunación en  $\geq 9$  años si no estuviera completada la misma.

### Anticoncepción de Urgencia.

El fármaco empleado para anticoncepción de urgencia será diferente en función del tiempo transcurrido desde la agresión. La seguridad de la anticoncepción de urgencia permite ofrecerla, incluso, si la adolescente no está segura de si ha habido penetración. Si está utilizando un método de anticoncepción efectivo, no es necesario darla. Puede provocar náuseas y vómitos; si vomita dentro de las 2 horas siguientes, debe tomar otra dosis.



- **Menos de 72 horas:** levonorgestrel (1,5 mg dosis única, vía oral). “La píldora del día después”.
- **Entre las 72 horas hasta los 5 días:** acetato de ulipristal (30 mg, vía oral, dosis única). “La píldora de los 5 días después”.

**En el momento del alta hospitalaria se facilitará:**

1. **Informe detallado del Servicio de Urgencias** (exploraciones y tratamientos realizados).
2. Copia del **Parte de Lesiones**.
3. **Kit con la medicación** necesaria hasta su revisión en Pediatría/Medicina Interna/UEI
4. **Información** complementaria con:
  - Recomendaciones de cuidados (lesiones...)
  - Información sobre la medicación y efectos secundarios.
  - Información sobre visitas de seguimiento.
  - Información sobre la Atención psicológica que podrá recibir en la USM a través de la derivación desde Pediatría/Medicina de Familia.

**Debemos cumplimentar SIEMPRE:**

1. **IC a UEI/Pediatría/Medicina Interna** en caso necesario.
2. **IC a Ginecología** en caso necesario.
3. **IC al Servicio de Psiquiatría Infanto Juvenil** para valorar de forma urgente y/o para realizar la derivación a las USM comunitarias.
4. **IC a Cirugía general/Cirugía pediátrica/Urología** en caso necesario.

**Seguimiento en consulta infecciosas/pediatría/medicina interna:**

**Si no se ha iniciado PPE frente al VIH:**

<b>Control</b>	<b>Valorar</b>
14 días	Test embarazo (si menarquia). Cribado de ITS si: estudio inicial negativo y no PPE. Vacunación VHB si procede. Valoración de resultados.



6 semanas	Serología: sífilis, VHB, VHC y VIH. Test de embarazo si procede.
12-16 semanas	Serología: sífilis, VHB, VHC y VIH.

**Si se ha iniciado PPE frente al VIH (se mantiene 4 semanas)**

<b>Control</b>	<b>Valorar</b>
72 horas	Control clínico, ajuste y adherencia al tratamiento. Valoración de resultados.
14 días	Test embarazo (si menarquia). Vacunación VHB si procede. Valoración de resultados. Control clínico, adherencia y toxicidad al tratamiento. Hemograma, pruebas de función renal y hepática.
28 días	Control clínico, adherencia y toxicidad al tratamiento (valorar vía telefónica).
6 semanas	Carga viral VIH. Serología: sífilis, VHB, VHC y VIH. Test de embarazo si procede.
12-16 semanas	Serología: sífilis, VHB, VHC y VIH.
6 meses	Serología de VIH*

\* en el caso de no disponer de EIA de cuarta generación (Ag p24 + AC VIH)

Se debe informar que en las 12 semanas siguientes, tras la posible exposición a ITS, se debe evitar la transmisión secundaria (usando preservativo en las relaciones sexuales, evitar la donación de sangre/semen).





### **Seguimiento en Ginecología:**

Se cursará IC a Ginecología Hospitalaria para ser citada en tres-cuatro semanas, si la paciente ya tuvo la menarquia y hay posibilidad de embarazo o indicios claros de violación. Se valorará:

- A. Exploración física para evolución de las lesiones.
- B. Repetir cultivo endocervical y vaginal para diagnosticar infecciones o para comprobar curación si fueron positivas en el momento de la agresión.
- C. Realizar test de embarazo si fue negativo en Urgencias. Si se confirma el embarazo se informará a la paciente y sus familiares la posibilidad de acogerse a la LO 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la LO 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo según la instrucción [Anuncio 2189 del BOC 2023/131 \(gobiernodecanarias.org\)](https://gobiernodecanarias.org)



Tabla 19: Método de recogida de muestras para estudio de ITS <sup>[30]</sup>

Muestra	Frotis faríngeo	Frotis uretral	Frotis vaginal	Frotis endocervical	Orina
<b>Investigación de:</b>	<i>N. gonorrhoeae</i> , <i>C. trachomatis</i> , <i>Trichomonas vaginalis</i> (según muestra)				
<b>Recipientes:</b>	Hisopo fino de rayón con medio de transporte sólido o líquido Amies. Hisopo flocado estéril y medio de transporte universal.				Frasco estéril tapón de rosca
<b>Método de recogida:</b>	Con ayuda de un depresor lingual, se tomará la muestra haciendo rodar el hisopo sobre las criptas tonsilares y la faringe posterior, tocando en todas las zonas con exudado, membranas o inflamación. Evitar tocar la mucosa oral o lengua e introducir el hisopo en el tubo con medio de transporte correspondiente y proceder a la identificación de la muestra.	Si hay exudado en borde de la uretra recoger la mayor cantidad posible con el hisopo grueso. Toma de muestra para <i>C. trachomatis</i> : Introducir el hisopo flocado 2 ó 3 cm en uretra haciendo rotar unos segundos, para así obtener descamación, colocar en el medio de transporte universal y proceder a la identificación de la muestra.	Introducir un hisopo en el fondo del saco vaginal y rotarlo para obtener suficiente muestra. Colocar en el medio de transporte. Proceder a la identificación de la muestra.	Colocar el espéculo vaginal y hacer toma de exudado vaginal, si procede. Limpiar bien el moco cervical antes de la toma de muestra para <i>N. gonorrhoeae</i> y <i>C. trachomatis</i> . Toma de muestra para <i>N. gonorrhoeae</i> : Introducir un hisopo en el canal cervical y hacerlo rotar dentro del cérvix, durante, al menos 10 segundos, antes de extraerlo. No tocar la superficie vaginal en ningún momento. Toma de muestra para <i>C. trachomatis</i> : Introducir el hisopo flocado en el canal cervical, rotar durante unos segundos, para así obtener descamación, colocar en medio de transporte universal y proceder a la identificación de la muestra.	Mínimo una hora desde la micción previa. Chorro inicial. Proceder a la identificación de la muestra.
<b>Cantidad:</b>	Máxima posible				10-15 ml (volúmenes superiores a 20 mL diluye la muestra y puede afectar a la sensibilidad de los estudios)
<b>Transporte:</b>	Temperatura ambiente, ≤ 2 h. Refrigerar a 4°C				
<b>Conservación:</b>	Temperatura ambiente, ≤ 24 h. Refrigerar a 4°C				



**Tabla 20: Método de recogida de muestras para estudio de ITS (2)**

ÚLCERA GENITAL		MUESTRA SANGUÍNEA PARA SEROLOGÍA
<b>Investigación de:</b>	<i>C. trachomatis</i> , <i>Haemophilus ducreyji</i> , <i>Treponema pallidum</i> y VHS (1 y 2)	Determinación de anticuerpos frente a VIH, sífilis, VHB y VHC
<b>Recipientes:</b>	Hisopo fino de rayón con medio de transporte sólido o líquido Amies Hisopo flocado estéril y medio de transporte universal	Tubo de vacío con separador de suero
<b>Método de recogida:</b>	Rodar el hisopo grueso ligeramente humedecido con suero salino sobre los márgenes de la úlcera e introducirlo en el medio de transporte correspondiente. Si hay vesículas: Tomar líquido de las mismas con jeringa y aguja y pasar el contenido al medio de transporte, aspirando y expulsando líquido varias veces para recoger todo el material de la jeringa. Si no hay vesículas, con el hisopo humedecido en el medio de transporte universal, tomar la muestra haciendo rodar el hisopo sobre la úlcera e introducir el hisopo en el medio de transporte, romper el hisopo por la zona de rotura y, cerrar el tubo	Desinfectar la zona donde se va a realizar la punción venosa
<b>Cantidad:</b>	Máxima posible	5-10 ml de sangre total
<b>Transporte:</b>	Bacterias: Temperatura ambiente, ≤ 2 h. Virus: Temperatura 2-8°C, ≤ 24 h	Temperatura ambiente, ≤ 2 h
<b>Conservación:</b>	Bacterias: Temperatura ambiente, ≤ 24 h. Virus: Temperatura -70°C, > 24 h	Temperatura ambiente, ≤ 24 h. Refrigerar a 4°C



## BIBLIOGRAFÍA

- [1] Adams, J. A., Kellogg, N. D., Farst, K. J., Harper, N. S., Palusci, V. J., Frasier, L. D., ... Starling, S. P. (2016). Updated guidelines for the medical assessment and Care of Children who may Have Been Sexually Abused. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 29(2), 81–87. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2015.01.007>
- [2] Starling SP, Jenny C. Forensic Examination of Adolescent Female Genitalia: The Foley Catheter Technique. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1997;151(1):102–103. doi:10.1001/archpedi.1997.02170380106020.
- [3] Kellogg ND, Farst KJ, Adams JA. Interpretation of medical findings in suspected child sexual abuse: An update for 2023. *Child Abuse Negl*. 2023 Nov;145:106283. doi: 10.1016/j.chiabu.2023.106283. Epub 2023 Sep 19. PMID: 37734774. Disponible en: [Interpretación de los hallazgos médicos en la sospecha de abuso sexual infantil: una actualización para 2023 - ScienceDirect](#)
- [4] Comité Científico-Técnico del Consejo Médico Forense. Actuación en la atención a menores víctimas en los IMLCF. Madrid: Ministerio de Justicia; 2018. Disponible en: [1292430900758Actuacion\\_en\\_la\\_Atencion\\_a\\_MENORES\\_VICTIMAS\\_en\\_los\\_I\\_MLCFCMF\\_2018.PDF \(mjusticia.gob.es\)](#)
- [5] Wallace, Nichole & Amaya, Michelle. (2011). Normal and Developmental Variations in the Anogenital Examination of Children. *Child Abuse and Neglect*. 69-81. 10.1016/B978-1-4160-6393-3.00010-5.
- [6] Ricci, L. R. (2011). Photodocumentation in child abuse cases. *Child abuse and neglect: Diagnosis, treatment, and evidence*, 1, 1.
- [7] Adams, J. A., Girardin, B., & Faugno, D. (2001). Adolescent sexual assault: Documentation of acute injuries using photo-colposcopy. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 14(4), 175–180. Disponible en: [Agresión sexual en adolescentes: documentación de lesiones agudas mediante fotocolposcopia - ScienceDirect](#)
- [8] Ministerio de Justicia. Guía de buenas prácticas para la actuación forense ante la víctima de un delito facilitado por sustancias psicoactivas: intervención ante la sospecha de sumisión química. 2022. Disponible en: <https://www.mjusticia.gob.es/es/AreaTematica/DocumentacionPublicaciones/InstListDownload/GuiaBuenasPracticas.pdf>
- [9] Xifró, A.; Barbería, E.; Pujol, A.; Arroyo, A.; Bertomeu, A.; y Montero, F. Sumisión química: guía de actuación médico-forense. *Revista Española de Medicina Legal*. 2013 enero 1;39(1):32–36. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0377473212001113?via%3Dihub>



- [10] López Hidalgo, E. Sumisión química. Guía informativa para adolescentes y jóvenes. Cuad. med. forense [online]. 2018, vol.24, n.1-2 [citado 2024-03-21], pp.23-26. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-76062018000100023&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062018000100023&lng=es&nrm=iso). Epub 21-Sep-2020. ISSN 1988-611X.
- [11] Comisión Nacional para el Uso Forense del ADN. Guía para el uso forense del ADN. Ministerio de Justicia. Madrid; 2019. Disponible en <https://www.mjusticia.gob.es/es/EIMinisterio/OrganismosMinisterio/Documents/1292430976691-Guia-para-el-uso-forense-del-ADN.pdf>
- [12] Guía de pautas básicas comunes del SNS para la actuación sanitaria ante Violencia Sexual. Ministerio de Sanidad. 2023 Disponible en [https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/GUIA\\_PAUTAS\\_BASICAS-SNS\\_VSEXUAL\\_07-03-2023\\_web.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/GUIA_PAUTAS_BASICAS-SNS_VSEXUAL_07-03-2023_web.pdf)
- [13] Girardet R, Bolton K, Lahoti S, Mowbray H, Giardino A, Isaac R, Arnold W, Mead B, Paes N. Collection of forensic evidence from pediatric victims of sexual assault. Pediatrics. 2011 Aug;128(2):233-8. doi: 10.1542/peds.2010-3037. Epub 2011 Jul 25. PMID: 21788219.
- [14] Protocolo de manejo del riesgo de infección en menores de edad víctimas de violencia sexual. Unitat de Patologia Infecciosa i Immunodeficiències de Pediatria Unitat d'Atenció a les Violències vers la Infància i l'Adolescència Unitat d'Urgències Pediàtriques Servei de Farmàcia Servei de Microbiologia Servei de Medicina Preventiva i Epidemiologia Servei de Ginecologia i Obstetrícia. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Febrero de 2024. Disponible en [https://www.upiip.com/sites/upiip.com/files/Violencia%20sexual-febrero%202024\\_0.pdf](https://www.upiip.com/sites/upiip.com/files/Violencia%20sexual-febrero%202024_0.pdf)
- [15] Hernández Ragpa L, Valladolid Urdangaray A, Ferrero Benítez OL, Díez Sáez C. Sexually transmitted infections in the context of a sexual assault. Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed). 2019 Mar;37(3):187-194. English, Spanish. doi: 10.1016/j.eimc.2018.11.004. Epub 2019 Jan 23. PMID: 30685206.
- [16] Martínez de Albéniz Margalef I, Berzosa Sánchez A, Navarro Gómez ML, Fortuny Guasch C. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en Pediatría. Protoc diagn ter pediatr. 2023;2:387-400. Disponible en [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/23\\_vih.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/23_vih.pdf)
- [17] Sanz Santaefemia FJ, García Talavera ME, Sánchez Perales F. Abuso sexual (prevención de las infecciones de transmisión sexual) (v.2.0/2020). Guía\_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico. Disponible en [https://www.guia-abe.es/temas-clinicos-abuso-sexual-\(prevencion-de-las-infecciones-de-transmision-sexual\)](https://www.guia-abe.es/temas-clinicos-abuso-sexual-(prevencion-de-las-infecciones-de-transmision-sexual))
- [18] Caballero García, M, Callejas Caballero, I, Ramos Amador, JT. Infecciones de transmisión sexual en adolescentes (v.2.0/2023). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico. Disponible en <https://www.guia-abe.es/temas-clinicos-infecciones-de>



[transmision-sexual-en-adolescentes](#) \_

- [19] GESIDA, SPNS, GEITS, Grupo Español para la Investigación de las Enfermedades de Transmisión Sexual de la AEDV y de la SEIP. Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes (Marzo 2017). Disponible en <https://seimc.org/contenidos/gruposdeestudio/geits/pcientifica/documentos/geits-dc-ITS-201703.pdf>
- [20] Mitjà O, Suñer C, Giacani L, Vall-Mayans M, Tiplica GS, Ross JDC, Bradshaw CS. Treatment of bacterial sexually transmitted infections in Europe: gonorrhoea, *Mycoplasma genitalium*, and syphilis. *Lancet Reg Health Eur*. 2023 Oct 26;34:100737. doi: 10.1016/j.la. Disponible en:  
[https://www.thelancet.com/journals/lanepa/article/PIIS2666-7762\(23\)00156-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanepa/article/PIIS2666-7762(23)00156-4/fulltext)
- [21] Unemo M, Ross J, Serwin AB, Gomberg M, Cusini M, Jensen JS. 2020 European guideline for the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults. *Int J STD AIDS*. 2020 Oct 29:956462420949126. doi: 10.1177/0956462420949126. Epub ahead of print. PMID: 33121366. nepe.2023.100737. PMID: 37927440; PMCID: PMC10625009.
- [22] Villaverde S, Bello P, Rojo P. Pinchazo accidental y otras exposiciones a virus transmitidos por sangre y fluidos corporales (v.4/2019). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico. Disponible en: <https://www.guia-abe.es/temas-clinicos-pinchazo-accidental-y-otras-exposiciones-a-virus-por-via-parenteral>
- [23] Panel de Expertos de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP) y de la División de control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis (DCVIHT). Documento de consenso sobre tratamiento antirretroviral en niños y adolescentes por el virus de la inmunodeficiencia humana (enero de 2022). Dirección General de Salud Pública, Secretaría de Estado de Sanidad. Disponible en:  
[https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/2022/guias\\_TAR\\_ninos\\_enero\\_2022\\_def.pdf](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/2022/guias_TAR_ninos_enero_2022_def.pdf)
- [24] Fichas de medicación antirretroviral de uso en pediatría. Actualización Enero 2022. Panel de expertos de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP) y de la División de control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis(DCVIHT). Disponible en:  
[https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/2022/Tablas\\_de\\_medicacion\\_antirretroviral\\_Enero\\_2022.pdf](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/2022/Tablas_de_medicacion_antirretroviral_Enero_2022.pdf)
- [25] Schillie S, Vellozzi C, Reingold A, et al. Prevention of Hepatitis B Virus Infection in the United States: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR Recomm Rep* 2018;67(No. RR-1):1–31. Disponible en <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/rr/rr6701a1.htm>



- [26] Manual de inmunizaciones en línea de la AEP. Capítulo 9. Vacunación profiláctica postexposición. Disponible en:  
<https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-9#4>
- [27] Garland SM, Subasinghe AK, Jayasinghe YL, Wark JD, Moscicki AB, Singer A, Bosch X, Cusack K, Stanley M. HPV vaccination for victims of childhood sexual abuse. *Lancet*. 2015 Nov 14;386(10007):1919-1920. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00757-6. Epub 2015 Nov 13. PMID: 26841735.
- [28] Seña AC, Hsu KK, Kellogg N, Girardet R, Christian CW, Linden J, Griffith W, Marchant A, Jenny C, Hammerschlag MR. Sexual Assault and Sexually Transmitted Infections in Adults, Adolescents, and Children. *Clin Infect Dis*. 2015 Dec 15;61 Suppl 8:S856-64. doi: 10.1093/cid/civ786. PMID: 26602623. Disponible en: [https://academic.oup.com/cid/article/61/suppl\\_8/S856/345508?login=false](https://academic.oup.com/cid/article/61/suppl_8/S856/345508?login=false)
- [29] Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en:  
[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52043/9789275221822\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52043/9789275221822_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- [30] Galán Montemayor JC, Lepe Jiménez JA, Otero Guerra L, Serra Pladevall J, Vázquez Valdés F. Diagnóstico microbiológico de las infecciones de transmisión sexual y otras infecciones genitales. 2018. 24a. Vázquez Valdés F (coordinador). *Procedimientos en Microbiología Clínica*. Cercenado Mansilla E, Cantón Moreno R (editores). Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). 2018. Disponible en:  
<https://seimc.org/contenidos/documentoscientificos/procedimientosmicrobiologia/seimc-procedimientomicrobiologia24a.pdf>





## Anexo 5. Cadena de custodia para muestras forenses.

### CADENA DE CUSTODIA PARA LA RECOGIDA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS Y OTRAS EVIDENCIAS, SI CONSERVACIÓN Y REMISIÓN A LOS INSTITUTOS DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

#### DATOS DE LA PERSONA MENOR DE EDAD AGREDIDA

Nombre y apellidos:.....

Sexo al nacimiento/registrar: .....

Número de Historia Clínica: .....

DNI / NIE: .....

Fecha de nacimiento: .....

#### MUESTRAS RECOGIDAS

Con fines toxicológicos

Si  No  Sangre

Si  No  Orina

Otras(especificar):

#### Muestras para análisis de ADN y otros análisis biológicos:

Si  No  Hisopo bucal N°

Si  No  Lavado bucal N°

Si  No  Hisopos superficie corporal N°

Si  No  Uñas recortes N.º

Si  No  Uñas hisopos N°

Si  No  Hisopos perianales N°

Si  No  Hisopos rectales N°

Si  No  Hisopos genitales externos N°

Si  No  Hisopo de cérvix N°

Si  No  Hisopos vaginales N°

Si  No  Lavado genital N°

Otras muestras/evidencias (especificar)



<b>Cadena de custodia</b>	<b>Fecha</b>	<b>Hora</b>	<b>Nombre y Apellidos</b>	<b>Especialidad/ cargo/puesto</b>	<b>DNI/TIP/ Organismo</b>	<b>Firma</b>
Extrae e identifica muestras						
Almacena hasta envío:  <b>Depositado en:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Urgencias</li> <li>● Servicio de Ginecología</li> <li>● Servicio de Pediatría</li> <li>● Otros:</li> </ul> <b>Condiciones:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Nevera</li> <li>● Congelador</li> <li>● Temperatura ambiente</li> </ul>						
<b>Entregadas a transporte por:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Enfermería</li> <li>● Personal Técnico Laboratorio</li> <li>● Otro:</li> </ul>						
<b>Transportados por:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Transportista</li> <li>● Otros:</li> </ul>						
<b>Recibido por:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● IMLCF</li> <li>● Otros:</li> </ul>						



## Anexo 6. Check List Violencia Física

Pruebas	Indicación	Realizado	Pendiente	No indicado
<b>Hemograma y Coagulación</b>	Lesiones compatibles con signos de violencia			
<b>Bioquímica</b>	Según criterio médico			
<b>Orina y sedimento</b>	Traumatismo abdominal Deshidratación Fallo renal agudo			
<b>Detección de tóxicos y medicamentos en sangre/orina</b>	Alteración del nivel de conciencia Sospecha de ingesta			
<b>Ácidos orgánicos en orina</b>	Hemorragia subdural			
<b>Análisis químico-toxicológico (SQ/VQ)</b>	Si sospecha clínica			
- Sangre venosa	< 48 horas del episodio de violencia			
- Orina (de elección)	≤ 5 días del episodio de violencia			
- Mechón de pelo	>5 días del episodio de violencia			
<b>Fondo de ojo</b>	< 2 años			
<b>Pruebas metabolismo óseo</b>	Según criterio médico			
<b>Biopsia de piel</b>	Sospecha Osteogénesis imperfecta			
<b>Radiología</b>	Según lesión de sospecha			
<b>Serie ósea completa</b>	< 2 años			
- Brazos AP				
- Antebrazos AP				
- Manos AP				
- Muslos AP				
- Piernas AP				
- Tórax AP y L				
- Columna lumbar lateral				
- Columna cervical AP y lateral				



<b>Pruebas</b>	<b>Indicación</b>	<b>Realizado</b>	<b>Pendiente</b>	<b>No indicado</b>
<b>TAC craneal</b>	< 2 años TCE no accidental/pacientes de alto riesgo			
	≥ 2 años TCE no accidental + clínica neurológica			
<b>TAC espinal/abdominal/eco abdominal</b>	Si sospecha de lesión			
<b>Gammagrafía ósea</b>	Según criterio médico			
<b>Parte de lesiones</b>	Siempre			
<b>Oficio de Notificación</b>	Siempre			
<b>Recomendaciones</b>	Siempre			
<b>Informe de alta</b>	Siempre			



## Anexo 7. Check List Violencia Sexual

Pruebas	Indicación	Realizado	Pendiente	No indicado
<b>Muestras microbiológicas</b>				
Según penetración				
Tras inicio de la pubertad	Siempre			
Prepúberes	Si penetración/dudas de que haya ocurrido Síntomas-signos en región genital No se garantiza el seguimiento			
- Frotis faríngeo				
- Frotis vaginal				
- Frotis anorrectal				
- Frotis uretral				
Muestras de orina para detección ITS				
Exudado de lesiones ulcerosas	Úlceras genitales			
Serología VHB				
Serología VHC				
Serología VIH				
Serología Sífilis				
<b>Profilaxis postexposición antibiótica</b>	< 2 semanas tras violencia sexual si indicación recogida de muestras			
<b>Profilaxis postexposición VIH</b>	<72 horas tras Penetración vaginal/oral/anal/contacto sangre			
<b>Entrega de medicación para 4 semanas</b>	Si indicación PPE VIH			
<b>Hemograma, Bioquímica</b>	Si PPE VIH			
<b>Test embarazo</b>	Si menarquia			
<b>Anticoncepción de urgencia</b>	Si menarquia			
<b>MUESTRAS FORENSES</b>				
<b>Muestras para análisis biológico/genético</b>				
Muestras dubitadas				
Tomas bucales	< 48 h del episodio de violencia			
Superficie corporal	< 72 h del episodio de violencia			
Tomas anales y margen anal	< 72 h del episodio de violencia			
Peinado vello púbico	< 72 h del episodio de violencia			
Tomas vaginales (intravaginal, cérvix y lavado vaginal)	< 10 días del episodio de violencia			
Toma genitales externos	< 72 h del episodio de violencia			



Pruebas	Indicación	Realizado	Pendiente	No indicado
Toma muestra de uñas	< 72 h del episodio de violencia			
Ropa persona agredida	Si disponible			
<b>Consentimiento</b>	Ante violencia sexual			
<b>Cadena de Custodia</b>	Si recogida de muestras forenses			
Muestras indubitadas				
Hisopos bucales	Si se recogen muestras dubitadas			
Sangre venosa	Si se recogen muestras dubitadas en caso de penetración peneana oral			
<b>Análisis químico-toxicológico (SQ/VQ)</b>	Si sospecha clínica			
Sangre venosa	< 48 horas del episodio de violencia			
Orina (de elección)	≤ 5 días del episodio de violencia			
Mechón de pelo	>5 días del episodio de violencia			
<b>Vacunación Hepatitis B</b>	Si indicación			
<b>Inmunoglobulina Hepatitis B</b>	Si indicación			
<b>Informe de alta</b>	Siempre			
<b>Parte de lesiones</b>	Siempre			
<b>Oficio de Notificación</b>	Siempre			
<b>IC Ginecología</b>	Si menarquia Control de lesiones			
<b>IC Cirugía General</b>	Si lesión anal			
<b>IC Urología</b>	Si lesión en escroto/uretra			
<b>IC Medicina Interna/UEI</b>	≥ 15 años			
<b>IC Pediatría /UEI pediátrica</b>	< 15 años			
<b>IC USM</b>	Siempre			
<b>Repetición de frotis a las 2 semanas</b>	Si no PPE Resultado positivo para comprobar curación			
<b>Vacunación Papiloma</b>	≥ 9 años sin pauta completa			
<b>Recomendaciones /Información sobre recursos</b>	Siempre			