



Guía Clínica Maltrato infantil





Guía Clínica Maltrato infantil

Hospital de Niños
Dr. Roberto del Río

EDICIÓN SIN FINES DE LUCRO
HOSPITAL DE NIÑOS DR. ROBERTO DEL RÍO

AUTORES

Comité Operativo de Intervención en
Maltrato Infantil del Hospital Roberto del Río.

María Isabel Galaz Letelier

Dominga Figueroa Edwards

Carolina Orellana Campos

María Eugenia Henríquez

Ana María Galdames Fuentes

Valeria Lagos Sandoval

Marcia Schneider Rivas

COLABORACIONES

Hospital de Niños Dr. Roberto del Río

María Lidia Valenzuela

Carlos Flores Otero

Hernán Moya Suazo

Margarita Aldunate Reideman

Verónica Vilches Gálvez

Karen Wensioe Rogat

Pilar Avendaño Godoy

Ximena Veliz González

Ronald Cabré

Mariel Ubilla

DISEÑO

Subdepartamento de Comunicaciones y RR.PP.
Servicio de Salud Metropolitano Norte.

Contenidos

1. Convención de los derechos del niño y niña

1.1. Síntesis del preámbulo.

1.2. Síntesis convención de los derechos del niño y niña.

2. Introducción

2.1. Objetivos de la Guía Clínica.

3. Definición y conceptos legales

3.1. Definiciones.

3.1.a. Tipos de maltrato.

3.2. Marco legal regulatorio.

3.2.a. Consideraciones previas.

3.2.b. Maltrato es puesto en conocimiento de
la autoridad competente.

3.2. c. Obligación de los funcionarios públicos de denunciar.

3.2. d. Respeto del incumplimiento de esta obligación.

4. Diagnóstico y tratamiento

4.1. Signos y síntomas que permiten sospechar maltrato infantil.

4.2. Historia.

4.3. Manejo clínico médico de abuso sexual.

4.4. Manejo clínico de salud mental.

4.5. Manejo de servicio social.

5. Anexos

5.1. Hoja de registro

5.2. Directorio instituciones.

5.3. Códigos CIE 10 sugeridos.

6. Bibliografía

1

Convención de los derechos del niño y niña

1.1. Síntesis del preámbulo Los Estados Partes en la presente Convención

- Reconociendo que las Naciones Unidas han proclamado y acordado en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en los pactos internacionales de derechos humanos, que toda persona tiene todos los derechos y libertades enunciados en ellos, sin distinción alguna, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.
- Recordando que en la Declaración Universal de Derechos Humanos las Naciones Unidas proclamaron que la infancia tiene derecho a cuidados y asistencia especiales.
- Convencidos de que la familia, como grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, y en particular de los niños y niñas, debe recibir la protección y asistencia necesarias para poder asumir plenamente sus responsabilidades dentro de la comunidad.
- Reconociendo que el niño y niña, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, debe crecer en el seno de la familia.
- Considerando que el niño debe estar plenamente preparado para una vida independiente en sociedad y ser educado en el espíritu de los ideales proclamados en la Carta de las Naciones Unidas.

- Teniendo presente que la necesidad de proporcionar al niño y niña una protección especial ha sido enunciada en la Declaración de Ginebra de 1924 sobre los Derechos del Niño y en la Declaración de los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General el 20 de noviembre de 1959, y reconocida en la Declaración Universal de Derechos Humanos, y otras de igual importancia,
- Teniendo presente que, como se indica en la Declaración de los Derechos del Niño, "el niño o niña, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso de debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento".
- Recordando lo dispuesto en la Declaración sobre los principios sociales y jurídicos relativos a la protección y el bienestar de los niños, con particular referencia a la adopción y la colocación en hogares de guarda.
- Reconociendo que en todos los países del mundo hay niños y niñas que viven en condiciones excepcionalmente difíciles y que esos niños necesitan especial consideración, se establece la siguiente Convención:

1.2. Síntesis convención de los derechos del niño y niña

Artículo 1: para los efectos de la presente Convención, se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.

Artículo 2: los Estados Partes respetarán los derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto

a su jurisdicción, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales.

Artículo 3: en todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño.

Los Estados Partes se comprometen a asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley.

Los Estados Partes se asegurarán de que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado o la protección de los niños cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes.

Artículo 5: los Estados Partes respetarán las responsabilidades, los derechos y los deberes de los padres o, en su caso, de los miembros de la familia ampliada o de la comunidad de impartirle, en consonancia con la evolución de sus facultades, dirección y orientación apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la presente Convención.

Artículo 6: los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida.

Artículo 7: el niño será inscripto inmediatamente después de su nacimiento y tendrá derecho desde que nace a un nombre, a adquirir

una nacionalidad y, en la medida de lo posible, a conocer a sus padres y a ser cuidado por ellos.

Artículo 8: los Estados Partes se comprometen a respetar el derecho del niño a preservar su identidad, incluidos la nacionalidad, el nombre y las relaciones familiares de conformidad con la ley sin injerencias ilícitas.

Artículo 9: los Estados Partes velarán junto el niño no sea separado de sus padres contra la voluntad de éstos, excepto cuando, a reserva de revisión judicial, las autoridades competentes determinen, de conformidad con la ley y los procedimientos aplicables, que tal separación es necesaria en el interés superior del niño. Tal determinación puede ser necesaria en casos particulares, por ejemplo, en los casos en que el niño sea objeto de maltrato o descuido por parte de sus padres o cuando éstos viven separados y debe adoptarse una decisión acerca del lugar de residencia del niño.

Los Estados Partes respetarán el derecho del niño que esté separado de uno o de ambos padres a mantener relaciones personales y contacto directo con ambos padres de modo regular, salvo si ello es contrario al interés superior del niño.

Artículo 10: el niño cuyos padres residan en Estados diferentes tendrá derecho a mantener periódicamente, salvo en circunstancias excepcionales, relaciones personales y contactos directos con ambos padres.

Artículo 12: los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño.

Con tal fin, se dará en particular al niño oportunidad de ser escuchado, en todo procedimiento judicial o administrativo que afecte al niño, ya sea directamente o por medio de un representante o de un órgano apropiado, en consonancia con las normas de procedimiento de la ley nacional.

Artículo 16: ningún niño será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia ni de ataques ilegales a su honra y a su reputación.

Artículo 18: los Estados Partes pondrán el máximo empeño en garantizar el reconocimiento del principio de que ambos padres tienen obligaciones comunes en lo que respecta a la crianza y el desarrollo del niño.

Artículo 19: los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.

Artículo 20: los niños temporal o permanentemente privados de su medio familiar, o cuyo superior interés exija que no permanezcan en ese medio, tendrán derecho a la protección y asistencia especiales del Estado.

Entre esos cuidados figurarán, entre otras cosas, la colocación en hogares de guarda, la adopción o de ser necesario, la colocación en instituciones adecuadas de protección de menores.

Artículo 21: los Estados Partes que reconocen o permiten el sistema de adopción cuidarán de que el interés superior del niño sea la consideración primordial de este proceso.

Artículo 22: los Estados Partes reconocen que el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena que asegure su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad.

En atención a las necesidades especiales del niño impedido, la asistencia que se preste conforme al párrafo 2 del presente artículo será gratuita siempre que sea posible, habida cuenta de la situación económica de los padres o de las otras personas que cuiden del niño.

Artículo 23: los Estados partes reconocen que el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente, en condiciones que aseguren su dignidad.

Artículo 24: los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud.

Artículo 25: los Estados Partes reconocen el derecho del niño que ha sido internado en un establecimiento por las autoridades competentes para los fines de atención, protección o tratamiento de su salud física o mental a un examen periódico del tratamiento a que esté sometido y de todas las demás circunstancias propias de su internación.

Artículo 26: los Estados Partes reconocerán a todos los niños el derecho a beneficiarse de la seguridad social.

Artículo 27: a los padres u otras personas encargadas del niño les incumbe la responsabilidad primordial de proporcionar, dentro de sus

posibilidades y medios económicos, las condiciones de vida que sean necesarias para el desarrollo del niño. .

Artículo 28: los Estados Partes reconocen el derecho del niño a la educación.

Artículo 31: los Estados Partes reconocen el derecho del niño al descanso y el esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas propias de su edad y a participar libremente en la vida cultural y en las artes.

Artículo 32: los Estados Partes reconocen el derecho del niño a estar protegido contra la explotación económica y contra el desempeño de cualquier trabajo que pueda ser peligroso o entorpecer su educación, o que sea nocivo para su salud o para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social.

Artículo 34: los Estados Partes se comprometen a proteger al niño contra todas las formas de explotación y abuso sexual.....; y la explotación del niño en espectáculos o materiales pornográficos.

Artículo 36: los Estados Partes protegerán al niño contra todas las demás formas de explotación que sean perjudiciales para cualquier aspecto de su bienestar.

Artículo 40: los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño de quien se alegue que ha infringido las leyes penales a ser tratado de manera acorde con el fomento de su sentido de la dignidad y el valor, y en la que se tengan en cuenta su edad y la importancia de promover su reintegración constructiva en la sociedad.

2

Introducción

El Maltrato Infantil representa un problema social y de salud pública en todos los países del mundo, incluyendo el nuestro, cuya real dimensión es desconocida.

En la actualidad en nuestra sociedad, aún sigue siendo un problema subvalorado, por una parte no se diagnostica y por otras razones, que van desde la idiosincrasia hasta el miedo real a las represalias, asociado además a procedimientos que se perciben engorrosos y poco difundidos, el maltrato no se denuncia en la medida que se debiera.

Al respecto, es necesario precisar que el Maltrato Infantil no constituye simplemente una calidad de crianza inferior a la óptima: es un patrón de conducta que viola drásticamente las normas sociales, morales y de salud en relación al cuidado de los niños y niñas.

Los adultos deben ser informados sobre la inutilidad del maltrato físico en la crianza, sobre otras maneras de educar y deben tener espacios para analizar la educación por ellos recibida, de otro modo podrán ser seriamente amonestados, sancionados o imputados por el trato perjudicial para el desarrollo de un niño o niña. Este aspecto destaca entonces la responsabilidad que tienen las instituciones educativas, médicas, y otras, a que aborden el problema cuando llegue a ellos, a que informen en las instancias que corresponda cuando un niño o niña ha recibido un trato abusivo. No cumplir con esta responsabilidad, implica hacerse cómplice de un patrón abusivo de crianza.

Los graves efectos del maltrato nos obligan a enfrentarlo como un grave problema social. Los problemas que el abuso y el descuido crean como sociedad, debilitan el sistema de justicia en lo penal y proteccional, el sistema educacional, asistencial y de salud.

El Maltrato Infantil impone costos a todos. Los clínicos afirman que es más probable que las víctimas de maltratos desarrollen conductas agresivas si son hombres, y autodestructivas si son mujeres.

No existen sistemas de registro e información unificados que permitan conocer la real magnitud del problema, pero UNICEF estima “que 6 de cada 10 niños/as sufren alguna forma de maltrato por parte de sus padres”.

Las edades de los niños/as que son víctimas de estas graves vulneraciones de Derecho tienden a concentrarse entre los 6 y 13 años en un 62,3% de los casos. En las niñas el número de casos tiende a subir conforme avanza su edad; en los niños, estas situaciones tienden a disminuir conforme avanza la edad (SENAME).

El tema del Maltrato Infantil, niño, niña, adolescente, cualquiera sea su edad, está entretejido con la trama de la vida cotidiana, y ninguna intervención aislada, podrá tener éxito por sí sola. Las condiciones para que se de el maltrato -una ideología contraria al niño/a, y el aislamiento respecto de lo los apoyos sociales-, vinculan la prevención con el desarrollo de una sociedad más integrada y humanitaria. Admitir que el abuso y el descuido constituyen una violación al derecho del niño o niña a la protección integral, implica un avance, pero no es suficiente, debemos construir los mecanismos que garanticen ese derecho.

El cómo avanzar para la superación del problema, requiere una revisión de nuestros valores básicos, también de acuerdos institucionales y políticos y difusión de pautas de conducta diarias. Proceso lento, que no limita el esfuerzo decidido y personal de cada uno de los que toma conocimiento de una situación de maltrato. Para superar el problema no se requiere que un profesional o un organismo en particular emprendan acciones especiales. Más bien se necesita de un esfuerzo decidido de cada uno desde su posición y profesión. Primero en la prevención del problema, luego frente a la acción maltratadora.

El diagnóstico preciso, oportuno, y la relación correspondiente con la red estatal y privada de protección al niño/a y a la familia, y con el sistema judicial, constituirán un paso para la interrupción del espiral de maltrato y violencia familiar.

El equipo de salud infantil debe estar en condiciones de pesquisar un caso de maltrato, y conocer las vías para proteger al niño/a en riesgo. Acoger al niño/a, escucharlo atentamente, no inducir el relato, ni poner palabras, es decir una escucha activa empleando un tono amable y empático, así como darle la seguridad que será protegido, resultan fundamentales para aproximarnos a la verdad de lo que le ha ocurrido.

Insistimos en la orientación fundamentalmente práctica de esta guía con algoritmos aclaratorios en cada situación.

Los invitamos a consultarla cada vez que lo requieran.

2.1. Objetivos de la guía clínica

- 1- Mejorar la atención integral del niño, niña y adolescente maltratado.
- 2- Contribuir en la coordinación y el trabajo en red de instituciones públicas y privadas relacionadas con este tema.
- 3- Precisar roles y responsabilidades en torno a este problema que faciliten el cumplimiento de la Normativa Vigente y el manejo adecuado de los niños/as y adolescentes expuestos al maltrato.
- 4- Reflexionar sobre el rol que se tiene como persona, como profesional y como integrante de un Equipo de Salud frente a una situación de maltrato.

3

Definición y conceptos legales

3.1. Definiciones

La UNICEF define como víctimas de maltrato y abandono aquellos niños, niñas y adolescentes de hasta 18 años que “sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales”.

También se define como maltrato infantil como “cualquier acción u omisión no accidental que desde una relación de dependencia y/o abuso de poder, causa deterioro en la integridad física, psicológica y social del niño o niña, y que amenace su desarrollo físico y psicosocial normal”.

O también como “todo acto activo o de omisión cometido por individuos, instituciones o por la sociedad en general, y toda situación provocada por éstos, que priva a los niños de cuidados, y de sus derechos y libertades, impidiendo su pleno desarrollo” (Barudy).

3.1.a. Tipos de maltrato

Maltrato físico: es cualquier acción no accidental producida por un adulto que tenga a su cuidado a un niño o niña, a quien le provoque daño físico severo o incluso la muerte. Se recalca el carácter intencional, no accidental del hecho.

Abuso sexual: actos agresivos que atentan contra la libertad o autodeterminación sexual del niño, niña o adolescente, o bien contra la indemnidad sexual de los menores de edad. La mayoría de

los delitos se producen en el ámbito del hogar, siendo el abusador miembro de la familia o conocido de la víctima.

Abandono o negligencia en los cuidados: falla intencional de los padres o tutores en satisfacer las necesidades básicas del niño o niña en cuanto a alimentación, abrigo, preocupación de su salud, educación y bienestar. También se aplica a la falta de respuesta por parte de los padres o cuidadores a las expresiones emocionales del niño o niña, o a sus intentos de aproximación o interacción.

Maltrato psicológico o emocional: formas más sutiles y extendidas de Maltrato Infantil. Niños/as habitualmente ridiculizados, insultados o menospreciados, hostigamiento verbal habitual por medio de insultos, críticas, amenazas, ridiculizaciones, ofensas así como la indiferencia y rechazo explícito o implícito hacia el niño/a o adolescente. Asimismo, el ser testigo de violencia entre los padres es otra forma de maltrato emocional.

Síndrome de Munchausen: los cuidadores, padres o madres someten a niños o niña a continuas exploraciones médicas o ingresos hospitalarios alegando síntomas falsos o generados de manera activa por el adulto mediante administración de medicamentos o sustancias al niño o niña.

Explotación laboral: la madre, padre o responsable del niño o niña, lo obliga a realizar trabajos ya sea domésticos o de otro tipo, interfiriendo en las actividades escolares y sociales, con el objeto de obtener beneficios económicos.

Maltrato prenatal: es el consumo de drogas y/o de alcohol durante el embarazo que provoca que el bebé nazca con déficit neurológico, crecimiento anormal o síntomas de dependencia física.

3.2. Marco legal regulatorio

- Ley 19.325 Violencia Intrafamiliar que tipifica y sanciona como delito la violencia o maltrato habitual dentro de la familia.
- Ley 19.324 conocida como Ley de Maltrato infantil, referida específicamente a menores de 18 años.
- Ley 19.617 que aborda delitos sexuales y que persigue aumentar las penas a quienes cometen delitos tipificados.

3.2.a. Consideraciones previas

El Maltrato Infantil consiste en una acción u omisión que produce un menoscabo en la integridad física o psíquica del niño, niña y adolescente. Estos hechos se abordan desde una perspectiva de Protección -Tribunales de familia- y desde lo Penal (delito) investigado por Ministerio Público.

Existen tres tipos de procedimientos en los Tribunales de Familia:

- Procedimiento ordinario aplicado a todas las materias.
- Procedimientos para los casos de violencia intrafamiliar.
- Procedimiento de aplicación de MEDIDA DE PROTECCIÓN de niños, niñas y adolescentes.

3.2.b. Maltrato es puesto en conocimiento de la autoridad competente

Las formas de poner en conocimiento a la autoridad competente de hechos constitutivos de Maltrato Infantil, revistan o no este carácter de delito, es por medio de la denuncia.

Ante una sospecha médica de maltrato infantil, el médico de turno deberá efectuar denuncia a Carabineros del recinto asistencial, a la unidad policial cercana, del Plan cuadrante o al fiscal de turno, lo que implicará traslado de la víctima a sala preferencial y examen de acuerdo a la Ley 19.617 y artículo 198 del Código de Procedimiento Penal.

La denuncia podrá formularse por cualquier medio principalmente verbal o escrito.

3.2.c. Obligación de los funcionarios públicos de denunciar

Dentro de las obligaciones de los Funcionarios Públicos se encuentra la de denunciar los hechos que revisten carácter de delito, es así que el Estatuto Administrativo señala que "Será obligación de cada funcionario denunciar ante el Ministerio Público o ante la policía si no hubiere fiscalía en el lugar en que el funcionario presta servicios, con la debida prontitud, los crímenes o simples delitos y a la autoridad competente los hechos de carácter irregular, especialmente de aquéllos que contravienen el principio de probidad administrativa regulado por la ley N° 18.575."

Por su parte, el artículo 175 letra D, del Código Procesal Penal dispone que están obligados a denunciar: "En general, los profesionales en medicina, odontología, química farmacia y de otras ramas relacionadas con la conservación o el restablecimiento de la salud, y los que ejercieren prestaciones auxiliares de ellas, que notaren en una persona o en un cadáver señales de envenenamiento o de otro delito".

El plazo para formular la denuncia es dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que tomaren conocimiento del hecho criminal (Art. 176 C.P.P.).

Es importante considerar la evaluación de varios miembros del equipo que atienden al niño o niña frente a casos de sospecha en que existen dudas para evitar la denuncia falsa.

Además, se sugiere acudir al Comité de Maltrato del Hospital frente a casos más complejos.

3.2.d. Respeto del incumplimiento de esta obligación

Art. 86 (107) del Código de Procedimiento Penal señala que "Las personas indicadas en el artículo 84, que omitan hacer la denuncia que en él se prescribe, incurrirán en la pena señalada en el artículo 494 del Código Penal, que impondrá el juez que deba conocer de la causa principal.

Si hubiere mérito para estimar como encubridor al funcionario que ha omitido la denuncia, el juez procederá contra él con arreglo a la ley.

Si el que ha omitido la denuncia es un miembro de las Fuerzas Armadas, Carabineros, Investigaciones o Gendarmería que ha debido obrar de acuerdo con lo establecido, se comunicará la infracción al juzgado correspondiente.

4

Diagnóstico y tratamiento

El equipo de salud infantil debe estar en condiciones de pesquisar los casos de maltrato y conocer las vías para proteger al niño/a y adolescente en riesgo.

El diagnóstico requiere de un acto médico de sospecha.

4.1. Signos y síntomas que permiten sospechar maltrato

Una lesión se define como todo daño corporal causado a la integridad de la salud física y sexual de las personas, que obedece a un acto de violencia causado por agentes físicos, químicos y biológicos (trauma, accidente, enfermedad). Por tanto, desde el punto de vista jurídico, toda lesión involucra la existencia o formulación de un diagnóstico médico legal.

4.2. Historia:

No creíble:

- "El niño se cayó de la cama mientras dormía".
- "Se le cayó al papá ayer".
- "Tomó el cordón de la plancha".
- "Se cayó contra el borde de la cama".
- "Se pegó la infección en un baño".
- "Se cayó sentado arriba de un palo".

Cambiante:

- No sé qué le pasó (abuela paterna).
- Estaba jugando con el primo (tía).
- Parece que se cayó en el colegio (abuela).
- Llegó así cuando me lo devolvió el papá (mamã).

No concordante con examen físico:

- "Se cayó hoy en el colegio"- hematomas antiguos.
- "Se cayó de la silla" - fractura de cráneo y pierna.
- "Se cayó en bicicleta"-desgarro himeneal.
- "Dio vuelta la taza" - quemadura con forma objeto.
- "El niño dio vuelta el hervidor".

Llama la atención:

- Acompañante agresivo.
- Acompañante asustado.
- Sin la mamá.
- "Cliente frecuente" paciente policonsultante.
- Consulta tardía.

Tipos de lesiones:

- 1- Lesiones traumáticas sin explicación, falta de concordancia entre tipo de lesión y mecanismo atribuido.
- 2- Quemaduras no concordantes con historia.
- 3- Equimosis y hematomas de diferentes localizaciones y en diferentes etapas de evolución o con forma de objetos.
- 4- Lesiones en región genito anal.
- 5- Fracturas en diferentes estadios evolutivos.
- 6- Hematoma subdural.
- 7- 2ª consulta por intoxicación.
- 8- Falta de adhesión a tratamientos indicados.
- 9- Accidentes intradomiciliarios repetidos.
- 10- Demora en consultar, contradicción o cambios en la historia clínica.

- Quemadura con forma objeto.
- Quemadura glútea.
- Quemadura cigarrillo.
- Quemadura en manguito.
- Heridas múltiples.

- Heridas por arma de fuego.
- Heridas del periné.
- Cicatrices.
- Lesiones combinadas.

Consignar:

- Anamnesis completa.
- Examen físico completo.
- Fotografías.
- TAC, fondo de ojo.

Estudio de lesiones esqueléticas:

- Esqueleto apendicular.
- Húmeros (AP).
- Antebrazos (AP).
- Manos (AP y Oblicuas).
- Fémures (AP).
- Pierna (AP).
- Pies (AP).
- Esqueleto Axial.
- Tórax (AP y Lat.).
- Pelvis (incluyendo columna lumbar).
- Columna lumbar lateral.
- Columna cervical lateral.
- Cráneo (Ap y Lat.I).

DENUNCIA:

- Realizar denuncia a carabineros.
- Protección mediante redes de apoyo ambulatorio (si es posible).
- Hospitalización por razones médicas o protección del menor.

4.1. Manejo clínico médico de abuso sexual

Aproximadamente un 5% de los niños y niñas víctimas de algún delito sexual adquiere una ITS y su identificación más allá del período neonatal sugiere que han sido víctimas de abuso sexual (8). Las infecciones más frecuentemente diagnosticadas entre personas que han sido agredidas sexualmente son la infección por Gonorrea, Chlamydia, Tricomoniasis, Sífilis y Vaginosis bacteriana, las cuales pueden ser prevenidas con la administración de una asociación de antibióticos (9).

El examen físico y toma de muestra de los niños evaluados por delito sexual debe llevarse a cabo de una manera diseñada para minimizar el dolor y el trauma para el niño. Recolección de muestras vaginales en los niños prepúberes puede ser muy incómodo y debe ser realizado por un médico con experiencia para evitar el trauma psicológico y físico del niño. La decisión de obtener muestra de flujo genital o anal para evaluar presencia de ITS debe hacerse caso a caso. Se deben tomar muestras para otras ITS frecuentes antes de iniciar cualquier tratamiento, ya que pudiera interferir con el diagnóstico de las otras ITSs. (10)

Situaciones de alto riesgo de ITS que sugieren obtener muestras microbiológicas a las víctimas de agresiones sexuales:

- El niño o niña, tiene o ha tenido signos o síntomas de una ITS, incluso en ausencia de sospecha de abuso sexual, como secreción vaginal o dolor, comezón o mal olor genital, presencia de úlceras genitales u otras lesiones.
- Un agresor sospechoso es conocido por tener una ITS.
- Un hermano u otro niño o adulto en el hogar o el entorno inmediato del niño tiene una ITS.

- El paciente o alguno de los padres solicita/n las pruebas.

- La evidencia de la penetración genital, oral o anal o la eyaculación está presente.

Frente a la fuerte sospecha de agresión sexual con eventual intercambio de fluidos corporales, se debe realizar un examen inicial y el de seguimiento a las 2 semanas (si procede), y posteriormente indicar tratamiento específico en caso de violación aguda (últimas 72 horas):

• La inspección visual de la zona oral, genital, perianal. Observar presencia de flujo genital, su olor, color, también sangrado, irritación, verrugas y lesiones ulcerosas. Se deben obtener muestras de todas las lesiones vesiculares o ulcerosas genitales o perianales compatibles con herpes genital y luego se envía para cultivo viral.

• Tomar muestra de NAAT (Test de amplificación de ácidos nucleicos) para *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*. Estas pruebas deben tomarse independientemente de los sitios o intento de penetración. Faringe y el ano en niños y niñas, la vagina en las niñas, y la uretra en los varones.

• Una muestra de suero para la evaluación inmediata de la infección por VIH, hepatitis B y sífilis (*Treponema pallidum*).

• En adolescentes tomar muestra de flujo vaginal: mediante un hisopo vaginal para examen al fresco y cultivo para la infección por *Trichomona vaginalis*. (10)

Ante la fuerte sospecha de agresión sexual con eventual intercambio de fluidos corporales deberán realizarse los siguientes exámenes y posteriormente ejecutar los tratamientos específicos que se detallan a continuación:

- Serología VIH.
- Biología molecular para patógenos sexuales (NAAT).
- Serología Hepatitis B.
- Otro según corresponda.
- Test Embarazo en niñas post menárquicas.

Una vez tomadas las muestras, indicar lo siguiente en pacientes:

Menores de 40 kilos:

- Azitromicina. 20 mg/kg. Dosis única.
- Metronidazol. 15 mg/kg./día en 3 dosis por 7 días.
- Vacuna Hepatitis B.
- Ceftriaxona. 125 mg/ i.m. por 1 vez.

Para adolescentes de más de 40 kilos:

- Ceftriaxona. 250 mg IM por 1 vez.
- Metronidazol. 1 gr. cada 12 hrs. V.O. por 7 días.
- Azitromicina. 1 gr. V.O. por 1 vez.
- Levonorgestrel (Escapell®) en niñas en edad fértil, 1,5 mg vo en dosis única.

Además, se debe realizar profilaxis contra Hepatitis B si no hay vacunación previa, desde la primera consulta. En casos agudos (antes de 72 hrs de ocurrido el hecho) vacunar 1ª dosis al primer día hábil siguiente, de lo contrario diferir hasta tener serología Hepatitis B e indicar 3 dosis: 0, 1 y 6 meses.

Profilaxis VIH en casos seleccionados y de acuerdo con riesgo de transferencia sangre-sangre o sangre-semen, indicar primeras 12 dosis y citar el primer día hábil con especialista en el Hospital para consejería, ajuste de dosis y programar controles futuros.

4.2. Manejo clínico de salud mental

El médico especialista deberá ser llamado en todos los casos en que se sospecha o pesquisa maltrato físico o abuso sexual. Su labor será apoyo al equipo tratante, evaluación del niño o niña, entrevista a los padres o cuidadores, con objeto de colaborar en la decisión del equipo tratante respecto de la protección con que el niño/a contará en su hogar luego del alta. Si no hay figuras claramente protectoras, siempre será el Tribunal quien resuelva el destino del niño/a o adolescente, luego de las sugerencias de los equipos tratantes.

El maltrato físico habitual puede expresarse de muy diversas maneras según la edad del niño/a, su personalidad, su entorno, su sexo, la presencia o no de violencia intrafamiliar, consumo de alcohol y drogas, marginalidad, patología psiquiátrica en el hogar:

- En el o la **lactante y pre escolar** se expresa preferentemente como trastornos funcionales (trastornos del apetito, trastornos del sueño, enuresis, trastornos digestivos), síntomas fóbicos, crisis de angustia o pérdida de habilidades psicomotoras.
- En el o la **escolar** lo más frecuente es que se exprese como trastorno de conducta, hiperactividad, déficit atencional, violencia con los compañeros, hermanos; actitudes desafiantes a las figuras de autoridad, o bien, como un trastorno depresivo o ansioso.
- En **adolescentes** se agregan conductas autoagresivas y los intentos de suicidio.
- En el **abuso sexual** encontramos conductas erotizadas inadecuadas para la edad del niño/a para la situación, el niño/a tiende a repetir las experiencias vividas.

Entrevista con el niño o niña

- El niño/a puede negar los hechos por temor a las consecuencias. Debemos asegurarle que lo vamos a ayudar, que no le va a pasar nada malo a nadie.
- El niño/a se siente culpable por lo que sucedió. Tranquilizarlo sin mentirle.
- Preguntarle si quiere que alguien no pueda entrar a verlo al hospital.
- Estar atentos a las visitas; evitarlas en caso de riesgo o que puedan portar amenazas. No dejar al niño/a solo con sus padres o presunto agresor para evitar intimidaciones.

Entrevista a los padres o cuidadores

- Los padres o cuidadores deben entrevistarse por separado para pesquisar incongruencias, cambios en la historia, demora en consultar, minimización de los hechos. Es frecuente el simular ignorancia total sin cuestionarse quién habrá sido o como se produjeron las lesiones.
- La decisión de separar al niño o niña de su hogar la toma el Tribunal, pero debemos tener presente que el niño o niña la vive más como un castigo que una solución. Por otra parte la reinserción del niño o niña en su hogar luego de un período de separación es difícil, suele ser rechazado y provocado con lo que se perpetua el ciclo.

4.3. Manejo de servicio social

La acción e intervención de Servicio Social se define en relación y en complementación con el equipo multidisciplinario.

La acción social busca asegurar la protección del niño/a maltratado/a, y contribuir a la prevención del maltrato en aquellos niños/as que se encuentran en una situación de vulnerabilidad.

Corresponde al servicio social, por una parte, investigar la realidad familiar del niño o niña maltratado, identificando eventuales figuras protectoras y factores de riesgo que pudieran estar vulnerando sus derechos, y por otra, mantener la vinculación activa del Hospital con las diversas instituciones y organizaciones de la comunidad que buscan asegurar la protección del niño/a, ya sea a través de su integración temporal en organizaciones del sistema de apoyo social vigente o bien reintegrándolo a su familia, acorde a normas y legislación vigente.

Procedimientos

- Ante la sospecha de Maltrato corresponde al asistente social investigar, confirmar o descartar hechos asociados a Maltrato Infantil, descritos por el niño o niña, denunciados por su familia o descubiertos en examen médico.
- A través de entrevistas, visitas domiciliarias, coordinación con red social e institucional, se investiga antecedentes del niño o niña y de su situación familiar.
- De la investigación social y de los procedimientos empleados, se mantiene informado al equipo de salud a través de registros o la ficha médica.

De la entrevista social de investigación

- En primera instancia se investiga a la persona que acompaña o visita al niño o niña. Si son varias los parientes o conocidos que conocen de la vida del niño o niña, se les entrevista por separado y después en conjunto.
- Durante el período de hospitalización del niño o niña se mantiene contacto permanente con familiares o personas interesadas en el niño o niña, para información y orientación de las acciones que se llevan o se llevarán a cabo. Las fuentes colaterales, tales como vecinos, profesores, antiguos cuidadores y/o amigos aportan también antecedentes de utilidad, por lo que no pueden dejar de considerarse.

Entrevista con el niño/a en edad escolar o adolescente

Se efectúa una entrevista al niño o niña, -a menos que el niño/a solicite vinculación con el profesional-, explorando en relación a su vida cotidiana, a su relación con familiares y amistades, y abordando situación de abuso o maltrato considerando su voluntad o interés de referirse a ellos.

Diagnóstico social

- Los antecedentes obtenidos a través de entrevistas son analizados con médico y/o equipo de salud. Se elabora historia social, destacando antecedentes relevantes de la vida y comportamiento del niño y de los adultos a su cargo.
- Los casos de maltrato grave, y en que es considerada la posibilidad de separación del niño/a de su medio familiar, los hechos son denunciados a través de un informe escrito emitido por asistente social en el Centro de Medidas Cautelares de los Tribunales de Familia que sea asignado.
- Cuando el maltrato es producto de un actuar ocasional, impulsivo y/o negligente del adulto a cargo, controlable por la propia familia, investigado el hecho, se deriva a OPD comunal con información al consultorio de Salud correspondiente, para observación, con seguimiento y/o apoyo institucional temporal o permanente.

El trabajo con las familias y niños o niñas maltratados, -psico educación y sensibilización frente al maltrato y violencia intrafamiliar-, es abordado inicialmente por asistente/trabajador social que investiga, para posterior derivación a red de salud mental y jurídica, por tanto, es siempre un trabajo en red, familiar, social o institucional.

En relación a la solicitud de protección

- Corresponde a servicio social, iniciar en Tribunales de Familia juicio por Protección informando la situación de niños o niñas maltratados cuyo regreso junto a su familia resulta temporal o definitivamente desaconsejable, y proponiendo al Tribunal medida de Protección más conveniente acorde a la edad y necesidades del niño o niña.
- Será el asistente social quien asistirá a audiencia preparatoria ratificando la denuncia presentada previamente a través de informe escrito.

5

Anexos

5.1. Hoja de registro

Formulario de registro de situación de sospecha en maltrato infantil

Fecha _____ / _____ / _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre		Edad	
Fecha Nac.	Sexo	Rut	
Ficha Clínica o DAU		Diagnóstico	
Derivado desde			

SOSPECHA DE MALTRATO INFANTIL

Física	Denuncia	si		Nº de parte:
Psicológica		no		
Abuso Sexual	Realizada en	Carabineros		Reallado/a por
Negligencia		PD:		idico
Abandono		tribunal/ Fiscalía		titro

EN CASO DE AISO SE A L

Serología III	si	no		
Cultivo vaginal	si	no		
Serología hepatitis I	si	no		
Sub unidad beta	si	no		
titro	si	no		cul

TRATAMIENTO

edicamentos a recibir		menos de III		m/s de III	
Altromicina III mg/ig dosis inica	si	no	Altromicina/ gr.v.o por /ve	si	no
etronidaol III mg/ig/ día en II dosis por /días	si	no	etronidaol /gr.v.o por / ve	si	no
vacuna hepatitis b	si	no	vacuna hepatitis II	si	no
vacuna /s III h	si	no	vacuna /s III h	si	no
Profilaxis III A: III mg/ml c: III hrs por II ds	si	no	Profilaxis III A: III mg c: III hrs. por II ds	si	no
IC: III mg/ig: c: III hrs vo por II ds			IC: III mg c: III hrs. vo por II ds		
Ceftriaxona III mg/II m por / ve	si	no	Ceftriaxona III mg / po / ve	si	no
levonorgestrel solo nias con menarua	si	no	levonorgestrel solo nias con menarua	si	no

Se inirma: _____

DERIVACIONES

Salud mental infantil / adolescencia	si	no	Fecha
inecología	si	no	Fecha
inictología	si	no	Fecha
Cirujano infantil	si	no	Fecha
Servicio social	si	no	Fecha

5.2. Directorio instituciones

Nº I	ntitución	Dirección	Teléfonos C	ontacto
1	CARABINEROS Emergencias policiales		133	
2	CARABINEROS Fono Familia		147	
3	PLAN CUADRANTE POLICIA DE INVESTIGACIONES Delitos contra la familia	1	34	
4	FISCALIA CENTRO NORTE CENTRO DE JUSTICIA Atiende: Cerro Navia, Conchalí, Estación Central, Huechuraba, Independencia, Lo Prado, Quilicura, Quinta Normal, Recoleta, Renca, Santiago	Av. Pedro Montt 1606	5877000	
5	FISCALIA LOCAL Atiende: Colina, Lampa, Tiltil	Carretera General San Martín N° 785	5877915	
6	Centro de atención a víctimas de delitos violentos, Santiago	José Victorino Lastarria N° 46	6325747 6641990	
7	Programa de apoyo judicial a niños/as víctima de abuso sexual	Avenida España N° 502, Santiago	6890616	
8	Centro integral de los derechos del niño	Ramón Subercaseaux N° 1510	5546406	

5.3. Códigos CIE 10 sugeridos

T74:	Síndrome de Maltrato
T74.0:	Negligencia o abandono
T74.1:	Abuso físico
T74.2:	Abuso sexual
T74.3:	Abuso psicológico
T74.8:	Otros síndromes de maltrato
T74.9:	Síndrome de maltrato, no especificado

6

Bibliografía

- 1 – Maltrato Infantil. Guía Clínica. Hospital de Niños Dr. Roberto del Río. 2005.
- 2 – López Sánchez, Félix y del Campo Sánchez, Amaia. Prevención de abusos sexuales a menores. Guía para los educadores. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y Amaru. Ediciones. Salamanca, 1997.
- 3 – Dr. Stephen Ludwig. Abuso sexual, manejo en la emergencia pediátrica. Arch Pediatr Urug 2001; 72(S): S45-S54.
- 4 – Carlos Almonte, Carla Insunza, Cecilia Ruiz. Sexual Abuse in Children and Adolescents of Both Sexes Rev. chil. neuro-psiquiatr. v.40 n.1 Santiago ene. 2002.
- 5 – Black, Carolyn M. Ph D; Driebe, Elizabeth M. MS; Howard, Laurie A. MS; Fajman, Nancy N. MD; Sawyer, Mary K. MD; Girardet, Rebecca G. MD; Sautter, Robert L. PhD; Greenwald, Earl MD; Beck-Sague, Consuelo M. MD; Unger, Elizabeth R. MD, PhD; Igietseme, Joseph U. PhD; Hammerschlag, Margaret R. MD Multicenter Study of Nucleic Acid Amplification Tests for Detection of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae in Children Being Evaluated for Sexual Abuse The Pediatric Infectious Disease Journal: July 2009 - Volume 28 - Issue 7; 608-613 Original Studies.
- 6 – UNICEF, Fosis, Programa Puente. “El Maltrato Deja Huella”. Manual para la detección y orientación de la violencia intrafamiliar. Mayo 2007.
- 7 – <http://www.sename.cl>
- 8 – The Evaluation of Sexual Abuse in Children. Nancy Kellogg and and the Committee on Child Abuse and Neglect. Pediatrics 2005; 116; 506512.
- 9 – Normas de manejo y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS). MINSAL, Santiago, 2008.
- 10 – Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, CDC, 2010.



Guía Clínica Maltrato infantil

Hospital de Niños
Dr. Roberto del Río

