

**ATENCIÓN AL
MALTRATO
INFANTIL
DESDE EL
ÁMBITO
SANITARIO**



PROGRAMA DE ATENCIÓN
AL MALTRATO INFANTIL

HOJAS DE NOTIFICACION

ANOTACIONES AL PROTOCOLO DE DETECCIÓN DEL MALTRATO DESDE LOS SERVICIOS SANITARIOS

1. Objetivos priorizados

- 1.1. Detección de situaciones de maltrato infantil.
- 1.2. Facilitar la comunicación / derivación a entidades responsables.
- 1.3. Posibilitar estimaciones de incidencia, estudio de perfiles..., para orientar investigaciones, planificaciones...

2. Lugar de cumplimentación

Esta hoja de registro ha sido elaborada para su cumplimentación desde Atención Primaria, hospitalaria, salud mental... y por cualquier profesional sanitario, considerando profesionales sanitarios a aquellos que desarrollan su actividad profesional en el ámbito de la atención sanitaria (médico, enfermera, matrona, psicólogo, psiquiatra, trabajador social...)

3. Criterios de elaboración y aplicación

- 3.1.** La dificultad de la detección de los malos tratos condiciona la petición a los profesionales responsables, de valorar una realidad que probablemente, excepto en el caso de lesiones, a nivel de Servicios Sanitarios, solo se intuye, dado que su constatación implica necesariamente medios más complejos. La cuota de subjetividad que implica asumir una valoración de este tipo se supone queda justificada por la gravedad de la situación objeto de atención y por la posibilidad de ampliar el número de situaciones que, sin etiquetarse como maltrato, puedan requerir intervenciones preventivas.
- 3.2.** Por tanto, el proceso de cumplimentación de esta hoja de registro debe partir de la intuición / valoración del profesional relativa a la atención que los adultos responsables puedan estar prestando a los menores, mientras el profesional cumplimenta la correspondiente Historia Clínica. Esta primera valoración orientará posteriores peticiones de información a la familia en las que sea posible enfocar, de forma más concreta, las dificultades que la familia encuentra en el cuidado y supervisión de los niños.
- 3.3.** La información contenida en esta hoja de registro intenta no exceder de aquella que pueda obtenerse en una o, a lo sumo, dos entrevistas. Este registro, en su cumplimentación, no exige la contestación a todos y cada uno de los items ya que ello podría implicar una sobrecarga de trabajo y dedicación al servicio encargado de la detección. La adscripción de nuevas tareas a servicios ya saturados puede dar lugar a la inhibición de los profesionales ante la tarea solicitada.
- 3.4.** Los profesionales responsables de la cumplimentación de la hoja de registro deben estar informados del destino de los datos contenidos en el mismo con el fin de poder informar al usuario de su valoración acerca de la situación de riesgo y de la necesidad de intervención de otros servicios que cuentan con recursos y medios técnicos más adecuados.
- 3.5.** La comunicación al usuario de la cumplimentación del protocolo de detección, e incluso de su contenido, evitará que se creen situaciones de indefensión que no favorecen las intervenciones posteriores, y en cualquier caso debe implicar una oferta de apoyo especializado.
- 3.6.** Los principios de actuación del actual sistema de protección de menores (desjudicialización, responsabilidad de los servicios sociales, intervención en situaciones de riesgo, no separar al niño de la familia, todo según el interés superior del niño) supone la atención a los casos de maltrato infantil según las necesidades del niño rompiendo con falsas creencias y modelos anteriores basados en el Tutelar de Menores.
- 3.7.** El criterio general para notificar serían aquellos casos que requieren ayuda y, por tanto, se realiza la comunicación / interconsulta con los servicios sociales.

La información aquí contenida se tratará informáticamente con las garantías que establece la ley:

- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal, y Real Decreto 994/1999, de 11 de junio por el que se aprueba el reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal.
- Directiva 95/46 CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 24 de octubre de 1995, relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos.
- Leyes correspondientes de la Comunidades Autónomas de regularización del uso de informática en el tratamiento de datos personales.

4. Indicadores de la Hoja de Notificación

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

L (Leve): circunstancias que requieren un seguimiento,

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

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

MALTRATO FÍSICO

1. Magulladuras o moratones en diferentes fases de cicatrización, en rostro, labios o boca, en zonas extensas del torso, espalda, nalgas o muslos, con formas no normales, agrupados o como señal o marco del objeto con el que han sido inflingidos, en áreas diferentes, indicando que el niño ha sido golpeado desde distintas direcciones.
2. Quemaduras de puros o cigarros. Quemaduras que cubren toda la superficie de las manos (en guante) o de los pies (como un calcetín) o quemaduras en forma de buñuelo en nalgas, genitales, indicativas de inmersión en líquido caliente. Quemaduras en brazos, piernas, cuello o torso provocadas por haber estado atado fuertemente con cuerdas. Quemaduras con objetos que dejan señal claramente definida (parrilla, plancha, etc.)
3. Fracturas en el cráneo, nariz o mandíbula. Fracturas en espiral de los huesos largos (brazos o piernas), en diversas fases de cicatrización. Fracturas múltiples. Cualquier fractura en un niño menor de 2 años.
4. Heridas o raspaduras en boca, labios, encías u ojos. En los genitales externos, en la parte posterior de los brazos, piernas o torso.
5. Lesiones viscerales (abdominales, torácicas y/o cerebrales). Hinchazón del abdomen. Dolor localizado. Vómitos constantes. Son sugestivos los hematomas duodenales y las hemorragias pancreáticas, o alteraciones del sensorio sin causa aparente.
6. Señales de mordeduras humanas, especialmente cuando parecen ser de un adulto (más de 3 cms de separación entre las huellas de los caninos) o son recurrentes.
7. Intoxicación formada del niño por ingestión o administración de fármacos, heces o venenos
8. Hemorragias retinianas e intracraneales, sin fracturas.

NEGLIGENCIA

9. Constantemente sucio. Escasa higiene, Hambriento o sediento. Inapropiadamente vestido para el clima o la estación. Lesiones por exposición excesiva al sol o al frío (quemadura solar, congelación de las partes acras).
10. Constante falta de supervisión, especialmente cuando el niño está realizando acciones peligrosas o durante largos períodos de tiempo.
11. Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas (ej. Heridas sin curar o infectadas) o ausencia de los cuidados médicos rutinarios: no seguimiento del calendario de vacunación, ni otras indicaciones terapéuticas, caries dental extensa, alopecia localizada por postura prolongada en la misma posición, cráneo aplanado.
12. Incluye a niños que acompañan a adultos que "piden", vendedores en semáforos y a todos aquellos sin escolarizar debiendo estarlo.

MALTRATO EMOCIONAL

13. Situaciones en las que el adulto responsable de la tutoría actúa, priva o provoca de manera crónica sentimientos negativos para la autoestima del niño. Incluye menosprecio continuo, desvalorización, insultos verbales, intimidación y discriminación. También están incluidos amenazas, corrupción, interrupción o prohibición de las relaciones sociales de manera continua. Temor al adulto.
14. Retraso del crecimiento sin causa orgánica justificable. Incluye retraso psíquico, social, del lenguaje, de la motilidad global o de la motilidad fina.
15. Sobreprotección que priva al niño del aprendizaje para establecer relaciones normales con su entorno (adultos, niños, juego, actividades escolares).

ABUSO SEXUAL

16. Incluye la mutilación, ablación quirúrgica del clítoris, que habrá de especificarse en el apartado "Otros síntomas o comentarios".
17. Enfermedad de transmisión sexual por abuso sexual. Incluye gonococia y sífilis no neonatal. Son sospechosos de abusos sexuales: Chlamidia, condilomas acuminados, tricomonas vaginales, herpes tipo I y II.
18. Incluye fisuras anales (no siempre son abusos), cicatrices, hematomas y acuminados es altamente sugestivo de abuso sexual. Desgarros de la mucosa anal, cambios de la coloración o dilatación excesiva (>15 mm, explorado el ano decúbito lateral, especialmente con ausencia de heces en la ampolla rectal). La presencia de condilomas acuminados es altamente sugestivo de abuso sexual.



INSTRUCCIONES DE USO DE LA HOJA DE NOTIFICACIÓN

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

Para utilizar el cuestionario se debe tachar con una "X" todos los síntomas de los que se tenga evidencia o de los que se sospeche su presencia, rellenar la ficha de identificación y enviar el cuestionario por correo.

El cuestionario consta de un inventario de síntomas, una figura, un dibujo anatómico, un recuadro para comentarios, una leyenda explicativa de los síntomas y un apartado de identificación del caso.

El inventario de síntomas se desglosa por apartados de tipologías. Éstos son: síntomas de maltrato físico, síntomas de negligencia en el trato del menor, síntomas de maltrato emocional y síntomas de abuso sexual. Es importante resaltar que los síntomas no son exclusivos entre sí.

Con frecuencia será necesario **utilizar uno o varios indicadores** de los distintos apartados de síntomas para perfilar el caso.

El primer apartado a rellenar se encuentra en la esquina superior derecha. En este recuadro se debe tachar si se trata de un caso evidente de maltrato o si sólo existe la sospecha de que existe maltrato. En las leyendas se encuentra una definición de lo que es la sospecha.

Sospecha
Maltrato

El **inventario de síntomas** sirve de guía para recordar los síntomas más frecuentes de maltrato. Es posible elegir varios indicadores de todos y cada uno de los apartados. Los indicadores no son exclusivos entre sí.

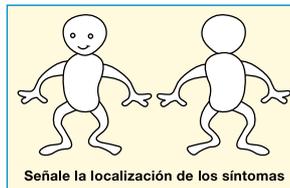
En los tres primeros apartados (maltrato físico, negligencia y maltrato emocional), se puede elegir el grado de gravedad del síntoma. La gravedad se indica tachando la "L" si es leve, la "M" si es moderado y la "G" si es grave. Si sólo existe la sospecha, deben indicarse los síntomas pertinentes como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

En el apartado de maltrato sexual se debe tachar aquellos indicadores de los que se tenga evidencia o sospecha de su presencia. Será frecuente que los indicadores de maltrato sexual aparezcan asociados a los síntomas de maltrato emocional. Cuando sea pertinente, se deberá rellenar la configuración del himen y/o el tamaño de la hendidura himenal en milímetros.

Algunos de los síntomas poseen una nota aclarativa, la cual se indica mediante un número. La aclaración se encuentra situada en la parte posterior del cuestionario. Es recomendable leer estas notas cuando el indicador no resulte evidente, hasta familiarizarnos con los indicadores.

Si existieran otros síntomas no contemplados en el listado, se deberá hacer uso del apartado de comentarios y reflejarlos allí.

El **dibujo anatómico** debe ser utilizado para indicar la localización de los síntomas. Bastará con sombrear sobre la figura la zona en la que se aprecia el síntoma. Si existieran varios síntomas que desea localizar y su ubicación sobre el dibujo no fuera suficientemente evidente por el contexto el indicador, se puede indicar con una flecha el indicador al que se refiere el sombreado.



L	M	G	Magulladuras o moratones	1
L	M	G	Quemaduras	2
L	M	G	Fracturas óseas	3
L	M	G	Heridas	4
L	M	G	Lesiones viscerales	5
L	M	G	Mordeduras humanas	6
L	M	G	Intoxicación forzada	7
L	M	G	Síndrome del niño zarandeado	8
L	M	G	Escasa higiene	9
L	M	G	Falta de supervisión	10
L	M	G	Cansancio o apatía permanente	
L	M	G	Problemas físicos o necesidades médicas	11
L	M	G	Es explotado, se le hace trabajar en exceso	12
L	M	G	No va a la escuela	
L	M	G	Ha sido abandonado	
L	M	G	Maltrato Emocional	13
L	M	G	Retraso Físico emocional y/o intelectual	14
L	M	G	Intento de suicidio	
L	M	G	Cuidados excesivos / sobreprotección	15
SI			Sin contacto físico	
SI			Con contacto físico y sin penetración	16
SI			Con contacto físico y con penetración	
SI			Dificultad para andar y sentarse	
SI			Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada	
SI			Dolor o picor en la zona genital	
SI			Contusiones o sangrado en los genitales externos zona vaginal o anal	
SI			Cervix o vulva hinchados o rojos	
SI			Explotación sexual	
SI			Semen en la boca, genitales o ropa	
SI			Enfermedad venérea	17
SI			Apertura anal patológica	18
SI			Himen perforado	

Existe un recuadro en el que se puede escribir **otros síntomas o indicadores** que no aparezcan reflejados en el cuestionario. También es posible reflejar aquí comentarios que puedan ser pertinentes para la aclaración del caso o sospechas (por ejemplo de tipo biográfico, referentes a la credibilidad de la historia narrado por el sujeto o debidas a la reiteración de síntomas y visitas) que lleven al profesional a comunicar el caso.

En el apartado de **identificación del caso** se recogen los datos que permitirán localizar y describir al sujeto en la base de datos acumulativa. Es imprescindible recoger las iniciales del paciente, su sexo y su fecha de nacimiento (si se conoce).

Si la notificación se deriva de la defunción del sujeto, deberá tacharse la casilla correspondiente.

Debe consignarse la fecha de la notificación ya que pueden realizarse diversas notificaciones de un mismo caso en el mismo centro o en centros diferentes.

Por último, existe un área dedicada a la **identificación de la persona que realiza la notificación**. Es imprescindible rellenar este apartado para que la notificación surta efecto.. La información recogida en el apartado de identificación del notificador no se consigna en la base de datos del registro acumulativo de casos y se utiliza exclusivamente para asegurar la veracidad de la información contenida en la notificación.

Identificación del Niño		Caso Fatal (fallecimiento) <input type="checkbox"/>
Apellidos _____		Nombre _____
Domicilio _____		Localidad _____ Teléfono _____
Sexo <input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento (día/mes/año) _____	
Acompañante: Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____		
Identificación del notificador		Fecha de notificación (día/mes/año) _____
Centro _____		Servicio/Consulta _____
Nombre _____		Área Sanitaria _____
Profesional: Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Trabajador Social <input type="checkbox"/> Matrona <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> N° Colegiado _____		

Cada hoja de notificación consta de tres copias en papel autocopiativo. Una copia deberá permanecer en la historia clínica para el seguimiento del caso si fuera necesario, otra copia se enviará por correo al servicio de proceso de datos y una tercera copia se entregará al profesional de los servicios sociales.

IMPORTANTE: Cada notificación debe realizarse en un cuestionario nuevo, incluso cuando se refiera al mismo caso en fechas posteriores a la primera detección.

La eficacia de esta Hoja de Notificación depende en gran medida de la calidad de las notificaciones y del esmero con que sea utilizada. La cumplimentación descuidada puede invalidar la notificación del caso. La buena utilización del cuestionario es fundamental para la fiabilidad de las respuestas y las acciones posteriores que puedan ser requeridas.

Para cualquier cuestión relacionada con esta materia puede dirigirse al: