



PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE LA AGRESIÓN SEXUAL CONTRA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN EL ÁMBITO SANITARIO

Autoría:

Grupo de Trabajo de Pediatría Social de la Sociedad Vasco Navarra de Pediatría y Sociedad Vasca de Pediatría de Atención Primaria.

Nekane Arana Aguirre. Centro de Salud La Peña. OSI Bilbao Basurto.

Amaia Arbeloa Miranda. Centro de Salud Zuazo. OSI Barakaldo Sestao.

Amaia Cámara Otegui. Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Donostia.

Elena Daghoum Dorado. Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Cruces.

Karmele Díez Sáez. Pediatría Social. Hospital Universitario Basurto.

Irati Goienetxe Muñoz. Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Basurto.

Sara Hermoso Borrajo. Centro de Salud Zaramaga. OSI Araba.

Uxoá Jiménez Belastegi. Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Basurto.

Soledad Torrús Carmona. Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario de Álava.

Colaboraciones:

Revisoras expertas: Narcisa Palomino, Maitane Urizar.

Revisoras pediatras de atención primaria: Lucía Elorriaga, Leire Ferro, Ainhoa Zabaleta.

Revisoras pediatras hospitalarias: Lizar Agirre, Cristina Calvo, Eider Oñate.

Revisoras farmacéuticas hospitalarias: María Belén Irastorza, María Jesús Gayán Lera.

Este documento debe citarse como:

Grupo de Trabajo de Pediatría Social de la Sociedad Vasco Navarra de Pediatría. Protocolo de actuación ante la agresión sexual contra niñas, niños y adolescentes en el ámbito sanitario.

Fecha de publicación: Noviembre 2023.

Fecha 1ª actualización: Marzo 2025.

ÍNDICE

1. OBJETIVO

2. PRINCIPIOS GENERALES

2.1 Definición de violencia sexual contra la infancia y adolescencia

2.2 Tipología de violencia sexual que se aborda en este protocolo

2.2.1 Contacto sexual

2.2.2 Actos de naturaleza sexual que no incluyen contacto

2.3 Clasificación de agresión sexual contra la infancia: evidencia y sospecha

2.3.1 Evidencia de Agresión Sexual contra la Infancia (ASI)¹

2.3.1.1 Casos urgentes

2.3.1.2 Casos no urgentes

2.3.2 Sospecha de Agresión Sexual contra la Infancia (ASI)

3. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ESPECÍFICA

3.1 Protocolo de actuación ante evidencia de ASI

3.1.1 Protocolo de actuación ante agresión sexual contra la infancia con contacto físico reciente:

3.1.1.1 Evaluación inicial

3.1.1.2 Evaluación secundaria

3.1.1.2.1 Anamnesis

3.1.1.2.2 Cuándo y cómo notificar al Juzgado de Guardia de manera urgente

3.1.1.2.3 Exploración física

3.1.1.3 Evaluación terciaria:

3.1.1.3.1 Pruebas complementarias

3.1.1.3.2 Tratamientos específicos

3.1.1.4 Diagnóstico CIE 10

3.1.1.5 Alta y seguimiento

3.1.1.5.1 Criterios de ingreso

3.1.1.5.2 Alta domiciliaria

3.1.1.5.3 Documentos y actuaciones antes del alta

¹ Se hace referencia a Agresión Sexual contra la Infancia con el acrónimo ASI para facilitar la lectura del texto pero incluye tanto la infancia como la adolescencia.

3.1.2 Protocolo de actuación ante agresión sexual contra la infancia con contacto no reciente o sin contacto físico

3.1.2.1 Introducción

3.1.2.2 Anamnesis y exploración física

3.1.2.3 Notificación judicial

3.1.2.4 Pruebas complementarias: Despistaje ITS y test de embarazo

3.1.2.5 Diagnóstico CIE 10

3.1.2.6 Alta y seguimiento

3.1.2.6.1 Documentos y otras actuaciones previas al alta

3.1.2.6.2 Seguimiento posterior y valoración de situación psicológica

3.2. Protocolo de actuación ante casos de sospecha de agresión sexual contra la infancia

4. FLUJOGRAMAS

4.1 Urgencias de Pediatría

4.2 Pediatría de Atención Primaria

5. BIBLIOGRAFÍA

6. ANEXOS

Anexo 1 Tipología Cibervictimización Sexual Infantil

Anexo 2 Indicadores de ASI

Anexo 3 Prerredactado para informe ASI

Anexo 4 Entrevista al NNA: evitar victimización secundaria

Anexo 5 Notificación al juzgado de sospecha inicial de ASI

Anexo 6 Persona agresora menor de edad. Particularidades.

Anexo 7 Exploración anogenital reglada. Clasificación de Adams

Anexo 8 Infecciones causadas por contacto sexual

Anexo 9 Solicitud pruebas de laboratorio: ejemplo de perfil ASI

Anexo 10 Documento de cadena de custodia muestras

Anexo 11 Petición de tóxicos en sangre/orina si sospecha de sumisión química

Anexo 12 Resumen tablas tratamiento ITS, VHB y VIH en urgencias

Anexo 13 Desprotección infantil: definición

Anexo 14 Trabajo multidisciplinar. Intervención de diferentes profesionales

Anexo 15 Parte de lesiones

Anexo 16 Directorio de recursos

Anexo 17 Derivación Servicios Sociales Municipales desde Atención Primaria

Glosario de siglas, acrónimos y abreviaturas:

ABCDE: Airway (vía aérea)/ Breathing (respiración)/ Circulation (circulación)/ Disability (déficit neurológico)/ Exposure (exposición)

AP: Atención Primaria

ASI: Agresión Sexual Infantil

AU: Anticoncepción de emergencia

CCEE: Consultas Externas

CIE-10: Clasificación internacional de enfermedades 10ª revisión

CMV: Citomegalovirus

DM: Dosis máxima

EF: Exploración física

FUR: Fecha última regla

HRF: Hematimetría, recuento y fórmula

IGHB: Inmunoglobulina específica frente a VHB

IM: Intramuscular

ITS: Infección Transmisión Sexual

LOPIVI: Ley Orgánica de Protección Integral a la Infancia y Adolescencia frente a la violencia

NNA: Niños, niñas y adolescentes

PCR: Reacción en cadena de la polimerasa

PPE: Profilaxis post-exposición

PSQ: Psiquiatría

SAV: Servicio de Asistencia a la Víctima

SFUS: Servicio Foral de Urgencias Sociales

SMUS: Servicio Municipal de Urgencias Sociales

SSM: Servicios Sociales Municipales

SNC: Sistema Nervioso Central

SQ: Sumisión Química

TEP: Triángulo de evaluación pediátrica

UCIP: Unidad Cuidados Intensivos Pediátricos

VHB: Virus hepatitis B

VHC: Virus hepatitis C

VHS 1: Virus herpes simple tipo 1

VHS 2: Virus herpes simple tipo 2

VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana

VO: Vía oral

VPH: Virus del papiloma humano

VVZ: Virus varicela zóster

1. OBJETIVO

Establecer con claridad las actuaciones de asistencia y notificación a realizar ante situaciones de sospecha de **Agresión Sexual contra la Infancia (ASI)** y la adolescencia en pediatría: servicio de urgencias y consultas de atención primaria u hospitalaria (tanto del ámbito público como privado).

El sistema de salud juega un papel clave en la detección de los casos de agresión sexual contra los niños, niñas y adolescentes (en adelante NNA) ya que puede ser el inicio de las acciones dirigidas al diagnóstico, tratamiento, protección, seguimiento, así como la puerta de entrada a la red de apoyo social. Lo que hagamos en este primer contacto puede condicionar la respuesta o actitud del NNA y el trabajo interdisciplinar que el NNA y su familia necesitarán.

Se deberá tener en consideración que la notificación de la sospecha o evidencia de un caso de agresión sexual es obligación legal de las personas profesionales del ámbito sanitario (recogida en el código deontológico, la LOPIVI y la ley de enjuiciamiento criminal) y no requiere el consentimiento de las o los progenitores o representantes legales del NNA. Es nuestra responsabilidad actuar así ante cualquier sospecha. Como profesionales de la salud nos corresponde notificar la sospecha y coordinarnos con el resto de servicios para proteger a los NNA. Nuestras primeras actuaciones (detección y notificación) tendrán consecuencias directas en la posterior recuperación de los NNA.

Población diana: NNA que haya sufrido una agresión sexual menor de 14 años (ámbito pediátrico), aunque sería aplicable a víctimas hasta los 16 años.

2. PRINCIPIOS GENERALES

2.1 Definición de violencia sexual contra la infancia y adolescencia

Se considera **violencia sexual contra la infancia y adolescencia** cualquier acto de naturaleza sexual realizado por parte de una persona adulta a un NNA menor de 18 años, los actos de carácter sexual realizados en un contexto de abuso de una situación de superioridad o de vulnerabilidad de la víctima o llevados a cabo bajo coerción, manipulación o uso de violencia.

Se incluyen las actividades sexuales impuestas por un NNA a otro si el primero es considerablemente mayor que la víctima o está en una situación de poder o control sobre ella.

La **ley Orgánica 10/2022**, del 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual **elimina la distinción entre agresión y abuso sexual**, considerándose agresiones sexuales todas aquellas conductas que atenten contra la libertad sexual sin el consentimiento de la otra persona.

La legislación vigente (**Ley Orgánica 1/2015**) establece la edad del **consentimiento sexual en los 16 años**. La realización de actos de carácter sexual con menores de 16 años será considerada como un hecho delictivo, salvo que se trate de relaciones consentidas libremente con una persona próxima a la o el menor por edad y grado de desarrollo o madurez. No es aplicable a los casos de trata con fines de explotación sexual donde el consentimiento es irrelevante cuando las víctimas son menores de edad (artículo 177 de Código Penal).

Dentro de la violencia sexual encontramos diversas formas:

- **Contacto sexual.**
- **Actos de naturaleza sexual que no incluyen contacto.**
- **Violencia sexual a través de internet y nuevas tecnologías:** imágenes de abuso sexual infantil, *grooming*, *sextorsión*... (anexo 1).
- **Explotación sexual infantil (ESIA) y trata de personas con fines de explotación sexual.** Un NNA es víctima de ESIA cuando participa en actividades sexuales a cambio de algo, ya sea beneficio económico o promesas de obtención de beneficios. La trata de personas menores de edad con fines de explotación sexual es una problemática más compleja que atenta contra los derechos y la dignidad de las personas. Un NNA víctima de trata es captado, transportado, acogido y recibido con fines de explotación sexual desde dentro o fuera de un país; exista o no coacción, intimidación o engaño, uso de violencia, abuso de una situación de superioridad, de necesidad o de vulnerabilidad. Dada la complejidad de ambos términos no serán abordados en el presente protocolo.
- **Otros tipos de violencia sexual:** matrimonio forzado; actos violentos contra la integridad sexual de las mujeres, como la mutilación genital femenina y las inspecciones obligatorias para comprobar la virginidad; denegación del derecho a utilizar métodos anticonceptivos o a adoptar otras medidas de protección contra las infecciones de transmisión sexual.

2.2 Tipología de violencia sexual que se aborda en este protocolo.

AGRESIÓN SEXUAL CONTRA LA INFANCIA (ASI):

2.2.1 Contacto sexual realizado o intentado:

- Contacto sin penetración: tocamientos, masturbación del agresor² a la víctima o viceversa.
- Penetración: vaginal, anal, oral ya sea por partes del cuerpo (pene, dedos) como por introducción de objetos.

2.2.2 Actos de naturaleza sexual que no incluyen contacto:

- Pedirle al NNA que se desnude, mostrarle los órganos sexuales, mostrarle material pornográfico, diálogos sexuales, proposiciones obscenas de carácter sexual, hacer presenciar a un NNA actos de carácter sexual. Se consideran incluidos en los actos de carácter sexual los que realice el NNA con un tercero o sobre sí mismo a instancia del agresor.

2.3 Clasificación de agresión sexual contra la infancia: evidencia y sospecha.

Se consideran a efectos de este protocolo dos cauces de actuación diferenciados.

² Dado que en la mayoría de los casos la persona agresora es un hombre, en este protocolo se ha optado por utilizar el masculino para referirse al agresor, de cara a facilitar la lectura.

2.3.1 Evidencia de ASI.

Cuando existan **indicadores altamente específicos** (A y/o B; anexo 2):

A) La **revelación** por parte del NNA (en fase de detección y derivación siempre ha de ser tratada como evidencia sin tener en cuenta el contexto donde surja la revelación).

B) **Indicadores físicos**: dolor, sangrado o secreción genital o anal inexplicable; erosiones, contusiones y hematomas en la zona genital, anal o en senos; equimosis por succión en cuello o mamas; dificultad para andar y sentarse; ropa interior rasgada o manchada; presencia de esperma, semen, antígenos específicos (PSA), o enzimas (p. ej. fosfatasa ácida), pelo púbico en boca, ano, genitales, ropa; infecciones de transmisión sexual o embarazo.

En los casos de **evidencia de ASI** se ha de diferenciar entre **casos urgentes y no urgentes**.

2.3.1.1 Casos urgentes (precisan derivación hospitalaria urgente):

- Agresión sexual con **contacto AGUDO o RECIENTE (*)**:
 - Hasta **10 días** en casos de **penetración vía vaginal en púberes** o sospecha de **sumisión química**.
 - Hasta **72 horas**, en el resto de agresiones.
- Necesidad de instaurar **tratamiento urgente**:
 - Manifestaciones **físicas o psicológicas** que requieran tratamiento urgente.
- Necesidad de **protección urgente** de la víctima.

() Abarca tanto agresión esporádica reciente, como abuso reiterado con última agresión reciente. **Este límite temporal no debe entenderse como un límite estricto**. Si hay dudas, será el médico o la médica forense quien decida si se recogen o no muestras de interés legal tras la valoración del caso.*

2.3.1.2 Casos no urgentes (no precisan derivación hospitalaria urgente):

Aquellos en los que la agresión **no es reciente**, no precisa **tratamiento médico ni psicológico urgente**, **ni protección urgente** o existe revelación del NNA pero **sin que haya habido contacto físico**.

2.3.2 Sospecha de ASI

Cuando existan **indicadores comportamentales** en el NNA observados por profesionales o la familia, o suposiciones de terceras personas, pero sin indicadores físicos ni revelación por parte del NNA (anexo 2).

- **Indicadores comportamentales:** Conductas sexuales impropias de la edad (masturbación compulsiva con objetos, caricias bucogenitales, pedir ser tocado en el área genital, conductas sexualmente seductoras). Agresiones sexuales a otros NNA. Conocimiento sexual precoz e inapropiado para su edad. Promiscuidad en adolescentes.
- **Indicadores inespecíficos** (pueden observarse como reacciones ante diversas situaciones de estrés): llanto, trastornos del sueño y el apetito, enuresis secundaria, encopresis, conductas regresivas, depresión, ansiedad, aislamiento, falta de control emocional, fobias repetidas y variadas, culpa o vergüenza extremas, desórdenes funcionales, agresiones, fugas, consumo excesivo de alcohol y drogas, conductas autodestructivas o intentos de suicidio, etc.

Estos indicadores son tan inespecíficos, que muchas veces el realizar un diagnóstico de sospecha de agresión sexual supone una gran dificultad para el o la profesional. El equipo de profesionales de Agintzari dependiente de la Diputación Foral de Bizkaia ha desarrollado una herramienta web (<http://screening.agintzari.com/screening/>) diseñada a modo de screening, que pretende orientar a los diferentes colectivos profesionales implicados en la protección y promoción de la infancia, a establecer la existencia de una sospecha fundada de agresión sexual infantil (aunque dicha sospecha siempre requerirá de una valoración posterior por parte de un equipo especializado).

Hay que prestar especial atención a los comportamientos sexualizados y los cambios bruscos de comportamiento sobre todo cuando no se hayan dado alteraciones en su entorno que justifiquen el cambio de conducta del NNA e incluir la agresión sexual como una posibilidad. Además, es importante tener en cuenta que los NNA que han sido abusados sexualmente pueden estar aparentemente asintomáticos (lo que no significa que los hechos no hayan podido ocurrir).

3. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ESPECÍFICA

3.1 Protocolo de actuación ante evidencia de ASI

3.1.1 Protocolo de actuación ante agresión sexual infantil con contacto físico reciente:

- Ante cualquier actuación que se vaya a realizar en el siguiente circuito se debe garantizar la **privacidad del NNA, extremar las medidas de confidencialidad y evitar la victimización secundaria**: nuestra actitud, gestos, exploración, etc. puede suponer para el paciente una agresión más. No prolongar el interrogatorio más de lo necesario. Evitar que tenga que repetir el relato de los hechos.
- El lugar más adecuado para la atención de una ASI con contacto físico reciente será la **Urgencia de Pediatría del hospital de referencia**. El lugar más adecuado para la atención de una ASI con contacto físico reciente será la Urgencia de Pediatría del hospital de referencia (H.U. Araba, H.U. Gurutzeta-Cruces, H.U. Basurto y en Gipuzkoa en el H.U. Donostia o en los hospitales comarcales correspondientes a cada paciente [H.Zumárraga, H. Alto Deba, H.Mendaro, H.Bidasoa]) siempre y cuando la actividad y situación asistencial lo permitan con objetivo de evitar la victimización secundaria. Si no es posible su atención, los pacientes de los hospitales comarcales de Gipuzkoa se derivarán al H.U Donostia previo contacto telefónico, para asegurar la atención sanitaria antes del traslado del paciente.

- En el caso en que haya consultado **en atención primaria tras la revelación de la agresión a una tercera persona, se realizará la derivación hospitalaria** tras la entrevista inicial al acompañante sin la presencia de la persona menor de edad (ver apartado 3.1.1.2.1 a). Se realizará la atención médica de estabilización inicial que precise y se deberá derivar al hospital de referencia más cercano, para que se realicen las exploraciones o pruebas pertinentes, advirtiéndole que no se realicen cambios de ropa. La o el profesional que deriva **elaborará un informe** donde se recoja lo que ha escuchado **sin entrevistar ni explorar a la víctima**. En caso de que sea el NNA quien nos haga la revelación se realizará una escucha activa sin entrevistar. Es recomendable que la o el facultativo avise al servicio de Urgencias donde se ha derivado la víctima de que ésta se encuentra en camino. Si es necesario el tratamiento urgente de lesiones físicas o emocionales el medio de traslado será una ambulancia tras contacto con el centro de coordinación. En el resto de casos para el traslado de la víctima al centro hospitalario, sobre todo si es preciso proteger a la víctima o asegurar su llegada al centro hospitalario, se puede solicitar el acompañamiento por parte de la Ertzaintza o Policía Municipal. Es recomendable hacer la petición de que a poder ser acudan agentes mujeres, sin uniformar y en patrulla sin rotular.
- En paralelo en el caso de Bizkaia, se puede contactar con el Servicio de Atención Integral para víctimas de violencia sexual, que informarán y pondrán en valor la asistencia especializada, especialmente sobre el acompañamiento (acompañamiento social/ psicológico a la persona menor de edad y a sus familiares o personas del entorno) con desplazamiento al lugar donde esté la víctima desde el primer momento).

3.1.1.1 Evaluación inicial

- **Triaje. TEP.** Si el paciente o la paciente está estable, posponer triaje hasta su ubicación en un lugar que garantice la confidencialidad. Papel fundamental de enfermería.
- Aproximación **ABCDE**: Tratamiento urgente de lesiones físicas/síntomas emocionales si precisa.
- Evitar actuaciones que puedan interferir en la posterior toma de muestras de interés legal (lavados, cambio de ropa, en caso de felación se evitará, en la medida de lo posible, la ingesta de líquidos o alimentos).
- En el tiempo de espera se acompañará constantemente a la víctima tratando de humanizar la situación en la que se encuentra, por lo que tiene que estar acompañada de una persona de confianza. Siempre se debe avisar a los progenitores a no ser que haya sospecha de que puedan ser los perpetradores.

3.1.1.2 Evaluación secundaria:

3.1.1.2.1 Anamnesis

Debe realizarse por la médica o el médico **con más experiencia y acompañado de un testigo** siempre que sea posible.

- a) Historia recogida del o de la **acompañante sin la presencia del NNA** para evitar contaminar su relato, reseñando brevemente lo referido. Hay elementos importantes que deben constar en la historia clínica por lo que se recomienda crear un *prerredactado de informe ASI* para tenerlos en cuenta (anexo 3):

- **Identificar al o a la acompañante:** registrar quien acompaña al NNA. Relación con el NNA. Nombre y DNI. Comprobar dirección y teléfono de contacto.
- **Motivo sospecha ASI:** revelación, indicadores físicos, comportamentales o inespecíficos (anexo 2).
- **Tipo de ASI:** con o sin contacto.
- **Lugar y tiempo** transcurrido: fecha y hora.
- **Medidas** realizadas **antes de su llegada.**
- **Datos** del supuesto **agresor:** edad, relación con el NNA, testigos.
- **Antecedentes personales.** Se debe preguntar específicamente por posible **discapacidad** ya que es un factor de especial vulnerabilidad para ASI.
- **Historia ginecológica.**
- **Síntomas** actuales y pasados: síntomas genitourinarios o gastrointestinales, quejas somáticas...
- Si el agresor es un familiar preguntar por entorno sociofamiliar, especialmente por entorno de violencia de género.

b) Historia **recogida al NNA sin su acompañante** si es posible, Fundamental si la persona acompañante es sospechosa de ser la agresora o encubridora. Realizada por el médico o la médica forense y pediatra.

La información con fines legales se obtendrá en otro momento de manera más específica y por profesionales cualificados (en la prueba preconstituida).

- El relato del NNA es la **pieza fundamental** en el diagnóstico.
- Para entrevistar al NNA a solas pediremos el **consentimiento verbal** a la familia y lo señalaremos en nuestro informe. Si el NNA manifiesta que quiere quedarse con su acompañante le pediremos que no intervenga en la entrevista y que evite hacer gestos que puedan condicionar el relato.
- **Evitar la victimización secundaria:** no prolongar la entrevista (anexo 4). La información con fines legales se obtendrá en otro momento de manera más específica (prueba preconstituida).
- En el caso de que no acudiera el médico o la médica forense siempre realizar la **entrevista con otro profesional sanitario.**
- Crear **clima de confianza, preguntas abiertas y con lenguaje sencillo:** ¿Sabes por qué estás aquí? ¿Quieres contarme qué te pasó ayer?
- Reflejar la historia que refiere, **anotar literalmente usando entrecomillado.** Registrar también la actitud/estado emocional del NNA durante la entrevista.
- Si no se puede realizar por edad (<3 años), no cooperación o negativa de los padres dejarlo reflejado.
- Nuestra actitud debe ser de **escucha activa.** El NNA debe sentir que estamos entendiendo su relato (anexo 4).
- El estado emocional del NNA secundario a la violencia sexual puede ser muy variable.

3.1.1.2.2 Cuándo y cómo notificar al Juzgado de Guardia de manera URGENTE

Si ha habido **contacto físico reciente**, se debe comunicar **SIEMPRE de forma inmediata al juzgado de guardia (o a Fiscalía de menores** en el caso de que la persona presuntamente agresora sea también menor de edad o esté la víctima en situación de desprotección) con independencia de que su familia desee presentar la denuncia correspondiente.

Se realizará **notificación vía telefónica o por escrito según las indicaciones** del organismo legal competente. Se recomienda siempre que sea posible hacerlo **por escrito** (anexo 5).

Dadas las particularidades que presenta un caso cuando la persona agresora es menor de edad se recomienda la lectura del anexo 6.

El juez o la jueza de guardia determinará la necesidad de la asistencia de la o el médico **forense**. Salvo en el supuesto de gravedad **se esperará a que se persone para realizar la entrevista clínica y la exploración física al NNA**. Ubicar a la víctima en un lugar que se garantice su **intimidad y seguridad**. **Evitar** las actuaciones que puedan **interferir en la posterior toma de muestras** de interés legal (comer, beber o lavado de genitales).

La posibilidad de **contactar con la policía** dependerá de la necesidad de protección de la persona menor de edad. Además, se puede contactar para el inicio de la investigación policial y la policía se encargará de informar a la víctima de los derechos que le asisten, entre ellos la asistencia letrada gratuita. En Bizkaia en el centro de crisis también se presta un servicio de información y asesoramiento legal a las víctimas y familiares y se realiza coordinación con el turno de oficio especializado.

La **notificación judicial por parte de los profesionales sanitarios es una obligación legal** que no requiere consentimiento por parte de la familia. La notificación se hará independientemente de la denuncia posterior de la familia. Puede pasar que desde el Juzgado de Guardia soliciten la denuncia por parte de la familia antes de enviar a la médica o el médico forense pero la familia no esté dispuesta a denunciar por diferentes razones. En este caso se contactará con Fiscalía para valorar la apertura de diligencias previas y la participación del profesional forense. Es importante saber que las denuncias particulares pueden impulsar los procesos judiciales y, por lo tanto, recomendaremos a la familia la interposición de dicha denuncia, pero hay que recalcar que **la denuncia no es imprescindible ni obligatoria para hacer la notificación al juzgado por parte de los y las profesionales sanitarios ni para la actuación judicial**.

Si se sospecha que el NNA está **en situación de desprotección**, además de al juzgado de guardia se debe **notificar a Fiscalía de Menores**, y proceder al ingreso del NNA o avisar a los servicios sociales de urgencia para decidir cuál es el mejor destino para el NNA hasta clarificar el entorno familiar.

3.1.1.2.3 Exploración física:

Es importante tener en cuenta que los NNA que han sido agredidos sexualmente pueden estar aparentemente asintomáticos, lo que no significa que los hechos no hayan podido ocurrir.

Una exploración normal no excluye el abuso. **En el 90- 95% de los casos la exploración es normal.**

- **No duplicar innecesariamente la exploración.** Realizarla **conjunta** (pediatra, médico o médica forense en colaboración con enfermería y valorar avisar a ginecología o cirugía si es preciso) **y en un único acto.**

- Durante la exploración física, el NNA estará **acompañado** por una persona adulta de su confianza.
- **Explicar al NNA** todo lo que se va a realizar, de forma adaptada a su edad. Se hará primero una exploración general buscando otros signos o síntomas de posible maltrato y después se explorará el área anogenital. Durante la exploración es recomendable hablar con el NNA sobre aspectos generales como pueden ser sus gustos, el colegio... para intentar que esté lo más relajado posible.
- **No utilizar métodos de contención**, valorar sedación si precisa.
- Respetar su pudor.

Exploración general por aparatos:

- Reflejar el estadio de Tanner. Buscar signos de posible maltrato. Explorar zona oral.

Exploración ano-genital reglada:

- En prepúberes utilizar una posición “de rana” o genupectoral o decúbito lateral.
- En adolescentes se realizará en posición ginecológica o decúbito lateral.
- Clasificación de Adams: Guía para la evaluación de los hallazgos anogenitales en contexto de ASI (anexo 7).

La médica o el médico el forense informará a su representante legal de las actuaciones que se van a llevar a cabo y de la finalidad de las mismas y le solicitará el consentimiento escrito para el reconocimiento médico-forense (exploración, toma de muestras y fotografías) y para la divulgación de la información a terceros a través del informe pericial.

3.1.1.3 Evaluación terciaria:

3.1.1.3.1 Pruebas complementarias

a) Toma de muestras de interés médico-legal por parte del o la profesional forense

- Durante la toma de muestras debe estar presente un adulto en el que el NNA confíe y no esté relacionado con el suceso.
- Las muestras genitales serán recogidas, preferentemente por pediatría/ginecología, en presencia del médico o la médica forense y guiados por el mismo.
- En niñas prepúberes, las muestras forenses se obtienen únicamente de las superficies genitales externas, a menos que exista una necesidad médica de usar sedación por otro motivo y se puedan recoger muestras internas sin dolor.
- En el caso de penetración vaginal en púberes se añadirán muestras vaginales.
- La ropa, siempre que esté disponible, debe ser manipulada únicamente por la víctima y recogida en una bolsa después de que el o la paciente se desnude sobre una sábana limpia.
- Las muestras recopiladas deben introducirse en un sobre sellado y etiquetado con el nombre del o de la paciente y la fecha. Serán transportadas personalmente por el o la médica forense para garantizar el rigor en el mantenimiento de la cadena de custodia.

b) Despistaje ITS

El tiempo transcurrido entre los hechos y el primer reconocimiento médico de la víctima **no debe ser un impedimento** para la recogida de muestras para análisis microbiológico.

- **En adolescentes** se recomienda realizarlo **siempre**.
- En **prepúberes** en caso de:
 - Hallazgos físicos que indiquen penetración (genital, anal u oral).
 - Existen signos o síntomas compatibles con ITS.
 - Conviviente en el hogar con ITS.
 - En caso de agresor desconocido, múltiples agresores o si el agresor tiene una ITS o alto riesgo de tenerla.
 - Solicitud por parte de la víctima o la familia.

Hay que recordar que las muestras recogidas **en las primeras 48 horas** tras la exposición pueden dar resultados **falsos negativos**. Si los test iniciales son negativos y no se ha pautado profilaxis, será importante repetirlos en 2 semanas (anexo 8: Infecciones causadas por contacto sexual).

Las muestras se enviarán siempre de forma presencial (personal celador o auxiliar).

b.1) Estudio cito-bacteriológico:

- Se recogerán muestras para cultivos (hisopo azul) y análisis moleculares por PCR (medio de transporte virus) para el diagnóstico de infecciones por *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Ureaplasma parvum*, *Mycoplasma hominis* y *Mycoplasma genitalum*.
- La toma de muestras se realizará en la zona anatómica de la agresión sexual: exudado vaginal, rectal y/o faríngea. En personas con pene es preferible muestra urinaria que muestra uretral dado que existe la posibilidad de recoger una muestra de orina, de la primera parte de la micción para realizar PCR de los gérmenes mencionados y es más fácil e indoloro. Se recomienda recoger la primera fracción de orina, es decir los 15-20 ml iniciales o sino después de al menos 2-4 horas sin orinar, para infección uretral asintomática.
- En **niñas prepuberales** las muestras vulvo-vaginales externas son adecuadas. Para los niños con secreción uretral, una muestra de secreción meatal es un sustituto adecuado de una muestra de hisopo intrauretral.
- Si hay lesiones **ulcerosas genitales o en recto** se debe realizar una toma de muestra para PCR con la inclusión de las siguientes determinaciones: VHS-1 y 2, VVZ, CMV, *Haemophilus ducrey* (chancroide o chancro blando de Ducrey), *Chlamydia trachomatis* (linfogranuloma venéreo), *Mycoplasma genitalium* y *Treponema pallidum*.
- Si hay **condilomas**: PCR Papilomavirus (medio de transporte de virus).

b.2) Muestras sanguíneas:

- Serología para **VHB** (HBsAg, IgG anti-HBc y anti-HBs), **VHC** (Ac anti-VHC), **VIH** (Ac anti-VH + Ag p24), **T. pallidum** (Ac totales anti T.Pallidum) y **VHS** para conocer el estado serológico basal.
- Analítica sanguínea (HRF, bioquímica con función hepática) antes de instaurar tratamiento postexposición frente a VIH.

Se recomienda en la medida de lo posible estandarizar la petición de la analítica en el programa informático creando un panel específico con el título de AGRESIÓN SEXUAL INFANTIL (ASI) con la propuesta de la siguiente ruta de búsqueda:

PETICIÓN DE PRUEBAS DE LABORATORIO > RUTINA > PEDIATRÍA INFECCIOSAS > ASI

(Ver ejemplo de Osabide Global en anexo 9)

- c) **Test de embarazo:** si menarquia y presunta penetración vaginal.
- d) **Tóxicos en sangre/orina:** si sospecha de sumisión química (anexo 10).
- e) **Valorar la necesidad de valoración urgente por servicio de Psiquiatría** si presenta un cuadro psicoemocional agudo que requiera intervención urgente. El o la médica forense también valorará el estado emocional de la víctima.
- f) **Otras peticiones analíticas o radiológicas:** según la historia clínica y exploración física.

Es importante tener que en cuenta que cualquier muestra tomada a partir de la víctima, incluidas las muestras para el despistaje de ITS, pruebas serológicas, sumisión química o test de embarazo, podrá ser utilizada posteriormente para análisis genéticos con fines de investigación criminal o los resultados derivados de las muestras podrán ser considerados como pruebas judiciales. Por este motivo, se recomienda que en la toma de dichas muestras se rellene el documento de cadena de custodia ver (ejemplo en anexo 11) y quede reflejado en la historia clínica, como documento oficial. Este documento permitirá, en caso necesario, comprobar la trazabilidad de las muestras.

3.1.1.3.2 Tratamientos específicos:

a) Profilaxis ITS (gonococia, clamidiasis y tricomoniasis):

En los casos en los que se ha estimado necesaria la toma de muestras microbiológicas o a petición de la familia, se administrará profilaxis con ceftriaxona + azitromicina + tinidazol (anexo 12).

b) Profilaxis VHB:

- El tipo de profilaxis dependerá de la persona expuesta y de la fuente.
- Se recomienda iniciar la profilaxis lo antes posible, preferentemente **dentro de las primeras 24 horas postexposición**. No existen datos concretos sobre el límite máximo de tiempo para aplicarla, aunque se considera que no se debería iniciar después de 7 días tras exposiciones percutáneas y de **14 días en caso de exposiciones sexuales**.
- En caso de precisar dosis de vacuna frente a VHB o IGHB éstas se administrarán en Urgencias:
 - Vacuna frente a VHB: Engerix B ped ® 10 mcg/0,5 ml, IM en deltoides o HBVAXPRO® 5mcg/0,5 ml IM en deltoides (según disponibilidad).
 - IGHB: dosis única intramuscular en glúteo de 0.06 ml/kg (min 0,5 ml, máx. 5 ml), en zona diferente a la de la vacuna.
 - IGHB (Igantibe®) 1000 UI/5mL.

c) Profilaxis frente VHC: no existe opción.

d) Vacunación frente al VPH: se recomienda iniciar o completar la vacunación frente VPH en el NNA que ha sufrido una agresión sexual. GARDASIL 9 ® jeringa precargada.

e) Profilaxis post-exposición (PPE) VIH:

- **Indicación controvertida**, individualizar cada caso dada la alta toxicidad de manera conjunta con la sección de Infectología Pediátrica. La decisión final deberá incluir siempre la opinión de la familia.
- **Se iniciará únicamente si:**
 - Existe contacto directo de semen, fluidos vaginales o sangre del agresor con genitales, ano o boca de la víctima.
 - **No han transcurrido más de 72 horas** desde la exposición (preferiblemente en las primeras 2 horas postexposición).
 - El NNA y la familia están dispuestos a realizar el seguimiento, conociendo los efectos secundarios del mismo, y a mantener el mismo durante 4 semanas.
- **En caso de iniciar PPE:**
 - Deberemos realizar hemograma y pruebas de función renal/hepática antes de su inicio.
 - Se recomienda preparar un **kit de medicación antirretroviral de urgencia** (que contiene el tratamiento para el inicio urgente de la PPE. Se les debe administrar medicación para continuar tratamiento domiciliario hasta el día de la consulta en infectología.
 - La duración de la PPE será de **28 días**.
 - Principales efectos secundarios de estas pautas de PPE: malestar general, náuseas, vómitos y diarrea. Deberemos informar al NNA y a su responsable legal del riesgo de que se presenten y de la actitud a tomar.

f) Anticoncepción de emergencia (AU):

Se pautará si menarquia, contacto de riesgo y menos de 120 h desde el abuso.

Si < 48 horas	Levonorgestrel (Norlevo ®, Postinor ®) 1,5 mg en dosis única v.o.
De 48 h a 120 h	Acetato de ulipristal (Ellaone ®) 30 mg dosis única v.o. No se recomienda su uso en asma grave tratado con corticoides orales (porque puede disminuir su eficacia).

- La seguridad de los AU permite ofrecerla **incluso si la niña o adolescente no está segura de si la penetración ha ocurrido**.
- Pueden provocar náuseas y vómitos, manchado o sangrado vaginal en los días siguientes.
- Confirmar próxima regla o realizar prueba de embarazo a las 3 semanas.
- Se informará que en caso de embarazo puede optar a su interrupción según los supuestos legales vigentes.

Se puede tomar simultáneamente la anticoncepción de emergencia, los antibióticos para las ITS y la PPE por VIH, sin perjuicio alguno.

- g) Tratamiento específico de lesiones físicas:** Profilaxis antitetánica si precisa. (DIFTAVAX® jeringa precargada a partir de 7 años) si precisa según estado vacunal. Si < 7 años, administrar vacuna hexavalente (VAXELIS® a partir de 6 semanas de vida.
- h) Tratamiento psiquiátrico urgente:** individualizar.

3.1.1.4 Diagnóstico (CIE 10):

- **T74.22X Abuso sexual infantil, confirmado** (incluye agresión sexual)
- **T76.22X Abuso sexual infantil, sospecha** (incluye agresión sexual)

3.1.1.5 Alta y seguimiento

3.1.1.5.1 Criterios de ingreso:

- **Gravedad de las lesiones** físicas o psíquicas.
- **Cuando la protección del NNA NO esté asegurada**
 - Realizar ingreso hospitalario hasta clarificar entorno familiar y contactar con servicios sociales mediante el o la trabajadora social del entorno profesional o servicio municipal/foral de urgencias sociales (SMUS/SFUS).
 - Si no existen indicaciones médicas de ingreso puede ser necesario valorar derivar a centro de acogida por parte del SMUS/SFUS.
 - Ante la negativa de los padres contactar con el Juzgado de Guardia.
 - Si se sospecha situación de desprotección de la persona menor de edad, se debe notificar también al Servicio de **Infancia y Fiscalía de Menores** (anexo 13: concepto de desprotección infantil y ASI).
- **A petición del juez o de la jueza, del NNA o su familia.**

3.1.1.5.2 Alta domiciliaria:

- **Si la protección del NNA está asegurada y no presenta criterios de ingreso** se puede dar de alta notificando previamente la situación a todos los estamentos pertinentes en cada caso (anexo 14). Dejar constancia en el informe de alta.

3.1.1.5.3 Documentos y actuaciones antes del alta:

a) Informe clínico:

- El informe clínico de alta hospitalaria lo realizará el o la pediatra. Este informe será objetivo, descriptivo y reflejará los procedimientos efectuados, los tratamientos administrados y el seguimiento que se plantee. Dejar por escrito si la entrevista y el reconocimiento médico se realiza en presencia del médico o de la médica forense.

- Imprimir **2 copias**: una para la familia y otra para el Juzgado de Guardia. Para remitir este informe al juzgado Osakidetza ha implantado una plataforma integrada con el Sistema de Gestión Procesal Avantius Euskadi para interactuar con la Administración de Justicia. Es el sistema que debe ser utilizado para enviar notificaciones telemáticas al sistema judicial, en cada centro existen personas autorizadas con certificado digital y claves para poder realizar esta gestión a través de un enlace electrónico. Hasta su implantación se puede utilizar el fax siempre con carátula precedida de que se trata de información con carácter confidencial.

b) Otros documentos:

- **Parte de lesiones (seleccionar parte de MALOS TRATOS):**
En Osakidetza desde urgencias se accede en Osabide global >> Datos generales del paciente >> otros datos >> malos tratos: siempre que no acuda el médico o la médica forense y haya lesiones físicas o manifestaciones psíquicas o emocionales (anexo 15). En el parte de lesiones se resumirán las circunstancias de sospecha de agresión sexual infantil y se hará referencia al informe clínico completo que será más detallado.
- El **informe pericial** para el juzgado lo realizará la o el médico forense. Si acude será el o la médica forense el encargado de realizar el parte de lesiones.

c) Otras actuaciones antes del alta para garantizar el seguimiento adecuado de la víctima (anexo 14).

c.1) Comunicar el caso a Servicios Sociales mediante interconsulta. Siempre hay que notificar a Servicios Sociales, ya que son a quienes les compete la protección de los NNA.

c.2) Comunicar al equipo de Pediatría de AP mediante una consulta indicando que debe leer el evolutivo/informe de urgencias y/o al referente de pediatría social de la zona vía correo electrónico o vía telefónica. Al tratarse de casos que precisan mucha empatía se dará prioridad a realizar un contacto telefónico con su pediatra habitual además de la consulta en su agenda. En caso de que se tenga conocimiento de que su pediatra de referencia esté ausente o sea una plaza no cubierta por pediatra, se recomienda nombrar a pediatras de atención primaria correctamente formados en ASI en cada OSI que puedan coordinar mejor el seguimiento. Se debe garantizar el seguimiento posterior coordinado y valorar derivación a los recursos específicos y/o al centro de salud mental.

- d) **Valorar derivación a Infectología Infantil** si se han tomado muestras para despistaje de ITS y para seguimiento o valoración de PPE frente a VIH.
- e) Si presenta lesiones que Ginecología considera que precisan seguimiento, se citará a la paciente en **consultas externas de Ginecología**.
- f) Si **test de embarazo** negativo, aconsejar repetir en 15 días.
- g) Se proporcionará el teléfono del **Servicio de Asistencia a la Víctima** (SAV, anexo 16) para que la familia contacte si precisa asesoramiento sobre sus derechos y procedimientos legales. Es importante recalcar que la víctima y su familia tienen derecho a un abogado de oficio gratuito desde el momento en que deseen interponer una denuncia.

En el caso de que la víctima sea de Bizkaia existe un servicio integral (centros de crisis de 24 horas) que puede ser activado desde el primer momento. Es un servicio que engloba atención psicológica, jurídica y social. Servicio en marcha desde diciembre del 2023 que atenderá a víctimas menores de edad hasta que se establezca el servicio de atención especializado para niñas, niños y adolescentes. Atiende a víctimas y a profesionales (anexo 16).

- h) Será importante recomendar a la víctima que debe **continuar con sus rutinas habituales** en la medida de lo posible. Es importante explicar a la familia que deben mantener la calma, evitar comentarios desagradables o negativos en presencia de la víctima en aras de ayudar a su recuperación.

3.1.2 Protocolo de actuación ante agresión sexual infantil con contacto no reciente o sin contacto físico

3.1.2.1 Introducción

Ante cualquier actuación que se vaya a realizar en el siguiente circuito se debe garantizar la **privacidad del NNA, extremar las medidas de confidencialidad y evitar la victimización secundaria**: nuestra actitud, gestos, exploración, etc. puede suponer para el o la paciente una agresión más. No prolongar el interrogatorio más de lo necesario. Evitar que tenga que repetir el relato de los hechos.

En el caso que se observen indicadores altamente específicos de agresión sexual infantil (revelación y/o indicadores físicos) con contacto NO reciente o SIN contacto y que NO precisan tratamiento ni protección urgente, **el lugar más adecuado para la atención** de la víctima será la consulta de su pediatra de referencia en **Atención Primaria**. El sistema de salud debe atenderles tan pronto como sea posible, pero no como una emergencia. Si el entorno del **centro de salud lo permite no requieren derivación a urgencias** (teniendo en cuenta el horario de atención al público, infraestructura...).

Si la víctima consulta en urgencias se seguirá el mismo circuito que en el caso del contacto reciente siempre con contacto posterior con su pediatra de Atención Primaria. Se considera adecuado que el pediatra que detecta haga la notificación a los Servicios Sociales.

3.1.2.2 Anamnesis y exploración física

- **Se realizará la historia al acompañante sin presencia del NNA** como se ha descrito anteriormente (Ver punto 3.1.1.2.1 a). Se recomienda utilizar el preredactado para realizar el informe y no olvidar lo que es necesario preguntar (anexo 3: preredactado informe ASI).
- **Entrevista al NNA sin presencia del acompañante** como se ha descrito anteriormente salvo que la víctima desee estar acompañada por una persona de confianza que no debe intervenir (ver punto 3.1.2.1 b) con otro profesional o con el médico o la médica forense. Evitar victimización secundaria (anexo 4).
- Exploración física general incluida inspección genital visual.

3.1.2.3 Notificación Judicial

- **Notificar el caso al Juzgado de guardia (o a Fiscalía de Menores** en caso de que la persona agresora sea menor de edad o la víctima se encuentre en situación de desprotección) vía telefónica. El juez o jueza de guardia decidirá la asistencia de la o el médico forense. Este hecho es especialmente importante si se ha recibido una revelación ya que puede ser de interés judicial que el o la profesional forense se incorpore a la entrevista clínica de la víctima. En la mayoría de los casos es posible que nos encontremos con una negativa por considerar innecesaria la toma de muestras de interés médico legal, pero no por ello debemos dejar de realizar esta conexión telefónica para su consideración. Se recuerda que si no acude la o el médico/a forense se debe realizar tanto la entrevista como la exploración con un testigo. **Si el médico o la médica forense no acude, una copia del informe médico se enviará por el programa Avantius al juzgado junto con el parte de lesiones.**
- La **inmediatez de la notificación** judicial puede variar según el caso. En general, se recomienda una notificación judicial inmediata aunque podría demorarse en algunas situaciones hasta un máximo de 48 horas.

3.1.2.4 Pruebas complementarias: Despistaje ITS y test de embarazo

- Si hay indicación se debe realizar despistaje de ITS (se recomienda contar con un panel específico dónde se indique qué hay que solicitar, ver ejemplo en anexo 9).
- Las indicaciones para el despistaje son las mismas que en los casos con contacto reciente. Las muestras microbiológicas en caso de ser necesarias se recogerán en el mismo momento de la exploración. Según el caso se citará para realizar analítica sanguínea a la mañana siguiente en el centro de salud.
- Valorar necesidad de incorporación de matrona según disponibilidad en cada centro de salud.
- Valorar la realización de test de embarazo si procede.
- Como en el caso de agresión reciente, es importante tener en cuenta que cualquier muestra tomada a partir de la víctima, podrá ser utilizada posteriormente como prueba judicial. Por este motivo, se recomienda que en la toma de dichas muestras se rellene el documento de cadena de custodia (ver ejemplo de AP en anexo 11) y quede reflejado en la historia clínica. Este documento permitirá, en caso necesario, comprobar la trazabilidad de las muestras.

3.1.2.5 Diagnóstico (CIE 10):

- **T74.22X Abuso sexual infantil, confirmado** (incluye agresión sexual)
- **T76.22X Abuso sexual infantil, sospecha** (incluye agresión sexual)

3.1.2.6 Alta y seguimiento

3.1.2.4.6 Documentos y otras actuaciones previas al alta

a) **Informe clínico:** el informe clínico lo realizará el o la pediatra. Este informe será objetivo, descriptivo y reflejará los procedimientos efectuados. Dejar por escrito si la entrevista y el reconocimiento médico se realiza en presencia de la médica o el médico forense (ver prerredactado informe ASI anexo 3).

- Imprimir **2 copias:** una para la familia y otra para el Juzgado. El informe se remitirá al juzgado por el programa Avantius. Se debe conocer de antemano a los responsables de cada OSI que serán los encargados de realizar esta gestión.

b) Parte de lesiones: se realizará siempre que no acuda el médico o la médica forense ya que sirve de base a la notificación. En Osakidetza buscar en Osabide Global primaria dentro del apartado GESTOR DE INFORMES → INFORME CLÍNICO → PARTE DE LESIONES/JUDICIAL (ver ejemplo en anexo 15). Como en el caso anterior se realizará un parte resumido haciendo alusión al informe clínico completo que lo acompañará. Es recomendable que se haga referencia en el mismo al hecho de si los hallazgos (anamnesis, lesiones, resultados de pruebas complementarias...) son compatibles con un posible caso de agresión sexual.

c) Notificación a Servicios Sociales: Se valorará el destino más adecuado para cada víctima y dicha derivación puede realizarse de varias maneras en función de cada OSI. Si existe trabajador o trabajadora social de atención primaria se realizará una interconsulta para coordinar y gestionar la derivación. En el caso de que no exista dicha figura, se realizará la derivación a Servicios Sociales municipales. En algunos municipios existen hojas de derivación específicas pero, también se puede utilizar la existente en Osabide Global AP, (anexo 17) si la protección de la víctima está asegurada. Si hay indicios de posible desprotección se debe comunicar a Fiscalía de Menores y avisar al SMUS/SFUS pero en estos casos sería más indicada la derivación a urgencias para garantizar la protección del NNA.

- En estos supuestos, lo más importante es asegurar la PROTECCIÓN DE LA PERSONA MENOR DE EDAD Y SEPARACIÓN DEL SUPUESTO AGRESOR.

Si la protección del NNA no está asegurada, remitir a Urgencias de Pediatría para realizar ingreso hospitalario hasta clarificar el entorno familiar o contactar con Servicios Sociales de urgencia. También ante la negativa de los padres a contactar con el Juez de Guardia telefónicamente. Si se sospecha situación de desprotección, se debe notificar también al **Servicio de Infancia y Fiscalía de Menores**. Lo realizará el propio SFUS/SMUS o en caso de ingreso al día siguiente desde planta de hospitalización.

d) Otros recursos que ofrecer a la víctima y a su familia: La familia puede encontrarse en una situación de shock por lo que se explicarán todos los pasos que se realizan y se recomendará llamar a una persona de confianza para el acompañamiento, así como anotar todos los pasos por escrito. Es importante recalcar que la notificación judicial por parte de un profesional es independiente de la acusación particular que pueda querer interponer la familia. Podemos ponernos en contacto con la figura del Hurbiltzaile de la comisaría que corresponda y solicitar que una patrulla acuda al centro de salud para atender a la víctima y a la familia para explicar en qué consiste la denuncia, y el acompañamiento posterior a casa o a la Ertzain-Etxea para interponer la denuncia. Es importante que la familia de la víctima sepa que tiene derecho a un abogado de oficio de forma gratuita desde el primer momento, incluso para redactar la denuncia y se debe informar sobre la existencia de **Servicio de Atención a la Víctima** de cara al asesoramiento judicial. En el caso de las agresiones en Bizkaia se puede contar con el Servicio de Atención a la víctima de violencia sexual (ver anexo 16).

3.1.2.6.2 Seguimiento posterior y valoración de situación psicológica:

Los pediatras de atención primaria deben saber que se puede realizar una valoración psicológica/psiquiátrica de forma preferente si se considera necesaria pero que no se recomienda que la víctima reciba terapia hasta la realización de la prueba preconstituida para no contaminar su relato. En el directorio del presente protocolo (anexo 16) se resumen los posibles recursos de seguimiento psicológico disponibles según la provincia y la posible situación de desprotección. Cabe destacar que los familiares, figuras muy importantes en el sostén psicológico de la víctima, sí pueden iniciar terapia o recibir indicaciones del manejo psicológico de las víctimas antes de la prueba preconstituida y esto puede resultar de gran ayuda. Una vez avance el proceso judicial, además de la evaluación y medidas iniciales, es imprescindible un adecuado seguimiento sanitario de los NNA. Se debe asegurar que se recibe apoyo psicológico de las posibles secuelas en unidades de tratamiento especializadas.

Será importante recomendar a la víctima que en la medida de lo posible debe continuar con sus rutinas habituales siempre que su estado físico y emocional lo permita.

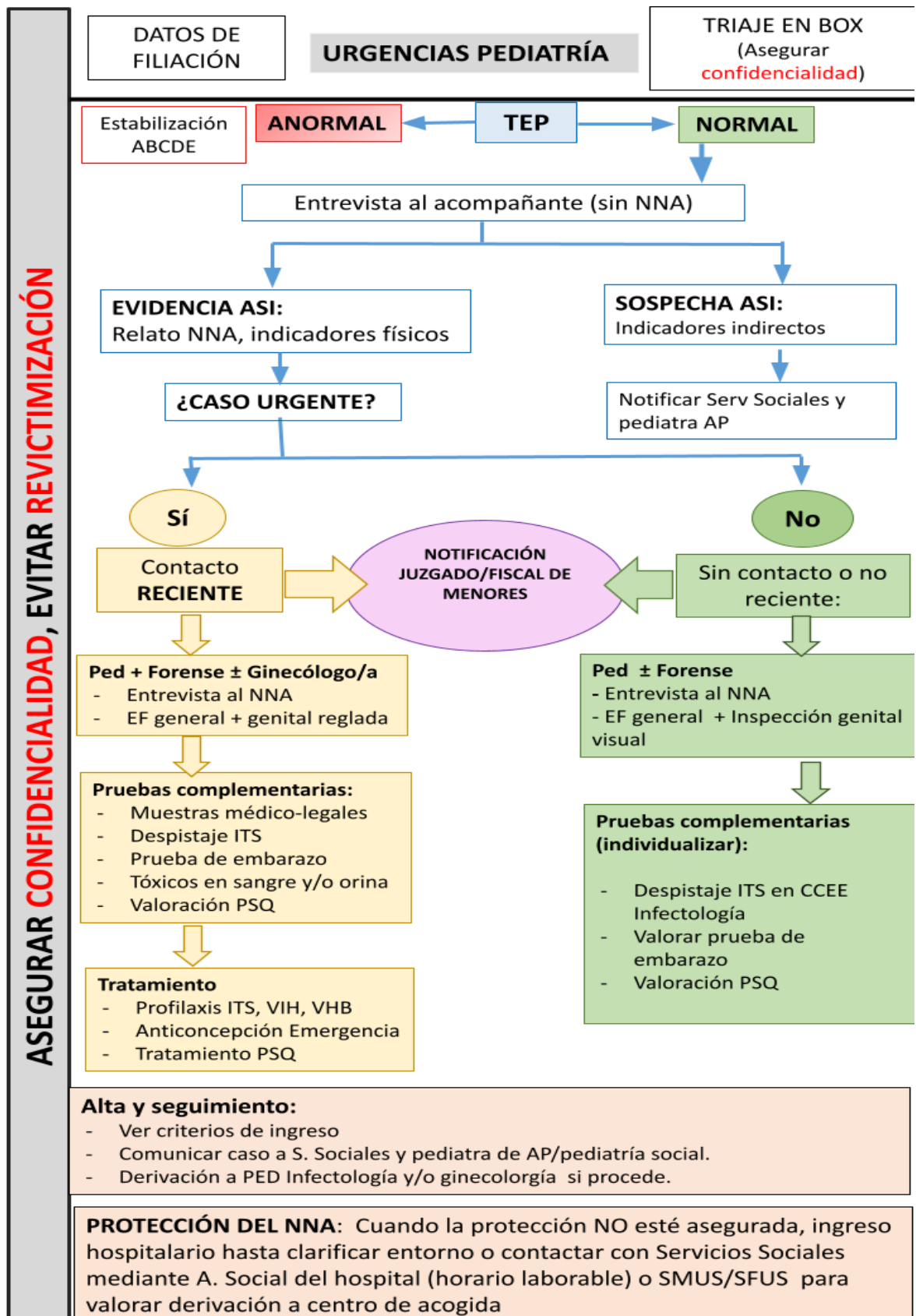
3.2 Protocolo de actuación ante casos de sospecha de agresión sexual infantil

La sospecha se basará en **indicadores comportamentales** en el NNA observados por profesionales o la familia, o **suposiciones de terceras personas**, pero sin indicadores físicos ni revelación por parte del NNA.

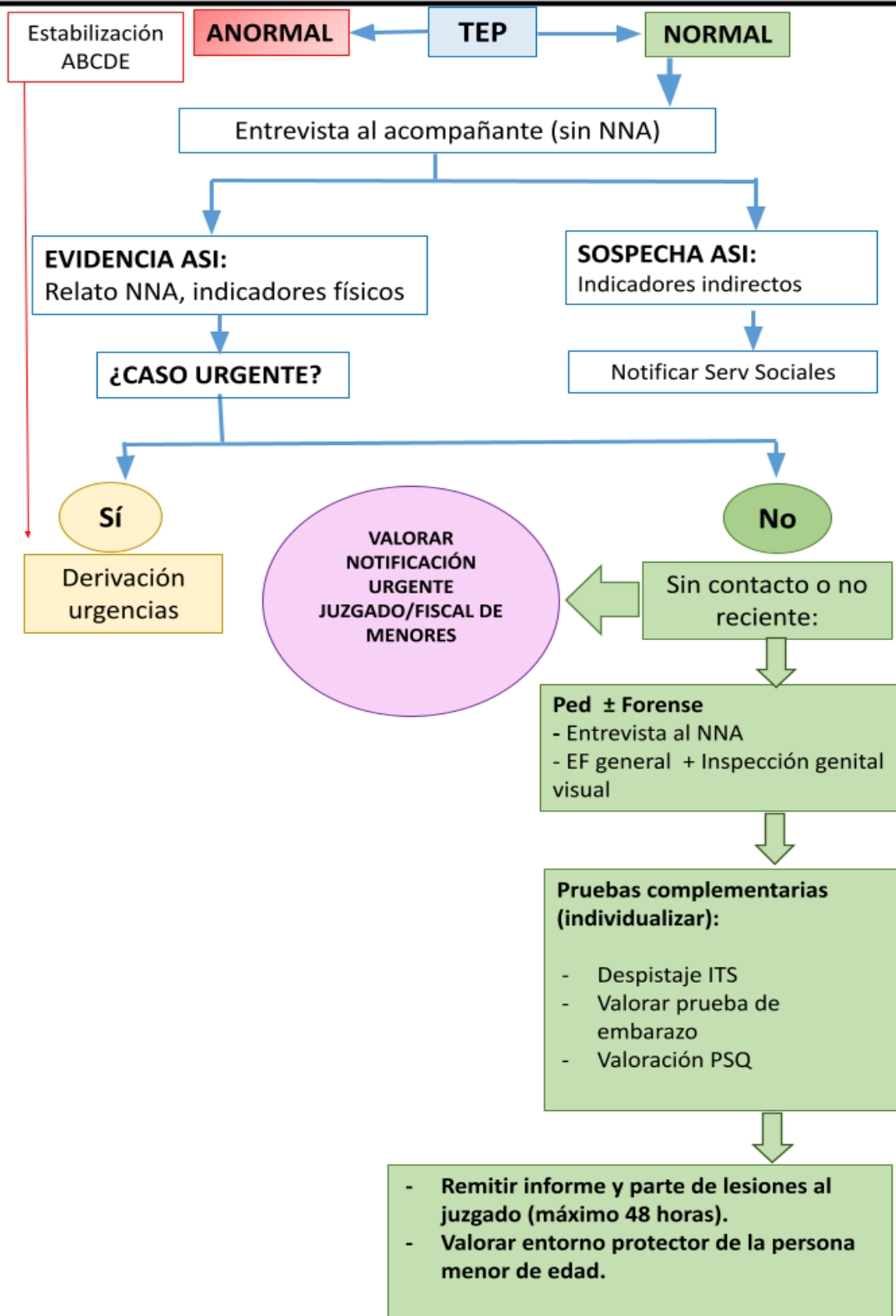
- El sistema de salud debe atenderles tan pronto como sea posible, pero **no** como una emergencia. No requieren derivación a urgencias.
- Se realizará la historia al acompañante como se ha descrito anteriormente.
- **En estos supuestos NO notificaremos el caso al Juzgado de guardia ni Fiscalía de menores ya que los indicadores son inespecíficos.**
- **NO se interrogará al NNA** si se observan indicadores comportamentales pero será necesario **considerar una valoración psicológica** en un recurso más especializado. En caso de recibir testimonios de terceras personas o si se observan indicadores comportamentales muy sugestivos se pueden realizar preguntas abiertas y en caso de recibir una revelación pasar al apartado anterior de evidencia de ASI.
- Exploración física general incluida inspección genital visual.
- Si el diagnóstico no es muy claro o es una situación de riesgo de que pueda llegar a producirse una agresión sexual el diagnóstico más correcto hasta la valoración más profunda del caso es **V629 Distocia social**.
- Realizar siempre notificación a **Servicios Sociales** quienes realizarán una valoración del caso.
- Si la sospecha es altamente sugestiva (sobre todo si se sospecha que un familiar es el perpetrador) se debe valorar la necesidad de protección urgente de la víctima. Se valorará la derivación urgente a

servicios sociales o urgencias de pediatría hasta clarificar el caso. Será preciso notificar el caso al juzgado de guardia si se precisan medidas cautelares de protección.

4. FLUJOGRAMAS



PEDIATRÍA AP



Alta y seguimiento:

- Comunicar caso a S. Sociales.
- Valorar siempre que la protección de la víctima esté asegurada.
- Derivación a PED Infectología y/o ginecología si procede.

5. BIBLIOGRAFÍA

Actuación en la atención a menores víctimas en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Ministerio de Justicia. Secretaría General Técnica, 2018. Disponible en https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/5688_d_ActuacionAtencionMenoresVictimas.pdf.

Adams JA, Farst KJ, Kellogg ND. Interpretation of Medical Findings in Suspected Child Sexual Abuse: An Update for 2018. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2018 Jun;31(3):225-231.

Centers for Disease Control. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. 2021. Disponible en <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/sexual-assault-children.htm>

Diez Sáez C., Estopiña Ferrer G, Gancedo Baranda A. Abuso sexual infantil. En: Gancedo Baranda A, editor. Manual para la atención a situaciones de Maltrato Infantil. Editorial Grupo 2, Comunicación Médica 2021.

Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual.

Protocolo de actuación ante sospecha de agresión sexual y abuso sexual contra la infancia y adolescencia. Organización sanitaria integrada Bilbao Basurto; 2022.

Protocolo de actuación médico-forense ante la violencia sexual en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Ministerio de Justicia. Secretaría General Técnica, 2021.

Recomendación General del Ararteko 2/2021, de 18 de mayo. Pautas de actuación en casos de abuso y explotación sexual de niños, niñas y adolescentes en Euskadi. Ararteko-Defensoría del Pueblo del País Vasco.

Saitua G. (2021). [Ilustración]. En Gancedo Baranda A, editor. Manual para la atención a situaciones de Maltrato Infantil (p. 55, 56). Editorial Grupo 2, Comunicación Médica 2021. Reimpresión autorizada.

Documento de consenso diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes. Ministerio de Sanidad 2024.

6. ANEXOS

Anexo 1. TIPOLOGÍA DE CIBERVICTIMIZACIÓN SEXUAL INFANTIL

1. **Sextorsión**: este término viene de la contracción de las palabras sexo y extorsión. Ocurre cuando una persona chantajea a un NNA con la amenaza de publicar contenido audiovisual o información personal de carácter sexual que le involucra. De este modo, se entra en la dimensión online del chantaje que puede durar horas, meses o años y que puede llevar a cabo una persona tanto conocida como desconocida por la víctima.
2. **Online grooming o ciberembaucamiento** (acoso o abuso sexual online): es un delito por el cual una persona adulta contacta con un NNA a través de internet, ganándose poco a poco su confianza con el propósito de involucrarle en una actividad sexual. Esta puede ir desde hablar de sexo y obtener material del mismo tipo, hasta mantener un encuentro sexual. Aun cuando no se alcance este objetivo, también son considerados *online grooming* todos los actos materiales encaminados a conseguirlo.
El proceso en el que se establece el vínculo de confianza es muy parecido a la agresión sexual infantil física. El embaucamiento es una fase inicial en la que se aísla a la víctima poco a poco, desprendiéndola de su red de apoyo y generando un ambiente de secretismo e intimidad. En este caso, al disponer de un medio tecnológico para actuar, quien abusa suele enviar primero al NNA material sexual (además de ir introduciendo el tema de forma paulatina en las conversaciones), utilizar una identidad falsa (haciéndose pasar por una persona menor de edad) y adaptar el lenguaje a la edad de la víctima.

****Ciberacoso sexual entre menores de edad**: El acoso sexual en internet también puede ser cometido por personas menores de edad. Si bien puede no seguir las mismas pautas o estrategias que en el online grooming, es un tipo de violencia que afecta gravemente a los NNA. El ciberacoso sexual suele suceder entre personas menores de edad que sí se conocen (la pareja o expareja, compañeros o compañeras de clase), pero también puede provenir de una persona desconocida que contacta a través de la red.

3. **Sexting sin consentimiento**: el término *sexting* es el resultado de la contracción de sex (sexo) y texting (envío de mensajes), y se utiliza para denominar el intercambio de mensajes o material online con contenido sexual.
Se trata de conductas o prácticas consistentes en la producción de cualquier tipo de imágenes digitales en las que aparezcan NNA de forma desnuda o semidesnuda y en su transmisión a más NNA, ya sea a través de la telefonía móvil o el correo electrónico, o mediante su puesta a disposición de terceros a través de internet. Pueden ser fotos propias en posturas provocadoras o con desnudos; o bien fotos o vídeos en el momento de las relaciones sexuales que se envían a otras personas. Los y las adolescentes han incorporado esta práctica a su forma de relacionarse, pero la mayoría no son conscientes de que el *sexting* es una conducta de alto riesgo. Desafortunadamente, en el momento en que el mensaje es enviado escapa del control de quien lo envía. El *sexting* sin consentimiento es una forma de violencia, ya que la víctima no da su autorización para su difusión. Así, desemboca en otras formas de violencia como el ciberacoso o la difusión de pornografía infantil que acaba compartida en una red en manos de quienes abusan de menores online.
Existe un fenómeno que puede calificarse como *sexting* sin consentimiento llamado «pornografía de venganza», que se caracteriza por la difusión de imágenes íntimas, habitualmente de la expareja, con el objetivo de dañarla y humillarla públicamente.
4. **Happy slapping** (bofetada feliz, en español): define la violencia que consiste en la grabación de una agresión, física, verbal o sexual hacia una persona, que se difunde posteriormente mediante las tecnologías de la comunicación. La agresión puede ser publicada en una página web, una red social, una conversación a través del teléfono móvil, etc. El happy slapping suele conllevar una red extensa de personas que participan en la victimización, al compartir o reenviar el vídeo a sus múltiples contactos.
En el happy slapping, la agresión física, verbal o sexual es sólo una primera fase. Una vez esta agresión principal termina, la difusión de la misma a través de internet hace que el daño persista

y que la persona agredida no pueda escapar de ser victimizada una y otra vez, pudiendo ser vista por decenas, centenares o miles de personas de manera online. Además, es posible que no sólo persista el daño, sino que se produzcan nuevos tipos de violencia, como el cyberbullying, mediante comentarios insultantes, o incluso, puede derivar en una nueva violencia offline si la víctima es reconocida por las imágenes. En el happy slapping no siempre se pretende dañar o humillar a la víctima. Algunas personas únicamente quieren generar contenido que consideran «gracioso» o «entretenido» para ganar popularidad en internet.

5. **Exposición involuntaria a material sexual y/o violento**: hoy en día muchísimos NNA tienen acceso ilimitado a la red. Al usar internet, realizar búsquedas o descargar archivos se encuentran con material de escenas sexuales o violentas. En nuestro país uno de cada dos menores de edad recibe este contenido de forma totalmente involuntaria. También es posible que el contenido sea enviado al NNA por una persona desconocida, familiar, amigo o amiga, bien mediante un chat de conversación, o que utilice algún dispositivo para obligarle a mirar. En este caso, estaríamos ante una forma de exposición que denominamos exhibicionismo, ya que aquí, sí que hay una figura responsable que muestra al NNA el material.

Bibliografía: Informe sobre violencia viral de Save the Children
https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/informe_violencia_viral_1.pdf

Anexo 2. INDICADORES AGRESIÓN SEXUAL INFANTIL

**** Es importante tener en cuenta que los NNA que han sido agredidos sexualmente pueden estar aparentemente asintomáticos y que la exploración será normal en el 90-95% de los casos, lo que no significa que los hechos no hayan podido ocurrir.**

Los indicadores inespecíficos están presentes en casi la totalidad de las víctimas.

Indicadores altamente específicos:

Si bien la presencia de estos indicadores infiere una **altísima probabilidad** de que los abusos sexuales han ocurrido, **su ausencia no descarta** la posibilidad de que haya ocurrido un abuso sexual.

Físicos

- Lesiones en zona genital, anal, perianal o senos (erosiones, contusiones, laceraciones, hematomas) para los que no hay una explicación o es inadecuada.
- Dolor, sangrado o secreción genital o anal que no tiene explicación médica.
- Sugilaciones (chupetones) en cuello o mamas.
- Dificultad para andar y sentarse.
- Infecciones de transmisión sexual
- Presencia de semen o pelo púbico en boca, ano, genitales, ropa.
- Embarazo

Indicadores de probable abuso sexual

Todos ellos indicadores psicológicos, **son compatibles con el abuso sexual**, pero no lo señalan de manera unívoca.

Es importante que los trastornos señalados por los indicadores se evalúen teniendo en cuenta la edad y el nivel evolutivo del niño, niña o adolescente.

- Conductas hipersexualizadas o autoeróticas infrecuentes en niños y niñas de su edad.
 - Masturbación compulsiva
 - Conductas sexualmente inapropiadas para cualquier edad.
 - Variantes peculiares de los comportamientos sexoafectivos adecuados para la edad. ◦ Utilización de la fuerza física o la coerción psicológica para conseguir la participación de otros niños, niñas o adolescentes en los juegos sexuales.

◦ Sexualización precoz: juegos sexuales tempranos acompañados de un grado de curiosidad sexual inusual para la edad. ◦ Juegos sexuales con otros niños, niñas o adolescentes mucho menores o que están en un momento evolutivo distinto o con asimetría de poder. ◦ Acercamientos peculiares a las personas adultas: ▪ Tratar de tocar u oler los genitales de la persona adulta. ▪ Acomodarse sobre una persona adulta en la cama y simular movimientos de coito ▪ Pedir que le introduzca o tratar de introducir la lengua al besar
- Promiscuidad sexual, prostitución o excesiva inhibición sexual (en adolescentes)
- El niño, niña o adolescente muestra conocimientos sexuales inusuales para la edad.
- Fenómenos / trastornos disociativos.

Indicadores inespecíficos

Físicos	. Ciertos trastornos psicósomáticos como dolores abdominales recurrentes y dolores de cabeza sin causa orgánica. . Fenómenos regresivos como enuresis (emisión involuntaria e inconsciente de orina, generalmente nocturna) y encopresis (incontinencia de materia fecal) en niños y niñas que ya habían logrado el control de esfínteres.
----------------	--

Psicológicos	. Comportamientos llamativos y/o inadecuados para el nivel madurativo del NNA que no están asociados exclusivamente con abusos sexuales, sino que pueden observarse como reacciones ante diversas situaciones de estrés y suelen poner de manifiesto los intentos por defenderse y adaptarse a variadas experiencias traumáticas agudas y crónicas.
Infancia temprana (<3 años)	◦ Retraimiento social ◦ Alteraciones en el nivel de actividad junto con conductas agresivas o regresivas ◦ Temores inexplicables ante personas o situaciones determinadas ◦ Alteraciones en el ritmo de sueño

Prescolares	◦ Síndrome de estrés post-traumático ◦ Hiperactividad ◦ Conductas regresivas ◦ Trastornos del sueño (pesadillas, terrores nocturnos) ◦ Fobias y/o temores intensos
Escolares y pre adolescentes	◦ Cualquiera de los trastornos observables en etapas anteriores ◦ Dificultades de aprendizaje o alteraciones en el rendimiento, de aparición brusca e inexplicable ◦ Fugas del hogar ◦ Retraimiento llamativo o, por el contrario, hostilidad y agresividad exacerbada en el hogar, con sus amigos y amigas, con compañeros y compañeras de estudio. ◦ Sobreadaptación, pseudomadurez ◦ Conflictos con las figuras de autoridad, junto con marcada desconfianza hacia las personas adultas significativas ◦ Pequeños robos ◦ Mentiras frecuentes ◦ Sentimientos de desesperanza y tristeza
Adolescentes	◦ Conductas violentas, con riesgo para su integridad física ◦ Retraimiento, sobreadaptación. ◦ Fugas del hogar ◦ Consumo de drogas ◦ Delincuencia ◦ Automutilaciones y otras conductas agresivas ◦ Intentos de suicidio

Tomado de Recomendación General del Ararteko 2/2021, de 18 de mayo. Pautas de actuación en casos de abuso y explotación sexual de niños, niñas y adolescentes en Euskadi. Ararteko-Defensoría del Pueblo del País Vasco.

Anexo 3. EJEMPLO PRERREDACTADO INFORME ASI

ANTECEDENTES PERSONALES:

No alergias conocidas. Vacunación correcta para su edad, incluida antitetánica y VHB.

Posible discapacidad o factores de especial vulnerabilidad: Si/No. Especificar.

Historia ginecológica si menarquía. FUR.

MOTIVO DE CONSULTA:

Acude por posible agresión sexual infantil acompañado por ... (identificar al acompañante: relación con NNA, nombre y DNI. Comprobar dirección y teléfono de contacto).

Se realiza una entrevista inicial al o la acompañante sin la presencia del NNA obteniendo la siguiente información:

- Por qué sospecha ASI: revelación/ indicadores físicos/ comportamentales y/o inespecíficos.
- Tipo de ASI: con/ sin contacto.
- Lugar y tiempo transcurrido: Hogar/domicilio/escuela. Fecha y hora.
- Datos del supuesto agresor: edad/ relación con el NNA/ testigos.
- Medidas realizadas antes de su llegada: No/ sí (especificar).
- Periodicidad: única/repetida.
- Síntomas actuales y pasados. Síntomas genitourinario o gastrointestinal, quejas somáticas...
- Si agresor familiar preguntar por entorno sociofamiliar, especialmente por violencia de género.

Tras dicha entrevista se decide contactar con Juzgado de Guardia/Fiscalía de menores con intervención del médico o la médica forense para la valoración del caso. Se espera a su llegada para realizar la entrevista clínica a la víctima.

Se realiza la entrevista clínica a la víctima en presencia del o de la profesional forense sin su acompañante. Refiere... *se recuerda crear clima de confianza, preguntas abiertas y con lenguaje sencillo: anotar literalmente usando entrecortado. Registrar también la actitud del NNA durante la entrevista. Si no se puede realizar por edad (<3 años), no cooperación o negativa de los padres dejarlo reflejado. Nuestra actitud debe ser de escucha activa.*

El estado emocional del NNA secundario a la violencia sexual puede ser muy variable y no descartará la existencia de una posible agresión sexual.

EXPLORACIÓN FÍSICA: (única exploración conjunta. Dejar constancia en el informe de los profesionales presentes. Valorar sedación para evitar victimización secundaria).

TEP: estable (a: normal, r: normal, c: normal)

Buen estado general. Color normal. Hidratación normal. ACP: bvb. Otoscopia: normal. Orofaringe: normal.

No exantemas. No se observan lesiones externas compatibles con maltrato físico. Estadio Tanner:

Exploración anogenital sin alteraciones externas. (Si lesiones describir minuciosamente. Usar referencia métrica).

** una exploración física normal no excluye una ASI.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Toma de muestras de interés judicial se realizará por parte del médico o de la médica forense.
- Despistaje ITS: estudio citobacteriológico y analítica sanguínea.
- +/- Test de embarazo.
- +/- Tóxicos en sangre/orina.
- +/- Interconsulta psiquiatría.
- Otros.

TRATAMIENTO RECIBIDO

- Profilaxis antibiótica ITS/Vacunación VHB.
- Profilaxis postexposición VIH.
- Anticoncepción de urgencia.

EVOLUCIÓN:

Tras notificación del caso al Juzgado de Guardia (o Fiscalía de menores) el Juez o la jueza decide la presencia del médico o la médica forense (--) en el hospital para exploración conjunta con S. Pediatría y Ginecología. Se recogen muestras correspondientes y se inicia profilaxis según protocolo.

Se realiza interconsulta a Servicios Sociales e Infectología para seguimiento.

Se informa a la familia de la conveniencia de interponer una denuncia del hecho sucedido.

DIAGNÓSTICO

- AGRESIÓN SEXUAL INFANTIL (T74.22X)
- DIAGNÓSTICOS SECUNDARIOS

TRATAMIENTO AL ALTA

Si la protección del NNA está asegurada y no presenta criterios de ingreso.

- Completar profilaxis ITS y otros tratamientos según pauta indicada.
- Se recomienda seguir las instrucciones del Juzgado.
- Acudirá a consultas de Infectología para seguimiento y resultados en la fecha indicada.
- Se contactará desde consultas de Pediatría Social/Pediatría de Atención primaria/Servicios Sociales para seguimiento.
- Si test de embarazo negativo, se aconseja repetir en 15 días.
- Se proporciona el teléfono del Servicio de Asistencia a la Víctima (SAV: 944 018 487, 900 400 028) para que la familia contacte si precisa asesoramiento sobre sus derechos y procedimientos legales.

Anexo 4. ENTREVISTA AL NNA: EVITAR VICTIMIZACIÓN SECUNDARIA

Debe realizarse por el o la médica más experta y siempre acompañada. Valorar la posibilidad de que elija el sexo del o de la pediatra. Entrevistar primero al adulto acompañante y luego al NNA, ambos por separado. No juzgar, mantener actitud neutra, pero de escucha activa.

El relato del NNA es la pieza fundamental en el diagnóstico de ASI.

Inicialmente crear un clima de confianza con preguntas abiertas y lenguaje sencillo. Se puede iniciar la entrevista con preguntas del tipo: ¿sabes por qué estás aquí?, ¿quieres contarme lo que te pasó ayer?

NO PONGAS EN DUDA LO QUE TE ESTÁ DICIENDO con frases como: ¿pero estás seguro?, ¿no será mentira?, ¿no te lo habrás imaginado? Nunca repetir preguntas ni contradecir el testimonio. No mostrar extrañeza ni incredulidad.

NO CULPABILICES NI JUZGUES con frases como: ¿cómo te dejaste hacer eso?, ¿por qué no lo has dicho antes?

NO APREMIAR NI FORZAR a que realice la revelación, respetar el tiempo que necesite.

NO ETIQUETES, no te refieras a él o ella como la víctima.

MANTÉN LA CALMA. Da señales de que controlas la situación.

CONTROLA TU LENGUAJE NO VERBAL. Caras de asco, pena o sorpresa pueden provocar que la víctima no siga con la revelación.

ESCUCHA CON ATENCIÓN SIN INTERRUMPIR. Se recomienda asentir de vez en cuando para que la víctima comprenda que la estamos entendiendo. Cuando termine se pueden hacer preguntas abiertas sin interferir en la posible respuesta.

RECONOCE LA VALENTÍA POR CONTARLO: “has sido muy valiente”, “has hecho lo correcto al contarlo”.

DESCULPABILIZA: hazle saber abiertamente que no es su culpa.

NO PROMETAS NADA que no puedas cumplir (“ahora que lo has contado no volverá a pasar”, “todo irá bien”...).

Refleja en la historia el vocabulario utilizado entrecomillado. Es importante reflejar también en la historia el lenguaje no verbal y la actitud/estado emocional de la víctima (nerviosismo, inquietud, miedo...).

Es importante tener en cuenta que los NNA que han sido agredidos sexualmente pueden estar aparentemente ASINTOMÁTICOS, lo que no significa que los hechos no hayan podido ocurrir.

Anexo 5. NOTIFICACIÓN AL JUZGADO DE SOSPECHA INICIAL DE ASI

D^a/D..... con ejercicio profesional en
el Hospital Universitario/Centro de salud.....
siguiendo el PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE SOSPECHA DE AGRESION
SEXUAL CONTRA LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA que orienta la práctica de esta institución,
adjunto remito, de modo reservado y para protección de la víctima y de sus datos personales,
informe (parcial) comunicando los hechos presuntamente acaecidos.

Datos personales de la víctima:

Acude a este servicio por presentar:

Producidas por (según sus declaraciones):

En la fecha:

En el municipio:

En el contexto (familiar, escolar, etc):

Nº de colegiado:

Teléfono de contacto del servicio:

Anexo 6. PERSONA AGRESORA MENOR DE EDAD. PARTICULARIDADES

Para entender cómo se regula en el ordenamiento jurídico español la responsabilidad penal de las personas menores de edad, se debe tener presente que existen diferencias según cuál sea la edad de la persona menor de edad: si se trata de una persona menor de 18 años pero mayor de 14 años, o si aún no ha alcanzado esta última edad. Se atenderá a la edad del sujeto en el momento en el que se producen los hechos delictivos. Será irrelevante que alcance la mayoría de edad durante el procedimiento judicial dirigido a establecer su responsabilidad penal. Cuando la medida adoptada consista en el internamiento en régimen cerrado, y el decimotercero cumpleaños del condenado tenga lugar durante su cumplimiento, el/la juez/a competente podrá determinar, mediante resolución judicial, el traslado a un centro penitenciario hasta que finalice este internamiento.

La responsabilidad penal de las personas menores de 18 años y mayores de 14 habrá de ser determinada según lo establecido en la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de las personas menores de edad (LORPM). Asimismo, se establecen dos tramos de edad (de 14 a 17 años, y entre 17 y 18 años), que darán lugar a la imposición de medidas de diferente gravedad.

A este respecto, conviene mantener presente que esta ley no recoge penas, sino medidas de carácter sancionador y con aspiraciones educativas. Una de las especialidades introducidas por esta norma consiste en la atribución de la competencia para enjuiciar la comisión de delitos por mayores de 14 años y menores de 18 a los juzgados de menores. Por otro lado, la instrucción en estos procedimientos corresponderá en exclusiva al Ministerio Fiscal. Los menores de 18 años y mayores de 14 que hubieran llevado a cabo algún delito sexual estarán obligados a someterse a programas formativos de educación sexual y de educación en igualdad.

En los supuestos de delitos cometidos por personas menores de 14 años, no se aplicará lo previsto en esta ley para enjuiciar su responsabilidad penal. Es decir, los menores de 14 años son inimputables en España, incluso por la comisión de delitos de carácter sexual, tipificados como tales en el Código Penal.

En cualquier caso, el Ministerio Fiscal también habrá de intervenir, para poner en conocimiento de las entidades públicas los testimonios y otros aspectos que se consideren necesarios para valorar su situación. Será dicha entidad pública la que deba valorar las medidas de protección adecuadas a las circunstancias específicas de cada caso. De cualquier modo, se habrá de responder por los perjuicios causados en el código civil. En atención a lo dispuesto por el artículo 1903 del Código Civil, son los padres quienes habrán de afrontar esta responsabilidad civil, cuando los menores se encuentren bajo su guarda.

NORMATIVA EUSKADI

- Se aplicará para exigir responsabilidad, por la comisión de hechos tipificados como faltas o delitos, a las personas mayores de 14 años y menores de 18 en el momento de los hechos.
- La Fiscalía de Menores recoge las denuncias y realiza la instrucción de las mismas.
- El juzgado competente es el Juzgado de Menores.
- Se enjuicia la responsabilidad penal por los hechos cometidos y la responsabilidad civil derivada de los daños causados.
- Todos los intervinientes, además de la gravedad de los hechos, deben valorar la situación del chico o chica a nivel personal, familiar, formativo-laboral, social, de salud, etc.
- Son principios inspiradores de las actuaciones:- Naturaleza sancionadora- Contenido educativo de las sanciones- De oportunidad- De intervención mínima- De interés superior del menor- De resocialización.

La finalidad de la intervención en la ejecución de las medidas es ofrecer una atención integral a las personas menores de edad que deben cumplir una medida judicial, ofreciendo una intervención educativa orientada hacia la normalización, el desarrollo personal y el tránsito a la vida adulta.

INTERVINIENTES:

Fiscalía de Menores.

- Decide iniciar el expediente para juzgar a la persona menor de edad.
- Realiza las pruebas.
- Decide si envía el caso a un proceso de mediación.
- En su caso, propone la sanción-medida a imponer, a la vista del Informe del Equipo Técnico.

Juzgado de Menores: (Hay 4 en Euskadi).

- Decide la responsabilidad penal y responsabilidad civil.
- Realiza el seguimiento de la ejecución de las medidas.

Abogados/as de menores: puede ser elegido o de oficio (en su caso gratuito).

- Defiende a la persona menor de edad y garantiza el respeto a sus derechos.

Equipo Técnico (Equipo Psicosocial: psicólogos/as, educadores/as sociales y trabajadores/as sociales).

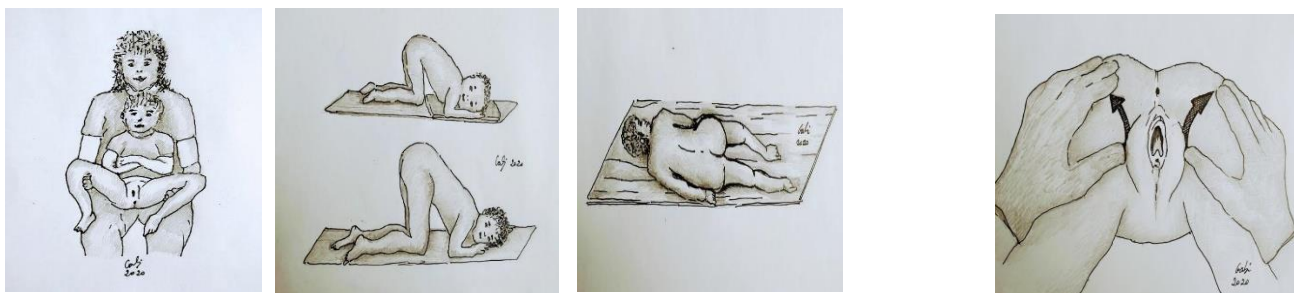
- Realiza los informes sobre la situación personal, familiar, escolar y social de los y las menores de edad, para conocimiento de los y las jueces y fiscales.
- Realiza las funciones de mediación.
- Proponer a Fiscalía, en su caso, la medida educativamente más adecuada a imponer.

Entidad Pública: Servicio de Justicia Juvenil del Gobierno Vasco.

- Ejecuta las medidas dictadas por los Juzgados.
- Para ello, dispone de los medios personales, servicios y programas necesarios para dar una respuesta educativa y de atención integral a los chicos y chicas.
- Para el cumplimiento de sus funciones, la Entidad Pública cuenta con la colaboración, regulada jurídicamente, de entidades privadas sin ánimo de lucro.

https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/justicia_juvenil/es_6169/adjuntos/La%20Responsabilidad%20Penal%20de%20las%20Personas%20Menores%20de%20Edad.pdf

Anexo 7. EXPLORACIÓN ANOGENITAL REGLADA. CLASIFICACIÓN DE ADAMS



Imágenes: Saitua, G (2021). En Díez Sáez C., Estopiñá Ferrer G, Gancedo Baranda A. Abuso sexual infantil. En: Gancedo Baranda A, editor. Manual para la atención a situaciones de Maltrato Infantil. Editorial Grupo 2, Comunicación Médica 2021.

1. **Variantes normales:**

Variantes anatómicas normales de la región genital y perianal. Muchos hallazgos que anteriormente fueron mal interpretados como evidencia de abuso ahora se consideran hallazgos y variantes normales. En particular, la anchura de la abertura del himen no tiene ningún valor.

2. **Hallazgos causados por afecciones médicas distintas de trauma o contacto sexual que pueden confundirse con abuso, diagnóstico diferencial:**

- **Lesiones accidentales anogenitales:** en general son lesiones superficiales de los genitales externos, más comúnmente de labios mayores, labios menores y clítoris. El relato del mecanismo accidental se da habitualmente de modo espontáneo por el o la paciente y es agudo, dramático y consistente. Habitualmente se procura atención médica rápidamente.
- **Otros hallazgos que pueden confundirse con abuso:**
 - Úlcera de Lipschütz y otras úlceras vulvares (Beçhet, Epstein-Barr)
 - Infecciones no relacionadas con el contacto sexual: vulvovaginitis inespecífica o perianitis estreptocócica aisladas...
 - Liquen escleroso y atrófico anogenital.
 - Sinequias vulvares.
 - Prolapso uretral.
 - Fisuras anales por estreñimiento crónico o enfermedad de Crohn, prolapso rectal, proctitis por citomegalovirus.

3. **Hallazgos sin consenso de expertos sobre su significado con respecto a un posible contacto sexual o trauma:** como es la **dilatación anal completa** con relajación de los esfínteres anales internos y externos, o la **sección no completa en el borde del himen**.

4. **Hallazgos causados por trauma:** son **altamente sugestivos** de agresión sexual, incluso en ausencia de una revelación por parte del NNA, a menos que se proporcione una descripción oportuna y verosímil del accidente.

- **Traumatismo agudo en los tejidos genitales/anales:**
 - Laceración aguda o hematomas de labios, horquilla posterior, vaginal, pene, escroto o periné
 - Hematomas, petequias o abrasiones en el himen
 - Laceración aguda del himen, de cualquier profundidad; parcial o completo
 - Laceración perianal con exposición de los tejidos debajo de la dermis

- **Lesiones residuales (cicatrices) de los tejidos genitales/anales:**

Cicatriz perianal, de horquilla posterior

Hendidura completa del himen debajo de la ubicación de las 3 a 9 en punto que se extiende a través de la base del himen, sin tejido himenal discernible en esa localización

Signos de mutilación genital femenina

Anexo 8. INFECCIONES CAUSADAS POR CONTACTO SEXUAL.

Infecciones causadas por contacto sexual (descartada la transmisión perinatal)
Infección por <i>N. gonorrhoeae</i> genital, rectal o faríngea
Sífilis
Infección por <i>C. trachomatis</i> genital, rectal o faríngea
Infección por <i>T. vaginalis</i>
Infección por VIH (si la transmisión por sangre o agujas contaminadas ha sido descartada)
Infecciones que pueden transmitirse por contacto sexual y no sexual
Molusco contagioso en el área genital o anal. En niños pequeños, la transmisión probablemente no sea sexual
Condiloma acuminado (Virus del papiloma humano, VPH) en el área genital o anal. Es más probable que las verrugas que aparecen por primera vez después de los 5 años de edad se hayan transmitido por contacto sexual
Infecciones por VHS tipo 1 o 2 en el área genital o anal. VHS tipo 2 oral.
Infecciones no relacionadas con el contacto sexual
Vaginosis bacteriana o fúngica
Úlceras genitales causadas por infecciones virales como el virus de EpsteinBarr u otros virus respiratorios

Sexually Transmitted Infection Treatment Guidelines, 2021

Anexo 9. PETICIÓN PRUEBAS LABORATORIO. EJEMPLO DE “PERFIL ASI”

Se recomienda la creación de un panel específico con el título de “perfil AGRESIÓN SEXUAL INFANTIL (ASI)” que incluya las siguientes pruebas complementarias:

MUESTRA VAGINAL

Tinción de gram, Levaduras (cultivo), *Neisseria gonorrhoeae* (cultivo), *Trichomonas vaginalis* (cultivo), *Chlamydia trachomatis* (ADN), *Neisseria gonorrhoeae* (ADN), *Trichomonas vaginalis* (ADN), *Ureaplasma urealyticum* (ADN), *Ureaplasma parvum* (ADN), *Mycoplasma hominis* (ADN), *Mycoplasma genitalium* (ADN).

MUESTRA FARÍNGEA

Neisseria gonorrhoeae (cultivo), *Chlamydia trachomatis* (ADN), *Neisseria gonorrhoeae* (ADN), *Ureaplasma urealyticum* (ADN), *Ureaplasma parvum* (ADN), *Mycoplasma hominis* (ADN), *Mycoplasma genitalium* (ADN).

MUESTRA RECTAL

Neisseria gonorrhoeae (cultivo), *Chlamydia trachomatis* (ADN), *Neisseria gonorrhoeae* (ADN), *Ureaplasma urealyticum* (ADN), *Ureaplasma parvum* (ADN), *Mycoplasma hominis* (ADN), *Mycoplasma genitalium* (ADN).

MUESTRA URINARIA 1ª PARTE DE LA MICCIÓN (DE MEATO URETRAL SI SECRECIÓN)

Tinción de gram, *Neisseria gonorrhoeae* (cultivo), *Trichomonas vaginalis* (cultivo), *Chlamydia trachomatis* (ADN), *Neisseria gonorrhoeae* (ADN), *Trichomonas vaginalis* (ADN), *Ureaplasma urealyticum* (ADN), *Ureaplasma parvum* (ADN), *Mycoplasma hominis* (ADN), *Mycoplasma genitalium* (ADN).

ÚLCERA GENITAL(ITS)

Herpes simplex tipo 1 (ADN), *Herpes simplex tipo 2* (ADN), *Haemophilus ducreyi* (ADN), *Varicela Zoster virus* (ADN), *Citomegalovirus* (ADN), *Mycoplasma genitalium* (ADN), *Chlamydia trachomatis* (ADN), *Treponema pallidum* (ADN).

LESIÓN PIEL/MUCOSAS (ITS)

Herpes simplex tipo 1 (ADN), *Herpes simplex tipo 2* (ADN), *Haemophilus ducreyi* (ADN), *Varicela Zoster virus* (ADN), *Citomegalovirus* (ADN), *Mycoplasma genitalium* (ADN), *Chlamydia trachomatis* (ADN), *Treponema pallidum* (ADN).

PAPILOMAVIRUS (LESIÓN PIEL)

Papilomavirus (ADN)

SUERO

VHB Ag superficie, VHBs Ac (anti-HBs Ac), VHB Ac core, VHC Ac, VIH Ag-Ac (VIH-1 Ag p24 - VIH 1-2 Ac), *Treponema pallidum* IgG, *Herpes simplex virus* 1 y 2 IgG, *Herpes simplex virus* 1 y 2 IgM.

TEST EMBARAZO

ABUSO SEXUAL INFANTIL	
Muestra vaginal	
Muestra endocervical	
Muestra faríngea	
Muestra Rectal	
Orina 1ª parte de la micción (ITS)	
Úlcera genital (ITS)	
Lesión piel/mucosas (ITS)	
Papilomavirus (Lesión piel)	
Suero	

Ejemplo panel ASI H.U. Basurto

Anexo 10. DOCUMENTO DE CADENA DE CUSTODIA DE MUESTRAS

DATOS DEL PACIENTE

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRIA/CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Identificación del facultivo/a que indica la obtención de las muestras:

DNI, nombre y apellidos, número de colegiado. Firma.

TIPO	FECHA/HORA	MUESTRA EXTRAIDA POR Identificación (DNI, nombre y dos apellidos. Número de colegiado si facultativo/a). Firma.	LOCALIZACIÓN
☐ Cultivo vulvar			
☐ Cultivo vaginal			
☐ Cultivo rectal			
☐ Orina			
☐ Serologías			
☐ Test de embarazo			
☐ Otras (especificar)			

- Con fines toxicológicos:

MUESTRA	FECHA/HORA	DETERMINACIÓN (especificar)
☐ Sangre		
☐ Orina		

MUESTRA EXTRAIDA POR Identificación (DNI, nombre y dos apellidos. Número de colegiado si facultativo/a)	LOCALIZACIÓN

TRANSPORTADO A LABORATORIO POR

Identificación con DNI, nombre y apellidos. Firma.

RECEPCIÓN EN LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS (a cumplimentar en el laboratorio):

Identificación del responsable de recepción en laboratorio:

Firma:

Una vez cumplimentado el documento de cadena de custodia debe ser incorporado a la historia clínica del paciente.

INSTRUCCIONES DOCUMENTO CADENA DE CUSTODIA DE MUESTRAS

1. Para la extracción de muestras sanguíneas de cadena de custodia, solo lavar la piel con agua y jabón o agua destilada (No usar soluciones antisépticas).
2. Extraer muestras necesarias.
3. Etiquetar cada tubo con las correspondientes etiquetas identificativas del paciente.
4. Meter todos en bolsa cerrada.
5. Cumplimentar el documento adjunto (Documento de custodia de muestras), para firmar por todos los profesionales que intervienen en dicha cadena:
 - a. Médico/a indicador de la muestra
 - b. Enfermero/a que hace la extracción
 - c. Celador/a o auxiliar que hace el transporte
 - d. Técnico de laboratorio que recibe la muestra
6. Enviar muestras inmediatamente al laboratorio junto con documento, entregándoselo el Técnico que firme el documento.
7. Digitalizar el documento de cadena de custodia a la historia clínica del/de la paciente.

PARTICULARIDADES CADENA DE CUSTODIA ATENCIÓN PRIMARIA

Si en la atención de agresión sexual no reciente en atención primaria no se garantiza la cadena de custodia de las muestras de interés clínico estaríamos ante una situación de inferioridad respecto a las víctimas valoradas en el hospital y por lo tanto se recomienda mantenerla siempre.

En este protocolo se ofrecen dos posibles alternativas.

1.- Recoger las muestras en el mismo momento de la valoración como en los centros hospitalarios y el celador/auxiliar del centro se desplace en persona en taxi al laboratorio de referencia y las entregue allí con la firma del técnico. Digitalización posterior del documento a la historia clínica. Se utilizará el mismo documento de cadena de custodia.

2.- En centros de atención primaria en los que la distancia no permita la alternativa 1 se recogerán las muestras microbiológicas a lo largo de la valoración y se introducirán bien identificadas en un sobre cerrado. Una vez cerrado el sobre se incorporará una pegatina del laboratorio con número único de identificación en el precinto del sobre y se firmará el documento de cadena de custodia haciendo alusión a la numeración concreta y que el sobre queda cerrado. Al día siguiente se dará cita en el centro de salud para extraer las serologías necesarias y se procederá a introducir las en otro sobre sellado con una pegatina en las mismas circunstancias. Ambos sobres se introducirán en una bolsa cerrada aparte con el documento de cadena de custodia. El técnico del laboratorio al recibir las muestras deberá firmar que las ha recibido en correctas condiciones y que los sobres no han sido abiertos, es decir, con las etiquetas íntegras con número identificativo concreto.

DOCUMENTO DE CADENA DE CUSTODIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

DATOS DEL PACIENTE

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Identificación del facultivo/a que indica la obtención de las muestras:

DNI, nombre y apellidos, número de colegiado. Firma.

TIPO	FECHA/HORA	MUESTRA EXTRAIDA POR Identificación (DNI, nombre y dos apellidos. Número de colegiado si facultativo/a). Firma.	LOCALIZACIÓN
☐ Cultivo vulvar			
☐ Cultivo vaginal			
☐ Cultivo rectal			
☐ Otras (especificar)			

MUESTRA CERRADA EN SOBRE CON ETIQUETA CON NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN (ETIQUETA ÍNTEGRA)	Identificación del profesional que cierra sobre y firma. Número de etiqueta:
---	---

TIPO	FECHA/HORA	MUESTRA EXTRAIDA POR Identificación (DNI, nombre y dos apellidos. Número de colegiado si facultativo/a). Firma.	LOCALIZACIÓN
☐ Serologías			
☐ Test de embarazo			
☐ Orina			

MUESTRA CERRADA EN SOBRE CON ETIQUETA CON NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN (ETIQUETA ÍNTEGRA)	Identificación del profesional que cierra sobre y firma. Número de etiqueta:
---	---

TRANSPORTADO A LABORATORIO POR

Identificación con DNI, nombre y apellidos. Firma.

RECEPCIÓN EN LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS (a cumplimentar en el laboratorio):

Llega el sobre cerrado sin manipulación de etiqueta identificativa.

Identificación del responsable de recepción en laboratorio:

Firma:

Una vez cumplimentado el documento de cadena de custodia debe ser incorporado a la historia clínica del paciente.

Anexo 11. PETICIÓN DE TÓXICOS EN SANGRE/ORINA SI SOSPECHA SUMISIÓN QUÍMICA.

- Links acceso:

[ACTUACIÓN ANTE SOSPECHA DE AGRESIÓN SEXUAL CONTRA LA INFANCIA \(ASI\) POR SUMISIÓN QUÍMICA \(SQ\). HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES](#)

[ACTUACIÓN EN LA OSI BILBAO BASURTO ANTE VÍCTIMAS DE PINCHAZO CON SOSPECHA DE INTENCIÓN DE SUMISIÓN QUÍMICA PARENTERAL \(versión pediátrica\)](#)

Anexo 12. TRATAMIENTO PROFILÁCTICO ITS EN URGENCIAS

C. TRACHOMATIS, N. GONORRHOEAE, T.VAGINALIS

	Peso < 45 Kg	Peso ≥ 45 Kg
C. trachomatis	Azitromicina, dosis única: 20 mg/kg v.o (DM 1g) Suspensión oral (200 mg/5 ml) Alternativa en >8 años: doxiciclina v.o (2,2 mg/kg/12h, 7 días. DM 100 mg/12horas)	Azitromicina: 1g v.o (dosis única) Comp. 500 mg Alternativa en >8 años: doxiciclina 100 mg cápsulas vo (100 mg/12h, 7 días)
N. gonorrhoeae	Ceftriaxona, dosis única: 50mg/kg im/iv (DM 500 mg) * Alergia a β lactámicos: Gentamicina, dosis única: 2,5mg/kg IM (DM 240 mg) + azitromicina 20 mg/kg v.o dosis única (DM 1g) * si rechaza inyección IM: cefixima 8 mg/kg v.o (DM 400 mg) en dosis única + azitromicina 20 mg/kg v.o (DM 1g)	Ceftriaxona 500 mg im/iv (dosis única) * Alergia a β lactámicos: Gentamicina 240 mg IM (dosis única) + azitromicina 1 g v.o dosis única * si rechaza inyección IM: cefixima 400 mg v.o (dosis única) + azitromicina 1g vo (dosis única)
T. vaginalis	Tinidazol, dosis única: 50-75 mg/Kg v.o (DM 2g) Comp. 500 mg Se puede triturar para dosificar <i>Mejor posología que metronidazol</i>	Tinidazol: 2g v.o (dosis única) Comp. 500 mg <i>Mejor posología que metronidazol</i>
	Alternativa Metronidazol: 15 mg/Kg/día c/8h v.o durante 7 días, Susp 125 mg/5ml.	Alternativa Metronidazol: 2g vo (dosis única) Comp 250 mg
Si ingesta de alcohol reciente o se va a administrar contracepción de urgencia, el tinidazol o metronidazol pueden ser administrados en domicilio al día siguiente para minimizar los potenciales efectos secundarios e interacciones.		

PROFILAXIS FRENTE A VHB

ACTUACIÓN FRENTE A LA PERSONA EXPUESTA				
Serología VHB de la fuente de exposición	No vacunados del VHB o vacunación incompleta	Vacunación completa del VHB: - Determinar anti-HBs ⁽²⁾		
		Respuesta adecuada: anti-HBs ≥ 10 mUI/ml	Respuesta inadecuada: anti-HBs < 10 mUI/ml	
Fuente HBsAg positiva o desconocida	Administrar 1 dosis de IGHB ⁽³⁾ + Serie completa de vacunación o completar vacunación del VHB, según corresponda ⁽⁴⁾	<u>Protegido:</u> No precisa PPE	<u>Con 2 series completas de vacuna VHB:</u> Administrar 2 dosis de IGHB separadas 1 mes ⁽³⁾	<u>Con 1 serie completa de vacuna VHB:</u> Administrar 1 dosis de IGHB ⁽³⁾ + Completar nueva serie de vacunación del VHB ⁽⁴⁾
Fuente HBsAg negativa	Serie completa de vacunación o completar vacunación del VHB, según corresponda ⁽⁴⁾	<u>Protegido:</u> No precisa PPE	No precisa ninguna intervención	Administrar una dosis adicional de vacuna VHB ⁽⁵⁾

(1) Exposición percutánea, mucosa o piel no íntegra a sangre, fluidos o tejidos corporales con sangre visible, otros fluidos corporales potencialmente infecciosos (secreciones vaginales, semen) y muestras de laboratorio que contienen virus, exposición sexual y víctima de agresión sexual. (2) Lo más rápido posible para no retrasar el inicio de la profilaxis. La vacuna frente a hepatitis B se introduce en el calendario infantil de 1994-1995 para niños de 13 años, por lo que no estarían vacunados los nacidos antes de 1981, a no ser que hayan recibido la vacuna por otra causa. Si se trata de personas sanas, sin tratamientos inmunosupresores, lo más probable es que sean respondedoras a la vacunación, por lo que **la recomendación sería esperar al resultado de la serología antes de administrar IGHB** (Lo administrarán si fuera preciso en consulta de pediatría-infecciosas). (3) IGHB: Inmunoglobulina de la Hepatitis B; Dosis de 0.06 ml/kg (12-20 UI/kg) por vía intramuscular en gluteo (mínimo 0,5ml, máx 5 ml) Igantibe® 1000 UI/5mL. Se debe administrar lo antes posible después de la exposición, preferiblemente en las primeras 24 horas. No se ha demostrado su eficacia si se administra después de 7 días de la exposición. (4) La dosis de vacuna se debe de administrar lo antes posible después de la exposición, preferiblemente en las primeras 24 horas. Se puede administrar simultáneamente con la IGHB en sitios separados (la vacuna siempre en el músculo deltoides). (5) Repetir anti-HBs a las 4 sem y administrar a los 6 m la tercera dosis. Si < 10 UI/m tras 3 dosis, completar otra serie de vacunación.

PROFILAXIS FRENTE A VIH

>1 mes-11 años TRIPLE TERAPIA DGT + AZT + 3TC	Dolutegravir (DTG) TIVICAY® 5 mg comp. dispersable para solución (envase 60 comp) Al menos 4 semanas de edad y 3 kg de peso. <table><tr><td>Peso (kg)</td><td>Dosis</td><td>Número comprimidos</td></tr><tr><td>3-6</td><td>5 mg/dosis c/24 h</td><td>1 x 5 mg</td></tr><tr><td>6-10</td><td>15 mg/dosis c/24 h</td><td>3 x 5 mg</td></tr><tr><td>10-14</td><td>20 mg/dosis c/24 h</td><td>4 x 5 mg</td></tr><tr><td>14-20</td><td>25 mg/dosis c/24 h</td><td>5 x 5 mg</td></tr><tr><td>>20</td><td>30 mg/dosis c/24 h</td><td>6 x 5 mg</td></tr></table> Zidovudina (AZT) ZIDOVUDINA® susp. oral 10 mg/mL (200ml), RETROVIR® caps. 250 mg (envase 40 comp) <table><tr><td>Peso (kg)</td><td>Dosis</td></tr><tr><td>4 a 9 kg</td><td>12 mg/kg/12 h</td></tr><tr><td>≥ 9 a < 30 kg</td><td>9 mg/kg/ 12 h</td></tr><tr><td>>30 kg</td><td>250 mg/12 h</td></tr></table> Lamivudina (3TC) EPIVIR® susp. oral 10 mg/ml (240ml), LAMIVUDINA® caps. 150 mg (envase 60comp) Dosis: 4 mg/kg/12h (dosis máx. 150 mg cada 12 horas)	Peso (kg)	Dosis	Número comprimidos	3-6	5 mg/dosis c/24 h	1 x 5 mg	6-10	15 mg/dosis c/24 h	3 x 5 mg	10-14	20 mg/dosis c/24 h	4 x 5 mg	14-20	25 mg/dosis c/24 h	5 x 5 mg	>20	30 mg/dosis c/24 h	6 x 5 mg	Peso (kg)	Dosis	4 a 9 kg	12 mg/kg/12 h	≥ 9 a < 30 kg	9 mg/kg/ 12 h	>30 kg	250 mg/12 h
Peso (kg)	Dosis	Número comprimidos																									
3-6	5 mg/dosis c/24 h	1 x 5 mg																									
6-10	15 mg/dosis c/24 h	3 x 5 mg																									
10-14	20 mg/dosis c/24 h	4 x 5 mg																									
14-20	25 mg/dosis c/24 h	5 x 5 mg																									
>20	30 mg/dosis c/24 h	6 x 5 mg																									
Peso (kg)	Dosis																										
4 a 9 kg	12 mg/kg/12 h																										
≥ 9 a < 30 kg	9 mg/kg/ 12 h																										
>30 kg	250 mg/12 h																										
≥ 12 años CON AL MENOS 35 kg (pauta adultos) TRIPLE TERAPIA DGT + FTC/TDF	Dolutegravir 50 mg comp recubierto: 1 comp/24h (TIVICAY® 50 mg) Emtricitabina/tenofovir genérico (200mg/245mg) (FTC/TDF) 1 comp/24h En mayores de 12 años que no son capaces de ingerir comprimidos: - Dolutegravir 5 mg comp dispersable en agua: 6 comp/24h (TIVICAY® 5 mg) (50 mg de DTG recubierto equivalen a 30 mg de DTG dispersable) - Emtricitabina/tenofovir genérico (FTC/TDF) 1 comp/24h . Este comprimido se puede disolver en 100 ml de agua o zumo de naranja o compota de manzana y tomar inmediatamente En caso de insuficiencia renal, la pauta recomendada es AZT/3TC + DTG. Con los jarabes ajustados según el filtrado glomerular.																										

Anexo 13. DESPROTECCIÓN INFANTIL: DEFINICIÓN.

La legislación actualmente vigente en materia de protección a la infancia y adolescencia define de manera genérica lo que se entiende por situación de riesgo y desamparo. En ambos casos, la existencia de estas situaciones se basa en la constatación de la presencia de una situación de desprotección hacia un NNA o de una serie de condiciones bien en el seno familiar o en su entorno que hacen pensar que tal situación puede llegar a producirse.

El concepto de desprotección se refiere de manera específica al incumplimiento o al inadecuado o imposible cumplimiento de los deberes de protección establecidos para la guarda de las personas menores de edad. Incluye las situaciones en que las personas que ejercen tales deberes –que son los padres, madres o personas tutoras o guardadoras- no los ejercen o no pueden ejercerlos de manera adecuada.

En este sentido, si bien los derechos fundamentales de un NNA pueden ser vulnerados por personas diferentes a las anteriores, dicha vulneración no constituye una situación de desprotección –lo que obviamente no significa que el NNA que la sufre no deba recibir ayuda-.

Los Servicios de Atención y Protección a la Infancia deberán considerar que existe desprotección únicamente cuando tal situación haya estado provocada o venga seguida de un ejercicio inadecuado de los deberes de protección que corresponden a los padres, madres o personas que ejercen la tutela o guarda de la persona menor de edad afectada, es decir, cuando estas personas hayan promovido o no sean capaces de proteger al NNA de las agresiones o vulneración de derechos cometidas por terceras personas.

La existencia de una situación de desprotección infantil grave puede ser concurrente al posible abuso sexual infantil. Ésta será evaluada siguiendo los criterios recogidos en el instrumento Balora. Tendrá especial relevancia en estas situaciones el tipo de respuesta parental (protectora o no protectora) y de las figuras parentales supuestamente no abusivas y el acceso del presunto abusador al NNA.

Sin embargo, un profesional del ámbito de la salud puede sospechar una situación de desprotección en caso de agresión sexual infantil que requerirá una valoración urgente. Fundamentalmente son los casos con indicadores físicos graves de posible abuso sexual intrafamiliar o de que el NNA ha sido abusado sexualmente por una persona externa a la familia, y la madre, padre o responsable legal no hace nada para protegerle.

La intervención de los Servicios Forales de Infancia se centrará en los casos con víctimas en posible situación de Desprotección. Se excluyen de esta intervención foral los casos de abuso sexual en la infancia en los que el perpetrador es alguien que no convive con el NNA y sus padres o responsables legales manifiestan claramente una actitud protectora hacia la persona menor de edad y los casos en los que el supuesto abusador es el padre o madre no custodio de la persona menor de edad y quien ostenta la guarda ejerce activamente las actuaciones oportunas para garantizar la protección de la persona menor de edad.

En los casos en los que se descarte desprotección, las figuras referentes serán los Servicios Sociales Municipales (salvo en Álava en la que los casos detectados fuera de Vitoria-Gasteiz serán competencia del Servicio Foral haya o no desprotección).

Anexo 14. TRABAJO MULTIDISCIPLINAR. INTERVENCIÓN DE DIFERENTES PROFESIONALES.

Ante una situación de agresión sexual contra NNA, la o el pediatra tendrá que comunicarse con distintos estamentos y/o profesionales con el fin de garantizar una protección efectiva de la víctima y posibilitar la actuación judicial. Para ello, es necesario conocer cómo y a quién se debe informar de los hechos. La realización de un informe detallado y de un parte de lesiones, así como la notificación y registro del caso es indispensable. El contacto con pediatría de atención primaria y pediatría social, servicios sociales, policía, sistema judicial y medicina legal y forense, también. A continuación, se describen cada uno de estos aspectos.

PEDIATRÍA SOCIAL. Si en nuestro centro de trabajo existe dicha consulta, ésta será la referente para establecer las coordinaciones posteriores tras la asistencia en la urgencia. Asimismo, en función de los protocolos hospitalarios establecidos, se continuará con las revisiones que precise la víctima, siempre en coordinación con pediatría de atención primaria, y evitando las duplicidades en los servicios.

SERVICIOS SOCIALES. Siempre es obligatorio comunicarse con ellos, ante cualquier situación de sospecha o evidencia de agresión sexual. Posteriormente, se decidirá si el abordaje se realizará desde los servicios sociales municipales o será derivado el caso al servicio de infancia territorial. Se les deben de notificar todos los casos, incluidos los de sospechas leves o incluso solamente situaciones de riesgo, para que posteriormente se encauce el seguimiento.

Tanto en los casos urgentes como en los catalogados como no urgentes, la persona profesional (de atención primaria, de servicio hospitalario o de consulta privada) que haya detectado el abuso lo comunicará por escrito a los servicios sociales municipales. Cuando solamente existen indicadores conductuales que pueden deberse a otras causas diferentes, pero la agresión sexual es una posibilidad a tener en cuenta, aunque no se notifique al juzgado de guardia siempre se notificará a servicios sociales. No serán válidas (a los efectos de notificación formal) las comunicaciones orales o telefónicas.

En los casos de desprotección (los responsables legales no protegen), se deberá coordinar la actuación con los servicios sociales territoriales de infancia y con fiscalía de menores. Cuando una persona tutora legal proteja, competirá a servicios sociales municipales (SSM) el acompañamiento a la familia y valorar si existe desprotección, y a fiscalía ordinaria la gestión del caso.

Dentro del horario de los SSM se notificará a éstos y si no, a urgencias sociales (consultar el contacto correspondiente en el directorio SMUS/SFUS).

De igual manera y salvo que hubiera indicios o dudas razonables de que hacerlo suponga un riesgo para la vida o integridad de la NNA, se comunicarán a las y los responsables legales de la NNA las actuaciones realizadas, incluida la notificación de los hechos a los servicios sociales municipales, de los que se les ofrecerán los datos de contacto. Esta comunicación se realizará de forma presencial a través de una entrevista en un plazo no superior a los 7 días naturales desde la comunicación a los servicios sociales, aunque se podrá realizar por escrito si se sospecha que la comunicación puede suponer un riesgo para la persona profesional que la realiza.

En los casos en los que no exista una figura protectora en la familia o el servicio sanitario considere que la comunicación a las y los progenitores o representantes legales puede poner en riesgo a la NNA, el servicio sanitario lo comunicará a los servicios sociales municipales, quienes actuarán conforme a los procedimientos de protección vigentes.

POLICÍA. Ante sospecha de delito o una situación de riesgo o desamparo inminente para la integridad de la posible víctima, se requerirá su presencia en el servicio de salud. A su llegada, analizarán la situación, establecerán sus protocolos de actuación en relación con el maltrato, velarán por la seguridad de la víctima e informarán a ésta de los derechos que le asisten, entre ellos la asistencia letrada gratuita. También se

puede recurrir a la policía en caso de precisar contacto con el juzgado de guardia y se desconozca cómo hacerlo. Ante el conocimiento de los hechos, será la Ertzain-Etxea de la demarcación donde se han cometido los presuntos hechos delictivos una de las instituciones competentes para atender los requerimientos necesarios. Existe en cada una de ellas la figura del agente “Hurbiltzaile-Agente de Contacto”, siendo una de sus labores ser el nexo de unión con el resto de instituciones implicadas, por lo que las informaciones deberán canalizarse, siempre que sea posible, a través de esta figura.

SISTEMA JUDICIAL. El juzgado de guardia tiene como función principal dar respuesta urgente a la solicitud de tutela judicial inmediata en la preservación de los derechos de los NNA. Se le debe comunicar cualquier sospecha o evidencia de maltrato mediante el correspondiente parte de lesiones.

MEDICINA FORENSE. Su presencia vendrá determinada por las indicaciones dictadas por la o el juez de guardia, del cual depende jerárquicamente. En el caso de requerirse, se le debe esperar para entrevistar y explorar conjuntamente al NNA, ya que de esa manera se evita la revictimización secundaria y la posible pérdida de pruebas judiciales. Su objetivo es el de la búsqueda y custodia de las posibles pruebas de la agresión sufrida por la víctima; realizará el informe médico-pericial, con el registro de lesiones y posibles secuelas tanto físicas como psicológicas.

Anexo 15. PARTE DE LESIONES

A) EN URGENCIAS: MALOS TRATOS.

En Osakidetza desde urgencias se accede en Osabide global >> Datos generales del paciente >> otros datos >> malos tratos.

Datos Generales del Paciente

Procedencia Sanitaria
Procedencia: EMERGENCIAS

Ubicación
Tipo Urgencia: URGENCIAS PEDIATRICAS
Area: PEDIATRIA AMBULANTES
Sala/Box: PEDIATRIA AMBULANTES

Especialidad
Especialidad:

Datos Triage
Nivel de Prioridad: III - MODERADO
Motivo Consulta: Abuso / Maltrato Cta 1

Aislamiento
Aislamiento:

Otros Datos
☒ Malos tratos (excepto VG) ☐ Ingresa Acompañado
☐ Objetos Personales ☐ Parte Juzgado (no VG)
☐ Embarazada Sem. Días ☐ Custodia Policial
☐ Violencia de Género
Movilidad: ☒ Andando ☐ Camilla ☐ Silla

Guardar

Malos Tratos

Datos paciente
Area: PEDIATRIA AMBULANTES Box: PAMBU Paciente: [redacted]

Exposición de los hechos de asistencia:
Antecedentes Personales de Interés:

Exploración física:
Lesiones
Lesión Cabeza: ☐ P.Frontal ☐ P.Trasera ☐ L.Derecho ☐ L.Izquierdo
Lesión Codo: ☐ P.Frontal ☐ P.Trasera ☐ L.Derecho ☐ L.Izquierdo
Lesión Ext. Sup: ☐ Front.Dcha. ☐ Front.Izq. ☐ Post.Dcha. ☐ Post.Izq.
Lesión Ext. Inf: ☐ Front.Dcha. ☐ Front.Izq. ☐ Post.Dcha. ☐ Post.Izq.

Estado emocional:
Exploraciones Complementarias:

Tratamiento:
Plan de actuaciones y observaciones:

Diagnóstico:

En caso de sospecha por violencia de género debe rellenar el formulario: **REGISTRO DE VIOLENCIA DE GÉNERO**

B) PARTE DE LESIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA.

En Osakidetza buscar en Osabide Global primaria dentro del apartado GESTOR DE INFORMES
→ INFORME CLÍNICO → PARTE DE LESIONES/JUDICIAL.

The screenshot shows a web application interface for medical records. At the top, there is a navigation bar with a user profile icon, a search bar, and several icons including a document, a green triangle, a red 'E', and a magnifying glass. Below this is a green header bar with the text 'NOTAS'. The main content area is titled 'PARTE DE LESIONES/JUDICIAL' and has a sub-header 'General Vista'. The form is divided into several sections:

- PAZIENTE DATUAKI / DATOS DEL PACIENTE**: This section contains fields for patient information. It includes a label 'Izena/Nombre' followed by a text input field. Below this are three rows of labels and input fields: 'Adina/Edad' with a field, 'Helbidea/Dirección' with a field, and 'Herria/Población' with a field. The last row also includes a 'Telefonoa/teléfono' label and a field.
- PARTE MEDIKOA / PARTE MÉDICO**: This section contains text labels for medical history and treatment. It includes 'Zerbitzu honetara etortzeko arrazoia / Acude a este servicio por presentar:', 'Motako lesioa (Konplikaziorik ez badira) / Lesiones de carácter (salvo complicaciones):', 'Zer edo nork eraginda (pazientearen esanetan) / Producidas por (según sus declaraciones):', and 'Behar izan duen tratamendua / Tratamiento que ha necesitado'. There is a large empty text area for these details.
- Elkargokide zk./Nº de Colegiado:**: This section has a label and a small text input field.

At the bottom right of the form, there is a 'Definitivo' checkbox and a 'Guardar' button.

Anexo 16. DIRECTORIO

1.- JUZGADOS DE GUARDIA:

- Juzgado de Barakaldo: Laborales de 9-14h y 17-20 h Tel: 944.001.009. Urgencias 688.673.017. Fax: 944.001.070
- Juzgado de Bergara: Tel. 943.038.052. Fax: 943.038.057.
- Juzgado de Bilbo-Bilbao: Tel: 944.016.481 (horario ininterrumpido). Fax: 944.016.634.
- Juzgado de Donostia-San Sebastián: Laborales de 9-14h y 17-20 h Tel: 943.000.720. Urgencias 688.673.062. Fax: 943.000.705.
- Juzgado de Eibar: Laborables 8h-15h: Tel.: 943 033 402. Fax: 943 033 400. Laborables 15h-8h y festivos: Ertzaintza: 943 531 700 (contactarán con el Juez de Guardia) Fax: 943 033 400.
- Juzgado de Irún: Tel. 943.020.145. Fax 943020140.
- Juzgado de Vitoria- Gasteiz: Laborales de 9-14h y 17-20 h 945.004.849. Urgencias 688.673.050. Fax: 945.004.840.

En caso de no poder contactar o que la o el pediatra tenga dudas sobre su juzgado de referencia puede ponerse en contacto con la Ertzaintza/Policía Municipal para informarse.

2.- FISCALÍA DE MENORES:

- Araba: Fiscalía Coordinadora de Menores de Vitoria-Gasteiz 945.004.925. Fiscal de Menores de Guardia 688.673.058.
- Bizkaia: Fiscalía Coordinadora de Menores de Bilbao 94.401.66.58. Fiscal de Menores de Guardia 688.673.028.
- Gipuzkoa: Fiscalía Coordinadora de Menores de Donostia 943.004.395. Fiscal de Menores de Guardia 688.673.069.

3.- SERVICIOS SOCIALES:

- SERVICIOS SOCIALES FORALES DE URGENCIA (SFUS): atienden asesoramiento profesional por teléfono. Desplazamiento inmediato a centros de salud/urgencias (máximo en una hora).

BIZKAIA: 944.025.050. De lunes a viernes de 14.45h-8:15h y sábados, domingos o festivos 944.067.311.

GIPUZKOA: EZIA 943.461.213. De lunes a viernes a partir de las 15 h y sábados, domingos o festivos: 943.224.411.

ARABA: 945.134.444.

- SERVICIOS SOCIALES MUNICIPALES DE URGENCIA (SMUS): sólo para los NNA empadronados en dichos municipios.

- Bilbo-Bilbao: 944.701.4.60.

- Donostia-San Sebastián: 943.483.849.

- Vitoria- Gasteiz: 945.134.444 (convenio por el que atiende a todo el territorio histórico).

- SERVICIOS SOCIALES MUNICIPALES. Cada pediatra debe conocer su asistente social de referencia.

Se pueden consultar en el siguiente enlace: <https://www.arrats.org/servicios-sociales/>

- DEPARTAMENTOS OFICIALES RELACIONADOS CON PROTECCIÓN A LA INFANCIA:

DIPUTACIÓN FORAL DE ARABA: Departamento de Políticas Sociales. Instituto Foral de Bienestar Social- Área de Infancia, Menor y Familia. 945.151.015.

DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA: Departamento de Acción Social. Servicio de Infancia. 944.068.000.

DIPUTACIÓN FORAL DE GIPUZKOA: Departamento de Política Social. Prevención, Infancia y Familia y Servicio de la Mujer. 943.112.111.

4.- ERTZAINZA: existe la figura de Agente Hurbiltzaile que será referente en ASI. Cada pediatra puede contactar directamente con su comisaría de referencia y preguntar.

5.- ASESORAMIENTO PROFESIONAL TELEFÓNICO:

- Zeuk Esan: 116.111 (atiende por teléfono tanto a víctimas como a profesionales).

- SEIP. Programa especializado en atención psicológica en caso de ASI intrafamiliar de Bizkaia pero además de atender a víctimas ofrece asesoramiento profesional: seip@agintzari.com

- SATEVI. Servicio Especializado de Información y atención a mujeres víctimas de violencia doméstica o por razón de sexo y a familias allegadas a ésta y a profesionales. 900.840.111.

6.- PROGRAMAS ESPECIALIZADOS EN ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN CASO DE AGRESIÓN SEXUAL.

- BIZKAIA:
SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL DE LA DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA. Centro de crisis 24 horas. 900.840.977. Atiende a víctimas y a profesionales. También accesible por portal web (no deja rastro). www.atencionviolenciasexualbizkaia.eus Atienden chat desde la web y redes sociales. Se desplazan para realizar asesoramiento y disponen de servicio alojativo de urgencia.
SEIP (Agintzari). Especialistas en agresión sexual intrafamiliar con expediente abierto en Servicio de Infancia.
ESNATU. Servicio para víctimas de agresión sexual en la infancia sin expediente de desprotección. El acceso se puede hacer a través de profesionales de servicios sociales o directamente.

- GIPUZKOA:
PROGRAMA BIDERATU. Intervención terapéutica en situaciones maltrato y/o agresión sexual a NNA con expediente abierto en Servicio de Infancia.
- ARABA:
PROGRAMA HEGOAK. Servicio de terapia psicológica para casos de agresión sexual, tanto en situaciones de expediente de posible desprotección como no. El acceso se puede hacer a través de profesionales de servicios sociales o directamente.
PROGRAMA ASASI. Servicio para atención a víctimas de agresión sexual infantil dentro del ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz sin expediente de protección en el Servicio de Infancia.

7.- PROGRAMA ASI EN ESPACIOS DEPORTIVOS: "Zure taldekoak gara". Dirección de Actividad Física y Deporte del Gobierno Vasco. 688.671.000. zuretaldeakoakgara@euskadi.eus.
www.euskadi.eus/somosdetuequipo

8.- ÁMBITO JUDICIAL: SERVICIO DE ATENCIÓN A LA VÍCTIMA. Departamento de Justicia del Gobierno Vasco. Equipos multidisciplinares para acompañamiento jurídico.

- ARABA: 945.004.895/900.180.414
- BIZKAIA: Bilbo-Bilbao 944.016.487/900.400.028. Barakaldo: 944.001.029.
- GIPUZKOA: 943.000.768/ 900.100.928.

9.- CONSULTAS REFERENTES EN PEDIATRÍA SOCIAL:

- Consulta de Pediatría del Desarrollo Infantil y Pediatría social. Hospital Universitario de Basurto. Organización Sanitaria Integrada Bilbao-Basurto. 944006079

Anexo 17. DERIVACIÓN SERVICIOS SOCIALES MUNICIPALES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.


Prueba Rontegi, PRUEBA FALSO PRUEBA
 Hombre 11 años 6 mes(es)










NOTAS

NOTIFICACIÓN DE PROTECCIÓN INFANTIL A SERVICIOS SOCIALES [Borrador]

General Vista


Osakidetza

INFORMACIÓN Y SOLICITUD DE VALORACIÓN Y APOYO A LA PERSONA MENOR Y FAMILIA
 * Los campos marcados con asterisco son OBLIGATORIOS.

Datos del/la profesional que informa:
 Nombre y apellidos *: NumColegiado *: Tel. *:
 Cargo o puesto:
 Centro/ CentroNombre institución: Dirección: Email: [Email Centro].....
 Fax:
 Relación con el/la menor:

Datos de la técnica receptora de la información:
 Nombre y apellidos:
 Fecha de la información:
 Sistema de recepción:

Datos de los/las menores:

Nombre y apellidos *	Fecha nacimiento *	Género *	Dirección conocida *	Centro Escolar	Curso	Referencia en el Centro
PRUEBA RONTEGI PRUEBA FALSO PRUEBA PEDIATRIA	27/01/2012	Hombre	Calle/Kalea Arana 2			

Otras personas de referencia:

Nombre y apellidos	Parentesco	Nombre y apellidos	Parentesco

Motivo de la notificación (breve descripción) *:

Indicadores de daño o malestar en los/las menores (físicos, comportamentales, cognitivos, relación, etc.) y actitud de los padres/madres *

Problemas que pueden afectar a la familia o a los/las menores

Conocimiento del inicio del malestar en el menor

Desde cuando *	Frecuencia *

Actuaciones realizadas por la persona/centro que notifica y respuesta obtenida

Actuación	Respuesta (+o-)	Por parte de quién

Las personas responsables del menor, ¿conocen esta notificación? *

Sí	Quiénes?
No	

Reacción y actitud de las personas responsables :

Reacción a la notificación *	
Nivel de conciencia del problema	
Receptividad ante apoyo de Servicios Sociales	

Otra información que se considere relevante:

.....

Otro tipo de apoyos que la familia o el/la menor esté recibiendo desde el Centro que notifica:

.....

Otro tipo de apoyos que la familia o el/la menor esté recibiendo desde el marco comunitario:

.....

Firma notificador/a o nº colegiado *	Firma notificador/a	Firma familia
		