

**HOSPITAL DEL NIÑO DR. JOSÉ RENÁN ESQUIVEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SERVICIO DE PAIDOPSIQUIATRÍA
PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON
SOSPECHA O DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE MALTRATO**

INDICE

- 1. AUTORES**
- 2. REVISORES**
- 3. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES**
- 4. JUSTIFICACIÓN**
- 5. ALCANCE**
- 6. PROPÓSITO**
- 7. OBJETIVO GENERAL**
- 8. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**
- 9. ANTECEDENTES LOCALES**
- 10. EPIDEMIOLOGÍA**
- 11. DEFINICIÓN**
- 12. CLASIFICACIÓN DEL MALTRATO**
- 13. GUÍA PARA EL ABORDAJE DIAGNÓSTICO**
- 14. INTERVENCIÓN EN EL CUARTO DE URGENCIAS**
- 15. CRITERIOS DE REFERENCIA**
- 16. INTERVENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA**
- 17. NOTIFICACIÓN A LAS AUTORIDADES**
- 18. REFERENCIAS**

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Paidopsiquiatría	CÓDIGO: PR 19-13	Página 2 de 19
	Título: Protocolo de atención del niños, niñas y adolescentes con sospecha o diagnóstico de síndrome de maltrato	Edición: febrero 2021	
	Elaborado por: Dra. Claudia Rodríguez, Dra. Alyna Arcia, Licda. Adelina Rodríguez	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Paul Gallardo - director	Revisado: Dr. Moisés Céspedes - subdirector	

1. AUTORES:

Dra. Claudia Rodríguez Arosemena, Dra. Alyna Arcia, Licda. Adelina Rodríguez.

2. REVISORES:

Dra. Margarita Castro, Dra. Dora Estripeaut, Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente

3. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES DE LOS AUTORES / REVISORES:

Todos los autores y revisores implicados en la elaboración de este documento declaran que no existen conflictos de intereses de intereses que puedan influir en el contenido.

4. JUSTIFICACIÓN:

El Síndrome de Maltrato al menor es un problema de salud pública que afecta la esfera física, psíquica y social del menor afectado. Conlleva a una serie de procesos legales que inician con un adecuado abordaje y documentación de la sospecha de maltrato infantil por parte del profesional de salud. De allí, el establecimiento de un protocolo unificado de atención a las posibles víctimas de síndrome de maltrato, que permitan no sólo una atención integral sino que garantice la seguridad, protección y la vida del menor en riesgo.

Según la legislación vigente: EL personal de salud deberá cumplir con el **Decreto Ejecutivo N°182 del 8 de junio del 2018, donde establece que la Ley 38 de 10 de julio de 2001, modificada por la Ley 14 del 18 de mayo de 2007**, que adopta el Código Penal de la República de Panamá, señala *“que el personal de salud y el personal administrativo que laboran en las distintas instituciones de salud del país, deberán documentar, mediante formulario distribuido por el Ministerio de Salud, el historial médico, los hallazgos clínicos, el diagnóstico y la incapacidad provisional del paciente o de la paciente que declare haber sido víctima sobreviviente de violencia doméstica y maltrato a niños, niñas y adolescentes”*.

5. ALCANCE:

Está dirigido a todo el personal de salud y administrativo del Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel que participe en la atención de niños, niñas y adolescentes.

6. PROPÓSITO:

Orientar al personal de salud a identificar situaciones de riesgo de maltrato y de abuso en la población que atiende, y su adecuado abordaje y referencia.

7. OBJETIVO GENERAL:

Ofrecer elementos teóricos-prácticos para la comprensión integral del Síndrome de Maltrato que permita hacer diagnóstico, tratamiento inicial y prevención secundaria.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Paidopsiquiatría	CÓDIGO: PR 19-13	Página 3 de 19
	Título: Protocolo de atención del niños, niñas y adolescentes con sospecha o diagnóstico de síndrome de maltrato	Edición: febrero 2021	
	Elaborado por: Dra. Claudia Rodríguez, Dra. Alynna Arcia, Licda. Adelina Rodríguez	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Paul Gallardo - director	Revisado: Dr. Moisés Céspedes - subdirector	

8. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar los diferentes tipos de maltrato que afecta a la población pediátrica.
- Reconocer los indicadores de maltrato desde el periodo neonatal.
- Ofrecer una guía rápida para realizar la entrevista clínica y el examen del menor afectado.
- Orientar al personal médico sobre el tratamiento inicial y referencia de los casos de sospecha de maltrato infantil.
- Definir causas de hospitalización.
- Establecer el flujograma de atención intrahospitalaria.

9. ANTECEDENTES LOCALES DEL MALTRATO:

En el año 2019 se reportaron en los Servicios de Trabajo Social 255 casos de pacientes con los siguientes tipos de Síndrome de Maltrato: negligencia (64%), físico (16%) y sexual (19%). El 53% corresponden al sexo femenino y el 46% al sexo masculino.

10. EPIDEMIOLOGÍA:

La prevalencia real del maltrato infantil es desconocida, ya que hay una serie de dificultades para el diagnóstico: la negación del abuso dentro del seno familiar, el miedo a la denuncia, el desconocimiento y la formación deficiente de profesionales de salud, deficiencias en el registro de los diferentes tipos de maltrato y la falta de protocolos unificados en la atención pediátrica.

El Síndrome de Maltrato produce otras patologías agudas, sub-agudas y crónicas que producen un incremento del costo social y económico del sector salud, educativo y de seguridad pública dejando cicatrices y secuelas en la población afectada.

11. DEFINICIÓN:

“un menor es víctima de maltrato cuando se le infiere o se le coloque en riesgo de sufrir un daño o perjuicio en su salud física o mental o en su bienestar, por acciones u omisiones de parte de sus padres, tutores, encargados, guardadores, funcionarios o instituciones responsables de sus cuidados o atención”. (Convención de los Derechos de los Niños de Naciones Unidas, 1989).

12. CLASIFICACIÓN DEL MALTRATO:

La organización Mundial de Salud (OMS) codifica el Síndrome de Maltrato Infantil y sus diferentes formas de presentación en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10) bajo el epígrafe T24 de la siguiente forma:

Tabla 1. Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10

- T74.0 Negligencia o abandono.
- T74.1 Abuso físico.
- T74.2 Abuso Sexual.
- T74.3 Abuso psicológico.
- T74.8 Otros síndromes de maltrato. Formas mixtas.
- T74.9 Síndrome de maltrato no especificado.

Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE 10OMS

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Paidopsiquiatría	CÓDIGO: PR 19-13	Página 4 de 19
	Título: Protocolo de atención del niños, niñas y adolescentes con sospecha o diagnóstico de síndrome de maltrato	Edición: febrero 2021	
	Elaborado por: Dra. Claudia Rodríguez, Dra. Alyn Arcia, Licda. Adelina Rodríguez	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Paul Gallardo - director	Revisado: Dr. Moisés Céspedes - subdirector	

Tipología del Síndrome de Maltrato: El Maltrato puede clasificarse desde diversas perspectivas: según el momento que se produce el maltrato (antes o después del nacimiento), según los autores del maltrato (familiares/extraños/instituciones) y según las acciones concretas que constituye el maltrato infligido (acción u omisión) tabla 2.

Tipos de maltrato según acción concreta u omisión:

1. **Físico:** toda acción de carácter físico voluntariamente realizada que provoque o pueda provocar lesiones físicas o enfermedad o inclusive la muerte del menor.
2. **Negligencia:** abstenerse de atender las necesidades del niño y los deberes de guarda y protección; dar un cuidado inadecuado al niño.
3. **Emocional-psicológico:** toda acción, normalmente de carácter verbal o toda actitud hacia un menor que provoquen o puedan provocar en él, daños psicológicos.
4. **Sexual:** toda implicación de un menor en actividades sexuales para la gratificación sexual de un adulto o de otro menor significativamente mayor que el/la afectado (cinco años o más). Este abuso puede expresarse de dos formas: **sin contacto físico** (propuestas verbales de actividad sexual, pornografía, exhibicionismo) **y con contacto físico. El de contacto físico puede ser con penetración** (violación - penetración vaginal/anal/oral **y sin penetración** (tocamiento, caricias, masturbación).

Otra forma sería el **Maltrato Institucional** que se produce cuando los autores son las instituciones o la propia sociedad a través de legislaciones, programas o la actuación de los profesionales al amparo de la institución (hospitales/escuelas) o de los organismos que representa. Puede o no existir contacto directo con el niño. Un ejemplo, en el ámbito hospitalario, sería la burocracia excesiva, la realización de exploraciones innecesarias o repetidas, el desconocimiento de los derechos del niño, la falta de agilización en la toma de medidas de protección, la falta de coordinación entre los servicios y la de deficiencia en los equipamientos entre otros.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Paidopsiquiatría	CÓDIGO: PR 19-13	Página 5 de 19
	Título: Protocolo de atención del niños, niñas y adolescentes con sospecha o diagnóstico de síndrome de maltrato	Edición: febrero 2021	
	Elaborado por: Dra. Claudia Rodríguez, Dra. Alyna Arcia, Licda. Adelina Rodríguez	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Paul Gallardo - director	Revisado: Dr. Moisés Céspedes - subdirector	

Tabla 2. Tipología del Síndrome de Maltrato

TIPO		ACCIÓN	OMISIÓN
PRENATAL		Circunstancias de vida de la madre en que existe voluntariedad que influyan patológica o negatividad en el embarazo y repercutan en el feto. Forma, Hábitos tóxicos de la madre alcoholismo (S. alcohólico fetal) toxicomanías (s. abstinencia neonatal)	No atención a las necesidades y cuidados propios del embarazo que tienen repercusiones en el feto. Formas: Embarazos sin seguimiento médico, alimentación deficiente, exceso de trabajo corporal
	FÍSICO	Cualquier acto, no accidental, que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloquen en situación de grave riesgo de padecerlo. Formas: lesiones cutáneas (equimosis, heridas, hematomas, escoriaciones, alopecia traumática, escaldaduras, quemaduras, mordeduras), fracturas, zarandeado, asfixia mecánica, arrancamientos, intoxicaciones.	NEGLIGENCIA Desatender las necesidades del niño y los deberes de guarda y protección o cuidado inadecuado del niño. Formas: desatención, abandono, retraso de crecimiento no orgánico, niños de la calle, problemas físicos o necesidades médicas no atendidas o ausencia de cuidados médicos rutinarios (vacunaciones) constantemente sucio.
EMOCIONAL		Acción capaz de originar cuadros psicológicos, psiquiátricos por afectar a las necesidades del niño según los estados evolutivos y características. Formas: rechazar, ignorar, aterrorizar, aislar, corromper, implicar niños en actividades antisociales.	Omisión o negligencia en la atención a las necesidades emocionales del niño. Formas: privación afectiva, no atender las necesidades afectivas del niño (cariño, estabilidad, seguridad, apoyo, estimulación, protección, rol en la familia, autoestima, etc. abuso pedagógico.
SEXUAL		Implicación de niños en actividades sexuales, para satisfacer las necesidades de un adulto. Formas: - Con contacto físico, violación, incesto, prostitución infantil, sodomía, tocamientos, estimulación sexual. - Sin contacto físico: solicitud indecente o seducción verbal explícita, realizar acto sexual o masturbación en presencia de un niño, exposición a un niño de los órganos sexuales, promover la prostitución infantil, pornografía.	No atender a las necesidades del niño y a su protección en el área de la sexualidad. Formas: Formas: No dar credibilidad al niño cuando este manifiesta eventos relacionados a abuso sexual; preferir ignorar la situación o dar un "consentimiento pasivo" en el incesto.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Paidopsiquiatría	CÓDIGO: PR 19-13	Página 6 de 19
	Título: Protocolo de atención del niños, niñas y adolescentes con sospecha o diagnóstico de síndrome de maltrato	Edición: febrero 2021	
	Elaborado por: Dra. Claudia Rodríguez, Dra. Alyn Arcia, Licda. Adelina Rodríguez	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Paul Gallardo - director	Revisado: Dr. Moisés Céspedes - subdirector	

13. Guía para el abordaje diagnóstico: Incluye los indicadores de maltrato, la historia clínica, el examen físico/mental y los exámenes complementarios

A. Indicadores físicos y comportamiento mentales en menores agredidos y en sus cuidadores tabla 3:

Tabla 3. Indicadores físicos y comportamientos mentales en el niño y el cuidador.

	FÍSICOS EN EL NIÑO	COMPORTAMENTALES DEL NIÑO	CONDUCTA DEL CUIDADOR
MALTRATO FÍSICO	<p>Magulladuras o hematomas: en rostro, labios o boca; en diferentes fases de cicatrización; en zonas extensas del torso, espalda nalgas o muslos; con formas anormales agrupados o como señal o marca del objeto con el que ha sido ocasionado; en varias áreas diferentes indicando que el niño ha sido golpeado desde distintas direcciones.</p> <p>Quemaduras: de puros o cigarrillos; quemaduras que cubren toda la superficie de las manos (guante) o de los pies (calcetín) o quemaduras en forma de muñeco en nalgas, genitales, indicativas de inmersión en un líquido caliente: quemaduras en brazos, piernas, cuello o torso provocadas por haber estado atado fuertemente con cuerdas; quemaduras con objetos que dejan señal claramente definida: parrilla, plancha, etc.).</p> <p>Fracturas: en el cráneo, nariz o mandíbula: fracturas en espiral en los huesos largos (brazos o piernas); en diversas fases de cicatrización; fracturas múltiples; cualquier fractura en un niño menor de dos años.</p> <p>Heridas o raspaduras: en la boca los labios, encías y ojos: en los genitales externos; en la parte posterior de los brazos, piernas o torso.</p> <p>Lesiones abdominales: hinchazón del abdomen, dolor localizado, vómitos constantes.</p> <p>Mordedura humana: huella del adulto separación mayor de 3 cm. entre caninos.</p> <p>Intoxicaciones: por ingestión de sustancias químicas (medicamentos).</p>	<p>Cauteloso con respecto al contacto físico con adultos.</p> <p>Se muestra cuando otros niños lloran.</p> <p>Muestra conductas extremas: agresividad, o rechazo extremos.</p> <p>Parece tener miedo de sus padres, de ir a casa, o llora cuando terminan las clases y tiene que irse a la escuela o guardería.</p> <p>Dice que su padre / madre le han causado alguna lesión.</p> <p>Va excesivamente vestido y se niega a desnudarse ante otros.</p> <p>Es retraído y no participa en actividades y juegos comunes.</p>	<p>Fue objeto de maltrato en su infancia.</p> <p>Utiliza una disciplina severa, inapropiada para la edad, falta cometida y condición del niño.</p> <p>No da ninguna explicación con respecto a la lesión del niño o estas son ilógicas, no convincentes o contradictorias.</p> <p>Parece no preocuparse por el niño.</p> <p>Percibe al niño de manera significativamente negativa, por ejemplo le ve como malo, perverso, un monstruo, etc.</p> <p>Psicótico o psicópata.</p> <p>Abuso de alcohol u otras drogas.</p> <p>Intenta ocultar la lesión o proteger la identidad de la persona responsable de éste.</p>
MUNCHAUSEN POR PODERES	<p>Síntomas recurrentes, inventados, inexplicables, desaparecen al separar al niño de su familia y reaparecen al contactar de nuevo, discordancia entre la historia y la clínica y analítica</p>	<p>Ingresos múltiples, en distintos hospitales.</p> <p>Hermanos con enfermedades raras, inexplicables o "nunca vistas"</p>	<p>Madres:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitan al niño con gran frecuencia, • Manifiestan veneración y sobreprotección hacia su hijo • Con estudios de medicina, enfermeras, aux. clínica,... • Amables, atentas, ... <p>Colaboradoras con los médicos para encontrar el falso diagnóstico</p> <p>Familia: Conflictos de pareja violentos, tendencia a la droga y automedicación</p> <p>Padres: antecedentes de autolisis</p>
NEGLIGENCIA - ABANDONO	<p>Falta de higiene</p> <p>Retraso del crecimiento</p> <p>Infecciones leves, recurrentes o persistentes</p> <p>Consultas frecuentes a los servicios de urgencia por falta seguimiento médico</p> <p>Hematomas inexplicados</p> <p>Accidentes frecuentes por falta de supervisión en situaciones peligrosas</p> <p>Enfermedad crónica llamativa que no genera consulta médica</p> <p>Ropa inadecuada para las condiciones climáticas</p> <p>Alimentación y/o hábitos horarios inadecuados</p> <p>Retraso en las áreas madurativas</p> <p>Problemas de aprendizaje escolar.</p>	<p>Comportamientos auto gratificantes</p> <p>Somnolencia, apatía, depresión</p> <p>Hiperactividad, agresividad</p> <p>Tendencia a la fantasía</p> <p>Absentismo escolar</p> <p>Se suele quedar dormido en clase</p> <p>Llega muy temprana a la escuela y se va muy tarde</p> <p>Dice que no hay quien le cuide</p> <p>Conductas dirigidas a llamar la atención del adulto</p> <p>Comportamientos antisociales (ej.: vandalismo, prostitución, toxicomanías)</p>	<p>Vida en el hogar caótica</p> <p>Muestra evidencias de apatía o inutilidad</p> <p>Mentalmente enfermo o tiene bajo nivel intelectual</p> <p>Tiene una enfermedad crónica</p> <p>Fue objeto de negligencia en su infancia</p>

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Paidopsiquiatría	CÓDIGO: PR 19-13	Página 7 de 19
	Título: Protocolo de atención del niños, niñas y adolescentes con sospecha o diagnóstico de síndrome de maltrato	Edición: febrero 2021	
	Elaborado por: Dra. Claudia Rodríguez, Dra. Alyna Arcia, Licda. Adelina Rodríguez	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Paul Gallardo - director	Revisado: Dr. Moisés Céspedes - subdirector	

MALTRATO EMOCIONAL	<p>0-2 años: Talla corta, retraso no orgánico del crecimiento, enfermedades de origen psicosomático, retraso en todas o en algunas áreas madurativas</p> <p>2 a 6 años: Talla corta, enfermedades de origen psicosomático, retraso del lenguaje, disminución capacidad de atención, inmadurez socioemocional.</p> <p>6 a 16 años: Talla corta, enfermedades de origen psicosomático</p>	<p>0-2 años: excesiva ansiedad o rechazo en relaciones psicoafectivas (trastornos del vínculo primario); asustadizo, tímido, pasivo, negativista o comportamiento agresivo, ausencia de respuestas a estímulos sociales</p> <p>2 a 6 años: retraso del lenguaje, disminución de la capacidad de atención, inmadurez socioemocional, hiperactividad, agresividad, escasa discriminación y pasividad en las relaciones sociales</p> <p>6 a 16 años: problemas de aprendizaje y lectoescritura, ausencia autoestima, escasa capacidad y habilidad ante situaciones conflictivas, inmadurez socioemocional, relaciones sociales escasas y/o conflictivas, conductas compulsivas y/o de autolesión, problemas graves control de esfínteres</p>	<p>Culpa o desprecia al niño</p> <p>Es frío o rechazante</p> <p>Niega amor</p> <p>Trata de manera desigual a los hermanos</p> <p>Parece no preocupado por los problemas del niño</p> <p>Exige al niño por encima de sus capacidades físicas, intelectuales, psíquicas</p> <p>Tolera absolutamente todos los comportamientos del niño sin ponerle límite alguno</p>
MALTRATO - ABUSO SEXUAL	<p>Dificultad para andar y sentarse</p> <p>Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada</p> <p>Se queja de dolor o picor en la zona genital</p> <p>Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal</p> <p>Tiene una enfermedad de transmisión sexual</p> <p>Tiene la vulva hinchados o rojos</p> <p>Tiene semen en la boca, genitales o en la ropa</p> <p>Presencia de cuerpos extraños en uretra, vejiga, vagina o ano</p> <p>Embarazo (especialmente al inicio de la adolescencia)</p> <p>Infecciones urinarias de repetición</p>	<p>Conductuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dice que ha sido atacado sexualmente por un padre / cuidador • Manifiesta conductas o conocimientos sexuales extraños, sofisticados, inusuales • Psicopatológicos: • Trastornos del sueño y alimentación • Diversos: algias abdominales, cefaleas, trastornos neurológicos, respiratorios, esfinterianos, etc., que originan intenso consumo médico sin aclarar las causas • Psíquicos: • Depresiones crónicas, intentos de suicidio lesiones autoinflingidas. • Desvalorización corporal: obesidad, anorexia • Problemas de conducta: fugas, fracasos escolares y profesionales • Promiscuidad sexual, travestismo, evolución hacia la homosexualidad, prostitución masculina o femenina • Criminalidad (bajo forma de abusos sexuales muchas veces). Violencia 	<p>Extremadamente protector o celoso del niño</p> <p>Alienta al niño a implicarse en actos sexuales o prostitución en presencia del cuidador</p> <p>Sufrió abuso sexual en su infancia</p> <p>Experimenta dificultades en su matrimonio</p> <p>Abuso de drogas o alcohol</p> <p>Está frecuentemente ausente del hogar</p>

La detección de riesgo social durante el embarazo y en el recién nacido, es una valoración importante para prevenir maltrato infantil. Estas situaciones psicosociales podrán orientar a los médicos y enfermeras:

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Paidopsiquiatría	CÓDIGO: PR 19-13	Página 8 de 19
	Título: Protocolo de atención del niños, niñas y adolescentes con sospecha o diagnóstico de síndrome de maltrato	Edición: febrero 2021	
	Elaborado por: Dra. Claudia Rodríguez, Dra. Alyna Arcia, Licda. Adelina Rodríguez	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Paul Gallardo - director	Revisado: Dr. Moisés Céspedes - subdirector	

Tabla 4. Detección del riesgo social durante el embarazo y en el recién nacido.

Tocología / Matrona (riesgo)	Embarazo abocado al inicio a interrupción voluntaria. Planteamientos de ceder al niño para adopción. 1ª visita médica > 20 semana de gestación. Menos de 5 consultas médicas durante embarazo. Parejas jóvenes con características de inmadurez. Pobre autoestima, aislamiento social o depresión. Crisis familiares múltiples. Hijo no deseado o poca relación con los padres. Enfermedad mental en los padres, toxicomanía.
Neonatología / Tocólogo / Matrona (riesgo)	Madre no está alegre con el niño. Decepción por el sexo. Llantos del niño no controlados por la madre. Expectativas madre muy por encima posibilidades del hijo. Madre ignora las demandas niño para ser alimentado. Madre siente repulsión hacia las deposiciones. Falta de ilusión al ponerle el nombre. Reacción negativa del padre hacia el niño.

B. Historia clínica: unos de los pilares de la historia es la **entrevista** clínica al menor y a los progenitores o acompañantes cuyo objetivo es obtener información veraz sobre el hecho ocurrido que pueda ser útil en la toma de decisiones médicas. Aunque la historia está enfocada en obtener información médica y no forense, esta definirá el tipo de maltrato, la duración, el tiempo que ha transcurrido luego de la lesión infringida, la secuela psíquica en el paciente y algunos datos del agresor. El clínico tendrá que tener conocimiento sobre desarrollo infantil para comprender los desafíos y límites que involucra formular preguntas abiertas apropiadas para el nivel del desarrollo del afectado(a). En algunas ocasiones la historia clínica podrá ser utilizada como la única prueba que se dispondrá para iniciar la protección del menor.

Proceso previo a la entrevista: datos de filiación y antecedentes personales.

- Datos de identificación.
- Motivo de consulta actual.
- Antecedentes médicos y del desarrollo.
- Revisar los síntomas relacionados a los aparatos y sistemas incluyendo la historia del comportamiento del menor.
- Antecedentes ginecológicos: menarca, índice menstrual, fecha de última menstruación, inicio de vida sexual etc.
- Situación socio familiar actual:(genograma, acuerdo de custodia, etc.)
- Escolaridad del menor y colegio al que acude.

Establecimiento de la relación médico paciente

- El niño(a) puede ser entrevistado sin/con el acompañante conocido dependiendo de lo que el menor logre expresar. Cuando el acompañante esté presente se le recomendará no intervenir durante la entrevista. Se dejará

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Paidopsiquiatría	CÓDIGO: PR 19-13	Página 9 de 19
	Título: Protocolo de atención del niños, niñas y adolescentes con sospecha o diagnóstico de síndrome de maltrato	Edición: febrero 2021	
	Elaborado por: Dra. Claudia Rodríguez, Dra. Alyna Arcia, Licda. Adelina Rodríguez	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Paul Gallardo - director	Revisado: Dr. Moisés Céspedes - subdirector	

constancia de esto en la historia clínica incluyendo a aquellos que no se les permitió intervenir.

- b. Es preferible que el adolescente se entreviste de forma individual; excepto en pacientes con discapacidad mental o que explícitamente manifieste la permanencia de su familiar o tutor
- c. Si el niño(a) es muy pequeño o no ha desarrollado lenguaje es preferible que se entreviste al adulto sin la presencia del menor.
- d. La entrevista con los padres puede ser a solas, pero si no es posible, es necesario limitar algunos temas frente al niño(a) para evitar mayor ansiedad en el afectado.
- e. Escogencia del lugar para la entrevista: debe ser reservado y libre de ruidos.
- f. Elección del entrevistador: el más capacitado en este tema. El entrevistador puede estar acompañado por otro colega o funcionario del hospital si es posible. En este caso, uno de ellos sería el entrevistador principal y el segundo se dedicaría a tomar notas, sentándose fuera del campo de visión del menor para hacer que la entrevista sea menos confrontadora.
- g. Integrar datos que hayan sido revelados por otras fuentes como maestros, policías, servicios sociales para evitar repetir preguntas. Investigar solamente si se han obviado detalles que podrían ser relevantes a la condición médica actual.
- h. Duración: esta variará en función de la capacidad de expresión del menor de su estado anímico y fatiga física como de la capacidad que tenga de recordar el episodio y de la pericia del entrevistador.

Fases de la entrevista

Fase 1

- a. Presentarse al menor por su nombre y ocupación haciendo hincapié en que el entrevistador es alguien que puede ayudarlo.
- b. averiguar que piensa el niño(a) sobre el motivo de la consulta y el hecho de ser examinado
- c. Explicar la forma y el procedimiento de la entrevista.
- d. Explicar que la información ofrecida es confidencial, con la excepción de aquella que pone en riesgo la protección o seguridad del niño(a) o los demás.

Fase 2:

- a. Evaluar la competencia del menor.

Fase 3:

- a. Obtener una narración espontánea de los hechos y facilitar que el niño lo cuente con sus propias palabras. Es importante anotar entre comillas lo expresado textualmente por el menor y las preguntas que se le hicieron al menor en el expediente clínico.
- b. El proceso de revelación de un abuso sexual en la entrevista es complicado y es un reto para el examinador. En caso de que el paciente no logre expresarlo o se retraiga, es importante no insistir y esperar que un profesional entrenado lo haga.
- c. Evitar someter al menor a múltiples entrevistas.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Paidopsiquiatría	CÓDIGO: PR 19-13	Página 10 de 19
	Título: Protocolo de atención del niños, niñas y adolescentes con sospecha o diagnóstico de síndrome de maltrato	Edición: febrero 2021	
	Elaborado por: Dra. Claudia Rodríguez, Dra. Alyn Arcia, Licda. Adelina Rodríguez	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Paul Gallardo - director	Revisado: Dr. Moisés Céspedes - subdirector	

Tabla 5. Entrevista

¿QUE HACER?	¿QUE NO HACER?
a. Llamar al menor por su nombre.	a. Repetir preguntas o formularlas de forma directa.
b. Iniciar la entrevista con preguntas neutrales: "Cuéntame, ¿Qué es lo que más te gusta hacer?"	b. Tocar continuamente al niño.
c. Preguntas abiertas: "¿Qué te pasó?" "Dime más".	c. Mirar fijamente al menor o sentarse cerca de él, ya que puede ser percibido como una situación de intimidación.
d. Formular preguntas de una en una.	d. Inducir respuestas con las mismas preguntas que hace el entrevistador.
e. Dar tiempo para contestar.	e. Manifestar horror, susto o desaprobación ante lo que el entrevistado esté relatando.
f. Invitar al menor a que repita el comentario, en caso de que el entrevistador no haya comprendido.	f. Usar en las preguntas palabras como: "finge", "imagina", "engaño", "trampa", "fantasía" ó "invento" que pueden afectar la confianza en la relación médico-paciente.
g. Explorar el sentimiento de culpa u otras emociones.	g. Evitar comentarios acusatorios, intimidatorios o condescendientes.
h. Inyectar seguridad al menor para que continúe su relato.	h. Evitar juicios de valor o dar diagnósticos basados en el concepto de "virginidad".
i. Mantener una actitud neutral.	

Cierre de la entrevista

- Recapitular, clarificar, confirmar sobre las partes más relevantes del relato utilizando el lenguaje del niño.
- Agradecer la colaboración del menor durante la entrevista y validar su relato: "has sido muy valiente".
- Concluir entrevista con temas neutros.

Con respecto a los progenitores o acompañantes

- Presentarse a los cuidadores con su nombre y ocupación.
- Explicar claramente el motivo de la entrevista.
- Intentar aclarar dudas sobre los hechos.
- Aceptar inicialmente las explicaciones de los familiares y evitar la confrontación dialéctica o mensajes culpabilizadores.
- Considerar la discrepancia entre lo que manifiestan el menor y los padres
- Destacar el papel del médico como fuente de ayuda para el menor y la familia
- Permitir a los padres admitir, explicar o negar sus alegaciones.

C. El examen físico

- El examen físico debe ser completo, detallado y descriptivo. Es importante establecer con claridad el tiempo que ha transcurrido entre el evento y las lesiones encontradas; así como el tiempo entre el evento y el momento del examen (fecha).
- Explicar al menor que se hará una exploración física desde la "cabeza a los pies". Pueden tomarse fotografías (previo consentimiento) o hacer esquemas/dibujos en expediente clínico. En los casos de sospecha de abuso sexual se deben buscar lesiones en piel, mucosas, boca, región genital y perianal.
- Evitar la fuerza para examinar al afectado. Considerar la sedación para la exploración física si se requiere sobre todo si está desorganizado o muy afectado

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Paidopsiquiatría	CÓDIGO: PR 19-13	Página 11 de 19
	Título: Protocolo de atención del niños, niñas y adolescentes con sospecha o diagnóstico de síndrome de maltrato	Edición: febrero 2021	
	Elaborado por: Dra. Claudia Rodríguez, Dra. Alyn Arcia, Licda. Adelina Rodríguez	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Paul Gallardo - director	Revisado: Dr. Moisés Céspedes - subdirector	

por las lesiones presentes o si no se puede determinar la extensión o compromiso de las lesiones genitales y amerita reparación de estas.

- Realizar un fondo de ojo en menores de dos años para descartar hemorragia retiniana.
- Completar siempre la evaluación médica y la evaluación mental, aunque el menor se retraiga o niegue los hechos. Usualmente en los casos de abuso sexual no hay evidencia física y la revelación de este puede ser tardía, incompleta o atemporal.
- En el caso de abuso sexual con contacto físico la evaluación forense necesaria para la recolección de muestras de secreciones no sólo en área genital/anal sino de cualquier otro fluido o material sobre el cuerpo del menor. Esta es primordial durante las primeras 120 horas después del asalto sexual en los púberes y 72 horas después en los pre púberes. Es importante mantener la cadena de custodia las prendas de vestir u otros artículos relacionados al trauma para luego ser entregados a las autoridades judiciales.
- Explicarle al menor y al cuidador el resultado de la evaluación física y de los resultados de los exámenes de laboratorios sobre todo cuando estos sean normales.

D. Examen del estado mental: esta evaluación debe ser cautelosa para evitar revivir experiencias traumáticas debe registrarse por el médico pediatra. Podrá complementarse con la evaluación del médico psiquiatra o del psicólogo clínico. Se pueden tomar estos aspectos generales para la evaluación inicial:

- Actitud ante la entrevista del menor
- Describir la interacción entre el niño y quien lo acompaña
- Estado de ánimo o afecto
- Funciones cognitivas (memoria, orientación, concentración, lenguaje)
- Capacidad de comunicación
- Curso y contenido del pensamiento

E. Estudios de imagen:

- Radiografía de huesos largos/RX de tórax/RX de cráneo. Esta serie apoya la sospecha de fracturas en fémur, vertebras, costillas en diferentes estadios evolutivos, cuando son múltiples o que no correspondan al mecanismo del trauma.
- Tomografía computarizada de cráneo o abdomen según sea el caso. El CAT del cráneo en menores de 2 años es útil para diagnosticar hematoma subdural. En casos de que el trauma craneoencefálico ha sido de larga evolución se puede realizar resonancia magnética nuclear.
- Ultrasonido: es útil realizarlo en caso de traumatismo craneoencefálico en caso de lactantes con fontanela abierta.
- Centelleo óseo: útil para diagnosticar fracturas que no sean vistos por radiografía.

F. Examen de laboratorios:

1. Biometría hemática completa y tiempos de coagulación para descartar problemas hematológicos.
2. Transaminasas o CPK elevadas hacen sospechar magulladuras frecuentes y lesiones musculares.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Paidopsiquiatría	CÓDIGO: PR 19-13	Página 12 de 19
	Título: Protocolo de atención del niños, niñas y adolescentes con sospecha o diagnóstico de síndrome de maltrato	Edición: febrero 2021	
	Elaborado por: Dra. Claudia Rodríguez, Dra. Alyn Arcia, Licda. Adelina Rodríguez	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Paul Gallardo - director	Revisado: Dr. Moisés Céspedes - subdirector	

3. Metabolitos por drogas en orina, si se sospecha de alguna intoxicación.
4. Urinálisis

En casos de sospecha **abuso sexual**:

- Beta HCG cualitativa (Prueba de embarazo) en pacientes que menstrúan
- Serología para Hepatitis B y C.
- VDRL
- HIV.
- Frotis Gram y cultivo de secreciones a nivel vaginal/anal/faríngeo o PCR para descartar infecciones de transmisión sexual (dependiendo del sitio de contacto agresor- víctima), en presencia de flujo in situ en pacientes pre púberes e hisopado universal en púberes.

Tabla.6 Abordaje de la paciente con sospecha de abuso sexual.

	HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE	HEPATITIS B ANTICUERPOS DE ANTIGENO DE SUPERFICIE	HEPATITIS C IGM	VIH -ELISA	VDRL	BhCG cualitativa
BASAL (abordaje inicial)	X	X	X	X	X	X
6 SEMANAS de seguimiento	X		X	X	X	X
3 MESES de seguimiento	X	X	X		X	
6 MESES de seguimiento	X (SI EL BASAL ESTABA NEGATIVO)	X (SI EL BASAL ESTABA NEGATIVO)	X		X	

14. Intervención en el cuarto de urgencia

A. Criterios de hospitalización: el ingreso al hospital tiene como objetivo tratar las lesiones físicas y las alteraciones emocionales que afectan la vida de un niño o adolescente que ha sido agredido/a sobretodo en las primeras 72 horas.

Existen una serie de situaciones en las que la separación del menor del hogar sería la intervención de urgencia más indicada:

- La situación de desprotección del menor en el hogar es tal que el niño podría sufrir daño físico, mental o emocional permanente si se quedara en la casa.
- Negación de los padres a que su hijo reciba atención médica inmediata.
- El daño físico y/o emocional infringido al menor, es tal que el niño necesita un ambiente de extremo apoyo para recuperarse.
- La edad, sexo o condición física / mental del menor deja al niño incapaz de auto protegerse o, por alguna razón, constituye una característica que los padres encuentran totalmente intolerable.
- La evidencia sugiere que los padres han torturado al niño o han utilizado de manera sistemática la fuerza física sin que ello tenga ninguna relación con el

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Paidopsiquiatría	CÓDIGO: PR 19-13	Página 13 de 19
	Título: Protocolo de atención del niños, niñas y adolescentes con sospecha o diagnóstico de síndrome de maltrato	Edición: febrero 2021	
	Elaborado por: Dra. Claudia Rodríguez, Dra. Alyna Arcia, Licda. Adelina Rodríguez	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Paul Gallardo - director	Revisado: Dr. Moisés Céspedes - subdirector	

empleo de una disciplina razonable. El ambiente físico de la casa sitúa al niño en una situación de inminente peligro.

- La evidencia indica que la ira y el malestar de los padres ante la investigación será dirigida hacia el menor en forma de severa represalia hacia él.
- La evidencia sugiere que la falta de contacto con la realidad de uno o ambos padres es tal que le(s) incapacita para cubrir las necesidades básicas del menor.
- La evidencia indica que la condición física de uno o ambos padres supone una amenaza seria para el bienestar del niño.
- Los padres reconocen que abusan o maltratan al niño y manifiestan que probablemente lo seguirán haciendo si el niño permanece en la casa.
- Los padres no cooperan o continúan negando el abuso sexual.
- El perpetrador se niega a abandonar el hogar o a buscar tratamiento; y el niño siente terror ante la idea de permanecer en la casa.
- La familia tiene una historia previa de incidentes y alegaciones de situaciones de desprotección del menor.
- Los padres se niegan totalmente a cooperar con la investigación o a mantener cualquier contacto con las instituciones de protección al menor.
- Abandono del menor.
- El menor amerita intervención quirúrgica o médica que sólo puede ser garantizada mediante la internación.

15. CRITERIOS DE REFERENCIA:

- Trabajo Social, Psiquiatría: son obligatorios ante el diagnóstico o sospecha de cualquier tipo de abuso.
- Ginecología ante la sospecha de abuso sexual ó de ITS (infecciones de transmisión sexual)
- Infectología ante la sospecha de abuso sexual con contacto o que amerite tratamiento profiláctico en el Cuarto de Urgencia.
- Cirugía/ Urología: en función de los hallazgos clínicos o en caso de abuso sexual con contacto en niños o jóvenes.
- Medicatura Forense para recolección de evidencia forense.
- Otras especialidades: según los hallazgos clínicos.

16. Intervención en la Consulta Externa:

Si el médico especialista o sub-especialista sospecha o diagnostica algún tipo de maltrato deberá completar el INFORME DE INVESTIGACIÓN POR SOSPECHA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y MALTRATO AL MENOR e informar inmediatamente al Trabajador Social para que inicie la evaluación social al menor y a los familiares. Si cumple con criterios de hospitalización incluyendo aquellos que involucre la separación del menor por motivos de seguridad debe hacer referencia al **Cuarto de Urgencia** para completar la evaluación del médico pediatra o podrá hospitalizar de forma directa a la **Sala de Medicina** si el Síndrome de Maltrato se suma a otro diagnóstico que amerite hospitalización por el especialista.

En caso, de que se trate de un abuso sexual con contacto, deberá llamar de inmediato al médico ginecólogo de turno para que haga una evaluación de la situación clínica y establezca el plan de acción (tratamiento profiláctico).

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Paidopsiquiatría	CÓDIGO: PR 19-13	Página 14 de 19
	Título: Protocolo de atención del niños, niñas y adolescentes con sospecha o diagnóstico de síndrome de maltrato	Edición: febrero 2021	
	Elaborado por: Dra. Claudia Rodríguez, Dra. Alyna Arcia, Licda. Adelina Rodríguez	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Paul Gallardo - director	Revisado: Dr. Moisés Céspedes - subdirector	

Si no tiene criterios de hospitalización, deberá realizar las referencias a los especialistas que considere necesario (puede llamar al médico de turno, incluyendo al médico psiquiatra).

Intervención en la Sala de Medicina: si el médico pediatra sospecha o diagnostica algún tipo de maltrato deberá completar el INFORME DE INVESTIGACIÓN POR SOSPECHA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y MALTRATO AL MENOR, hacer las evaluaciones descritas y referencias oportunas a los funcionarios asignados a su Sala incluyendo al trabajador social y al psiquiatra de forma obligatoria. En caso de que se necesite evaluación por médico forense tramitarse a través de la Dirección del Hospital una carta dirigida al juzgado que corresponda para que autorice la evaluación forense de forma intrahospitalaria.

Tabla 7. Indicadores para sospecha de maltrato infantil.

Hay algunas situaciones o indicadores que permiten orientar a los pediatras/enfermeras de un posible caso de maltrato infantil:
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Familias que abandonan al niño(a) sin justificación ❖ Visitas de escasa duración ❖ Falta de comparecencia de los padres de hablar con los médicos ❖ Omisión de datos de otros ingresos al hospital ❖ Formas de corrección agresivas de los padres hacia el menor ❖ Cuidados negligentes. ❖ Comentarios del niño(a) de actuaciones de los padres ❖ Adaptación del menor demasiado rápido o fácil a la Sala. ❖ Expresión de los menores de “no irse a casa” ó “no ser visitados”.

17. Notificación a las autoridades judiciales:

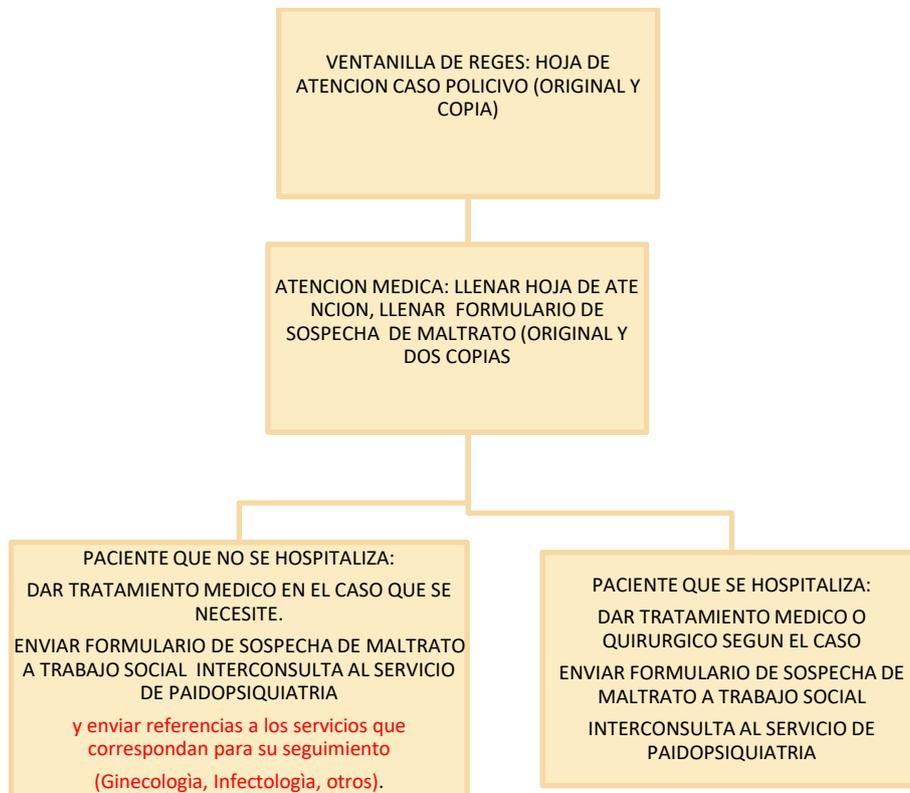
Todos los casos detectados en el Cuarto de Urgencia, Sala o Consulta Externa deben ser notificados mediante el **Informe de Investigación por Sospecha de Violencia Intrafamiliar y Maltrato al Menor (un original y dos copias)**. Este formulario es un instrumento legal mediante el cual el médico lleva a cabo la notificación y registro de casos de sospecha de algún tipo de maltrato tipificado en el CIE10. Es importante que el (los) médico(s) que firmen el Informe le expliquen al familiar o al acompañante de manera sencilla y clara las razones por la que documentan los datos y hallazgos clínicos.

Además deberán anotarse en la hoja todas las referencias realizadas inclusive las de Medicatura Forense y los resultados de los exámenes de laboratorio. Una vez completado dicho informe deberá ser enviado al Servicio de Trabajo Social.

Independientemente de que el paciente se hospitalice o no, el Trabajador Social orientará a los familiares o tutores legales acerca del trámite administrativo a seguir en los Juzgados. En caso de que el menor haya sido hospitalizado y la atención haya concluido, el médico tratante deberá hacer un resumen clínico con los diagnósticos, tratamientos y el plan de seguimiento. Posteriormente, el Trabajador Social de la Sala les notificará a las autoridades competentes para que estos autoricen el egreso del menor con la compañía correspondiente.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Paidopsiquiatría	CÓDIGO: PR 19-13	Página 15 de 19
	Título: Protocolo de atención del niños, niñas y adolescentes con sospecha o diagnóstico de síndrome de maltrato	Edición: febrero 2021	
	Elaborado por: Dra. Claudia Rodríguez, Dra. Alyna Arcia, Licda. Adelina Rodríguez	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Paul Gallardo - director	Revisado: Dr. Moisés Céspedes - subdirector	

Flujograma para la atención de pacientes con Síndrome de Maltrato desde el Cuarto de Urgencia



	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Paidopsiquiatría	CÓDIGO: PR 19-13	Página 16 de 19
	Título: Protocolo de atención del niños, niñas y adolescentes con sospecha o diagnóstico de síndrome de maltrato	Edición: febrero 2021	
	Elaborado por: Dra. Claudia Rodríguez, Dra. Alyna Arcia, Licda. Adelina Rodríguez	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Paul Gallardo - director	Revisado: Dr. Moisés Céspedes - subdirector	

19. Referencias

1. Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García García E, Ruiz Díaz MA, Gómez JE. Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario. Editores Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Madrid. 1998
2. Martínez Roig A. Maltrato institucional. En Casado Flores J, Díaz Huertas JA, Martínez González C. Niños maltratados. Ediciones Díaz de Santos. Madrid. 1997. Págs.257-261
3. Arosemena Jaén L, Villalobos Ruiz Z. Manual de Normas y Procedimientos para la Atención de la Violencia Intrafamiliar y la Promoción de formas de Convivencia solidaria en el Sistema nacional de Salud. II Edición. Ministerio de Salud de Panamá.2002
4. SENNIAF. Ruta interinstitucional y protocolo de atención a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato. 2014. Panamá
5. Ramellini Centella R, Mesa Peluffo S. Estrategias de intervención especializada con personas afectadas por la violencia intrafamiliar. Módulo 4to. 1ª edición. Editado por San José: Centro Nacional para el desarrollo de la mujer y la familia.1997.
6. División Servicios Técnicos (1991). Manual de Educación preventiva sobre violencia intrafamiliar. Bucaramanga, COL: Servicio de Salud de Santander, Sección de Salud Mental, Instituto colombiano de Bienestar Familiar Región Santander.
7. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social El Salvador. (1999). Atención a personas afectadas por violencia intrafamiliar. Intervención en Crisis.
8. Trastornos mentales y del comportamiento. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10) OMS. (1992).
9. Naar H. Normas del Manejo del Maltrato. Hospital del Niño. 20 de marzo de 1996. Panamá.
10. Chiesa A, Goldson E. Child Sexual Abuse. *Pediatr Rev.* 2017 Mar;38(3):105-118. doi: 10.1542/pir.2016-0113. PMID: 28250071.
11. Castro M. Protocolo de Abuso Sexual en la Infancia y Adolescencia. Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel. Panamá 2019.
12. Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García E, Ruiz MA, Esteban J. (1999). Detección de riesgo social en la embarazada. Prevención del maltrato infantil. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Disponible en: <http://goo.gl/PjViMC>

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Paidopsiquiatría	CÓDIGO: PR 19-13	Página 17 de 19
	Título: Protocolo de atención del niños, niñas y adolescentes con sospecha o diagnóstico de síndrome de maltrato	Edición: febrero 2021	
	Elaborado por: Dra. Claudia Rodríguez, Dra. Alyn Arcia, Licda. Adelina Rodríguez	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Paul Gallardo - director	Revisado: Dr. Moisés Céspedes - subdirector	

ANEXO 1

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO INFORME DE INVESTIGACION POR SOSPECHA DE VIOLENCIA INTRA-FAMILIAR Y MALTRATO AL MENOR

Este formulario es el oficial y debe ser llenado en su totalidad colocando los datos en cada espacio correspondiente:

Instalación:	Nombre de la instalación de Salud que emite la notificación
Cedula:	Colocar el numero de cédula de la persona víctima de VIF, si lo tiene, o bien el número de expediente.
Nombres y Apellidos:	Nombre completo de quien recibe la atención.
Edad:	Este ítem tiene tres casillas, en la primera se coloca el código correspondiente a días, meses y años (dependiendo si se trata de menores recién nacidos o lactantes), en la segunda y tercera casilla se anota la edad. Ejemplo: Paciente de 28 días de nacido. Edad: 1 2 8 Paciente de 2 meses de edad Edad: 2 0 2 Paciente de 27 años de edad Edad: 3 2 7
Sexo:	Colocar 1 si es del sexo masculino y 2 si es del sexo
Estado Civil:	Colocar 1 si es soltera(o), 2 si es casada(o), y 3 si es unidad (o).
Ocupación:	Anotar la ocupación actual de la persona víctima de VIF, si no refiere estar trabajando se coloca "sin ocupación" estudiantes, cuando sea el caso, si se trata de niños (as) que no están en edad escolar o no cursan grados escolares, anotar "menor".
Nombre y Apellido:	
Escolaridad:	Solamente anotar los grados aprobados. En caso de no haber cursado ningún tipo de estudios colocar "sin escolaridad", si se trata de un menor en edad no escolar debe consignarse el dato "menor".
Calle/ Casa:	Escribir claramente la calle o área y la numeración de la vivienda donde vive la persona víctima de VIF.
Provincia/Distrito/ Corregimiento:	El corregimiento o localidad donde vive la persona que recibe la atención, o bien ubicar el área más cercana.
Teléfono :	Anotar el teléfono de la residencia de la persona víctima de VIF o del vecino (a) o familiares donde se le pueda localizar. Anotar la fecha de la agresión, cuando sea posible, recoger en sus tres ítems (día, mes, años) de lo contrario anotar el mes y/o año.
Fecha/Agresión	
Hora de Agresión:	Se anota la hora, cuando sea posible recolectar este dato.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Paidopsiquiatría	CÓDIGO: PR 19-13	Página 18 de 19
	Título: Protocolo de atención del niños, niñas y adolescentes con sospecha o diagnóstico de síndrome de maltrato	Edición: febrero 2021	
	Elaborado por: Dra. Claudia Rodríguez, Dra. Alyn Arcia, Licda. Adelina Rodríguez	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Paul Gallardo - director	Revisado: Dr. Moisés Céspedes - subdirector	

Datos de la persona que acompaña a la víctima de VIF:

Se coloca el nombre completo de la persona que acompaña a la víctima de VIF. Si la víctima acude sola (o) debe anotarse aquí, así: "vine solo (a)".

- Cédula:** Si acude acompañado, anotar además el número de cédula de quien lo acompaña.
- Parentesco con la víctima:** Se consigna el grado de familiaridad que se tenga con la Víctima (Padre, madre, tío(a), hermano(a), primo(a), abuelo(a), e incluso si se trata de un(os) desconocido(s)).
- Hallazgos Clínicos:** Anotar la historia con relación al incidente de maltrato o Violencia de forma concisa y precisa (Contenido más relevante al caso).
- Examen Físico:** Consignar los signos o hallazgos físicos, significativos relativos al incidente, recordar que es importante, según sea el caso, anotar tanto lo positivo (observable) al examen físico como los hallazgos negativos (ausencia de).
- Examen Ginecológico:** Aquí se deben anotar los hallazgos ginecológicos cuando el examen se realice y de acuerdo con el diagnóstico específico.
- Examen Psicológico:** Anotar lo más relevante en esta esfera.
- Laboratorio:** Marcar con una equis (x) o un gancho (v) la casilla correspondiente o examen realizado. Si marca "otros" recuerde especificar de qué examen de laboratorio se trata.
- Tipo de Violencia:** Marcar con una (x) o un gancho la casilla correspondiente al tipo de violencia identificada. Si marca "otros", recuerde detallar de qué otro tipo de violencia se trata.
- Instrumento Utilizado:** Marcar con una (x) o un gancho "en el evento violento. Si marca "otros", recuerde especificar de qué otro tipo de objeto se trata (Ejemplo objeto contuso, punzante, punzo cortante y otros).
- Impresión Diagnóstica:** Se refiere al diagnóstico obtenido luego de la evaluación del paciente incluye no sólo el diagnóstico del hallazgo, físicos, sino también psíquicos. Se recomienda utilizar además, la clasificación de la CIE 10. Este punto no se debe dejar en blanco bajo ningún concepto.
- Incapacidad Laboral:** Anotar si tiene o no tiene incapacidad, y cuantos días fueron concedidos.
- Referencia A:** Aquí debe consignarse hacia qué otros servicios dentro del centro fuera de él, fue derivado, la persona víctima de VIF.
- Tratamientos:** Anotar qué tipo de tratamiento recibió la persona víctima de VIF, a acuerdo con su patología o diagnóstico.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Paidopsiquiatría	CÓDIGO: PR 19-13	Página 19 de 19
	Título: Protocolo de atención del niños, niñas y adolescentes con sospecha o diagnóstico de síndrome de maltrato	Edición: febrero 2021	
	Elaborado por: Dra. Claudia Rodríguez, Dra. Alyn Arcia, Licda. Adelina Rodríguez	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Paul Gallardo - director	Revisado: Dr. Moisés Céspedes - subdirector	

Nombre, firma, sello y cargo de quién notifica.

Escribir claramente el nombre y cargo del (a) profesional que realiza la notificación.

Información sobre el (la) supuesto(a) Victimario(a) o Agresor(a)

Nombre y Apellido:	Anotar claramente nombre completo de la persona que agrede, anotar si se conocen apodos, Si este y otros datos no se conocen, colocar no sabe o bien no contestó, según sea el caso.
Edad:	De igual forma, que con los datos generales de la persona víctima de VIF.
Ocupación:	Anotar la ocupación actual de él (la) posible agresor(a), de lo contrario colocar sin ocupación, no sabe si el paciente no conoce esa información y no contestó cuando se niega a proveer la información.
Escolaridad:	Solamente anotar los grados aprobados. En caso de no haber cursado ningún tipo de estudio colocar "sin escolaridad", si se trata de un menor de edad no escolar debe consignar el dato "menor".
Calle/Casa:	Escribir claramente la calle, casa, área y la numeración de la vivienda (él) la supuesto(a) agresor (a). Ubicar el área más cercana (p.ej. detrás del mini súper XXX).
Sexo:	Colocar 1 si es del sexo masculino y 2 si es del sexo femenino.
Provincia/Distrito	
Corregimiento:	Anotar el distrito, corregimiento localidad donde vive la persona identificada como supuesto (a) agresor (a).
Teléfono:	Anotar el teléfono de la residencia, trabajo del agresor (a).
Parentesco con la Víctima:	Se consigna el grado de familiaridad que llene el supuesto agresor (a) con la víctima de VIF (padre, madre, padrastro, madrastra, tío (a), hermano (a), abuelo (a), primo (a), sobrino (a), vecino (a), e incluso si se trata de un desconocido.
Antecedentes de:	Marcar con una (x) o un gancho () la casilla correspondiente el antecedente identificado en él (el supuesto (a) agresor (a)). Si marca la casilla "otros", especifique de qué situación se trata.

Nombre y cargo de quien notifica:

Anotar o escribir el nombre completo y el cargo o profesión que desempeña la persona que realiza la notificación.

Fecha de la Atención: Anotar el día, mes y año en que se realizó la atención.

Recuerde que:

- Todo formulario debe tener el sello de la institución de salud que notifica.
- Si la persona víctima de VIF, no conoce algunos de los datos, no deje el espacio en blanco y anote la alternativa "no sabe".
- Utilizar la clasificación de maltrato de la CIE-10, además del diagnóstico específico.
- No utilizar abreviaturas, símbolos o rayas para los espacios en blanco.
- Cuando marque "otros" en algunos acápite, especifique de qué se trata.
- Especificar si el paciente viene solo y las condiciones en que se encontraba.
- Utilizar solamente el formulario actualizado.
- Todo formulario debe tener la fecha de atención que incluya mes y año, la instalación que notifica, y los datos generales de la persona atendida (especialmente la edad, sexo, estado civil, y escolaridad) y el nombre de la persona que notifica o realizó la atención.