



# **PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE CASOS DE VIOLENCIA FÍSICA CONTRA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES**

Santo Domingo, D. N.  
Febrero, 2017

**Ministerio de Salud Pública**

**Título original:**

Protocolo de Atención de Casos de Violencia Física contra Niños, Niñas y Adolescentes

**Coordinación editorial:**

Viceministerio de Garantía de la Calidad

Copyright © Ministerio de Salud Pública. La mencionada institución autoriza la utilización y reproducción de este documento para actividades académicas y sin fines de lucro. Su contenido es el resultado de las consultas realizadas con los expertos de las áreas y las sociedades especializadas involucradas, tras el análisis de las necesidades existentes en torno al tema en el Sistema Nacional de Salud.

**ISBN:**

**Formato gráfico y diagramación:**

**Impresión:**

**Primera edición**

**Impreso en República Dominicana  
Febrero, 2017**



MINISTERIO DE  
**SALUD PÚBLICA**

## **Equipo Responsable**

---

### **FORMULADORES:**

Dra. Violeta M. González Pantaleón.

Dra. Josefina Luna.

Lic. Peter De Wannemaeker.

### **COLABORADORES**

Dr. José Mordan

Dr. Donatilo Santos

Dra. Mónica Carrión.

Dra. Olga Arroyo.-

Dra. Martha Nina

Dra. Nidia Cruz.

Dra. Indiana Barina

### **EVALUADORES EXTERNOS**

Lic. Glorianna Montàs.

Dr. Modesto Santana.

Lic. Miguelina Ramírez Kelly

Lic. Raydiris Cruz.

Lic. Angelina Sosa.

Dra. Ángela Polanco.

Dra. Kathella García.

Lic. Alberto Padilla.

Lic. Ana Andrea Villacamacho.

Dra. Gladys Guzmán.

Dra. Cruz María Santana

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE CASOS  
DE VIOLENCIA FÍSICA CONTRA NIÑOS,  
NIÑAS Y ADOLESCENTES**

## **0. INTRODUCCIÓN**

En la República Dominicana el 62 % de acuerdo Enhogar 2014 de los hogares utiliza el castigo físico o psicológico para disciplinar a sus hijos.

En promedio 6 de cada 10 niños del mundo (1000 millones) de 2 a 14 años de edad, sufren de manera periódica castigos físicos corporales a manos de sus cuidadores. Se estima que una cuarta parte de todos los adultos han sufrido maltratos físicos cuando eran niños.

Este tipo de violencia es muy común, sobre todo por no ser considerados como tal desde el punto de vista cultural en numerosos países y por generaciones, por lo que son de muy difícil detección, la mayoría de las veces suele ser un hallazgo casual del personal de salud, o un llamado de alerta del padre/madre o cuidador, e incluso del maestro.

### **1. OBJETIVO**

Estandarizar los procedimientos para la atención de niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física que acuden a los servicios de salud, para su oportuno diagnóstico y adecuado manejo.

### **2. USUARIO DEL PROTOCOLO**

Médicos generales, pediatras, emergenciólogos y especialistas en medicina familiar; así como personal de enfermería, psicología y trabajo social de los servicios de salud.

### **3. POBLACIÓN DIANA**

Niños, niñas y adolescentes de quienes, se sospecha, son víctimas de de violencia o maltrato físico.

### **4. DEFINICIÓN**

Maltrato Físico **se** define como “toda acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño o lo ponga en riesgo de padecerlos”.

### **5. HALLAZGOS EN LA EVALUACIÓN CLÍNICA**

#### **a) Contusiones o moretones**

- Presencia de lesiones en las extremidades y las prominencias óseas.
- Contusiones en los glúteos.
- Hematomas faciales y en otros lugares del cuerpo.
- Equimosis y escoriaciones.

- Marcas de la mano y magulladuras sobre el pecho, la espalda y los brazos.
- Marcas de pellizcos que semejan medias lunas emparejadas.
- Hematomas en el oído.
- Cualquier tipo de contusión en niños y niñas menores de dos años.

**b) Fracturas y lesiones óseas**

- Fracturas costales en los arcos posteriores o laterales.
- Fracturas de fémur en niños y niñas de un año; y de húmero, en niños y niñas de tres años.
- Fracturas vertebrales por mecanismos de hiperextensión o hiperflexión, forzadas o por impacto directo.
- Fracturas craneales bilaterales, deprimidas o que atraviesan suturas.
- Traumas craneoencefálicos severos con lesiones en el sistema nervioso central.
- Síndrome del niño sacudido o zarandeado, caracterizado por hematoma subdural, hemorragia retinal y edema cerebral, producto de fuertes y peligrosas sacudidas a niños y niñas pequeños.

**c) Lesiones cutáneas**

- Quemaduras provocadas o quemaduras causadas por negligencia o descuido.
- Quemaduras de cigarrillo, especialmente en las manos, la frente y la parte superior del tronco. Tienen forma circular y ocupan un área de 5 mm.
- Mordeduras hechas por adultos otras tipologías o formas de maltrato físico.

**d) Síndrome de Munchausen por Poderes**

Se caracteriza por la simulación o producción intencionada de síntomas de alguna enfermedad orgánica o psíquica, siendo los sujetos de la enfermedad los niños, las niñas y los adolescentes y el agente productor de los síntomas uno de sus padres, principalmente la madre.

- Los síntomas y signos no explicados pueden ser detectados mediante los cuadros clínicos y las pruebas diagnósticas habituales; los síntomas y signos son vistos solamente por la persona que cuida a niños, niñas o adolescentes; o solo aparecen cuando el menor violentado está en la casa.
- La madre demanda la realización de pruebas complementarias de manera excesiva, sin base clínica y sin que le importen las consecuencias para el paciente.

**e) Posible intoxicación provocada:**

Las intoxicaciones provocadas son una forma de violencia o abuso físico. La presencia de síntomas neurológicos inexplicables y que no corresponden a ningún cuadro clínico específico, debe llevar a la sospecha de intoxicación provocada, sobre todo si aparecen de manera repetitiva en el mismo paciente, sus hermanos u otros familiares.

Este tipo de envenenamiento puede ocurrir por la ingesta o inhalación de sustancias consumidas por padres, madres o cuidadores, por la facilidad de acceso a ellas o por uso inducido.

**Debe sospecharse de una intoxicación provocada, cuando:**

- El Niño, niña o adolescentes es conducido al servicio de salud por una persona diferente a sus padres, madres o cuidadores.
- Exista retraso en la solicitud de atención médica.
- Haya muestras de abandono o descuido en la atención doméstica del menor, aliento alcohólico o signos observables de consumo o inhalación de sustancias controladas o prohibidas.
- Sean registrados ingresos hospitalarios múltiples por cuadros de intoxicación.
- Se atribuya, de manera ligera, la intoxicación a influencias del hermano o de la hermana mayor.
- Los padres, madres o cuidadores soliciten consulta médica para los menores y no muestren inquietud por la situación clínica de niños, niñas o adolescentes a su cargo.

## **5.1 Evaluación**

Para la detección y el posterior manejo de niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física, será conformado un equipo multidisciplinario integrado por personal médico, de enfermería, de trabajo social y/o de psicología.

Todo caso sospechoso de violencia contra niños, niñas y adolescentes será evaluado por el médico y los demás integrantes del equipo de atención, quienes establecerán en conjunto el diagnóstico de sospecha de violencia física, clasificará la gravedad del caso y notificará según su complejidad e implicaciones.

El personal de enfermería identificará los siguientes signos sugerentes de violencia y los referirá al equipo de salud, para su evaluación:

- Magulladuras o moretones en distintos estadios de evolución.
- Quemaduras: atípicas, bilaterales, en forma de objetos, de guantes o botas y sin salpicaduras.
- Fracturas: metafisiaria en huesos largos, múltiples y/o bilaterales en diferentes estadios de consolidación.
- Heridas o raspaduras: en áreas que no son prominentes, de distribución en extensas zonas o simétricas en diferentes estadios evolutivos de curación y/o cicatrización.
- Lesiones o afecciones bucales o dentales, mordeduras humanas.
- Intoxicaciones repetidas en el paciente o sus hermanos o hermanas.
- Alopecia traumática.
- Lesiones abdominales múltiples inconsistentes con la historia del accidente.



- Lesiones craneoencefálicas: pérdida de la conciencia, hematomas subdurales, hemorragias intracraneales, fracturas de cráneo lineal, hundida con o sin minutas y convulsiones (síndrome de niño zarandeado).
- Exhibición de conductas anormales en niños, niñas o adolescentes: llorar si otros menores lloran o muestras de agresividad; así como rechazo o miedo a sus padres, madres o cuidadores.
- Manifestaciones conductuales de padres, madres o cuidadores caracterizadas por la ausencia de preocupación frente al caso, intentos por esconder la lesión u ocultamiento de la identidad de la persona de quien la provocó, se muestran recelosos del personal de salud

**a) Historia clínica:**

Deberá ser obtenida en un lugar reservado e incluirá un interrogatorio abierto al paciente, así como detalles sobre las lesiones, la historia clínica completa y la información suministrada por los testigos.

Debe sospecharse de violencia o abuso físico, cuando en la anamnesis existan datos inconsistentes con las lesiones. Por ejemplo:

- Cuando haya incongruencias entre las características de la lesión y la forma de ocurrencia, es decir, cuando se trate de lesiones inexplicables.
- Si las características de la lesión no concuerdan con el momento o la circunstancia en que habría ocurrido, de acuerdo con el testimonio del menor o del adulto responsable.
- Si no es posible establecer una relación entre el tipo de lesión y el desarrollo evolutivo de la víctima.
- En presencia de lactantes con lesiones traumáticas, fractura de huesos largos, hemorragia retiniana, convulsiones y/o pérdida de la conciencia.

**Puntos importantes en la historia clínica:**

- Investigar cómo y cuándo ocurrieron las lesiones; y examinar posibles discrepancias entre la historia y el desarrollo de las lesiones.
- Aplazamiento de la búsqueda de atención médica para el menor lesionado:
  - Sin razón válida.
  - Ausencia de explicación.
  - Elaboración de argumentos inconsistente con las lesiones.
- Estructura y dinámica familiar: dificultad para ponerse en los zapatos de niños, niñas o adolescentes (empatía muy débil). Estilo autoritario de crianza, minimización o justificación de los castigos corporales.
- Conductas parentales anormales hacia niños, niñas y adolescentes en su presencia: agresividad, actitud defensiva o punitiva, amenaza, insensibilidad, tono descortés al hablar, supervisión deficiente, manejo rudo, ansiedad, depresión.

- Cuando niños, niñas o adolescentes se muestran aprensivos ante menores que lloran, muestras conductas extremas como agresividad y rechazo o parecen tener miedo de sus padres, madres o cuidadores.
- Características de la vivienda: hacinamiento y pobreza.
- Estado de salud los integrantes de la familia: riesgo mayor en situación de enfermedades crónicas.
- Riesgo biopsicosocial:
  - Violencia intrafamiliar.
  - Uso de alcohol y/o drogas psicoactivas.
  - Antecedentes de abuso infantil en padres y/o madres.
  - Modelo autoritario de crianza.
  - Insatisfacción de las necesidades de niños, niñas o adolescentes.
  - Enfermedad mental de padres, madres o tutores.
  - Ausencia de apoyo de otros familiares, vecinos o entidades sociales.

**b) Examen físico:**

Los niños, niñas o adolescentes de quienes se sospeche son víctimas de maltrato deben vestir la menor cantidad de ropa posible durante el examen físico, a fin de poder identificar signos sugestivos de maltrato corporal.

**Observe:**

- Las actitudes de niños, niñas y adolescentes.
- La actitud de los padres, madres o tutores hacia el menor del que se sospecha es víctima de violencia y hacia el personal a cargo de la consulta.
- Lesiones o heridas en regiones protegidas o debajo del vestuario del menor, principalmente debajo de la ropa interior.
- Presencia de contusiones o moretones en senos, cuello, tronco, nalgas, genitales, ano o parte superior de los brazos, con posible sangrado o flujo, trauma en la boca.
- Lesiones en diversas etapas de cicatrización.
- Quemaduras de cigarrillos.

**c) Estudios complementarios**

▪ **Imágenes:**

- Radiografías simples de cráneo y de otras áreas óseas en proyección anteroposterior y lateral, cuando se sospeche de lesiones óseas y trauma craneoencefálico en los menores de dos años.
- En mayores de dos años, realizar radiografías de tórax y abdomen en caso de lesiones toracoabdominales e historia poco convincente acerca del mecanismo del trauma.
- Radiografías simples de cráneo con datos de lesión. La investigación debe ser completada con una tomografía axial computarizada.
- En caso de lesiones intracraneales, convulsiones u otros signos y síntomas neurológicos, debe ser realizada una resonancia magnética nuclear (RMN).

- **Estudios de laboratorio:**

- Hemograma completo, plaquetas y pruebas de coagulación.
- Examen general de orina.
- Pruebas de función hepática (TGO/TGP) en trauma abdominal.

## 5.2 Evaluación multidisciplinaria y confirmación del diagnóstico

- **Personal de enfermería:**

- Realiza el registro inicial del usuario.
- Asegura la integridad del niño, la niña y el adolescente en el centro de salud.
- Presenta los casos sospechosos al médico responsable de la evaluación.
- Está presente en todo momento durante la evaluación, principalmente cuando se trate de violencia sexual.
- Asegura el cumplimiento de las indicaciones médicas y el seguimiento de los casos.

- **Médico:**

- Registra toda la información del paciente en su expediente o récord médico.
- Establece el diagnóstico de sospecha de violencia.
- Solicita interconsultas con otros especialistas, según el caso.
- Maneja la lesión de acuerdo con los parámetros establecidos e inicia la atención del caso de violencia o lo refiere, tomando en consideración la gravedad y la complejidad del mismo.
- Recolecta las evidencias que serán presentadas al médico legista en los casos de complejidad alta o moderada.
- Informa a la dirección del centro de salud para que se encargue de la notificación del caso a las autoridades responsables.

- **Psicólogo:**

- Exploración de la presión que dificulta que la víctima y sus familiares puedan expresarse libremente.
- Entrevista al niño o la niña o la persona adolescente.
- Entrevista al pariente, tutor o persona responsable acompañante.
- Realiza una evaluación de la situación familiar.
- Recomienda una evaluación psiquiátrica en los casos pertinentes.

- **Trabajo social:**

- En los centros de salud donde se cuente con trabajo social, este profesional adscrito al centro de salud se integra con el trabajador social de CONANI en el seguimiento de la familia.
- Parte de su función en el equipo de atención es completar la investigación sobre la situación familiar en coordinación con instituciones del sistema de protección a través de visita al domiciliario y del vecindario, y evalúa la situación de protección en la escuela y la comunidad.

## 6. INGRESO E INTERVENCIÓN INICIAL

La atención consiste en la detección temprana, el diagnóstico y el tratamiento de urgencia; así como en la notificación, el registro, el seguimiento y la rehabilitación.

### a) Detección temprana:

- Establezca la sospecha de violencia probable y clasifique el nivel de gravedad del maltrato físico.
- Trate las lesiones, estabilice al paciente y refiera al nivel de atención de mayor complejidad, si la capacidad resolutoria del centro de la primera atención no permite responder a las necesidades del caso.
- Refiera, si es necesario, a cirugía, ginecología, odontología, traumatología o cualquier otro servicio, para el manejo interdisciplinario de la víctima.
- En caso necesario, refiera el expediente al Ministerio Público correspondiente de la jurisdicción en donde ocurrió el hecho y a servicios del Sistema de Protección Infantil, utilizando para ello la siguiente documentación:
  - F-NNAVV-02: hoja de referimiento del niño, la niña o la persona adolescente que ha recibido atención en la red de Servicios de Salud y del cual se presume es víctima de violencia física.
  - F-NNAVV-03: hoja de referimiento del niño, la niña o la persona adolescente del cual se presume es víctima de violencia, hacia servicios del Sistema de Protección Infantil.

### b) Confirmar el diagnóstico e indicar tratamiento:

- Siga el procedimiento establecido para el diagnóstico y aplique el tratamiento clínico y/o quirúrgico indicado según la lesión.
- El médico o el personal que recibe el caso debe **evaluar y clasificar** el maltrato:

### EVALUAR Y CLASIFICAR

Nivel de complejidad	Intervenciones	Protección
<b>Alta complejidad:</b> cuando la situación de abuso es sostenida o muy frecuente y revela potencial para causar daño físico o psicológico severo, e incluso, para poner en riesgo la vida de la víctima.	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Hospitalización para la atención oportuna de la condición de salud del niño, la niña o la persona adolescente y como medida de protección.</li><li>2. Atienda las lesiones según el tratamiento específico.</li><li>3. En los casos en que se requiera de una intervención de emergencia, el médico tratante deberá proceder con la atención y describir detalladamente —en un documento oficializado por la</li></ol>	<b>Primero:</b> Notifique verbalmente el caso a las autoridades competentes:  Fiscalía correspondiente, oficinas municipales de CONANI y Juntas

Nivel de complejidad	Intervenciones	Protección
	<p data-bbox="467 237 1166 483">dirección del centro de salud— las lesiones y el procedimiento realizado, incluyendo la toma y resguardo de las posibles evidencias existentes: fotografías y muestras o exámenes de especímenes que puedan ser utilizados para confirmar la sospecha de violencia física.</p> <p data-bbox="467 533 1166 607">4. Evaluación del médico forense para clasificar las lesiones.</p> <p data-bbox="467 656 1166 779">5. Ofrezca medidas de protección a la víctima, hasta que acudan en su auxilio las autoridades del sistema de protección infantil y adolescente.</p> <p data-bbox="467 828 1166 1032">6. Solicite al Departamento de Salud Mental o al de Trabajo Social la identificación de un adulto protector (que le crea al niño, la niña o la persona adolescente y le ofrezca resguardo y acompañamiento).</p> <p data-bbox="467 1081 1166 1245">7. Es responsabilidad del personal de salud mental asignado informar a la víctima y/o al adulto protector sobre las medidas que serán tomadas para la atención y el resguardo del menor.</p> <p data-bbox="467 1294 1166 1458">8. Cuando el posible perpetrador es un miembro de la familia o convive con la víctima, evite contacto de este con el niño, la niña o la persona adolescente. No permita que compartan escenarios.</p> <p data-bbox="467 1507 1166 1671">9. Asegúrese de que el expediente clínico contenga los antecedentes y datos sobre lo ocurrido, así como la evidencia que sustenta la sospecha de abuso o violencia.</p> <p data-bbox="467 1720 1166 1883">10. Deje constancia por escrito del resultado de sus actuaciones, con fines administrativos y carácter oficial. Provea información acerca de posibles testigos.</p> <p data-bbox="467 1933 1166 2007">11. El Servicio de Salud Mental deberá dar seguimiento a la familia del niño, la niña o la persona</p>	<p data-bbox="1187 237 1444 528">Locales de Protección y Restitución de Derechos, en cumplimiento del artículo No. 14 de la Ley No. 136-03.</p> <p data-bbox="1187 577 1444 824">Envíe la hoja de notificación a las autoridades correspondientes. Muestre las evidencias.</p>

Nivel de complejidad	Intervenciones	Protección
	adolescente.	
<p><b>Complejidad media</b></p> <p>Maltrato de moderado a grave y colaboración dudosa de padres, madres o tutores.</p>	<p>Cuando la severidad del daño es considerada de moderada a grave:</p> <p><b>Atienda las lesiones según lo requerido:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Defina y establezca las acciones de ayuda del equipo de salud, así como su aceptación por parte de la víctima y de los adultos responsables de esta.</li> <li>2. Valore la fortaleza de la familia y promueva factores protectores.</li> <li>3. Promueva el reconocimiento de los derechos de los niños, las niñas y las personas adolescentes.</li> <li>4. Estimule el buen trato y la crianza basada en amor, confianza y diálogo.</li> <li>5. Oriente a los padres sobre el seguimiento del niño, la niña o la persona adolescente luego de su egreso.</li> <li>6. Refiera a los padres, madres o tutores a las instituciones correspondientes, si necesitan de una intervención específica: violencia intrafamiliar, uso de drogas o enfermedad mental.</li> <li>7. Incorpore a la familia a programas comunitarios, si estuviesen disponibles en su área de residencia. El equipo de atención al abuso o el equipo de salud de la UNAP correspondiente ofrecerá seguimiento a la víctima y a sus familiares.</li> <li>8. Si aumenta el riesgo, actúe de acuerdo con los lineamientos del siguiente nivel.</li> </ol>	<p>Notificación a las autoridades competentes (Fiscalía correspondiente, Oficinas municipales de CONANI, Juntas Locales de Protección y Restitución de Derechos), en cumplimiento del artículo No. 14 de la Ley No. 136-03.</p>
<p>Complejidad leve:</p> <p>Maltrato de leve a moderado. Las autoridades cuentan con la colaboración de padres, madres o tutores</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se ofrece atención de salud y seguimiento ambulatorios.</li> <li>2. Los departamentos de Psicología o Trabajo Social brindarán la atención requerida.</li> </ol> <p><u>Desde una UNAP o centro ambulatorio de salud:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El personal de enfermería del centro de Primer Nivel entrenado en Prácticas de Crianza Saludable ofrecerá orientación a padres, madres o tutores.</li> <li>• Referimiento al orientador y/o al psicólogo escolar para el apoyo emocional de la víctima.</li> <li>• Referimiento al psicólogo ambulatorio para la</li> </ul>	<p>Notificación del caso de sospecha a las autoridades para su investigación y seguimiento, en cumplimiento del artículo No. 14 de la Ley No.136/03.</p>

Nivel de complejidad	Intervenciones	Protección
	<p>atención al niño, la niña o la persona adolescente.</p> <p><u>Desde un hospital de Segundo o Cuarto Nivel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El personal de Salud Mental del hospital ofrecerá orientación a la víctima y a sus familiares.</li> <li>• La psicóloga del hospital brinda atención terapéutica al menor y a sus familiares.</li> <li>• La víctima será referida a un psicólogo ambulatorio externo para que reciba atención terapéutica.</li> </ul>	

## 7. CRITERIOS DE INGRESO

- Niños y niñas con menos de tres años que presenten lesiones sospechosas de violencia y que se encuentren en evidente riesgo de daño a su integridad física y mental o cuyas vidas puedan estar amenazadas.
- Todo niño, niña o adolescente que muestra evidencias de ser maltratado de forma reiterada o frecuente y con lesiones o afectación de su integridad.
- Casos de evidente negligencia o descuido y en situación familiar considerada de alto riesgo.
- Niños, niñas y adolescentes con lesiones graves que pongan en peligro sus vidas o el funcionamiento normal de órganos y sistemas corporales.
- Niños o niñas abandonados.
- Casos de reincidencia o antecedentes previos de violencia física u otro tipo de abuso.

## 8. ATENCIÓN

- Inicie el tratamiento médico o quirúrgico de las lesiones, según el caso.
- Solicite una valoración psicológica o psiquiátrica, si se requiere.
- Solicite la evaluación del caso a especialistas médicos de las ramas requeridas.
- Notifique a la unidad competente del Sistema de Protección Infantil y Adolescente, conforme a la gravedad del caso.
- Incluya en la estrategia de atención a la víctima (y a sus familiares, de ser requerido) sesiones de psicología con acciones específicas de intervención protectora.
- El trabajador social y/o el psicólogo, como integrante del equipo multidisciplinario encargado, coordina la atención y el seguimiento de los casos con otras instituciones del Sistema de Protección y Derechos Fundamentales de Niños, Niñas y Adolescentes y las redes de apoyo en la comunidad.

- El centro de salud organizará actividades de promoción del buen trato a la infancia, por lo menos cuatro veces al año, y realizará talleres para padres, madres y tutores para que sean entrenados en prácticas de crianza saludable.

## 9. CRITERIOS DE EGRESO

- Mejora clínica de las lesiones.
- Evidencia de la existencia de mecanismos de protección.
- Cuando no existe riesgo para la seguridad del niño, la niña o la persona adolescente.

## 10. INFORMACIÓN PARA PADRES Y/O FAMILIARES

- Se informará a padres, madres o tutores acerca de la condición del menor, las decisiones tomadas para su tratamiento y la obligación de notificación al sistema de protección.
- Se orientará a padres, madres o cuidadores sobre los siguientes aspectos:
  - Impacto de la violencia en la salud y el desarrollo de su hijo o hija.
  - Importancia de las buenas prácticas de crianza.
  - Cuidados adecuados para el recién nacido y el lactante, como manejo del llanto y el evitamiento de movimientos bruscos causantes de lesiones.
  - Signos que sugieren violencia contra niños, niñas y adolescentes.
  - Comportamiento infantil o adolescente que sugiera violencia sexual.
  - Derechos de los niños, niñas y adolescentes.
  - Que es el maltrato físico y su impacto en la salud de sus hijos / hijas.

## 11. NOTIFICACIÓN Y REGISTRO:

El registro de los casos de violencia contra niños, niñas y adolescentes será realizado según los criterios diagnósticos del **CIE-10**:

### **T74 Síndromes del maltrato**

#### **T74.1 Abuso físico, síndrome de niños y niñas abusados (SAI)**

El personal de salud y/o el equipo multidisciplinario de atención está obligado por ley a reportar todos los casos de sospecha de violencia contra niños, niñas y adolescentes al Sistema de Protección.

Serán notificados todos los casos de sospecha de violencia contra niños, niñas y adolescentes.

Los casos de complejidad alta y media serán notificados de manera inmediata.

#### **Entre los casos de alta complejidad, se encuentran:**

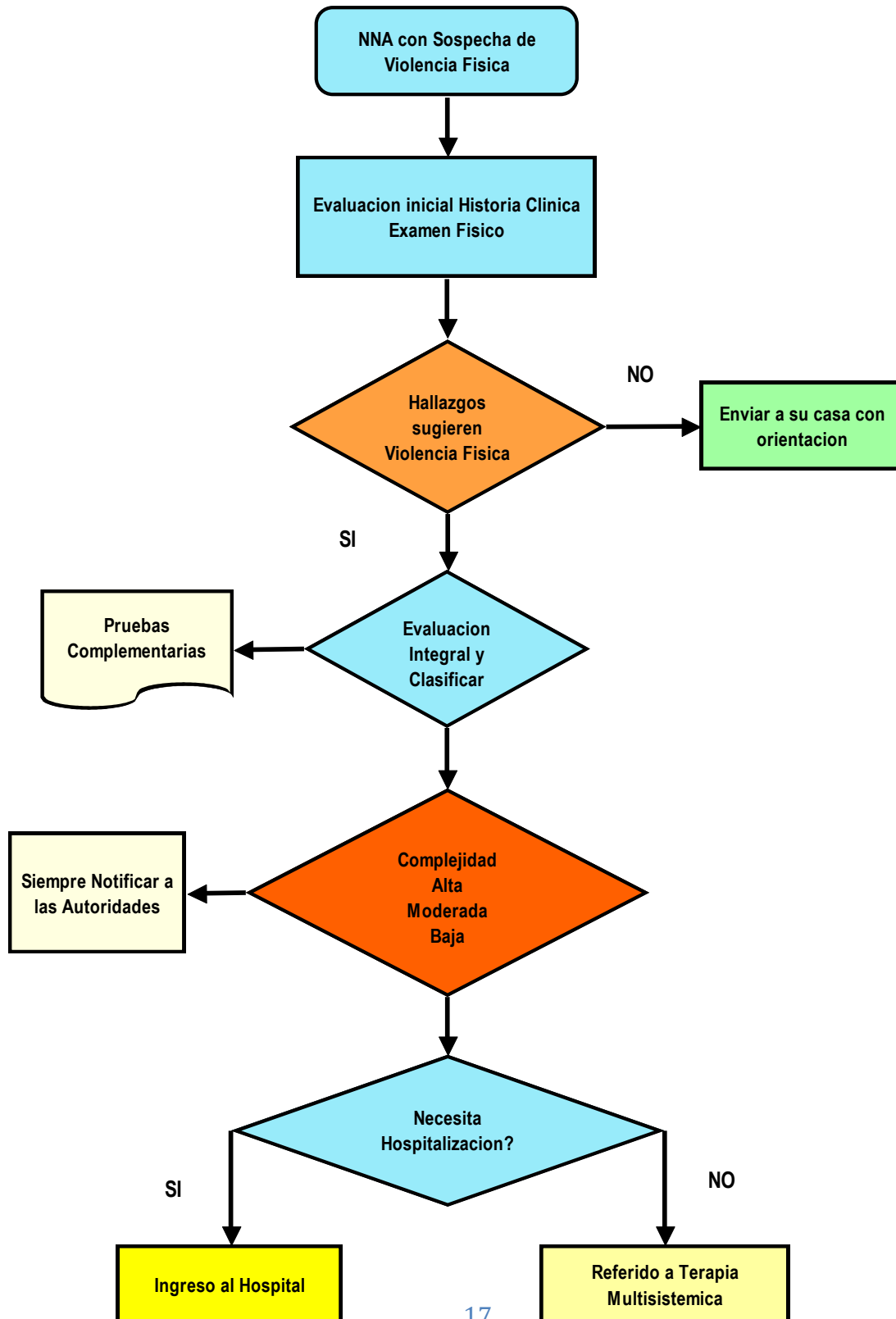
- Intoxicación por alcohol u otras sustancias.



- Traumas craneoencefálicos.
- Lesiones que pongan en riesgo la vida del menor.

## 12. ALGORITMO

**Detección, diagnóstico y tratamiento de niños, niñas y adolescentes (NNA) víctimas de abuso físico.**



### 13. BIBLIOGRAFIA

1. **UNICEF**, Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas. Violencia contra los niños/niñas y adolescentes. Informe de América Latina en el marco del Estudio Mundial de las Naciones Unidas. s.l.: [www.unicef.org](http://www.unicef.org), 2006.
2. **Ministerio de Salud Pública**. Estrategias para el fortalecimiento de la respuesta del Sistema Nacional de Salud a la Violencia de genero y contra los niños, niñas, adolescentes, mujeres y personas adultas mayores, 2016-2020. Santo Domingo, RD : (Disponible impreso).
3. **Mesa-Gresa, P., Moya-Albio, L.** Neurobiología del Maltrato Infantil: el ciclo de la violencia. Revisión de Artículo. [Http//www.neurologia.com](http://www.neurologia.com) Rev Neurol 2011; 52 (8): 489-503. Recuperado el 01/02/16.
4. **Narang, S and Clarke, J.** Abusive Head Trauma: Past, Present, and Future.2014. Journal of Child Neurology, Vol. 29.
5. **K. Browne.** Early Prediction and Prevention of child Abuse: A handbook. 2002. England/West Sussex, John Wiley & Sons Ltd.
6. **Hilton, Lisette.** Child Abuse Diagnosis. Needs Careful Analysis.2016. Dermatology Times, Vols. 37, No.1.
7. **Sener MT, Aydın OE, Kara M.** Factores que influyen en la adherencia al tratamiento y el seguimiento de las quemaduras en los niños: Una experiencia de un solo centro. 2016. Euroasiático J Med. Vols. 48 (1): 20-3. oi: 10.5152 / eurasianjmed.2015.34.
8. **Garcia Pina, Aracelis, Loredó-Abdala, Arturo, Trejo Hernández, Jorge.** Quemaduras intencionales en pediatría. Un mecanismo poco considerado de maltrato físico Acta Pediátrica Mex 2008; 29(1):9-15.
9. **Urgencias, Grupo de Trabajo de Atención al Maltrato Infantil de la Socie,** 2015. ISBN: 978-84-16270-13-2. (En línea).
10. **Herrmann, B., Banaschak, S., Csorba, R., Navratil, F., y Dettmeyer, R.** El examen físico en el abuso sexual infantil. Enfoques y la evidencia actual. 2014. Dtsch Arztebl Int, Vols. 111 (41): 692-703.
11. **Crawford, J., Jakubia, JE.** La evaluación de los niños en el contexto de atención primaria cuando se sospecha de abuso sexual. 2013. Pediatrics, Vol. 132 (2), 558-67. doi: 10.1542 / peds.2013-1741. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.