

Protocol d'actuació
clínicoadministrativa
de
**maltractaments
aguts
a la infància**



Generalitat
de Catalunya

Biblioteca de Catalunya. Dades CIP:

Protocol d'actuació clínicoassistencial de maltractaments aguts a la infància

Bibliografia

I. Plasència i Taradach, Antoni, dir II. Pou Fernández, Jordi III. Catalunya. Generalitat

1. Maltractament infantil - Notificació - Catalunya 2. Abús sexual envers els infants - Notificació - Catalunya 3. Infants maltractats - Revisions mèdiques - Catalunya

364.65-053.2(467.1)

Autors

Coordinació

Departament de Salut

Antoni Plasència Taradach

Ramon Prats Coll

Anna Colet Llansana

Elena Calvo València

Departament de Benestar i Família

Jaume Funes

Xavier Soley

Ignasi Sàmper

Jordi Muner

M. José Morcillo

Grup de treball

Jordi Pou. Hospital Sant Joan de Déu

Antoni Natal. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Cristina Macias. Hospital Sant Joan de Déu

Anna Colet. Direcció General de Salut Pública

Jordi Muner. Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència

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

Núria Vilarrubias. Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència

Josep M. Torralba. Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència

© Generalitat de Catalunya. Departament de Salut

Edita: Direcció General de Salut Pública

Primera edició: Barcelona, octubre de 2006

Tiratge: 3.500 exemplars

Dipòsit legal: B-51.226-2006

Revisió lingüística: Secció de Planificació Lingüística del Departament de Salut

Il·lustració coberta: Valentí Gubianas

Disseny gràfic: Quadrat, SL

Impressió: Inom, SA

Grup de consens

Jordi Medallo. Institut de Medicina Legal de Catalunya
Xavier Allué. Hospital Universitari Joan XXIII.Tarragona
Inés Altuna. Hospital Universitari Joan XXIII.Tarragona
Teresa Vallmanya. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida
Rosa M. Pérez. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida
Lluís Mayol. Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta. Girona
Isabel Mestres. Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta. Girona
Joan Nadal Amat. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Ana M. Gutiérrez Mateu. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Antoni Martínez Roig. Hospital del Mar
Montserrat Roig de Mariana. Hospital del Mar
Manuel Martín. Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron
Mercè Canet. Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron
Jordi Pou. Hospital Sant Joan de Déu
Cristina Macias. Hospital Sant Joan de Déu
Antoni Natal. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol
Montserrat Bret Garriga. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol
Fundació Concepció Juvanteny. Badalona
Jaume Iglesias. Societat Catalana de Pediatria
Montse Guitart. Associació Catalana d'Infermeria Pediàtrica
Joaquima Ribot Puig. Associació Catalana d'Infermeria
Jaume Funes. Secretaria de Famílies i d'Infància
Carolina Homar. Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència
Jeroni Ferrer. Regió Sanitària Tarragona
Meia Faixedes. Regió Sanitària Girona
Antoni Plasència. Director general de Salut Pública
Elena Calvo València. Direcció General de Planificació i Avaluació
Daniel Fernández. CatSalut
Ramon Prats. Director del Programa de Salut Maternoinfantil. DG de Salut Pública
Anna Colet Llansana. Programa de Salut Maternoinfantil. DG de Salut Pública

Índex

1. Presentació _____	7
2. Introducció _____	9
3. Objectius _____	11
4. Epidemiologia i definició _____	13
5. Detecció del maltractament agut. Elements per arribar al diagnòstic _____	17
6. Procediment que cal seguir després de detectar un cas de maltractament a l'hospital _____	31
7. Protecció i seguiment de l'infant maltractat _____	35
8. Bibliografia _____	37
9. Annexos _____	41
9.1. Annex 1: formulari de notificació de maltractament infantil a la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència _____	41
9.2. Annex 2: telèfons de la fiscalia de menors _____	54

MALTRACTAMENTS ABUSOS VIOLÈNCIA PREVENCIÓ PROTECCIÓ SEGUIMENT

1. Presentació

En una societat en canvi permanent la infància viu sotmesa a alteracions contínues del seu entorn vital. El que habitualment sol ser enriquiment i millora de les oportunitats i estímuls educatius esdevé, a vegades, patiments per la manca de sensibilitat i les agressions de les persones adultes que l'envolten. Els maltractaments i abusos a menors són una d'aquestes realitats, desgraciadament antiga i moderna, que es poden veure avui incrementades i que, en qualsevol cas, tenen noves cares i es manifesten sota noves formes de crueltat.

6 | 7

Tanmateix, la realitat que emergeix davant nostre és una petita part. Queden massa maltractaments i abusos amagats, amb víctimes infantils silencioses darrere seu. No sempre disposem dels instruments d'observació adequats, no sempre mirem amb suficient sensibilitat.

Tanmateix, la pròpia fragilitat infantil, la complexitat del seu món tramet de vincles afectius i especialment sensible a l'impacte de les intervencions professionals, obliga a afinar, a cercar certeses, a avaluar en equip la intervenció més adequada, a considerar els efectes de les intervencions. La millora de la nostra preocupació pels maltractaments no pot conduir a generar sospites indeterminades, respostes no acurades.

El Protocol d'actuació clínicoassistencial de maltractaments aguts a la infància que ara presentem — actualització del que de manera pionera es va

redactar l'any 1999— pretén, en primer lloc, homogeneïtzar els criteris clínics de detecció del maltractament infantil recollint l'experiència dels diferents centres que tenen més casuística. En segon lloc, és el resultat del treball conjunt dels professionals del Departament de Salut i del Departament de Benestar i Família per posar al dia les pautes professionals de detecció i valoració en l'entorn hospitalari. Amb aquest nou protocol hem de poder tenir criteris més clars per valorar, criteris compartits per saber quan cal actuar amb immediatesa i quan cal —sense deixar de protegir— esperar a tenir noves certeses.

Finalment, aquesta proposta, que es posa en marxa acompanyada d'un sistema de registre únic de maltractaments infantils, suposa la concreció de circuits de coordinació entre institucions i entre professionals, tot esperant que siguin veritablement més eficaços. Aquest és, doncs, un document per renovar la sensibilitat de la mirada, millorar la capacitat d'observació i augmentar l'eficàcia de les actuacions protectores davant els maltractaments i abusos envers els infants.

Marina Geli

Consellera de Salut

Carme Figueras

Consellera de Benestar i Família

2. Introducció

Al llarg dels darrers anys ha augmentat notablement la detecció d'abusos i altres maltractaments a menors. La informació i difusió publicada darrerament en els mitjans de comunicació sobre els casos denunciats de maltractaments a menors estan provocant una nova conscienciació davant aquesta realitat social.

A Catalunya, amb l'objectiu d'evitar la doble victimització dels infants maltractats, es va elaborar, a l'any 1999, un *Protocol bàsic d'actuacions en abusos sexuals i altres maltractaments a menors a la demarcació de Barcelona*, signat per membres del Departament de Justícia, Síndic de Greuges i Delegació del Govern a Catalunya, en el qual es fa referència a totes les instàncies implicades en la intervenció en l'infant víctima d'aquests delictes.

També es va elaborar, a l'any 1999, un *Protocol hospitalari d'actuació assistencial i medicolegal de les situacions d'abús sexual i maltractament infantil en urgències*, consensuat pels caps de pediatria dels hospitals de referència per abusos sexuals a Catalunya. Tanmateix, cada centre hospitalari segueix els seus protocols en cas que n'hi hagi.

Recentment (setembre de 2006), el Síndic de Greuges ha elaborat el *Protocol marc d'actuacions en casos de abusos sexuals i altres maltractaments greus a menors*, que pretén ser un document de referència o punt de partida per a l'elaboració dels protocols específics per a cada departament.

Des del Departament de Salut, conjuntament amb el Departament de Benestar i Família, s'ha fet possible el protocol que es presenta a continuació. Encara que s'hi descriuen els diferents tipus de maltractament, s'hi fa referència principalment a la detecció del maltractament agut: l'abús físic i sexual, que se solen detectar als serveis d'urgències. Tanmateix, cal tenir en compte que es poden presentar en qualsevol servei sanitari de la xarxa catalana. L'abordatge dels maltractaments crònics es portarà a terme en una fase posterior, que abastarà tots els serveis sanitaris, i principalment l'atenció primària.

La finalitat d'aquest protocol no és només facilitar la detecció d'un nen maltractat que es atès en un servei d'urgències, sinó també assegurar-ne la protecció, millorant la coordinació entre les diferents institucions que estan implicades en el circuit davant d'un procés de maltractament, elaborant la valoració clínicosocial de cada cas de maltractament quan està ingressat a l'hospital de forma conjunta l'hospital amb els equips d'Atenció a la Infància i l'Adolescència, així com també la notificació als pares i tutors del sistema de seguiment del nen maltractat després de l'alta hospitalària, evitant així qualsevol situació de risc d'un reingrés hospitalari per un maltractament posterior.

3. Objectius

Objectiu general

- Detectar el nen amb maltractament agut i assegurar-ne la protecció després de l'alta hospitalària.

Objectius específics

- Afavorir, sense minva de les garanties processals, assistencials i de protecció, que les actuacions que es duen a terme siguin les necessàries per evitar la victimització secundària, i protegir els drets dels menors en defensa de la seva integritat i dignitat.
- Millorar la coordinació entre les diferents institucions que atenen els casos d'infants maltractats.

MALTRACTAMENTS ABUSOS VIOLÈNCIA PREVENCIÓ PROTECCIÓ SEGUIMENT

4. Epidemiologia i definició

Epidemiologia

El primer estudi sobre el qual es tenen dades de maltractaments infantils és de l'any 1988 en què la incidència de maltractament infantil a Catalunya era de 5,09 per mil habitants.

En un darrer estudi de l'any 1999, es va veure que la prevalença dels infants maltractats o amb risc de ser-ho, detectats amb diferents graus de sospita és del 18,02 per mil en la població catalana menor de 18 anys. Això concorda amb altres estudis realitzats a l'Estat espanyol.

Les dades d'aquest darrer estudi indiquen que les edats més baixes són les que reben menys maltractament. A partir dels 4-5 anys s'inicia una tendència a l'alça que es manté fins a l'interval de 10 a 15 anys. El maltractament en els nens és superior que en les nenes (54,1% enfront de 45,9%).

Tenint en compte l'entorn familiar del nen maltractat s'observa que en un 41,1% dels casos les famílies estan estructurades, el nombre més important de casos es dona en una parella recentment formada (1 any o menys). El 72,6% de les mares i el 43,3% dels pares tenen una edat inferior als 40 anys i un nivell d'instrucció inferior a la mitjana general.

En el 80,2%, la figura maltractadora és el pare i la mare biològics, que actuen de forma individual (33,6%, la mare i 19,8%, el pare) o com a parella (46,6%).

En general, la causa més important de maltractament és la incapacitat educativa, i cal remarcar que és deguda a una manca d'interès o bé a limitacions psíquiques o intel·lectuals del maltractador.

Definició

Entenem com a maltractament la situació en què un infant és objecte de violència, física o psíquica, per acció o per omissió, per part de les persones de qui generalment depèn per al seu correcte desenvolupament o per part de qualsevol altra persona.

Podem distingir diversos tipus de maltractaments:

- **Maltractament físic**

Qualsevol acció no accidental dels pares o persones que tenen cura dels infants que els provoqui dany físic o malalties.

- **Maltractament per negligència i abandonament**

Són aquelles situacions en les quals les necessitats bàsiques de l'infant (físiques, socials i psicològiques) no són ateses, de manera temporal o permanent, per cap dels membres amb qui conviu (alimentació, higiene, atenció mèdica, educació, vestit, vigilància, seguretat).

- **Maltractament psicològic o emocional**

Situació crònica en la qual els adults responsables de l'infant, amb actuacions o privacions, li provoquen sentiments negatius envers la pròpia autoestima i li limiten les iniciatives que té (menyspreu continuat, refús verbal, insult, intimidació, discriminació, etc.).

- **Maltractament sexual**

És la situació en la qual un nen o adolescent és utilitzat per satisfer els desitjos sexuals d'adult, ja sigui participant o presenciant activitats sexuals que violen els tabús socials i legals de la societat i que ell no comprèn o per a les quals no està preparat, d'acord amb el seu desenvolupament i, per tant, no els pot donar el seu consentiment (incest, violació, tocaments, seducció verbal, masturbació en presència d'un menor, pornografia, etc.).

- **Maltractament prenatal**

Es produeix quan una dona en procés de gestació, de forma conscient o inconscient, no té en compte les atencions que demana el seu estat, amb risc de perjudicar el fetus.

- **Submissió quimicofarmacèutica**

És aquella situació en què, sense necessitat mèdica, se sotmet l'infant a qualsevol tipus de drogues, la qual cosa l'incapacita per al desenvolupament de la seva autonomia, la resistència o el control.

Pot ser causada per l'anomenada síndrome de Münchhausen "per poder", que es dona quan els pares o les persones cuidadores simulen malalties de l'infant, se'l sotmet a contínues exploracions mèdiques o a ingressos hospitalaris, al·legant símptomes ficticis de manera activa.

- **Maltractament institucional**

S'entén per maltractament institucional qualsevol legislació, procediment, actuació o omissió procedent dels poders públics o bé derivada de l'actuació individual del professional, relacionada directament o indirectament amb el món de l'infant i que pot generar situacions, per acció i/o omissió, que impedeixin el correcte desenvolupament dels infants i els joves.

- **Explotació laboral**

Situació en què s'utilitza l'infant en edat no laboral per a treballs on s'obtingui qualsevol tipus de guany. Pot anar des de feines físiques dures fins a la utilització passiva o activa per a mendicitat.

- **Explotació sexual**

Es dona quan l'infant és obligat o induït a realitzar activitats de prostitució i/o pornografia.

5. Detecció del maltractament agut. Elements per arribar al diagnòstic

Les entitats mitjançant les quals es poden detectar els casos d'infants maltractats són les següents:

- Àmbit de l'ensenyament
- Àmbit sanitari
- Àmbit de serveis socials
- Policia

Dins l'àmbit sanitari, la detecció del maltractament l'abordarem depenent del tipus de maltractament de què es tracti, ja sigui crònic o agut.

En aquest protocol tractarem els maltractaments aguts, que són els que habitualment ens trobarem en l'àmbit hospitalari. Els podem classificar en maltractament físic i maltractament sexual.

Maltractament físic

Per fer una bona orientació d'aquest tipus de maltractament, és indispensable una bona història clínica, exploració física i observació de les conductes dels pares i infants.

1. Història clínica

- Ha de ser **completa, detallada i precisa**.
- Ha de destacar qualsevol **circumstància atípica** referent a la història traumàtica, les explicacions dels pares o cuidadors o els mecanismes de lesions.
- Aspectes que ens poden ajudar a diferenciar el caràcter no accidental de les lesions:
 - Retard a demanar ajuda domèstica o assistència mèdica.
 - Història inacceptable.
 - Història discordant pel que fa als mecanismes etiològics de producció de la lesió.
- Història contradictòria entre els pares.
- Història amb múltiples accidents o traumatismes.
- Millora clínica durant l'ingrés hospitalari.

2. Exploració física

Les lesions poden ser:

2.1. Lesions mucocutànies

Les més importants són:

- **Hematomes i contusions:** es troben generalment en diverses fases evolutives, de diferents colors. Generalment, quan no són accidentals es localitzen a superfícies no prominents (cara, esquena, abdomen) i no habituals, tenen formes geomètriques i/o aspecte d'objecte i, a vegades, de mossegada.
- **Alopècia traumàtica:** per arrencament intencionat, localitzat a la regió occipital o parietooccipital.
- **Cremades:** són una de les lesions més greus, poden reproduir l'objecte utilitzat, es localitzen a qualsevol part del cos. Les cre-

mades a la part anterior del cos fan sospitar més un fet accidental, mentre que a la part posterior del cos fan sospitar submersió en una banyera d'aigua bullenta.

- **Lesions mucoses:** molt sovint es localitzen a la cavitat bucal, en forma d'arrencament o fractura, pèrdua de peces dentàries i hematomes.

Qualsevol lesió mucocutània hauria de ser perfectament descrita i, si és possible, fotografiada en color, per comptar amb un document objectiu en cas de necessitat judicial.

2.2. Lesions osteoarticulars

A les extremitats, són característiques les fractures múltiples i en diferents estadis evolutius. En una mateixa radiografia es poden observar fractures recents i antigues.

- A les **metàfisis dels ossos** són típiques les fractures de nansa de galleda ("en cantonada"), per un mecanisme de torsió i estirament forçat i les espiroides o obliqües, produïdes per un mecanisme de compressió i fixació amb rotació simultània.
- A vegades les conseqüències cròniques són coixesa, escurçament i desviació de les extremitats.

En cas de sospita cal fer una seqüència esquelètica radiogràfica, i davant dubtes, una gammagrafia òssia.

- **Al crani** són característiques les fractures úniques o múltiples amb separació del seu marge. Es poden associar a hematomes subdurals.

És recomanable l'exploració del fons d'ull per detectar-hi hemorràgies retinals

- **A les costelles**, freqüentment es tracta de fractures múltiples adjacents a arcs posteriors i a la part lateral.
- **A les vèrtebres**, encara que no són tan freqüents.

Qualsevol fractura en un nen menor de dos anys és un signe de sospita de maltractament.

2.3. Lesions intracranials

Les lesions més habituals són: **hematoma subdural** (és molt característic l'hematoma interhemisfèric agut localitzat a la regió parietooccipital. El mecanisme de producció és el moviment bruscat de balanceig del cap endavant i endarrere: síndrome de Caffey), **edema cerebral**, **hemorràgies subaracnoïdals**, **focus de contusió cerebral**, **infarts isquèmics**, **atròfia cerebral evolutiva amb degeneració quística i dilatació secundària del sistema ventricular**.

L'hematoma subdural sol associar-se a hemorràgies retinals.

2.4. Lesions visceral i toràciques

Les lesions característiques són l'hematoma duodenal intramural, que dona un quadre d'oclusió intestinal, i el pseudoquist pancreàtic. En els dos casos són produïts per impacte directe al centre abdominal i compressió de les vísceres amb la columna. Es pot manifestar amb l'abdomen inflat, dolor localitzat i vòmits constants.

2.5. Lesions oculars

Les més destacades són l'hematoma periorbitari "en antifaç", a vegades bilateral i acompanyat d'hemorràgies retinals (si aquestes duren més d'una setmana seran "en flamarada", i duren entre 3-4 setmanes).

2.6. Anogenitals

S'ha d'explorar sistemàticament davant una sospita de maltractament físic.

2.7. Síndrome de Münchhausen "per poders"

Els mateixos adults descriuen un quadre de simulació de símptomes i signes que fa que els nens estiguin sotmesos a moltes proves i exàmens complementaris i invasius. A vegades porta a la mort per la ingesta de productes químics.

Podem sospitar aquest quadre si existeixen les característiques següents:

- Generalment és la mare la que està present; el pare gairebé mai.
- La mare sol provocar la malaltia sobre la qual té molts coneixements mèdics.
- El nen presenta un "caos bioquímic".
- La mare "es troba bé a l'hospital" i és molt col·laboradora en el diagnòstic.
- La mare acostuma a canviar de centre hospitalari per ingressar el nen.

Actuació enfront d'una sospita de maltractament físic a urgències o quan el nen està ingressat

Sospita de maltractament físic

- Història clínica
- Algunes fractures:
 - Fractures múltiples en diferent estadi evolutiu.
 - Fractures d'ossos llargs
 - Fractures de costelles
 - Fractures vertebrals
 - Fractures "en cantonada"
 - Fractures cranials múltiples
- Cremades
- Associacions de signes i símptomes

Actuació/proves complementàries que cal demanar per arribar al diagnòstic

- Seqüència esquelètica (sempre en menors de 2 anys)
- TAC cranial (sempre en menors de 2 anys)
- Fons d'ull (sempre en menors de 2 anys)
- RNM cranial
- Gammagrafia òssia
- Ecografia abdominal
- Analítica
 - Proves de coagulació i recompte de plaquetes
 - Anàlisi d'orina
 - CPK i aldolasa
 - Serologies
 - Cultius
 - Mostres per a ADN

3. Diagnòstic diferencial del maltractament físic

En el diagnòstic de maltractament físic cal tenir en compte:

3.1. Sobre les lesions cutànies:

- Malalties hematològiques: hemofílies i altres alteracions dels diferents factors de coagulació, malaltia de Werlhof, malaltia de Von Willebrand, síndrome d'Ehlers-Danlos, trombopènies, etc.
- Malalties dermatològiques: herpes circinats.
- Patrons d'hematomes i cicatritzacions inusuals també poden ser causats per la medicina tradicional o les pràctiques de medicina oriental, com el fregament de monedes, l'aplicació de ventoses i la moxibustió (cremar herbes en la pell sobre punts d'acupuntura). El metge sempre ha de preguntar sobre les pràctiques terapèutiques alternatives.

3.2. Sobre les fractures per altres causes:

- Malalties de base: raquitisme, hipofosfatàsia, malaltia de Menkes, escorbut, hiperostosi cortical infantil, osteomielitis, osteoma osteoide, sífilis congènita, leucèmia i neuroblastoma.
- Osteogènesi imperfecta: quasi tots els nens amb aquesta condició tenen una coloració blava anormal de l'escleròtica dels ulls. Poden haver tingut fractures espontànies o ossos trencats després d'accidents normals que no causarien mal a un nen sense aquesta malaltia.

3.3. Sobre les cremades accidentals

Maltractaments o abús sexual

1. Formes de presentació

L'abús sexual es pot presentar de la forma següent:

1.1. Urgent

- Agressió esporàdica recent succeïda menys de 72 hores abans d'acudir als serveis assistencials.
- Abús crònic amb una agressió recent (< 72 h)
- Síntomes recents que facin sospitar un abús.
- Risc de pèrdua de proves.
- Necessitat de protecció de la víctima
- Necessitat de tractament.

En aquest cas s'ha de comunicar urgent al Jutjat de Guàrdia mitjançant comunicat escrit, telefax o trucada telefònica perquè envii un metge forense.

1.2 No urgent

Aquells casos que no obliguin a una actuació immediata per recollir proves:

- Abús o agressió esporàdica de més de 72 hores.
- Abús crònic, en situacions no incloses en l'apartat d'urgent.

En aquest cas, s'ha de derivar a unitats especialitzades en abús sexual.

Per a la detecció d'aquest tipus de maltractament, l'anamnesi és la dada més important, mentre que l'exploració física i les proves com-

plementàries ens ajuden a establir-ne el diagnòstic i corroborar la història del pacient.

2. Història clínica

- L'ha d'efectuar una **persona experta**, encara que a vegades suposi retardar-la.
- **Mai no ha de ser directa**, s'han de fer preguntes obertes i tenir en compte que els nens expliquen les coses de forma indirecta, amb dibuixos... S'ha de ser cautelós per no induir respostes, ja que els més petits poden no comprendre la naturalesa dels fets.
- S'ha de procurar que l'anamnesi sigui **única** i evitar al màxim repetir preguntes.
- Cal intentar esbrinar el tipus d'abús, la duració i l'agressor.
- Es pot **detectar la presència de símptomes** com enuresi, canvi de caràcter, regressió, aïllament, pors...
- Valoració de l'estat psicològic actual, trastorns de la conducta i antecedents patològics.
- És fonamental **transcriure literalment les paraules** dels nens i, si és possible, d'altres testimonis.

3. Exploració física

- Una exploració normal no exclou un abús sexual.
- S'ha d'efectuar conjuntament amb el metge forense ordenat per l'òrgan jurisdiccional, i només s'ha de fer una vegada.
- L'ha de dur a terme una **persona experta, en un clima de confiança i en un lloc tranquil**.
- S'ha d'explicar al nen tots els passos.
- Es comença amb una exploració general i després se'n fa l'anogenital.

- Algunes vegades és necessària la sedació.
- Cal descriure a la història la situació de desenvolupament puberal segons la classificació de Tanner.
- Les lesions de la regió himenal han de ser diagnosticades seguint el sentit de les agulles del rellotge.
- Ha de ser completa, de tot el cos, buscant altres manifestacions de maltractaments diferents a les de l'abús sexual, a causa de l'associació moltes vegades a maltractaments, sobretot físics, amenaces o intoxicacions voluntàries inferides, i tots aquells símptomes que puguin tenir relació amb troballes als genitals i/o l'anus.

3.1. Exploració física general

Permet que el pacient adquireixi confiança, avaluar signes de maltractament i altres patologies.

3.2. Exploració genital

A vegades pot ser necessària la sedació de la pacient per poder-la explorar.

Valorar les característiques següents:

- Dificultat per caminar i seure.
- Vulva inflada i vermella.
- Dolor o picor a la zona genital.
- Llavis menors.
- Himen: forma, obertura himenal, presència d'escotadures i esquinços.
- Forqueta posterior.
- Presència d'hematomes, cicatrius, secrecions, sagnada...

Signes relacionats amb l'abús sexual:

- Obertura himenal engrandida (normal < 0,5 cm).
- Escotadures en forma de "U" o de "V" i esquinços en la vora himenal.

- Cicatrius, lesions o pèrdua de teixit en la forqueta posterior.
- Secreció patològica.

3.3. Exploració anal

És obligat fer-la quan tinguem la sospita d'abús sexual, ja que un 30% dels abusos es produeixen per via anal.

S'explora amb el nen situat en decúbit lateral i separant les natges amb la mà.

Cal valorar les característiques següents:

- Teixit perianal
- Marge anal
- Esfínter anal

Signes relacionats amb l'abús sexual:

- Fissures: no sempre compatibles amb abús, però són més sospitoses d'abús si són múltiples i profundes.
- Congestió venosa perianal.
- Desaparició dels plecs.
- Dilatació anal reflexa o de més de 15 mm que adopta forma de "O"
- Canvis en el to de l'esfínter.
- La presència de condilomes acuminats és un signe sospitós.

4. Exploracions complementàries

4.1. Proves clínicoassistencials i forenses

- Recollir mostres de totes les secrecions i fer-ne cultius.
- Cultiu vaginal a totes les nenes.

- Determinació de malalties de transmissió sexual específiques (*N. Gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, sífilis) en els casos següents: contacte amb els genitals de l'agressor, lesions o canvis en la regió genital, agressors amb MTS o factors de risc i quan es tracti d'adolescents.
- Recollir mostra vaginal, rectal i faríngia i repetir-la a les dues setmanes.
- Determinació de la serologia VIH, VHB i de l'herpesvirus:
 - *Víctimes*: clínica possible de malaltia, adolescents amb factors de risc, presència d'MTS, insistència paterna.
 - *Agressor*: seropositivitat VIH, perfil clínic de risc, història clínica suggestiva de VIH, assaltant desconegut, assaltants múltiples.
 - *Acte*: penetració anal o vaginal i recepció oral de semen.
- Prova d'embaràs en adolescents.
- Fotografies indicades pel metge forense.

Per a aquestes determinacions haurem de tenir en compte:

- Que les mostres no triguin més de 48 hores a arribar al laboratori.
- **Mostres vaginales:** la presa de mostra es farà, si és possible, amb espècul lubricat amb sèrum fisiològic i es donarà prioritat per estudiar la presència d'esperma. L'ordre de recollida de preses serà:
 1. Preses vaginales amb escovilló sec per a investigació de l'esperma (dues com a mínim).
 2. Preses vaginales amb escovillons estèrils de cotó en medi de manteniment (dues com a mínim) per a estudi d'MTS.
 3. Rentada vaginal per a investigació de l'esperma.
- **Mostres anals:**
 1. Presa anal amb tampons en sec per a la investigació de l'esperma.
 2. Presa anal amb dos tampons de cotó estèrils i en medi de manteniment per a l'estudi d'MTS.
- **Mostres bucals:**
 1. Presa faríngia amb dos tampons en sec per a la investigació de l'esperma.

2. Presa faríngia amb dos tampons de cotó estèrils i en medi de manteniment per a l'estudi d'MTS.

Aquestes proves s'han de fer conjuntament amb el metge forense, ja que les mostres serviran per a una investigació criminal posterior. Caldrà seguir la normativa vigent d'acord amb l'Ordre del Ministeri de Justícia, de 8 de novembre de 1996, per la qual s'aproven les normes per a la preparació i tramesa de mostres objecte d'anàlisi per l'Institut de Toxicologia (BOE de 23 de desembre de 1996, núm. 308, pàg. 38203-38221).

A més, s'ha de tenir en compte:

- Taques de semen: es remetran les peces de roba que la víctima portava en el moment de l'agressió, així com qualsevol tipus d'objecte del lloc dels fets en què se sospiti la presència de restes de semen.
- Mostres de sang del suposat agressor i de la víctima, un cop confirmada la presència.

MALTRACTAMENTS ABUSOS VIOLÈNCIA PREVENCIÓ PROTECCIÓ SEGUIMENT

6. Procediment que cal seguir després de detectar un cas de maltractament a l'hospital

1. Si el maltractament detectat a l'hospital implica una **situació de risc o sospita** d'abús sexual o maltractament agut, aquest farà una consulta i/o notificació a la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA), telèfon 935 524 505, a/e notificacioRUMI@gencat.net). Així mateix ho comunicarà a la Fiscalia de Menors.
2. Si el maltractament detectat a l'hospital suposa un **diagnòstic o certesa** d'abús sexual o maltractament agut es comunicarà al Jutjat i a la Fiscalia de Menors i, alhora, es consultarà i es notificarà el cas a la DGAIA.
3. En el cas d'abús sexual (situació urgent definida en aquest protocol) o maltractament greu, el **metge forense**, per indicació del jutjat corresponent, es desplaça de forma immediata a l'hospital. El metge forense i el metge de l'hospital fan l'exploració física conjuntament.
4. La DGAIA consulta la **base de dades**, informa a l'hospital del resultat de la cerca, fa l'alta de la nova notificació al registre unificat, si escau, i ho posa en coneixement de l'equip especialitzat (EVAMI o EAIA).
5. L'hospital notifica el **diagnòstic clínic** de maltractament als pares i, conjuntament amb l'equip especialitzat, fa una valoració clínicosocial en aquells casos en què es consideri necessari.

6. En el supòsit que sigui convenient adoptar una mesura de protecció administrativa per a l'infant o adolescent, la DGAIA dictarà urgentment una declaració de **desempament i ordre de retenció**, que es trametrà a l'hospital, i l'equip especialitzat ho notificarà als pares.

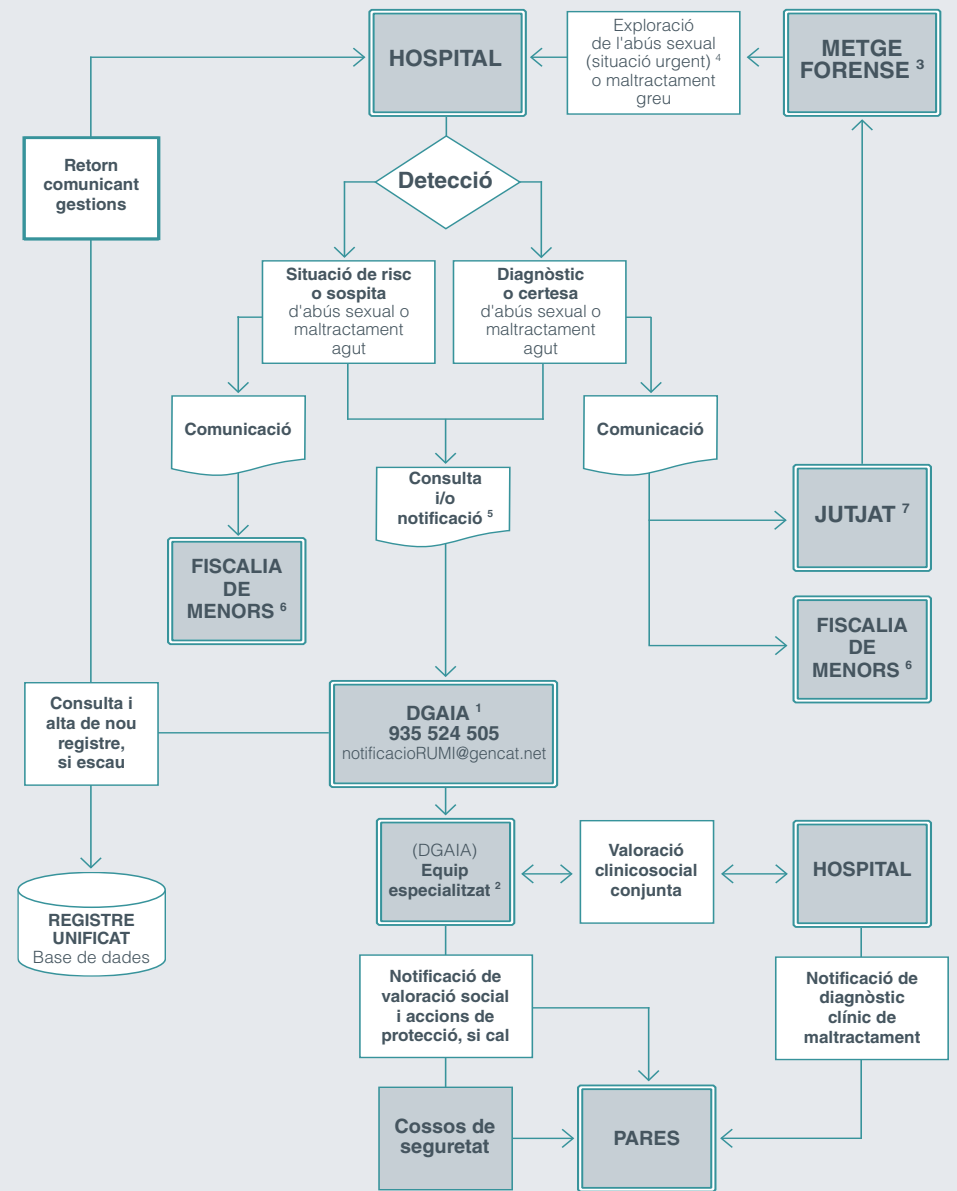
En cas de necessitat, l'equip avisarà els cossos de seguretat per tal que vagin a l'hospital i estiguin presents durant l'entrevista de notificació als pares.

7. La DGAIA fa el **retorn informatiu** a l'hospital comunicant les gestions que s'han dut a terme i l'acabament de la incidència del cas.

La comunicació a la justícia s'ha de fer mitjançant un informe escrit, que hauria de tenir les característiques següents:

- Ser objectiu i molt tècnic.
- Descriure els passos de la nostra intervenció.
- Exposar el nostre diagnòstic sense donar opinions.
- Ser entenedor per a tothom.
- Contenir la màxima informació possible.

Quadre 1. Procediment a seguir després de la detecció d'un maltractament a l'hospital



1. Servei de consulta i atenció les 24 hores del dia, 365 dies l'any.
 2. EVAMI (equip de valoració de maltractament infantil) o EAIA (equip d'atenció a la infància i l'adolescència): coordinació i/o desplaçament (annex 1).
 3. El metge forense es desplaça de forma immediata a l'hospital per fer-hi l'exploració de l'abús sexual (situació urgent) o maltractament greu.
 4. En situacions no urgents, serà la Unitat d'Abusos Sexuals en aquells hospitals que n'estiguin dotats.
 5. Cal emplenar el full de notificació de maltractament infantil (vegeu annex 1) i enviar-lo per correu electrònic.
 6. Vegeu annex 2.
 7. Cada hospital té el telèfon del jutjat que li correspon per municipi.

MALTRACTAMENTS
ABUSOS
VIOLÈNCIA
PREVENCIÓ
PROTECCIÓ
SEGUIMENT

7. Protecció i seguiment de l'infant maltractat

Immediata:

- Ingres hospitalari
- Comunicació a la justícia i a la DGAIA.

Diferida:

- La DGAIA és qui decidirà el seguiment posterior del nen/a perquè sigui protegit.
- L'hospital establirà el circuit oportú amb les diferents ABS que li correspon per territori, per tal de comunicar-los la seva intervenció en cas de maltractament infantil, independentment del seguiment que plantegi la DGAIA. Així, es facilitarà la detecció de maltractaments crònics posteriors en l'àmbit de l'atenció primària.

MALTRACTAMENTS ABUSOS VIOLÈNCIA PREVENCIÓ PROTECCIÓ SEGUIMENT

8. Bibliografia

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

Protocol d'actuació assistencial i medicolegal de les situacions d'abús sexual i maltractament infantil en urgències. Departament de Salut, 1999.

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

Els maltractaments infantils a Catalunya: estudi global i balanç de la seva situació actual.

Departament de Benestar Social. Direcció General d'Atenció a la Infància, 1991.

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

Els maltractaments d'infants a Catalunya: Quants, Com, Per què. Departament de Justícia. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada, 2000.

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

Maltrato infantil: Detección, Notificación y Registro de Casos. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Observatorio de la Infancia, 2001

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MALTRACTAMENTS ABUSOS VIOLÈNCIA PREVENCIÓ PROTECCIÓ SEGUIMENT

Annexos

9.1. ANNEX 1:

Full de notificació de maltractament infantil a la DGAIA

Instruccions d'ús del Formulari de notificació

Àmbit de SALUT

Aquest instrument és un qüestionari per a la notificació i recollida d'informació d'aquells casos en els quals hem detectat indicis de maltractament infantil. No és un instrument diagnòstic, sinó un formulari estandaritzat de notificació dels indicadors de maltractament, amb grau de certesa o de sospita de maltractament infantil, que s'hagin detectat en les consultes mèdiques o els centres sanitaris.

El formulari consta de 4 apartats: dades d'identificació, incident/s que motiven la intervenció professional, identificació del maltractament infantil i valoració de la resposta familiar a la comunicació de la valoració professional.

És imprescindible disposar de la informació dels apartats següents:

1. **Dades d'identificació:** les dades relatives a *l'infant o adolescent*, a la persona o persones que acompanyen *l'infant o adolescent*, al centre sanitari i, sobretot, al o als *professionals* que notifiquen els fets, han de registrar-se amb molta cura per tal de garantir futures consultes en el registre unificat i la coordinació amb els professionals adequats.
2. **Incidents que motiven la intervenció professional:** identificar del llistat d'incidents proporcionat els que s'ajusten al cas detectat i/o recollir literalment en la casella *altres* altres motius que no hi constin.

3. **Identificació del maltractament infantil:** abasta tres aspectes imprescindibles de recollir: indicadors de maltractament (indicadors sanitaris i indicadors psicosocials), valoració global del maltractament i confirmació del maltractament.

Marquem amb una els indicadors presents per a cada tipus de maltractament detectat i seguidament en fem una valoració global segons el grau d'afectació en l'estat de salut de l'infant o adolescent: *lleu, moderat i greu*. És important tenir en compte que els indicadors no són excloents entre si, i que caldrà utilitzar un o diversos indicadors dels diferents tipus de maltractaments per tal de poder definir millor el cas.

Al final d'aquest procés de detecció es procedeix a confirmar l'existència del maltractament com a *certesa* o *sospita* en funció de l'evidència dels indicadors detectats i la resta d'informació recollida.

4. **Resposta familiar a la comunicació de la valoració professional:** implica valorar *Grau de consciència del maltractament detectat, Grau de col·laboració en la intervenció professional i Capacitat de protecció de la família vers l'infant/adolescent*. Cal destacar en aquest apartat si es detecta l'existència d'*Antecedents de sospites o certes de maltractament en el mateix infant o adolescent* i el *Seguiment* per part d'altres serveis.

A l'**Annex** al formulari, s'hi troba una definició del concepte de sospita i certesa, de les accions prioritàries segons la valoració global del maltractament. També hi ha *Notes* que amplien la informació d'alguns dels indicadors com a guia per a la formalització del qüestionari. És recomanable llegir aquestes *Notes*, sobretot quan vulguem ampliar la informació relativa a l'indicador.

Cada notificació ha de realitzar-se en un formulari nou, fins i tot quan es refereixi al mateix cas en dates posteriors a la primera detecció. L'eficàcia d'aquest formulari de notificació depèn en gran mesura de la qualitat de les notificacions i de la cura amb què sigui utilitzat. La formalització incorrecta de la informació imprescindible pot invalidar la notificació del cas i, sobretot, dificultar les gestions per a la protecció necessària dels infants i adolescents.

Notificació de maltractament infantil (I)

Àmbit de SALUT

Dades de l'infant / adolescent

Nom i cognoms		Sexe	
DNI o passaport	Data naixement	Edat	anys
Adreça		Codi postal	
Població		Comarca	

Dades personals de la persona que acompanya l'infant / adolescent

Nom i cognoms		Víncle o parentiu amb el menor	Sexe
Adreça		DNI o passaport	
Població		Comarca	

Dades del centre que notifica

Nom del centre de salut		Servei o consulta	
Població		Comarca	
Telèfons de contacte		Correu electrònic	

Incidents que han motivat la intervenció professional

(Seleccioneu l'incident o incidents que han motivat la intervenció del servei o professional)

Altres

Resposta familiar a la comunicació de la valoració professional

Grau de consciència del maltractament detectat ²⁰	<input type="checkbox"/> Molta	<input type="checkbox"/> Poca	<input type="checkbox"/> Gens	Capacitat de protecció dels pares
Grau de col·laboració durant la intervenció professional ²¹	<input type="checkbox"/> Molta	<input type="checkbox"/> Poca	<input type="checkbox"/> Gens	
Risc de nous episodis de maltractament infantil²²	<input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Baixa	<input type="text"/>	

Antecedents de sospites o certes de maltractament en el mateix infant / adolescent

Seguiment per part d'altres serveis

Maltractament infantil detectat

	Confirmació del maltractament ²³		Valoració del maltractament	
			Indicadors sanitaris	Indicadors psicosocials
<input type="checkbox"/> Maltractament físic	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Negligència o abandonament físic	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Maltractament psicològic o emocional	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Abús sexual	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Maltractament prenatal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Síndrome de Münchhausen per poders	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Origen del maltractament ²⁴

Notificació de maltractament infantil (II)

Àmbit de SALUT

Nom i cognoms del professional de l'equip sanitari (infermeria - medicina) Servei Núm. col·legiat

Nom i cognoms del professional de l'equip sanitari (infermeria - medicina) Servei Núm. col·legiat

Indicadors de maltractament infantil

Indicadors sanitaris

(Marcar els indicadors detectats i consignar si s'aprecia lleu, moderat o greu)

Maltractament físic

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hematomes, equimosis, contusions ¹ | <input type="checkbox"/> Cremades ² |
| <input type="checkbox"/> Fractures òssies ³ | <input type="checkbox"/> Ferides, erosions ⁴ |
| <input type="checkbox"/> Lesions visceralis i/o toràciques ⁵ | <input type="checkbox"/> Mossegades ⁶ |
| <input type="checkbox"/> Intoxicació no accidental ⁷ | <input type="checkbox"/> Hemorràgies internes ⁸ |
| <input type="checkbox"/> Hemorràgies retinals | <input type="checkbox"/> Punxades |
| <input type="checkbox"/> Els pares o cuidadors no donen cap explicació de la lesió o aquesta és il·lògica o contradictòria | <input type="checkbox"/> Intenten ocultar la lesió del nen o protegir la identitat de la persona responsable d'aquesta |

Valoració global del maltractament: lleu moderat greu

Negligència o abandonament físic

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Retard ponderal | <input type="checkbox"/> Plagiocefàlia i alopecia localitzada ⁹ |
| <input type="checkbox"/> Cansament o apatia permanent | <input type="checkbox"/> Retard psicomotor ⁶ |
| <input type="checkbox"/> Manca d'higiene personal i roba inadequada ⁷ | <input type="checkbox"/> Lesions per exposició inadequada |
| <input type="checkbox"/> Trastorns relacionats amb manca d'alimentació | <input type="checkbox"/> Càries i/o malalties periodontals |
| <input type="checkbox"/> Manca de controls i seguiment mèdic ¹¹ | <input type="checkbox"/> Manca de supervisió i vigilància ¹⁰ |

Valoració global del maltractament: lleu moderat greu

Maltractament psíquic o emocional

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Trastorns psicossomàtics | <input type="checkbox"/> Retard en el desenvolupament físic ¹⁴ |
| <input type="checkbox"/> Intent de suïcidi | <input type="checkbox"/> Pertorbacions del llenguatge |
| <input type="checkbox"/> Trastorns reactius o de comportament | <input type="checkbox"/> Trastorns del desenvolupament emocional |
| <input type="checkbox"/> Trastorns de l'alimentació i del son | <input type="checkbox"/> Sobreprotecció i cura excessives ¹⁵ |

Valoració global del maltractament: lleu moderat greu

Abús sexual

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sense contacte físic | <input type="checkbox"/> Amb contacte físic i sense penetració | <input type="checkbox"/> Amb contacte físic i amb penetració |
| <input type="checkbox"/> Diu que ha estat atacat pel seu pare/mare o cuidador | <input type="checkbox"/> Pare o cuidador | <input type="checkbox"/> Mare o cuidadora |
| <input type="checkbox"/> Dificultats per caminar i seure | <input type="checkbox"/> Contusions o sagnada en els genitals | |
| <input type="checkbox"/> Vulva inflada o vermella | <input type="checkbox"/> Dolor o picor a la zona genital | |
| <input type="checkbox"/> Alteracions de la membrana himenal ¹⁹ | <input type="checkbox"/> Alteracions de l'esfínter anal ¹⁸ | |
| <input type="checkbox"/> Embaràs | <input type="checkbox"/> Restes de semen a la boca, els genitals o la roba | |
| <input type="checkbox"/> Malaltia de transmissió sexual ¹⁷ | <input type="checkbox"/> Roba interior esquinçada o tacada | |

Valoració global del maltractament: lleu moderat greu

Maltractament prenatal

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Manca de control i seguiment de l'embaràs | <input type="checkbox"/> Consum de fàrmacs amb caràcter teratogen |
| <input type="checkbox"/> Consum d'alcohol i altres drogues | <input type="checkbox"/> Manca de tractament de malalties infeccioses (VIH, sífilis,...) |
| <input type="checkbox"/> Violència domèstica contra la mare i el fetus | <input type="checkbox"/> Contaminació laboral i/o ambiental |
| <input type="checkbox"/> Assistència incorrecta i manca de control de malalties | <input type="checkbox"/> Nutrició deficient |

Valoració global del maltractament: lleu moderat greu

Síndrome de Münchhausen per poders

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Signes i símptomes incongruents i confusos | <input type="checkbox"/> Malaltia fictícia inexplicable, perllongada i recurrent |
| <input type="checkbox"/> Múltiples ingressos hospitalaris | <input type="checkbox"/> No resposta als tractaments mèdics habituals |
| <input type="checkbox"/> Discrepància entre manifestacions clíniques i la història | <input type="checkbox"/> Sobreprotecció excessiva |
| <input type="checkbox"/> Mares molt atentes i col·laboradores amb els metges | <input type="checkbox"/> Desaparició de signes i símptomes en absència de la mare |
| <input type="checkbox"/> Alteració proves analítiques i/o falsificació documents | <input type="checkbox"/> Múltiples exàmens complementaris sovint agressius |

Valoració global del maltractament: lleu moderat greu

Notificació de maltractament infantil (III)

Àmbit de SALUT

Nom i cognoms del professional de treball social Núm. col·legiat

Nom i cognoms del professional de la psicologia Núm. col·legiat

Indicadors de maltractament infantil

Indicadors psico-socials

(Marcar els indicadors detectats i consignar si s'aprecia lleu, moderat o greu)

Maltractament físic

<input type="checkbox"/> Infant cautelós al contacte físic amb els pares o adults	<input type="checkbox"/> Es mostra aprensiu quan altres nens ploren
<input type="checkbox"/> Informa que els seus pares li han causat alguna lesió	<input type="checkbox"/> Sembla tenir por dels seus pares
<input type="checkbox"/> Mostra conductes extremes: agressivitat o rebuig	<input type="checkbox"/> Es mostra retret en activitats i jocs lúdics
<input type="checkbox"/> Disciplina severa o repressió excessiva	<input type="checkbox"/> Retard dels pares a demanar assistència mèdica
<input type="checkbox"/> Amenaça de dany vers l'infant / adolescent per part dels cuidadors	<input type="checkbox"/> Percepció negativa de l'infant / adolescent

Valoració global del maltractament: lleu moderat greu

Negligència o abandonament físic

<input type="checkbox"/> L'infant diu que no hi ha ningú que en tingui cura	<input type="checkbox"/> L'infant demana o roba menjar
<input type="checkbox"/> Actituds i conductes per rebre l'atenció dels adults	<input type="checkbox"/> L'infant comenta que gairebé mai va a l'escola
<input type="checkbox"/> Els pares tenen una malaltia crònica	<input type="checkbox"/> Els pares mostren evidències d'apatia o inutilitat
<input type="checkbox"/> Disciplina inadequada a l'infant	<input type="checkbox"/> Els pares han abandonat l'infant
<input type="checkbox"/> Explotació laboral, se'l fa treballar en excés ¹²	<input type="checkbox"/> Manca d'organització domèstica de la llar familiar
<input type="checkbox"/> Manca de mostres d'afecte i atenció a l'infant	<input type="checkbox"/> Els pares tenen malaltia mental o baix nivell intel·lectual
<input type="checkbox"/> Comunicació i interacció inadequada entre l'infant i els pares	

Valoració global del maltractament: lleu moderat greu

Maltractament psíquic o emocional

<input type="checkbox"/> Infant extremadament passiu o gens exigent	<input type="checkbox"/> Conductes del menor extremadament adaptatives
<input type="checkbox"/> Els pares culpen o desprecien l'infant ¹³	<input type="checkbox"/> Els pares es mostren freds i poc afectuosos
<input type="checkbox"/> Semblen no preocupats pels problemes de l'infant	<input type="checkbox"/> Els pares terroritzen o atemoreixen l'infant ¹³
<input type="checkbox"/> Tolerància absoluta als comportaments de l'infant	<input type="checkbox"/> Tracten de manera desigual els germans
<input type="checkbox"/> Exigència dels pares per sobre de les seves capacitats físiques, psíquiques o intel·lectuals	<input type="checkbox"/> Els pares manifesten rebuig vers l'infant ¹³

Valoració global del maltractament: lleu moderat greu

Abús sexual

<input type="checkbox"/> Explotació sexual	<input type="checkbox"/> Menor distant i poques relacions amb companys/es
<input type="checkbox"/> Menor reservat o amb conductes infantils	
<input type="checkbox"/> Infant / adolescent amb coneixements i comportaments sexuals inusuals	
<input type="checkbox"/> Pare o cuidador extremadament protector o gelós del/de la menor	<input type="checkbox"/> Aïllament social per part del pare

Valoració global del maltractament: lleu moderat greu

ANNEX AL FORMULARI DE NOTIFICACIÓ - SALUT

Confirmació del maltractament

Confirmar el maltractament, en el moment de la notificació a la institució responsable, comporta comunicar **la informació de què es disposa en el moment de la detecció** del maltractament. En aquesta fase podem trobar-nos amb situacions en què sospitem que s'ha produït un maltractament infantil però el seu diagnòstic no ens permet confirmar la certesa d'aquest maltractament. Al contrari, en aquesta mateixa fase de detecció, podem trobar-nos amb situacions molt evidents i fonamentades que ens permeten diagnosticar la certesa del maltractament. Aquesta informació detectada és la que cal comunicar en el moment de la notificació, sens perjudici que, posteriorment a la notificació, es duguin a terme les proves exploratòries pertinents i la investigació necessària per tal que els equips o serveis corresponents puguin fer una avaluació més àmplia, detallada i aprofundida del maltractament detectat.

SOSPITA: Parlem de sospita quan, tot i els indicadors detectats, la informació disponible en el moment de la notificació no permet confirmar la certesa de maltractament o abús sexual infantil.

CERTESA: La certesa es confirma quan, en el moment de la notificació, es comprova que hi ha indicadors evidents que una o més persones a càrrec del menor l'han maltractat o n'han abusat.

Valoració Global del Maltractament

La valoració global del maltractament té a veure amb les conseqüències en l'estat de salut de l'infant o adolescent i la intervenció social necessària per garantir la seva *protecció* i satisfer les *necessitats bàsiques infantils*. La valoració del maltractament implica unes actuacions orientatives:

- LLEU:**
1. La família necessita suport i ajuda dels serveis d'atenció primària de la zona, juntament amb l'assessorament tècnic dels serveis socials especialitzats en atenció a la infància i l'adolescència (EAIA).
 2. Es comunica el cas als serveis socials d'atenció primària (SS-AP). Segons la capacitat de protecció dels pares i el risc de recidiva del maltractament (vegeu quadre 1) es comunicarà als serveis especialitzats d'atenció a la infància i l'adolescència (EVAMI o EAIA), els quals es coordinaran amb el centre sanitari per determinar i, si escau, valorar la protecció del menor (Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència – DGAIA).
- MODERAT:**
1. El cas requereix preferentment una intervenció en la xarxa de serveis socials, salut, educatius, ... en coordinació amb els serveis especialitzats d'atenció a la infància i l'adolescència de la zona (EAIA).
 2. Es comunica el cas als serveis especialitzats d'atenció a la infància i l'adolescència (EVAMI o EAIA) per valorar, si escau, la protecció immediata del menor (Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència – DGAIA).
- GREU:**
1. L'infant / adolescent precisa protecció immediata (DGAIA) a proposta dels serveis especialitzats d'atenció a la infància i l'adolescència (EVAMI o EAIA), sempre que la seva família no pugui oferir-li la protecció que necessita.

Notes

1. Macadures o blaus en diferents fases evolutives, a la cara, els llavis o la boca, en zones extenses del tors, l'esquena, les natges o les cuixes, amb formes no normals, agrupats o com a senyal o marc de l'objecte amb el qual han estat produïdes, en diverses àrees diferents, indicant que el nen ha estat copejat des de diferents direccions.
2. Cremades de cigars. Cremades que cobreixen tota la superfície de les mans (com un guant) o dels peus (com un mitjó) o cremades en forma de bunyol a les natges o, els genitals, indicatives d'immersió en un líquid calent. Cremades als braços, les cames, el coll o el tors provocades per haver estat lligat fortament amb cordes. Cremades amb objectes que deixen senyal clarament definida (graella, planxa, etc.).
3. Fractures en el crani, el nas o la mandíbula. Fractures espiroides dels ossos llargs (braços o cames), en diverses fases de cicatrització. Fractures múltiples. Qualsevol fractura en un nen menor de 2 anys.
4. Ferides a la boca, els llavis, les genives o els ulls. Als genitals externs, en la part posterior dels braços, cames o tors.
5. Lesions viscerals (abdominals, toràciques i/o cerebrals). Inflor de l'abdomen. Dolor localitzat. Vòmits constants. Són suggestius els hematomes duodenals i les hemorràgies pancreàtiques, o alteracions del sensorial sense causa aparent.
6. Senyals de mossegades humanes, especialment quan semblen d'un adult (més de 3 cm de separació entre les empremtes dels canins) o són recurrents.
7. Intoxicació forçada del nen per ingestió o administració de fàrmacs, excrements o verins.
8. Hemorràgies retinals i intracranials, sense fractures.
9. Constantment brut. Escassa higiene. Afamat o assedegat. Inadequadament vestit per al clima o l'estació. Lesions per exposició excessiva al sol o al fred (cremada solar, congelació de les parts acreas).

10. Falta constant de supervisió, especialment quan el nen està realitzant accions perilloses o durant llargs períodes de temps.
11. Problemes físics o necessitats mèdiques no ateses (ex. ferides sense curar o infectades) o absència de les atencions mèdiques rutinàries: no seguiment del calendari de vacunacions, ni altres indicacions terapèutiques, càries dental extensa, alopecia localitzada per postura prolongada en la mateixa posició, crani aplanat.
12. Inclou nens que acompanyen adults que demanen caritat venedors en els semàfors i tots aquells que haurien d'estar escolaritzats i no ho estan.
13. Situacions en les quals l'adult responsable de la tutoria actua provocant de manera crònica sentiments negatius per a l'autoestima del nen. Inclou menyspreu continu, desvalorització, insults verbals, intimidació i discriminació. També hi estan incloses amenaces, corrupció, interrupció o prohibició de les relacions socials de manera contínua. Temor a l'adult.
14. Retard del creixement sense causa orgànica justificable. Inclou retard psíquic, social, del llenguatge i, de la mobilitat.
15. Sobreprotecció que priva el nen de l'aprenentatge per establir relacions normals amb el seu entorn (adults, nens, joc, activitats escolars).
16. Inclou la mutilació, ablació quirúrgica del clítoris, que haurà d'especificar-se en l'apartat *Altres símptomes o comentaris*.
17. Malaltia de transmissió sexual per abús sexual. Inclou gonocòccia i sífilis no neonatal. Són sospitosos d'abusos sexual: clamídia, condilomes acuminats, tricomonos vaginals, herpes tipus I i II.
18. Inclou fissures anals (no sempre són abusos), cicatrius, hematomes, esquinçaments de la mucosa anal, canvis de la coloració o dilatació excessiva (> 15 mm, explorant l'anus en decúbit lateral, especialment en absència d'excrements en l'ampulla rectal). La presència de condilomes acuminats és altament suggeridora d'abús sexual.
19. Normal, imperforat.
20. Valoració del grau de consciència dels cuidadors de l'infant de la situació del maltractament.
21. Valoració del grau de col·laboració dels cuidadors de l'infant durant la intervenció del servei o el professional.
22. Valoració del risc de nous episodis de maltractaments a l'infant.
23. Fa referència a la sospita o certesa de l'episodi de maltractament a l'infant.
24. Pare, mare, dos i/o altres familiars.

1. L'objectiu d'aquest full és facilitar la detecció del maltractament i possibilitar l'atenció, d'acord amb les lleis 37/1991, de 30 de desembre, sobre mesures de protecció dels menors desemparats, i 8/1995, de 27 de juliol, d'atenció i protecció dels infants i els adolescents.
2. La informació continguda aquí és confidencial i es tractarà d'acord amb allò previst a la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal.

NOTIFICACIÓ DE MALTRACTAMENT INFANTIL**Àmbit de la salut****Llistat d'incidents que motiven la intervenció professional****MALTRACTAMENT FÍSIC**

Cremades, escaldadures
 Torçades / dislocacions òssies
 Fractures d'ossos
 Lesions internes
 Fractura cranial / lesió cerebral / hematoma subdural
 Asfíxia / ofegament
 Morats / contusions
 Talls / punxades / mossegades
 Càstig corporal excessiu / pallisses
 Altres lesions físiques
 Repressió excessiva / inapropiada del menor per part dels seus pares o tutors
 Amenaça de dany al nen amb arma mortal
 Altres amenaces de dany

NEGLIGÈNCIA

Supervisió inadequada (progenitor absent)
 Malnutrició
 Supervisió inadequada (progenitor present)
 Delegació dels pares o tutors de la responsabilitat de la cura del menor en estranys
 Alimentació inadequada
 No proporcionar atenció mèdica (motius religiosos)
 Negligència en les atencions sanitàries
 Absentisme escolar
 Condicions perilloses per a la salut
 Habitatge inadequat

Roba inapropiada
 Higiene deficitària
 Fracàs a protegir el menor de les lesions físiques, sexuals, mentals, etc.,
 infligides per un altra persona

MALTRACTAMENT EMOCIONAL

Confinament / càstig estrany, estrafolari
 Aïllament excessiu / inapropiat del menor per part dels seus pares o tutors
 Exigències desproporcionades dels pares o tutors cap al menor
 Negar l'entrada del menor a casa
 Exigències desproporcionades dels pares o tutors cap al menor
 Un altre dany mental
 Menor menyspreat / ridiculitzat pels seus pares o tutors

ABÚS SEXUAL / EXPLOTACIÓ SEXUAL

Abús sexual (incest o violació)
 Vexació sexual
 Explotació sexual
 Abús sexual per part d'altres menors

ALTRES

Nounat drogodependent
 Enverinament / substàncies nocives
 Retard no orgànic en el creixement
 Mort d'un germà per sospita de maltractament
 Mort del menor per maltractament o negligència
 Abús/ús inadequat de substàncies tòxiques per part del nen
 Provisió de manera inadequada de drogues prescrites a un menor
 Abandonament
 Mendicitat
 Violència familiar que amenaça al menor
 Accés del maltractador a l'habitatge, tenint-hi prohibida l'entrada (amença de dany).

9.2. ANNEX 2: TELÈFONS DE LA FISCALIA DE MENORS

Els telèfons per comunicar-se amb la fiscalia de menors, segons el circuit establert en el punt 6 d'aquest protocol són:

A la província de Barcelona:

Fiscalia de Protecció de Menors

Veneçuela, 74-76, 4a - 08019 Barcelona

Tel. **933 036 244**

A la província de Girona:*

Fiscalia de Girona

Pl. de la Catedral, 2 - 17004 Girona

Tel. **972 940 345**

Fax 972 219 2 41

A la província de Lleida:*

Fiscalia de Lleida

Canyeret, 1 - 25007 Lleida

Tel. **973 705 840**

Fax 973 700 285

A la província de Tarragona:*

Fiscalia de Tarragona

Av. President Lluís Companys, 10 - 43005 Tarragona

Tel. **977 920 100**

Fax 977 920 110

* Des d'aquest telèfon es derivarà a la Fiscalia de Protecció de Menors.