

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

2a edició
Maig 2008

 Generalitat
de Catalunya



Autors de la 2a edició

Coordinació

Departament de Salut

Antoni Plasència Taradach

Ramon Prats Coll

Anna Colet Llansana

Elena Calvo València

Departament d'Acció Social i Ciutadania

Imma Pérez Rovira

Xavier Soley Manuel

Joan Mayoral Simon

Jordi Muner Armengol

Núria Vilarrubias Casobona

2 | 3

Grup de treball

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

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

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

Mercè Canet. Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron.

Cristina Macias. Hospital Sant Joan de Déu

Jordi Pou. Hospital Sant Joan de Déu

Manuel Martín. Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron

Anna Colet. Direcció General de Salut Pública

Josep M. Torralba. Secretaria d'Infància i Adolescència

Núria Vilarrubias. Secretaria d'Infància i Adolescència

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

MALTRACTAMENTS
ABUSOS
VIOLÈNCIA
PREVENCIÓ
PROTECCIÓ
SEGUIMENT

Índex

1. Presentació _____	7
2. Introducció _____	9
3. Objectius _____	13
4. Epidemiologia i definició _____	15
5. Detecció del maltractament infantil. Elements per arribar al diagnòstic clínic _____	19
6. Detecció del maltractament infantil. Elements per arribar al diagnòstic social _____	33
6.1. Signes d'alerta _____	34
6.2. Factors de risc de maltractament _____	35
7. Procediment que cal seguir després de detectar un cas de maltractament a l'hospital _____	39
8. Protecció i seguiment de l'infant maltractat _____	43
9. Bibliografia _____	47
10. Annexos _____	51
10.1. Annex 1. Notificació de maltractament infantil a la DGAIA mitjançant el RUMI _____	51
10.2. Annex 2. Circuit i intervenció de la unitat de treball social de l'hospital _____	58
10.3. Annex 3. Telèfons de la fiscalia de menors _____	59
10.4. Annex 4. Telèfons de la DGAIA _____	60

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 els estímuls educatius esdevé, a vegades, patiments per la manca de sensibilitat i les agressions de les persones adultes que l'envolten. Els maltractaments i els abusos a menors és una d'aquestes realitats, desgraciadament antiga i moderna, que es pot veure avui incrementada i que, en qualsevol cas, té noves cares i es manifesta sota noves formes de crueltat.

6 | 7

Tanmateix, la realitat que emergeix davant nostre n'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 la sensibilitat suficient.

Tanmateix, la mateixa fragilitat infantil, la complexitat del seu món tramet de/ en el qual hi ha vincles afectius, i és 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 d'Acció Social i Ciutadania 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.

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.

Finalment, remarcar que la primera edició d'aquest protocol va estar signada per Carme Figueras, l'anterior Consellera de Benestar i Família (actualment Departament d'Acció Social i Ciutadania). Aquesta segona edició, fruit de l'avaluació de la prova pilot de la implementació del protocol i del registre anomenat RUMI a dos hospitals de Catalunya, ha estat signada per la consellera actual.

Marina Geli
Consellera de Salut

Carme Capdevila
Consellera d'Acció Social i Ciutadania

2. Introducció

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

A Catalunya, amb l'objectiu d'evitar la doble victimització dels infants maltractats, es va elaborar, l'any 1999, el *Protocol bàsic d'actuacions en abusos sexuals i altres maltractaments a menors a la demarcació de Barcelona*, signat per membres del Departament de Justícia, el Síndic de Greuges i la 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.

8 | 9

També es va elaborar, l'any 1999, el *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/en matèria d'abusos sexuals a Catalunya. Tanmateix, cada centre hospitalari segueix els seus protocols en cas que n'hi hagi.

Durant el mes de setembre de 2006, el Síndic de Greuges va elaborar 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 elaborar els protocols específics de cada departament.

El 13 d'octubre de 2006 el Departament de Acció Social i Ciutadania i el Departament de Salut van signar el *Protocol d'actuació clínicoassistencial de maltractaments aguts a la infància*. En aquest protocol s'estableix clarament el procediment que cal seguir en cas de sospita fonamentada o de certesa de maltractament, així com el sistema de notificació d'un maltractament infantil a la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA), mitjançant el Registre Unificat de Maltractaments Infants (RUMI).

Per tal de poder implementar aquest protocol i validar el RUMI com a instrument de notificació, s'ha realitzat una prova pilot en els hospitals maternoinfantils de Vall d'Hebron i Sant Joan de Déu durant dos mesos abans d'implementar-los (el protocol i el RUMI) a tota la xarxa hospitalària.

Mitjançant l'avaluació d'aquesta prova pilot, s'ha millorat l'accessibilitat dels professionals sanitaris al RUMI i s'hi han incorporat aspectes d'intervenció i funció dels treballadors socials dels hospitals en la detecció del maltractament infantil.

Igualment, arran de la creació de la Unitat de Detecció i Prevenció del Maltractament Infantil (UDEPMI) de la DGAIA amb la missió de prestar un servei d'atenció a infants i adolescents immediat i unificat per a tot el territori de Catalunya, s'ha modificat el telèfon en el circuit de procediment que cal seguir davant un maltractament infantil.

Encara que s'hi descriuen els diferents tipus de maltractaments, principalment es fa referència a la detecció del maltractament agut: l'abús físic i sexual, que se sol detectar als serveis d'urgències. Això no vol dir que s'exclouin altres tipus de maltractaments, que es puguin detectar en un altre àmbit hospitalari (hospitalització o consultes externes).

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 tan sols facilitar la detecció d'un infant maltractat que és 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. Alhora també pretén garantir la notificació als pares i tutors del sistema de seguiment del nen maltractat després de l'alta hospitalària, i evitar així qualsevol situació de risc d'un reingrés hospitalari per un maltractament posterior.

Aquest protocol se situa, doncs, en el marc d'actuació conjunta del Departament de Salut i el Departament d'Acció Social i Ciutadania. Cal recordar que l'aplicació del protocol abasta tot Catalunya, amb actuacions que es concretaran en cadascun dels seus territoris.

3. Objectius

Objectiu general

- Detectar el nen amb maltractament 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, establint el procediment de comunicació i notificació dels suposats maltractaments infantils, ja siguin greus, moderats o lleus, amb sospita o certesa, a través del RUMI.
- Assegurar una activació correcta dels recursos per protegir els menors i derivar-los als diferents serveis de la DGAIA a fi d'estudiar, abordar el cas i fer el seguiment de la seva situació.
- Prevenir la reincidència de maltractaments infantils i adolescents.

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 en situació de risc, detectats amb diferents graus de sospita és del 18,02 per mil en la població catalana de menys de 18 anys. Això concorda amb altres estudis realitzats a l'Estat espanyol.

14 | 15

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 (un 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 per *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 desenvolupament correcte 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**

Situació en la qual les necessitats bàsiques de l'infant (físiques, socials i psicològiques) no és atesa, 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**

Situació en la qual un nen o adolescent és utilitzat per satisfer els desitjos sexuals d'un 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 hi pot donar el seu consentiment (incest, violació, tocaments, seducció verbal, masturbació en presència d'un menor, pornografia, etc.).

- **Maltractament prenatal**

Situació en què 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**

Situació en què, sense necessitat mèdica, se sotmet l'infant a qualsevol tipus de drogues, la qual cosa l'incapacita perquè pugui desenvolupar la seva autonomia, la resistència o el control.

16 | 17

Pot ser causada per l'anomenada *síndrome de Münchhausen* “per poders”, que es dona quan els pares o les persones cuidadores simulen malalties de l'infant, el sotmeten a contínues exploracions mèdiques o a ingressos hospitalaris, i s'al·lega símptomes ficticis de manera activa.

- **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, que pot generar situacions per acció i/o omissió que impedeixin el desenvolupament correcte dels infants i els joves.

- **Explotació laboral**

Situació en què s'utilitza l'infant en edat no laboral per a treballs amb què

s'obté qualsevol tipus de guany, que pot anar des de feines físiques dures fins a la utilització passiva o activa per a mendicitat.

- ***Explotació sexual***

Situació en què l'infant és obligat o induït a realitzar activitats de prostitució i/o pornografia.

5. *Detecció del maltractament infantil.* *Elements per arribar al diagnòstic clínic*

Els àmbits bàsics d'actuació mitjançant els quals es poden detectar els casos d'infants maltractats són les següents:

- Àmbit de l'ensenyament
- Àmbit sanitari
- Àmbit de serveis socials
- Policia
- Entitats de lleure (associacions, casals...)
- Altres

18 | 19

Dins l'àmbit sanitari, la detecció del maltractament i l'abordatge que en fem dependrà 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 trobarem en l'àmbit hospitalari. Aquests maltractaments es poden dividir en maltractament físics i maltractament sexuals.

El diagnòstic final de maltractament infantil ha de ser fruit d'una valoració global de la situació de maltractament, és a dir, s'ha de poder realitzar a partir del treball interdisciplinari, unint les visions sanitària i psicosocial.

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 els 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 classificar-se en els tipus següents:

2.1. Lesions mucocutànies

Les més importants són les següents:

- **Hematomes i contusions**: es troben generalment en diverses fases evolutives, de diferents colors. Generalment, quan no són

accidentals es localitzen en 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 en qualsevol part del cos. Les cremades 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, a fi de 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 de dubtes, una gammagrafia òssia.

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

És recomanable l'exploració del fons de l'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 de menys de dos anys és un signe de sospita de maltractament.

2.3. Lesions intracranials

Les lesions més habituals són les següents: **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 isquèemics, atròfia cerebral evolutiva amb degeneració quística i dilatació secundària del sistema ventricular.**

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

2.4. Lesions viscerals 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.

22 | 23

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 hi ha 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.

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 diferents estadis evolutius.
 - 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 de l'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

- 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.

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.

24 | 25

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 des-

prés d'accidents normals que no causarien mal a un nen sense aquesta malaltia.

3.3. Sobre les cremades accidentals

- Les epidermòlisis, sobretot l'epidermòlisi ampul·lar distròfica recessiva, són manifestacions que han existit des dels primers dies de vida.
- La síndrome estafilocòccica de la pell escaldada no es una lesió dolorosa i té una distribució totalment irregular.
- L'impetigen ampul·lar d'elements poc nombrosos i separats pot semblar una cremada per cigarreta un cop ha saltat l'ampul·la, però és totalment superficial, i hi ha una evolució diferent de les cremades.

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 (menys de 72 hores)
- 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 el fet/l'incident/l'abús sexual urgentment al jutjat de guàrdia per escrit, telefax o trucada telefònica perquè envii un metge forense.

1.2 No urgent

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

26 | 27

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...
- S'ha de valorar l'estat psicològic actual, els trastorns de la conducta i els 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, i s'han de buscar altres manifestacions de maltractaments diferents de les de l'abús sexual, atès que sovint estan associades a maltractaments, sobretot físics, amenaces o intoxicacions voluntàries inferides, i tots els 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.

No s'ha d'oblidar l'exploració de la boca, ja que hi ha la possibilitat que el nen o la nena siguin forçats a una fel·lació, en aquest cas hi poden haver lesions per malaltia de transmissió sexual.

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 vulvar.
- Presència d'hematomes, cicatrius, secrecions, sagnada...

28 | 29

Signes relacionats amb l'abús sexual

- Obertura himenal engrandida (normal < 0,5 cm).
- Escotadures en forma d'"U" o de "V" i esquinços en la vora himenal.
- Cicatrius, lesions o pèrdua de teixit en la forqueta vulvar.
- Secreació patològica.
- En el penis, erosions en el solc balanoprepucial, balanitis, parafimosi, trencament del fre del prepuci, edema, lesions residuals de mossegada...

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
- Marges de l'anús
- 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 (MTS) 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 una mostra vaginal, rectal i faríngia i repetir-la a les dues setmanes.
- Determinar la serologia del VIH, el VHB i l'herpesvirus:
 - *Victimes*: clínica possible de malaltia, adolescents amb factors de risc, presència d'MTS, insistència paterna.
 - *Agressor*: seropositivitat de VIH, perfil clínic de risc, història clínica suggestiva del 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 s'ha de fer, si és possible, amb espècul lubricat amb sèrum fisiològic i s'ha de donar prioritat per estudiar la presència d'esperma. L'ordre de recollida de preses és la següent:
 1. Preses vaginales amb un escovilló sec per a la 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 l'estudi d'MTS.
 3. Rentada vaginal per a la 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. Cal 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 la 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.
-

6. *Detecció del maltractament infantil.* *Elements per arribar al diagnòstic social*

El diagnòstic global de la situació de sospita o certesa de maltractament o abús sexual abasta el diagnòstic clínic, el diagnòstic social i el recull de la informació que obtenim de les coordinacions amb els serveis externs (serveis socials, escoles, etc.).

D'acord amb la valoració que fem d'aquest diagnòstic, haurem d'actuar d'una manera o altra. Si considerem que el nen es troba en situació de risc (o de maltractament lleu), requerirem als serveis de la comunitat que en facin el seguiment. Si tenim la sospita o la certesa de maltractament infantil (moderat o greu) o abús, és imprescindible sol·licitar la intervenció de la DGAIÀ perquè profunditzi a valorar el cas i si calen mesures extraordinàries de protecció.

32 | 33

La detecció d'una situació de risc d'un infant o adolescent dins de l'hospital es pot produir des de diferents serveis:

- Consultes externes
- Urgències
- Àrea d'hospitalització

També es pot detectar en els serveis externs a l'hospital. Qualsevol professional (metges, infermers, treballadors socials) pot detectar una situació de maltractament infantil.

Una vegada es trasmet al treballador o treballadora social la situació de que hi ha factors de risc que poden desencadenar una situació de risc social o de maltractament del menor, el o la professional ha de dur a terme una exploració de la situació mitjançant les eines següents:

- La coordinació amb serveis interns i externs de l'hospital
- Entrevistes amb la seva família i el nen o la nena si procedeix (es procura no fer entrevistes als nens per aquests temes amb la finalitat de no vicimitzar-los, a no ser que siguin adolescents ja que ja son més capaços de comprendre la situació)

A partir d'aquesta exploració, el treballador o treballadora social n'elabora el diagnòstic social, i es coordina amb la DGAIA (UDEPMI), que serà l'equip que farà la devolució del diagnòstic social a la família i, si escau, elabora el pla d'intervenció dins de l'àmbit hospitalari.

Quan el diagnòstic és de situació de risc, però no es pot constatar que s'ha produït una situació de maltractament infantil, el o la treballadora social fa una derivació del cas als serveis socials de primària corresponents, per tal de que en facin un treball de continuïtat del mateix, adequats segons el pla d'intervenció elaborat (vegeu l'annex 2).

Per arribar a un bon diagnòstic clínicosocial, cal tenir en compte els signes d'alerta i els factors de risc de maltractament.

6.1. Signes d'alerta

Els signes d'alerta són les situacions que es produeixen en l'ingrés a UCIE o durant l'hospitalització del nen o nena que fan reflexionar sobre les possibles contradiccions o fets que no concorden amb un procés normal d'accident o de pèrdua de salut de l'infant.

S'hi inclouen els següents:

1. Gravetat del diagnòstic mèdic.
2. Comprovació que el mecanisme que ha produït la lesió no es correspon amb la lesió en si mateixa.
3. Història inversemblant, discordant o contradictòria per explicar l'origen de les lesions.
4. Antecedents d'episodis similars al mateix hospital o a altres centres.
5. Visites a urgències per problemes banals o inexistents (hiperfreqüentació).
6. Actituds passives davant les lesions del nen o nena.
7. Millora clínica quan hi ha un ingrés o una separació del medi habitual.
8. Absentisme a les visites programades.
9. Canvi sistemàtic per part dels pares de pediatre, serveis de salut i serveis d'urgències.

6.2. Factors de risc de maltractament

Són les condicions físiques psicològiques, socials o ambientals que poden afavorir l'aparició d'una situació adversa.

Hi distinguem:

Factors microsocials

Factors associats als nens

- El que explica el nen sobre l'atenció que rep i sobre l'actitud dels seus cuidadors.
- Actitud del nen (pors, angoixes, trastorns del son, trastorns de la conducta alimentària, descontrol d'esfínters, etc.)

- Hiperactivitat
- Irritabilitat
- Plor continu
- Prematuritat
- Baix pes al néixer
- Retard mental
- Malformacions
- Patologia crònica

Factors relacionats amb l'estructura familiar

- Història familiar de maltractaments (antecedents en pares o altres membres)
- Consum habitual de tòxics (alcoholisme, drogoaddicció, etc.)
- Desestructuració familiar: parelles conflictives. Separacions patològiques
- Delinqüència
- Prostitució
- Promiscuïtat
- Pares amb alteracions psicopatològiques
- Pares amb dèficits mentals
- Pares rígids i autoritaris
- Inestabilitat emocional
- Excés d'afecte
- Manca d'afecte
- Fill no desitjat
- Pares adolescents
- Pares primerencs grans
- Família monoparental
- Pares que tenen i practiquen condicions i creences extremes (pel que fa a la religió, la nutrició, etc.).
- Evitació de responsabilitats

Factors macrosocials

Factors relacionats amb els àmbits social, econòmic i cultural

- Atur, inestabilitat laboral
- Pobresa
- Problemes d'habitatge
- Manca de suport social familiar.
- Aïllament social
- Immigració
- Canvis freqüents de domicili
- Excés de vida social
- Excés de treball
- Competitivitat excessiva

La combinatòria de signes d'alerta amb els factors de risc poden ajudar a detectar una possible situació de maltractament.

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

1. Quan el diagnòstic és de sospita o certesa d'una situació lleu de maltractaments físics o psíquics, o d'una situació moderada en la qual no cal fer una protecció immediata, el treballador o treballadora social de l'hospital s'ha de coordinar amb els serveis socials bàsics del territori i ha de derivar el cas. Així mateix, l'hospital ho ha de comunicar a la Fiscalia de Menors i n d'aquest maltractament al Registre Unificat de Maltractaments Infantils (RUMI).

2. Quan el diagnòstic és de sospita o certesa d'abús sexual o d'una situació moderada o greu de maltractaments físics o psíquics en la qual és necessari prendre mesures de protecció immediata, ja que no ni hi ha garantia suficient que hagi protecció de l'infant en el nucli familiar, el metge que n'hagi fet la detecció s'ha de coordinar telefònicament amb la DGAIA (telèfon 900 300 777) i li ha de derivar el cas amb la tramesa dels informes corresponents. Posteriorment és comunicaran les gestions fetes al/a treballador/a social de l' hospital que serà la persona encarregada de fer la coordinació necesaria amb l' EVAMI.

L'hospital ho ha de comunicar a la Fiscalia de Menors i al jutjat de guàrdia i el metge n'ha de fer la notificació al Registre Unificat de Maltractaments Infantils (RUMI).

3. En el cas d'abús sexual (situació urgent definida en aquest protocol) o de maltractament greu, el metge forense, per indicació del jutjat corres-

ponent, s'ha de desplaçar immediatament a l'hospital. El metge forense i el metge de l'hospital fan l'exploració física conjuntament.

4. La DGAIA consulta les bases de dades, el Registre Unificat de Maltractaments Infants (RUMI) i, si escau, ho ha de posar en coneixement de l'equip especialitzat (EVAMI o EAIA) i ha d'informar l'hospital de les actuacions que es duen a terme.
5. L'hospital comunica el diagnòstic clínic de maltractament als pares, i conjuntament amb l'equip especialitzat fa una valoració clinicsocial en els casos en què es consideri necessari.
6. En el supòsit que sigui convenient adoptar una mesura cautelar de protecció administrativa per l'infant o l'adolescent, la DGAIA ha de dictar urgentment una declaració de desemparament i/o una ordre de retenció, que s'ha de trametre a l'hospital, i l'equip especialitzat ho ha de notificar als pares.
Si és necessari, l'equip ha d'avisar els cossos de seguretat perquè acudeixin a l'hospital i estiguin presents durant l'entrevista de notificació als pares.
7. Per a l'elaboració del diagnòstic, els professionals de l'hospital poden demanar a la DGAIA si consten antecedents del cas (tant a les seves bases de dades com en el RUMI), i el suport i l'orientació dels metges i els tècnics de la DGAIA.
8. La notificació al RUMI i la coordinació s'ha de fer mitjançant el full de notificació que s'incorpora a l'annex 1, a través del portal del Departament Salut, o en el futur, l'aplicació informàtica que es determini.
9. Tant en cas de sospita com de certesa l'hospital s'ha d'assegurar de no donar l'alta l'infant fins assegurar-ne la protecció.

10. En l'exercici de les seves competències com a organisme de protecció de menors, la DGAIA pot demanar la col·laboració dels serveis sanitaris, que han de cooperar i facilitar-ne la intervenció. Així mateix, els serveis han de proporcionar, a sol·licitud de la DGAIA, tota la informació que tinguin sobre l'infant i dels seus pares, mitjançant els informes corresponents, amb l'objectiu d'obtenir tots els elements necessaris per valorar quina és la seva situació.

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 intervenció hospitalària
- Exposar el diagnòstic sense donar opinions
- Ser entenedor per a tothom
- Contenir la màxima informació possible

8. Protecció i seguiment de l'infant maltractat

Immediata:

Per part de l'Hospital:

- Ingrés hospitalari
- Comunicació a la justícia i a la DGAIA.
- Coordinació amb la DGAIA(en els casos de maltractament moderat o greu), abans de donar l'alta a l'infant, per tal d'assegurar-ne la seva protecció

42 | 43

Per part de la DGAIA:

- Activarà l'equip especialitzat en maltractament infantils que s'escaigui (EVAMI o EAIA) per tal d'avaluar la situació
- Dictarà, si s'escau, mesura de desemparament preventiu amb retenció hospitalària per tal de poder dur a terme l'estudi de la situació amb la major seguretat per a l'infant.

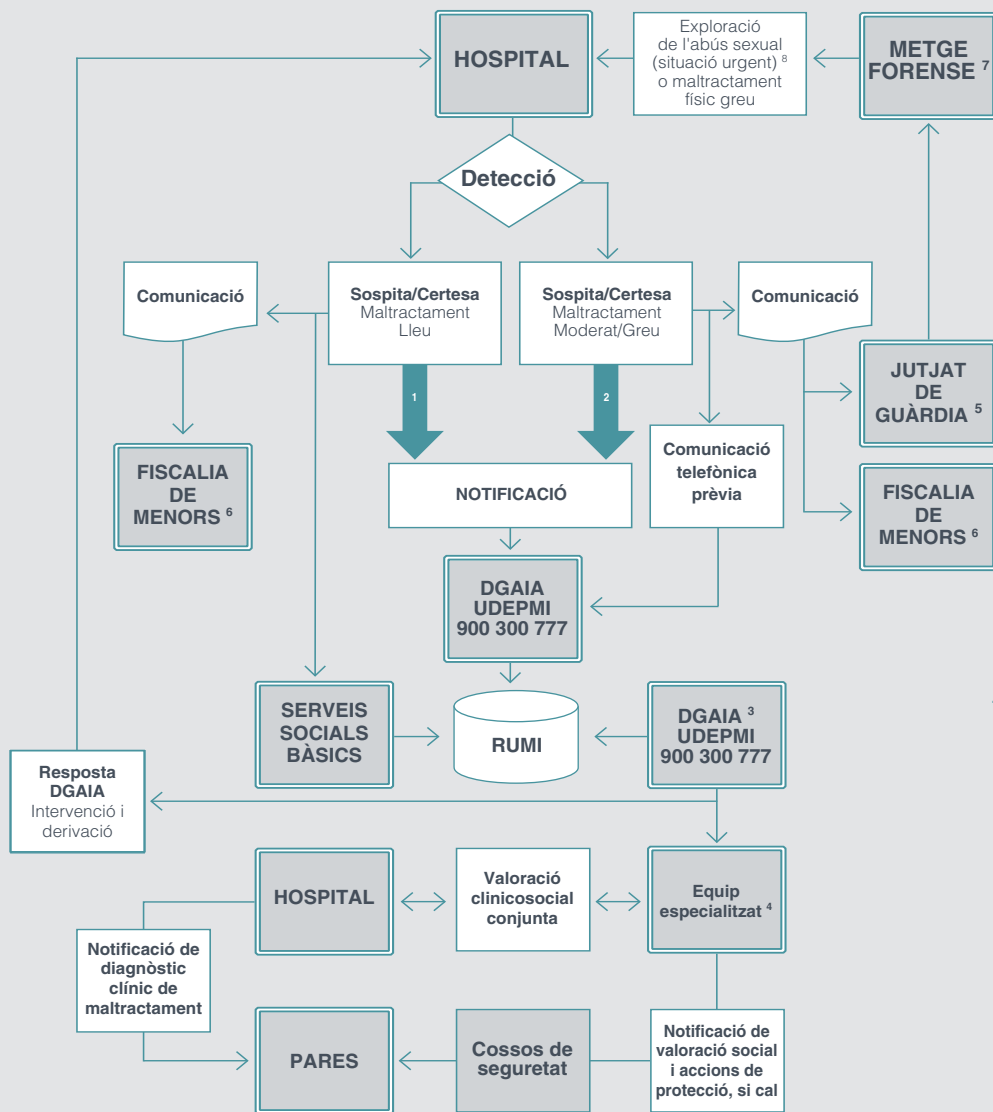
Diferida:

- La DGAIA, com a entitat competent en la protecció dels menors, és qui decidirà el seguiment posterior del nen/a perquè sigui protegit. Quan

s'escaigui, fruit de l'estudi realitzat per l'equip especialitzat corresponent, la DGAIA assumirà la tutela del menor i determinarà la mesura protectora més adient en el seu interès

- 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.

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



44 | 45

Derivació-coordinació → Notificació →

- 1 El professional encarregat de realitzar la notificació és el treballador social de l'hospital.
- 2 El professional encarregat de realitzar la notificació és el personal sanitari.
- 3 UDEPMI (Unitat de Detecció i Prevenció del Maltractament Infantil) i comunicació al metge/metgessa del Servei Territorial corresponent.
- 4 EVAMI (Equip Valoració del Maltractament Infantil) o EAIA (Equip Atenció a la Infància i l'Adolescència): coordinació i/o desplaçament (Annex 1).

- 5 Cada hospital té el telèfon del Jutjat de Guàrdia que li correspon per municipi.
- 6 Vegeu annex 2.
- 7 El metge forense es desplaça de forma immediata a l'hospital per fer l'exploració de l'abús sexual (situació urgent) o maltractament greu.
- 8 En situacions no urgents, serà la Unitat d'Abusos Sexuals en aquells hospitals que n'estiguin dotats.

MALTRACTAMENTS
ABUSOS
VIOLÈNCIA
PREVENCIÓ
PROTECCIÓ
SEGUIMENT

9. Bibliografía

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

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

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

46 | 47

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

48 | 49

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

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

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

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

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

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

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

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

10. Annexos

10.1. Annex 1. Notificació de maltractament infantil a la DGAIA mitjançant el RUMI

Instruccions per fer la notificació al RUMI

Àmbit de SALUT

Aquest instrument és un formulari per a la notificació dels casos en els quals hem observat indicis de maltractament infantil. No és un instrument diagnòstic, sinó un formulari estandaritzat de notificació de les situacions de maltractament, amb grau de certesa o de sospita que s'hagin detectat en els centres hospitalaris.

El formulari consta de quatre apartats englobats en una sola pantalla: dades d'identificació, dades de la notificació, valoració del maltractament i valoració del protocol clínic per part de l'hospital.

50 | 51

És imprescindible disposar de la informació dels apartats següents:

1. **Dades d'identificació:** les dades personals relatives a l'*infant o adolescent* s'emplenen directament amb les dades del sistema de Salut i no es poden modificar, apareixen reduïdes a la part superior de la pantalla i es poden ampliar per veure-les amb més detall.
2. **Dades de la notificació:** recull, entre d'altres, el centre hospitalari i la identificació en la llista d'incidents que ha motivat la notificació del maltractament i/o recollir literalment en la casella *altres incidents* altres motius que no hi constin.

3. **Valoració del maltractament infantil:** abasta dos aspectes que és imprescindible que es recullin: la valoració global del maltractament i si es tracta d'una sospita o d'una certesa. Cal marcar, com a mínim, un tipus de maltractament, fent una valoració global de la gravetat del maltractament (*lleu, moderat o greu*) de l'infant o l'adolescent. Al final d'aquest procés de notificació, es confirma l'existència del maltractament com a certesa o sospita segons l'evidència dels indicadors detectats i la resta d'informació recollida.

4. **Valoració del protocol clínic per part de l'hospital:** una vegada acabada la intervenció del departament corresponent de la DGAIA, s'han de recollir en aquests camps les valoracions de la intervenció duta a terme per control millor la gestió realitzada.

Sobre el descriptor d'alguns dels camps s'hi troba una definició d'ajuda com és el cas de la valoració global de la gravetat del maltractament en la qual s'explicita que pot ser lleu, moderat i greu, què s'entén per *sospita* i *certesa*, així com de la valoració clínicosocial conjunta i de la valoració social. Al portal també hi ha un manual d'ús per a més informació.

Cada notificació ha de fer-se en un registre nou, fins i tot quan es refereixi al mateix infant en dates posteriors a la primera notificació. L'eficàcia d'aquestes notificacions depèn en gran mesura de la qualitat de les notificacions i de la cura amb què s'utilitzi. La formalització incorrecta de la informació imprescindibles pot invalidar la notificació del cas i, sobretot, dificultar les gestions per a la protecció necessària dels infants i els adolescents.



DADES DE LA NOTIFICACIÓ



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

Valoració del Maltractament

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

Valoració protocol clínic per hospital

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

Annex al formulari de notificació - salut

Confirmació del maltractament

Sospita: parlem de *sospita* quan, tot i els indicadors detectats indicis detectats a través dels indicadors, la informació disponible en el moment de la notificació no permet confirmar la certesa de maltractament o l'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 que es fan 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 l'adolescent i la intervenció social necessària per garantir-ne la *protecció* i satisfer les *necessitats bàsiques infantils*. La valoració del maltractament implica unes actuacions orientatives.

Lleu: el maltractament es dona amb poca freqüència i amb intensitat baixa. La família necessita suport i ajuda dels serveis socials bàsics de la zona, juntament amb l'assessorament tècnic dels serveis socials especialitzats d'atenció a la infància i l'adolescència (EAIA).

Moderat: el maltractament és moderat quan, malgrat que la intensitat i/o freqüència del maltractament no siguin greus, es tenen dubtes raonables sobre la possibilitat que es puguin produir danys més greus en el futur. En aquests casos, cal l'assessorament de la DGAIA a fi de valorar si es tracta d'un cas per derivar a l'EAIA per a fer-ne un estudi regular o si, per contra, cal la intervenció urgent de la DGAIA per tal de protegir l'infant immediatament.

Greu: es dóna quan perilla la integritat física, psíquica o emocional del menor i provoca danys significatius en el seu desenvolupament. L'infant o l'adolescent necessita protecció immediata (DGAIA) a sol·licitud 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.

Protecció immediata: cal valorar la necessitat de protecció immediata en les situacions en què, atesa la gravetat de les lesions, l'edat de l'infant o el tipus de maltractament, ja sigui una sospita o una certesa, no tenim garanties suficients que la família és capaç de protegir l'infant o l'adolescent de nous episodis de maltractament. Per tant, cal activar els equips especialitzats per tal que, abans de l'alta hospitalària, valorin la necessitat de prendre les mesures protectores més addients en interès de l'infant.

1. L'objectiu de la notificació és facilitar la detecció del maltractament i si cal, la protecció immediata de l'infant, d'acord amb les lleis 37/1991, de 30 de desembre, sobre mesures de protecció dels menors desamparats, i 8/1995, de 27 de juliol, d'atenció i protecció dels infants i els adolescents.
2. La informació continguda aquí és confidencial i s'ha de tractar d'acord amb el que preveu a la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal. L'ordre de creació del fitxer unificat dels maltractaments infantils és de data 18 de juliol, publicada al DOGC número 4936, de data 30 de juliol de 2007.

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 (absència del tutor)

Malnutrició

Supervisió inadequada (presència del tutor)

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 en la protecció del menor de les lesions físiques, sexuals, mentals, etc. infligides per un altra persona

MALTRACTAMENT EMOCIONAL

Confinament / càstig estrany, estrofolari

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

56 | 57

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

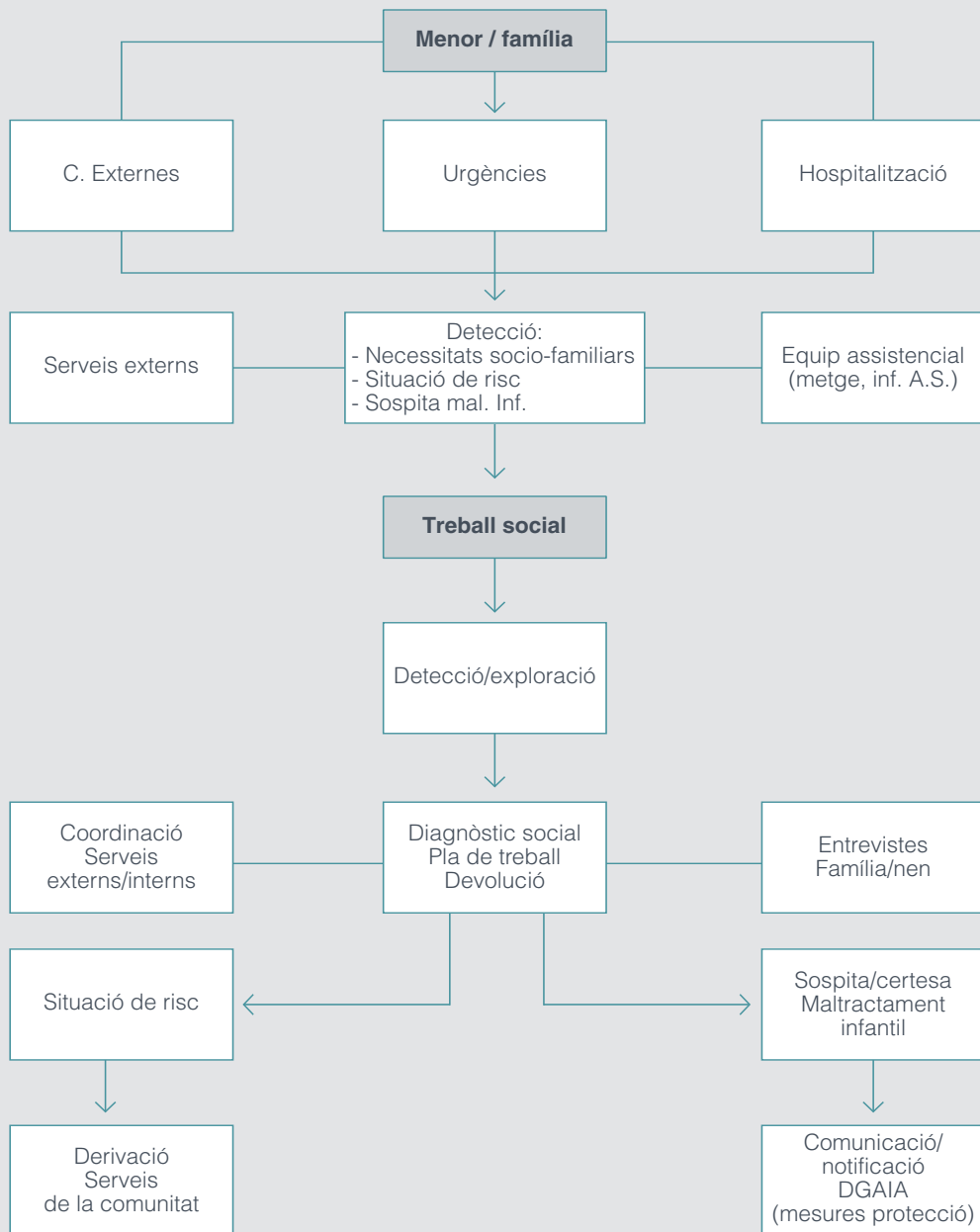
Abandonament

Mendicitat

Violència familiar que amenaça el menor

Accés del maltractador a l'habitatge, tenint-hi prohibida l'entrada (amenança de dany)

10.2. Annex 2. Circuit i intervenció Treball Social Hospital



10.3. Annex 3.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 els següents:

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 972 219 241

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 deriva a la Fiscalia de Protecció de Menors.

10.4. Annex 4. Telèfons de la DGAIA

UDEPMI (Unitat de Detecció i Prevenció del Maltractament Infantil)

Tel. **900 300 777**

Fax 93 552 45 94

Servei Territorial d'Infància i l'Adolescència de Barcelona-ciutat

Tel. **93 552 44 38**

Fax 93 552 45 30

Servei Territorial d'Infància i l'Adolescència de Barcelona-comarques

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

Fax 93 552 45 40 i 93 552 44 34

Servei Territorial d'Infància i l'Adolescència de Girona

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

Fax 972 94 12 72

Servei Territorial d'Infància i l'Adolescència de Tarragona

Tel. 977 251 986

Fax 977 241 176

Servei Territorial d'Infància i l'Adolescència de Terres de l'Ebre

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

Fax 977 705 002

Servei Territorial d'Infància i l'Adolescència de Lleida

Tel. **973 727 707**

Fax 973 727 956

Sanitat Respon 24 hores
902 111 444



www.gencat.cat