

Foro Pediátrico

Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura
Colegio Oficial de Médicos. Avda. Colón, 21. Badajoz
www.spapex.es

Vol. XVIII- Noviembre 2022 - N° 1

18° Foro de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura *Sumario*

CONFERENCIA INAUGURAL

Exploración del menor víctima de delitos contra la libertad sexual desde la perspectiva de un médico forense

María Ibáñez Bernáldez

REUNIÓN CON EL EXPERTO

Actualización en trastornos del desarrollo del lenguaje

Santos Vas de Matos

TALLERES

Dermatoscopia en pediatría

Estrella M^a Romero Sillero

Asistencia inicial al trauma pediátrico

Silvia Chaves Álvarez. Ana Sanromán Aguirre

Revisión de uso de la vía intraósea en pediatría

Yolanda Vidal Benito. Antonio José Fernández Barril. Manuel S. García Burguillos

Exploración neurológica

Montserrat Fuentes Guerrero

Actualización en diabetes

Amparo Montero Salas



Resúmenes de los pósters presentados. *Página 76*

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA
DE ATENCIÓN PRIMARIA
DE EXTREMADURA

Depósito Legal: BA-439-05
ISSN: 1885-2483

Editor: Jaime J. Cuervo Valdés
Impresión: Gráficas Hache

FORO PEDIÁTRICO ES UNA PUBLICACIÓN DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE
EXTREMADURA QUE SE DISTRIBUYE GRATUITAMENTE



CONFERENCIA INAUGURAL

Exploración del menor víctima de delitos contra la libertad sexual desde la perspectiva de un médico forense

María Ibáñez Bernáldez

Médico Forense. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Badajoz.
Profesora del Área de Medicina Legal.
Facultad de Medicina Universidad de Extremadura

“Al que escandalice a uno de estos pequeñuelos que creen en mí, más le valdría que le ataran al cuello una piedra de molino y lo tiraran al mar” Mateo, 18.

INTRODUCCIÓN: DE LA CONTROVERTIDA Y POLÉMICA TIPIFICACIÓN DIFERENCIADA DE AGRESIÓN Y ABUSO AL CONSENTIMIENTO COMO EJE BÁSICO EN EL ANÁLISIS JURÍDICO DE LA VIOLENCIA SEXUAL

En los últimos tiempos, la sociedad se ha adentrado en un camino sin retorno con la más firme intención de trabajar a fin de alcanzar la más eficaz, inmediata e integral protección de las víctimas de especial vulnerabilidad dentro de un proceso judicial, y de entre ellas, los menores de edad, en cumplimiento de lo plasmado tanto a nivel doctrinal como normativo, y éste tanto en el ámbito nacional como en el internacional, terminando con la histórica desigualdad entre las partes, sin que ello suponga un regreso a la justicia del ámbito privado. Se trata de armonizar los derechos de las víctimas y el respeto a un proceso judicial con la satisfacción de todas las garantías.

Si hasta hace recientemente escaso tiempo, la víctima ha sido la gran olvidada del proceso penal que se centraba en la figura del imputado, ahora investigado, y en sus derechos y garantías, las últimas reformas legislativas configuran el procedimiento inseparable de la idea de justicia, que hacen efectivos los objetivos inexcusables de reparación patrimonial y moral a la víctima evitando, por ello, que el proceso sea una nueva fuente de daños, o al menos procurando minimizar sus negativos efectos, ya que tiene derecho a ser informada, a ser atendida y protegida en todas sus fases.

Toda esta modificación legislativa ha re-

forzado la protección de los menores de edad víctimas y testigos, de los hijos de las víctimas de violencia de género, o de aquellas víctimas especialmente vulnerables, intercediendo dispositivos especiales y herramientas para garantizar los derechos de estos desde la denuncia del atentado, e incluso frente al propio proceso, y así evitar la victimización secundaria, pero sin merma de las garantías procesales del acusado, en ocasiones también menor de edad¹.

La percepción de las personas menores de edad en las relaciones sociales ha experimentado una notable transformación, oscilando de la clásica noción de *incapaz* físico y moral, hasta la visión actual, que eleva a los niños y adolescentes como titulares activos de derechos, cuyo razonamiento moral y autonomía se encuentran en un continuo desarrollo debido a su vulnerabilidad.

Numerosos han sido los avances legislativos alcanzados hasta la fecha tanto a nivel internacional como en el derecho interno español que traducen la creciente preocupación por la protección a la infancia y a la adolescencia.

El preámbulo de las Reglas Mínimas de Beijing de 1985², reconoce que *“la niñez, por constituir una etapa inicial del desarrollo humano, requiere particular atención y asistencia para su desarrollo físico, mental y social, necesitando protección jurídica en condiciones de Paz, Dignidad y Seguridad”*; en consecuencia, recomienda a los Estados que adopten las medidas necesarias para promover el bienestar del menor y de su familia.

La Convención sobre los Derechos del niño de 1989³ (en adelante, CDN), supone un paso fundamental en su defensa y protección, recordando



que la Declaración Universal de Derechos Humanos las Naciones Unidas⁴ proclama que la infancia tiene derecho a cuidados y asistencia especiales, siendo la familia el grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, y en particular de los niños, que deben recibir la protección y asistencia necesarias para poder asumir plenamente sus responsabilidades dentro de la comunidad, y que para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, el niño debe crecer en el seno de la familia, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión, y educado en un espíritu de paz, dignidad, tolerancia, libertad, igualdad y solidaridad. **Y así sienta las bases que han de promover la formulación de una asistencia y abordaje de la víctima adaptada al menor de edad.**

En Derecho internacional, la CDN³ es el principal instrumento legal que garantiza la protección del niño en el ámbito estatal. El artículo (en adelante, art.) 19 obliga a los Estados parte a adoptar medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas para proteger al niño contra toda forma de violencia. El Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas ha emitido varias Observaciones Generales y recomendaciones en las que se interpretan las obligaciones del Estado derivadas de la CDN³. A modo de ejemplo, la Observación General número (en adelante, nº) 13 describe medidas para proteger a los niños frente a toda forma de violencia¹. La Observación General nº 5 hace referencia a las medidas para aplicar y supervisar el cumplimiento de la CDN en las leyes y políticas nacionales².

Las Directrices en materia de justicia respecto de menores víctimas y testigos de crímenes emanadas del Consejo Económico y Social de Naciones Unidas el 22 de julio de 2005^{5,6} tratan de fomentar en los Estados miembros buenas prácticas a fin de que aquellos derechos se traduzcan en actuaciones concretas, así, el punto nº 14 de las Directrices exige que la intervención de

los menores de edad en procedimientos judiciales se realice en un ambiente adecuado, que se acomode a las especiales necesidades del niño, conforme a sus habilidades, edad, madurez intelectual y capacidad, debiendo desarrollarse en un lenguaje que el niño utilice y comprenda. El punto nº 23 postula que deben hacerse todos los esfuerzos para evitar que el menor sea sometido a excesivas intervenciones.

De otro lado, el Consejo de Europa desde sus inicios ha prestado una atención muy especial a la infancia. En esta línea se encuadra el Convenio del Consejo de Europa para la protección de los niños contra la explotación sexual hecho en Lanzarote en 2007 y ratificado por España el 12 de noviembre de 2010⁷ entre cuyos principios enumera en su art. 30, que cada parte deberá garantizar que las investigaciones y actuaciones penales se lleven a cabo en el interés superior del niño y dentro del respeto a sus derechos.

Deberán adoptar una actitud protectora hacia las víctimas, velando a fin de que las investigaciones y actuaciones no agraven el trauma sufrido por el niño y porque la respuesta penal se acompañe de asistencia, siempre que sea pertinente. Las investigaciones y actuaciones sobre el menor víctima o testigo han de tener carácter prioritario y evitar retrasos injustificados, estableciendo las medidas de protección en sus art. 31 a 36: el art. 31 establece que: “*los Estados, de conformidad con su derecho interno, han de prever normas que ofrezcan al menor la posibilidad de ser oído, de expresar sus preocupaciones y de aportar fuentes de prueba*”. Y el art. 35 interesa cómo han de encauzarse las entrevistas para que los derechos reconocidos al menor no se vean reducidos a mera declaración de intenciones y una de las medidas a adoptar, es la limitación del número de entrevistas a las estrictamente necesarias para el éxito del proceso penal. Obviamente el texto pretende dar garantía a la preservación de la validez de aquéllas a fin de que sean susceptibles de destruir la presunción de inocencia incidiendo en una cuestión de carácter técnico, circunscrito a la grabación a través de medios audiovisuales de la entrevista, y otro, más relevante desde el punto de vista de la dogmática procesal, que es la admisión de la grabación como elemento probatorio.

1 Naciones Unidas (ONU), Comité de los Derechos del Niño, Observación General nº 13 (2011): Derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia, CRC/C/GC/13, 18 de abril de 2011.

2 Naciones Unidas (ONU), Comité de los Derechos del Niño, Observación General nº 5 (2003): Medidas generales de aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño (art. 4 y 42 y párrafo 6 del artículo 44), CRC/GC/2003/5, 27 de noviembre de 2003.



El Convenio de Lanzarote obliga también a los Estados a tipificar penalmente varias formas de abusos sexuales y explotación sexual contra los niños³ y a adoptar medidas legislativas o de otra clase para evitar los abusos sexuales de niños⁴ mediante: campañas de concienciación, **formación de personal especializado**, información a los niños sobre los riesgos de abuso y ayuda especializada a las personas en riesgo de cometer delitos de abuso de niños. Los art. 4 y 5 del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (Convenio de Estambul)⁸, obligan también a los Estados a adoptar medidas legislativas especiales e investigar los actos de violencia contra las mujeres. El art. 22 de este Convenio obliga a los Estados a proporcionar servicios de apoyo especializados a las mujeres y los niños víctimas de violencia doméstica.

La Directiva 2011/36/UE⁹, sobre trata de seres humanos y protección de las víctimas, establece que los Estados deberán adoptar las medidas adecuadas para la protección de las víctimas de trata de seres humanos, que cuando sean menores, deben centrarse en asegurar su recuperación física y psicosocial y en encontrar una solución duradera a su caso. Como quiera que los menores víctimas de la trata son particularmente vulnerables, deben preverse medidas de protección adicionales para protegerlos durante los interrogatorios que se lleven a cabo en las investigaciones y actuaciones judiciales.

Mediante la Directiva 2012/29/Unión Europea (en adelante, UE) del Parlamento Europeo de 25 de octubre de 2012¹⁰ se establecen normas mínimas de apoyo y protección a las víctimas de delitos, y se proclama el compromiso de la Unión Europea con la protección de los dere-

chos de las víctimas, recordando que, a través de la Resolución del Parlamento Europeo, de 26 de noviembre de 2009, sobre la eliminación de la violencia contra la mujer¹¹, se insta a los Estados miembros a mejorar sus legislaciones y políticas nacionales destinadas a combatir todas las formas de violencia contra la mujer y a emprender acciones destinadas a combatir sus causas, en particular mediante actividades de prevención, garantizando el derecho de asistencia y ayuda a todas las víctimas de la violencia.

Repasando el ordenamiento jurídico español, cabe resaltar el avance en el desarrollo normativo para procurar una mayor y mejor asistencia y protección de menores de edad víctimas.

En primer lugar, la propia Constitución Española¹², en su Capítulo II “*De los derechos y libertades*”, el art. 39 señala: “1. Los poderes públicos aseguran la protección social, económica y jurídica de la familia. 2. Los poderes públicos aseguran, asimismo, la protección integral de los hijos, iguales éstos ante la ley con independencia de su filiación, y de las madres, cualquiera que sea su estado civil. La ley posibilitará la investigación de la paternidad. 3. Los padres deben prestar asistencia de todo orden a los hijos habidos dentro o fuera del matrimonio, durante su minoría de edad y en los demás casos en los que legalmente proceda. 4. Los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos”.

En consonancia con esta declaración programática, toda la regulación legal de la familia y menores que se desarrolla en la normativa civil se encuentra inspiradas en el principio de protección del interés del menor.

De especial importancia fue la Ley Orgánica (en adelante, LO) 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor¹³, que pretendía abordar una reforma en profundidad de las tradicionales instituciones de protección del menor reguladas en el Código Civil.

Los cambios sociales y culturales operados luego tras su aprobación han provocado un cambio en el *status* social del menor de edad y, consecuentemente, una nueva orientación en la configuración del pilar de los derechos humanos

3 Consejo de Europa, Convenio para la protección de los niños contra la explotación y el abuso sexual, STCE nº 201, 25 de octubre de 2007.

4 Algunos ejemplos son: Consejo de Europa, Comité de Ministros (2001), Recomendación Rec (2001) 16 sobre la protección de los niños contra la explotación sexual, 31 de octubre de 2001; Consejo de Europa, Asamblea Parlamentaria (1996), Resolución 1099 (1996) sobre la explotación sexual de los niños, 25 de septiembre de 1996; Consejo de Europa, Asamblea Parlamentaria (2000), Resolución 1212 (2000) sobre la violación en conflictos armados, 3 de abril de 2000; Consejo de Europa, Asamblea Parlamentaria (2002), Resolución 1307 (2002) sobre la explotación sexual de los niños: tolerancia cero, 27 de septiembre de 2002.



de la infancia, que se sustenta fundamentalmente en el pleno reconocimiento de la titularidad de derechos en los menores de edad y de una capacidad progresiva para ejercerlos. Y esta ley es un reflejo del progresivo cambio de visualización de las personas menores de edad como sujetos activos, participativos y creativos, con capacidad de modificar su propio medio personal y social; de participar en la búsqueda y satisfacción de sus necesidades y en la satisfacción de las necesidades de los demás.

Con arreglo a la CDN³ y a los otros referentes mencionados, España debe fomentar todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas necesarias para garantizar el derecho del niño, niña o adolescente a desarrollarse libre de cualquier forma de violencia, perjuicio, abuso físico o mental, descuido o negligencia, malos tratos o explotación.

El cuerpo normativo español ha incorporado importantes avances en la defensa de los derechos de las personas menores de edad, así como en su protección frente a la violencia. En esta evolución encaja la ya mencionada reforma operada en la LO 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil¹³, por la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio¹⁴, y la Ley 26/2015, de 28 de julio, ambas de modificación del sistema de protección de la infancia y la adolescencia¹⁵, que introduce como principio rector de la actuación administrativa el amparo de las personas menores de edad contra todas las formas de violencia, incluidas las producidas en su entorno familiar, de género, la trata y el tráfico de seres humanos y la mutilación genital femenina, entre otras.

Con acuerdo a la ley, los poderes públicos tienen la obligación de desarrollar actuaciones de sensibilización, prevención, asistencia y protección frente a cualquier forma de maltrato infantil, así como de establecer aquellos procedimientos necesarios para asegurar la coordinación entre las administraciones públicas competentes y, en este orden, revisar en profundidad el funcionamiento de las instituciones del sistema de protección a las personas menores de edad y constituir así una protección efectiva ante las situaciones de riesgo y desamparo.

En el campo de libertad sexual, como derecho inherente al ser humano queda reconocida la autonomía absoluta de disponer del propio cuerpo para el ejercicio de las relaciones sexuales ejerciéndose de forma gradual y paralela a la madurez biológica, intelectual y volitiva de la persona, basado en la libertad y en el mutuo consentimiento válido que respete la dignidad y la igualdad de las personas participantes en su ejercicio¹⁶.

Señala Bañón¹⁷ que la violencia sexual infringida contra personas de especial vulnerabilidad, como son los menores de edad, constituye una realidad compleja que requiere una intervención multidisciplinar en la que todos los profesionales e instituciones involucradas en su asistencia han de contar con un elevado nivel de preparación y procedimientos conforme a protocolos normalizados.

En la investigación médico forense de estos delitos cometidos sobre menores de edad concurren una serie de particularidades que la convierten en una de las prácticas más controvertidas en el quehacer diario de los médicos adscritos a los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses (en adelante, IMLCF).

La violencia sexual contra la infancia es un problema social que tiene importancia máxima, prueba de ello es la promulgación de la Directiva 2011/93/UE relativa a la lucha contra los abusos sexuales y la explotación sexual de los menores y la pornografía infantil¹⁸, que desarrolla una estrategia de abordaje multidisciplinar que estará presidida por el principio del interés superior del menor.

Este estado de cosas se sitúa en abierta contradicción con el orden de valores que establece la Constitución Española¹², la cual, en su art. 1.1 declara que son valores superiores de nuestro ordenamiento la libertad y la igualdad, y ordena, en consecuencia, a los poderes públicos en el art. 9.2 a promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas, reconoce en su art. 10 la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes y el derecho al libre desarrollo de la personalidad



como fundamentos del orden político y la paz social, consagra en su art. 14 el principio de igualdad, y a continuación garantiza, en los art. 15 y 17, los derechos a la vida y la integridad física y a la libertad y seguridad.

Una persona es vulnerable cuando carece de estrategias para defenderse correctamente ante comportamientos violentos de cualquier índole, pero especialmente de aquellos de contenido sexual. Esta falta de habilidades también afecta a la capacidad de comunicar el atentado y colaborar activamente en su investigación, generalmente por defecto en la capacidad de expresar verbalmente de forma explícita la naturaleza y circunstancias del hecho, e incluso su propia existencia^{17,19}.

España ha ratificado los principales tratados y convenios internacionales de derechos humanos que establecen la obligación de actuar con la **debida diligencia** frente a todas las formas de violencia contra las mujeres, entre ellas las violencias sexuales. Cabe destacar la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de Naciones Unidas²⁰, el Convenio sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica del Consejo de Europa arriba mencionado (Convenio de Estambul)⁸ y el Convenio sobre la lucha contra la trata de seres humanos del Consejo de Europa (Convenio de Varsovia)²¹.

Este marco internacional de promoción y protección de los derechos humanos, incluida la lucha contra toda clase de discriminación y violencia que sufren las mujeres y las niñas, encontró un nuevo impulso con la aprobación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de Naciones Unidas²², la cual, en su objetivo 5, establece entre sus metas eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina.

La regulación del Código Penal aprobado por LO 10/1995, de 23 de noviembre²³, resultó especialmente insatisfactoria en relación con las víctimas menores, y como recordaba el Preámbulo de la de la LO 11/1999, de 30 de abril²⁴, primera reforma introduci-

da en el Título VIII del Libro II del Código Penal, era necesaria la revisión de los tipos penales para garantizar una auténtica protección de la integridad y libertad sexual de los menores y de los por entonces incapaces, ya que las normas recogidas en la LO 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal²³ no respondían adecuadamente, ni en la tipificación de las conductas ni en la escasa magnitud de las penas asignadas.

La LO 11/1999, de 30 de abril²⁴, modificó el epígrafe del Título VIII del Libro II del Código Penal, aprobado por LO 10/1995, de 23 de noviembre²³, que pasó a rubricarse bajo el título de "*Delitos contra la libertad e indemnidad sexuales*".

El segundo retoque legislativo de los delitos sexuales se produjo en virtud de la LO 15/2003, de 25 de noviembre²⁵, inspirado en el endurecimiento de las penas, modificando además los delitos contra la libertad e indemnidad sexual en orden a impedir interpretaciones que impedían penar determinadas conductas de una especial gravedad. Tras estas reformas legales, se sucedieron las introducidas por la LO 5/2010, de 22 de junio²⁶, y la de LO 1/2015, de 30 de marzo²⁷.

La protección específica de menores de edad en relación con los delitos contra la libertad e indemnidad sexual, y más concretamente en el ámbito de los delitos de agresión y abuso sexual, constituye una novedad introducida por la reforma de la LO 5/2010, de 22 de junio²⁶, al incluir en el Título VIII del Código Penal un capítulo II bis bajo la rúbrica "*de los abusos y agresiones sexuales a menores de trece años*".

Resulta indudable que en los delitos sexuales perpetrados en menores de edad el bien jurídico a proteger adquiere una dimensión especial por el mayor contenido de injusto que representan estas conductas. Mediante las mismas se lesiona no sólo la indemnidad sexual, entendida como el derecho a no verse involucrado en un contexto sexual sin un consentimiento válidamente prestado, sino también la formación y desarrollo de la personalidad y sexualidad del menor²⁸.

Por otra parte, la extensión de la utilización de internet y de las tecnologías de la información y la comunicación con fines sexuales con



menores ha evidenciado la necesidad de castigar penalmente las conductas que una persona adulta desarrolla a través de tales medios para ganarse la confianza de estos a fin de concertar encuentros para obtener concesiones de índole sexual. Por ello, se introduce un nuevo artículo en el Código Penal, el 183 bis, mediante el que se regula el internacionalmente denominado específico ámbito de aplicación de la Decisión Marco 2004/68/JAI del Consejo, al menos en lo relativo a las agresiones y abusos sexuales. La reforma de la LO 5/2010, de 22 de junio²⁶, incluyó dos preceptos en el capítulo II bis: los abusos y agresiones sexuales sobre víctimas menores de trece años -art. 183-, y el llamado *on line child grooming*, o acercamiento a menores de trece años a través de internet, del teléfono o de cualquier otra tecnología de la información y la comunicación a fin de cometer cualquiera de los delitos de abusos o agresiones sexuales.

La redacción introducida por la LO 1/2015, de 30 de marzo²⁷, viene a elevar la edad de consentimiento sexual a los 16 años, sancionándose cualquier acto de carácter sexual realizado con una persona menor de la edad precitada. La elevación de la edad se justifica por el Preámbulo invocando la transposición de la Directiva 2011/93/UE, relativa a la lucha contra los abusos sexuales y la explotación sexual de los menores y la pornografía infantil¹⁸ y por la que se sustituye la Decisión Marco 2004/68/JAI del Consejo.

La LO 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia²⁹, tiene por objeto garantizar los derechos fundamentales de los niños, las niñas y adolescentes a su integridad física, psíquica, psicológica y moral frente a cualquier forma de violencia, asegurando el libre desarrollo de su personalidad y estableciendo medidas de protección integral sobre la violencia contra los niños y adolescentes respondiendo a la necesidad de introducir en nuestro ordenamiento jurídico los compromisos internacionales asumidos por España en la protección integral de las personas menores de edad. A los efectos de esta ley, se entiende por violencia toda acción, omisión o trato negligente que priva a las personas menores de edad de sus derechos y bienestar, que amenaza o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social, con

independencia de su forma y medio de comisión, incluida la realizada a través de las tecnologías de la información y la comunicación, especialmente la violencia digital.

Entre las manifestaciones de violencia objeto de esta LO se incluyen el maltrato físico, psicológico o emocional, los castigos físicos, humillantes o denigrantes, el descuido o trato negligente, las amenazas, injurias y calumnias, la explotación, incluyendo la violencia sexual, la corrupción, la pornografía infantil, la prostitución, el acoso escolar, el acoso sexual, el ciberacoso, la violencia de género, la mutilación genital, la trata de seres humanos con cualquier fin, el matrimonio forzado, el matrimonio infantil, el acceso no solicitado a pornografía, la extorsión sexual, la difusión pública de datos privados así como la presencia de cualquier comportamiento violento en su ámbito familiar.

La LO establece un conjunto de medidas de protección integral, que incluyen medidas en los ámbitos de la sensibilización, la prevención, la detección precoz, la protección y la reparación del daño en todos los ámbitos en los que se desarrolla la vida de niños y adolescentes. Contiene además previsiones en materia de prevención y sensibilización frente a fenómenos de violencia sexual contra los niños y adolescentes como el ciberbullying, el grooming, la ciberviolencia de género o el sexting, así como el acceso y consumo de pornografía entre la población menor de edad (art. 45 y 46). El art. 54 por su parte contiene una mención específica a la intervención ante casos de explotación sexual y trata de personas menores de edad sujetas a medidas de protección. daño en todos los ámbitos en los que se desarrolla la vida de niños, niñas y adolescentes. Esta importante LO supone también un avance en el cumplimiento de las medidas del Pacto de Estado contra la violencia de Género relativas a los menores de edad.

Modifica la LO 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género³⁰ en los siguientes términos:

Se añade un apartado nuevo 4 al artículo 1, con la siguiente redacción:



«4. La violencia de género a que se refiere esta Ley también comprende la violencia que con el objetivo de causar perjuicio o daño a las mujeres se ejerza sobre sus familiares o allegados menores de edad por parte de las personas indicadas en el apartado primero.»

A fin de reconocer la violencia vicaria, estableciendo que la violencia de género también comprende la violencia que con el objetivo de causar perjuicio o daño a las mujeres se ejerza sobre sus familiares o allegados menores de edad, tal y como se proponía en la medida 198 del Pacto de Estado³¹.

Se extiende el tiempo de prescripción de los delitos más graves cometidos contra las personas menores de edad, modificando el día de comienzo de cómputo del plazo; el plazo de prescripción se contará a partir de que la víctima haya cumplido los treinta y cinco años de edad. Con ello se evita la existencia de espacios de impunidad en delitos que estadísticamente se han probado de lenta asimilación en las víctimas en el plano psicológico y, muchas veces, de tardía detección.

Se elimina el perdón de la persona ofendida como causa de extinción de la responsabilidad criminal, cuando la víctima del delito sea una persona menor de dieciocho años, completando de este modo la protección de los niños y adolescentes ante delitos perseguibles a instancia de parte.

Se configura como obligatoria la imposición de la pena de privación de la patria potestad a los penados por homicidio o por asesinato en dos situaciones: cuando el autor y la víctima tuvieran en común un hijo o una hija y cuando la víctima fuera hijo o hija del autor. Se incrementa la edad a partir de la que se aplicará el subtipo agravado del delito de lesiones del art. 148.3, de los doce a los catorce años, puesto que resulta una esfera de protección más apropiada en atención a la vulnerabilidad que se manifiesta en la señalada franja vital.

En el tercer apartado se modifica el art. 261 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal³² (en adelante, LECrim) y se establece una excepción al régimen general de dispensa de la obligación de denunciar, al determinar la obligación de denun-

ciar del cónyuge y familiares cercanos de la persona que haya cometido un hecho delictivo cuando se trate de un delito grave cometido contra una persona menor de edad o con discapacidad necesitada de especial protección, adaptando nuestra legislación a las exigencias del Convenio de Lanzarote⁷. Igualmente, en el apartado cuatro se modifica el art. 416, de forma que se establecen una serie de excepciones a la dispensa de la obligación de declarar, con el fin de proteger en el proceso penal a las personas menores de edad o con discapacidad necesitadas de especial protección.

También se reforman los apartados 6 y 7 del art. 544 ter de la LECrim.³² para recoger que cuando se dicte una orden de protección con medidas de contenido penal y existieran indicios fundados de que los hijos e hijas menores de edad hubieran presenciado, sufrido o convivido con la violencia de género, la autoridad judicial, de oficio o a instancia de parte, suspenderá el régimen de visitas, estancia, relación o comunicación del inculpado respecto de los menores que dependan de él. No obstante, a instancia de parte, la autoridad judicial podrá no acordar la suspensión mediante resolución motivada en el interés superior del menor y previa evaluación de la situación de la relación paterno-filial. Esta disposición contribuye al cumplimiento de la medida 204 del Pacto de Estado contra la violencia de género³¹.

Por último, se crean nuevos tipos delictivos para evitar la impunidad de conductas realizadas a través de medios tecnológicos y de la comunicación, que producen graves riesgos para la vida y la integridad de las personas menores de edad, así como una gran alarma social. Se castiga a quienes, a través de estos medios, promuevan el suicidio, la autolesión o los trastornos alimenticios entre personas menores de edad, así como la comisión de delitos de naturaleza sexual contra estas. Además, se prevé expresamente que las autoridades judiciales podrán retirar estos contenidos de la red para evitar la persistencia delictiva.

El art. 29 establece la obligación de las administraciones públicas de prestar especial atención a la protección del interés superior de los niños, las niñas y adolescentes que conviven en entornos familiares marcados por la violencia de



género, garantizando la detección de estos casos y su respuesta específica, que garantice la plena protección de sus derechos.

En ese sentido se indica que las administraciones públicas garantizarán el apoyo necesario para que las niñas, los niños y adolescentes, de cara a su protección, atención especializada y recuperación, permanezcan con la mujer, salvo si ello es contrario a su interés superior. El art. 34 prevé la regulación **de protocolos específicos de actuación contra el abuso y el maltrato, el acoso escolar, el ciberacoso, el acoso sexual, la violencia de género, la violencia doméstica, el suicidio y la autolesión entre otros.**

En el art. 43 se establecen los planes de intervención en los casos de violencia en la infancia y adolescencia, y se prevé la necesaria coordinación con los servicios de atención a mujeres víctimas de violencia de género de la comunidad autónoma correspondiente, y se garantiza a los niños, las niñas y adolescentes víctimas de delitos violentos y, en todo caso, de delitos de naturaleza sexual, de trata o de violencia de género una atención integral para su recuperación a través de servicios especializados en consonancia con la medida 208 del Pacto de Estado contra la Violencia de Género³¹.

Cabe destacar que los niños, niñas y adolescentes con discapacidad son sujetos especialmente sensibles y vulnerables a esta tipología de violencia, expuestos de forma agravada a sus efectos y con mayores dificultades para el acceso, en igualdad de oportunidades, al ejercicio de sus derechos.

Se trata de una realidad execrable y extendida a pluralidad de frentes la violencia contra las mujeres y menores de edad con discapacidad excede mucho más allá de los cauces de amparo, protección y sanción inicialmente previstos en LO 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género³⁰, ya que en su articulado no queda recogida la distinción alguna por razón de discapacidad de las víctimas, como tampoco se prevén mecanismos especiales de protección para las adolescentes especialmente vulnerables.

Por otra parte, la LO de 2004 se centra en las manifestaciones de violencia cometidas en el marco de las relaciones de pareja presentes o pasadas, ignorando otras muchas formas de violencia contra las mujeres por razones de género, lo que sin duda excluye de su ámbito de aplicación formas de violencia de alta prevalencia como actos de violencia sexual contra mujeres con discapacidad intelectual o actos de violencia cometidos en el marco de los cuidados prestados por particulares o en instituciones sanitarias, sociales o de otra índole.

En este colectivo la mayor vulnerabilidad frente a la violencia se encuentra asociada a la discapacidad, puesto éste implica en muchas ocasiones mayor dependencia económica, dependencia de cuidados de terceras personas o redes sociales en ocasiones más empobrecidas.

A los efectos de este trabajo de puesta al día y revisión se entiende por persona con discapacidad, con carácter amplio, y conforme al concepto recogido en el art. 25 del Código Penal, tras la reforma operada por la LO 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la LO 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal²⁷, a la luz de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo facultativo aprobados en Nueva York el 13 de diciembre de 2006³³: *“A los efectos de este Código se entiende por discapacidad aquella situación en que se encuentra una persona con deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales de carácter permanente que, al interactuar con diversas barreras, puedan limitar o impedir la participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que los demás. Asimismo, a los efectos de este Código, se entenderá por persona con discapacidad necesitada de especial protección a aquella persona con discapacidad, que tenga o no judicialmente modificada su capacidad de obrar, requiera de asistencia o apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica y para la toma de decisiones respecto de su persona, de sus derechos o intereses a causa de sus deficiencias intelectuales o mentales de carácter permanente”.*

La Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo facultativo aprobados en Nueva York el 13 de diciem-



bre de 2006³⁵ incorporado al derecho español con su publicación en el Boletín Oficial del Estado de 21 de abril de 2008, constituye un hito fundamental en la comprensión de la discapacidad, sustituyendo el modelo médico rehabilitador por el modelo social de discapacidad, al señalar que las causas que provocan la discapacidad no son individuales sino sociales, de lo que se deriva la obligación de los Estados de adoptar todas las medidas necesarias para garantizar el principio de igualdad y no discriminación a las personas con discapacidad en el ejercicio de sus derechos. De acuerdo con ello, el art. 1 de la Convención redefina el concepto de discapacidad al establecer que *“las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”*.

Hito destacable fue el que trajo consigo, la LO 2/2020, de 16 de diciembre, de modificación del Código Penal para la erradicación de la esterilización forzada o no consentida de personas con discapacidad³⁴. En lo sustantivo, la LO 2/2020 se limita, básicamente, a derogar el párrafo segundo del art. 156 del Código Penal, que contenía los requisitos necesarios para validar conforme a Derecho la esterilización de personas cuya discapacidad intelectual o psicosocial les impidiera prestar válidamente su consentimiento a la intervención.

El Boletín Oficial del Estado de 3 de junio

5 La reforma del ordenamiento jurídico español, que es consecuencia de la ratificación por España de dicho tratado, se inició con la Ley 26/2011, llamada precisamente de adaptación normativa a la Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad, y que se encargó de modificar numerosos cuerpos legales de nuestro Derecho interno. La reforma continuó con el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprobó el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, a la que han de sumarse la reforma del Código penal llevada a cabo por la LO 1/2015, de 30 de marzo, la nueva legislación de jurisdicción voluntaria (Ley 15/2015, de 2 de julio, modificada por la Ley 4/2017, de 24 de junio, precisamente en relación con el derecho de las personas con discapacidad a contraer matrimonio en igualdad de condiciones) o las más recientes LO 1/2017, de 13 de diciembre, de modificación de la Ley Orgánica 5/1995, de 22 de mayo, del Tribunal del Jurado, para garantizar la participación de las personas con discapacidad sin exclusiones, LO 2/2018, de 5 de diciembre, para la modificación de la LO 5/1985, de 19 de junio, del Régimen Electoral General para garantizar el derecho de sufragio de todas las personas con discapacidad.

de 2021, publica la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica³⁵, y el de 5 de junio publica ya arriba mencionada LO 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia²⁹. Ambas leyes contienen disposiciones que contribuyen al cumplimiento de varias medidas previstas en el Pacto de Estado contra la violencia de género y, en general, para la mejora de la situación de los menores que se encuentran en situaciones de violencia.

Pero el hito en el ámbito del desarrollo normativo de los delitos contra la libertad sexual en los últimos tiempos supone la reciente publicación en el Boletín Oficial del Estado español de la LO 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual³⁶, cuyo objeto es la garantía y protección integral del derecho a la libertad sexual y la erradicación de todas las violencias sexuales, entendiendo éstas como actos de naturaleza sexual **no consentidos** o que condicionan el libre desarrollo de la vida sexual en cualquier ámbito público o privado, lo que incluye la agresión sexual, el acoso sexual y la explotación de la prostitución ajena, así como todos los demás delitos previstos en el Título VIII del Libro II de la LO 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal²³, orientados específicamente a proteger a personas menores de edad. La presente ley orgánica pretende dar respuesta especialmente a las violencias sexuales cometidas en el ámbito digital, lo que comprende la difusión de actos de violencia sexual a través de medios tecnológicos, la pornografía no consentida y la extorsión sexual. Asimismo, entre las conductas con impacto en la vida sexual, se consideran violencias sexuales la mutilación genital femenina⁶, el matrimonio for-

6 El Código Penal español tipifica expresamente el delito de mutilación genital en su art. 149.2. En las últimas tres décadas, España se ha convertido en punto de destino de movimientos migratorios de personas procedentes de diversos países del África Subsahariana. La incorporación a la sociedad española de familias procedentes de entornos geográficos, históricos, sociales y culturales diversos, donde se practica la mutilación genital femenina, obliga al profesional sanitario a enfrentarse a este tipo de prácticas. No existe a nivel estatal un registro de casos unificado del número de mujeres y niñas mutiladas que residen en territorio español. Tampoco existe un registro de las niñas residentes en España que han padecido la práctica en viajes a sus países de origen o que han llegado ya mutiladas a través de un proceso de reagrupación familiar o adopción. En algunas comunidades autónomas sí que existen registros de casos a cargo de los servicios de salud, servicios sociales y educación,



zado, el acoso con connotación sexual y la trata con fines de explotación sexual. Por último, en coherencia con las recomendaciones de la Relatora Especial de Naciones Unidas sobre violencia contra las mujeres, sus causas y sus consecuencias, se incluye el homicidio de mujeres vinculado a la violencia sexual, o feminicidio sexual, como la violación más grave de los derechos humanos vinculada a las violencias sexuales, que debe ser visibilizada y a la que se ha de dar una respuesta específica.

La disposición final cuarta modifica la LO 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal²³. Como medida más relevante, 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, cumpliendo así España con las obligaciones asumidas desde que ratificó en 2014 el Convenio de Estambul⁸. Este cambio de perspectiva contribuye a evitar los riesgos de revictimización o victimización secundaria. También se introduce expresamente como forma de comisión de la agresión sexual la denominada «sumisión química» o mediante el uso de sustancias y psicofármacos que anulan la voluntad de la víctima. Igualmente, y en línea con las previsiones del Convenio de Estambul, se introduce la circunstancia cualificatoria agravante específica de género en estos delitos.

CONCEPTOS JURÍDICOS DE BASE MÉDICA

Desde el punto de vista médico legal, no se ha de entrar en las calificaciones jurídicas, sino que se han de procurar aquellos elementos de prueba que, posteriormente, sí permitirán dicha calificación, si bien, para un correcto entendimiento de la norma legal es obligado, aunque de manera somera, señalar cuáles son las bases que se deben establecer a través de las observa-

ciones de los médicos que exploran y asisten a las víctimas de delitos contra la libertad sexual^{16,37}:

1. Acceso carnal. Se entiende como tal la introducción del pene a través de los orificios naturales que contempla la ley (vía vaginal, anal o bucal); siendo necesaria la erección para la penetración por las dos primeras vías. A efectos jurídicos, la consecución del delito no exige eyaculación, o tiempo de permanencia, siendo suficiente la penetración.
2. Introducción de miembros corporales. El término “miembro” se recoge en el Código Penal (delito de lesiones) para designar una parte anatómica de la persona, considerándola “principal” cuando tiene por sí misma, función propia y “no principal” cuando carece de ella. En este contexto, la palabra “miembro” significa, en efecto, región corporal, que al ponerla en relación con su introducción por vía vaginal o anal, requiere una forma anatómica que lleva en la práctica a que se trate.
3. Introducción objetos. Es un término general e impreciso; valdría para cualquier tipo de objeto cuya forma permita su introducción por la vía vaginal y/o anal, en el contexto de la simbología e intencionalidad sexual que conlleva esta acción.
4. Violencia: por violencia o *vis physica* debe entenderse ejercicio de fuerza física. Se trata de una conducta de fuerza realizada personalmente sobre el cuerpo de la víctima suficiente para doblegar su voluntad y conseguir así consumar el acto sexual al que ésta inicialmente se oponía.
5. Intimidación. Concepto de naturaleza psíquica y requiere el empleo de cualquier fuerza de coacción, amenaza o amedrentamiento con un mal racional y fundado; entraña la amenaza de un mal de entidad suficiente para doblegar la voluntad de una persona. Ha de tenerse en cuenta que la voluntad de los menores es más fácil de

normalmente registrados en el curso de la historia clínica.

El Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad aprobó en 2015, en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el “**Protocolo Común para la Actuación Sanitaria en relación con la mutilación genital femenina**”, que permiten mejorar la salud de las mujeres y las niñas a las que se ha practicado la mutilación genital femenina, así como trabajar en la prevención y detección del riesgo de su práctica en niñas que están en una situación de especial vulnerabilidad.



someter, y por ello, amenazas que ante un adulto no tendrían suficiente eficacia intimidante si pueden tenerla frente a la voluntad de los primeros.

Tal y como la define la Organización Mundial de la Salud³⁸, la violencia sexual es “*todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo*”.

Se ha de tener en cuenta que la **coacción** puede abarcar una variada tipología, que oscila desde el uso de grados variables de fuerza, la intimidación psicológica, la extorsión, las amenazas (a la integridad física o a perder un empleo, una calificación...) o cuando no se está en condiciones de consentir una interacción sexual, por ejemplo, cuando una de las partes involucradas en el ejercicio de la sexualidad, se encuentra bajo los efectos del alcohol o estupefacientes, dormida, o mentalmente discapacitada conocido como sumisión química. Frente al mito de que la violencia sexual ocurre siempre en lugares oscuros, en soledad y es perpetrada por desconocidos, el medio físico en el que se producen la mayoría de las agresiones sexuales es en la propia casa de la víctima y quien perpetra la agresión es una persona cercana, como una pareja o un familiar.

El espacio público es, no obstante, un lugar inseguro para las mujeres: Organización de las Naciones Unidas Mujeres lanzó “*ciudades seguras*”³⁹ como instrumento para prevenir y responder al acoso sexual y otras formas de violencia sexual contra mujeres y niñas en espacios públicos. En esta iniciativa se asumieron buenas prácticas tales como la iluminación de las calles o la mejora de la red de transporte público. No obstante, durante un período dilatado de tiempo, se ha enseñado a las mujeres y a niños a prevenir las agresiones sexuales, en lugar de sensibilizar sobre la importancia de no convertirse en agresor. Se habla de la “*Cultura de la violación*” para hacer referencia a la normalización y justificación de la violencia sexual en los entornos sociales: Emile

Buchwald en su libro *Transforming a Rape Culture*⁴⁰, expone cómo se crea la *cultura de la violación* normalizando la violencia sexual, y en este contexto, tanto hombres como mujeres asumen que la agresión es algo inherente a la vida y, por lo tanto, inevitable. La cultura de la violación comprende, según Buchwald, la televisión, las bromas, los anuncios publicitarios, las leyes, el mundo laboral o cierta pornografía.

LA EXPLORACIÓN DE LA VÍCTIMA MENOR DE EDAD DE DELITOS CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL

Sobre los médicos forenses adscritos a los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses (en adelante, IMLyCF) recae la responsabilidad de realizar los informes periciales sobre lesiones y posibles secuelas (físicas y psíquicas), así como de recoger y preservar los posibles indicios bien biológicos, bien inorgánicos, que se hallen en los menores víctimas de delitos sexuales y que permitan la investigación y reconstrucción de los hechos. Esta exploración debe adaptarse a las circunstancias concurrentes en cada caso, en la que se ha de modular su intervención al efecto de disminuir el impacto sobre la víctima y sus consecuencias¹⁹.

Es importante considerar que más del 90 % de los niños y niñas agredidos no van a presentar hallazgos anormales en el examen físico, lo cual no significa que el atentado no haya existido. Por este motivo el examen físico, incluso cuando lo que recoge es la ausencia de hallazgos, tiene una importancia máxima y debe ser realizado de forma impecable desde el punto de vista científico¹⁷. La actuación médico forense ante una agresión sexual sobre una persona menor de edad tiene como objetivo principal establecer los diagnósticos y valoraciones sobre las lesiones y secuelas físicas o psíquicas, buscar, encontrar y preservar el cuerpo de la prueba en caso de que sea posible, intentando minimizar las sucesivas actuaciones y fomentar la coordinación con otros peritos judiciales intervinientes en el proceso en beneficio de la víctima^{18,19}. El diagnóstico forense de agresión sexual en menores generalmente constituye un difícil desafío. Las consecuencias de un error pericial en la materia son tan graves



cuando se pasa alto el atentado sexual como cuando se efectúa un diagnóstico erróneo¹⁹.

El abordaje de la sospecha de agresión sexual infantil implica recabar la mayor información posible acerca de su existencia, lo que no siempre es tarea sencilla⁴¹. El primer dato de máxima importancia, además de la naturaleza del hecho, es el tiempo que ha transcurrido desde el atentado, lo que va a suponer que la exploración se clasifique como urgente o programable. Las modernas técnicas genéticas de detección de vestigios biológicos permiten demostrar la presencia de restos identificables hasta una semana después de ocurridos los hechos, lo que condiciona la urgencia de la actuación a las circunstancias de la misma¹⁹.

La exploración, en los casos urgentes, se debe realizar de forma inmediata y siempre en centro sanitario, o en el centro que se haya establecido como de referencia para atender estos casos. Por tanto, si durante el proceso asistencial en el servicio de urgencias se tiene conocimiento que el atentado ha tenido lugar en las últimas 72 horas (o 7 días, según el caso), se debe notificar, por el médico asistencial que detecte la sospecha (a través del procedimiento de urgencia protocolizado por el centro sanitario), de manera urgente, la situación al juzgado de guardia, el cual activará la intervención del médico forense⁷. El

médico asistencial deberá remitir de MANERA INMEDIATA el Parte Judicial de Lesiones correctamente cumplimentado al juzgado de guardia, documento médico legal cuya finalidad es informar a la autoridad judicial de la existencia de un acto constitutivo de delito del que se tenga conocimiento en el ejercicio profesional. Este es un documento médico legal básico y obligatorio, que tiene unas características formales generales y un contenido personalizado y referido a cada víctima y agresor (si se conoce). Se emite siempre que se asiste a un paciente que ha sufrido lesiones violentas físicas y/o psíquicas por acción u omisión, entendidas éstas como las ocasionadas por un mecanismo externo y ajeno a la persona, que al ponerse en marcha (accidental o intencionadamente) incide sobre la misma y le produce un daño. Respecto al Parte de Lesiones por violencia contra la mujer (de género) o por violencia sexual, son las distintas Comunidades Autónomas que han publicado un modelo oficial, completo y extenso, con la pretensión de que queden bien reflejadas las lesiones sufridas, el tratamiento aplicado, el mecanismo de producción, la recogida de muestras y cualquier otro dato que ayude después, en la investigación judicial, al esclarecimiento de los hechos y al castigo del culpable.

En ausencia de tal comunicación, el médico forense debe informar, por el medio que proceda y previo a su intervención, la existencia de una posible víctima de un atentado contra la libertad sexual a la autoridad judicial competente. A la vista de estas consideraciones, ha de distinguirse:

7 El Capítulo I de la LO 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual³⁶, sobre actuaciones fundamentales para la acreditación del delito, prevé la especialización en violencia sexual de las unidades de valoración forense integral que asisten a los Juzgados de Violencia sobre la Mujer. Asimismo, establece la obligación de especialización del personal médico forense que realice los exámenes de interés legal. Su artículo 19 señala explícitamente: *“Artículo 29. Formación en el ámbito forense...2. Las administraciones públicas, en el ámbito de sus respectivas competencias, asegurarán que los Institutos de Medicina Legal, en la formación inicial y continua de los equipos multidisciplinares de profesionales integrados en las unidades de valoración forense integral y de los equipos psicosociales especializados que asistan a los juzgados, incluyan transversalmente la perspectiva de género, así como la capacitación para la identificación de las violencias sexuales. 3. Asimismo, se garantizará la formación para una adecuada especialización de todo el personal del Cuerpo Nacional de Médicos Forenses que realice la valoración de circunstancias y daños ocasionados en casos de violencias sexuales, considerando especialmente la situación de mujeres, niñas, niños y adolescentes afectados por formas múltiples e interrelacionadas de discriminación”*.

En su Título VI “ Acceso y obtención de justicia”, Capítulo I: “Actuaciones fundamentales para la acreditación del delito”, el art. 48. *Práctica forense disponible, accesible y especializada. 1. La Administración General del Estado y las administraciones de las comunidades autónomas, en el ámbito de sus respectivas competencias, garantizarán la disponibilidad del personal médico forense para asegurar que el examen y las actuaciones de interés legal se practiquen a las víctimas sin demoras y*

conjuntamente con el reconocimiento ginecológico o médico preceptivo y todo aquel estudio médico necesario. En todo caso, se evitará la reiteración de reconocimientos salvo que resultaren estrictamente indispensables para la investigación. 2. Sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos 363 y 778.3 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, aprobada por Real Decreto de 14 de septiembre de 1982, la recogida de muestras biológicas de la víctima y otras evidencias, incluidas imágenes, que puedan contribuir a la acreditación de las violencias sexuales, que se realizará previo consentimiento informado, no estará condicionada a la presentación de denuncia o al ejercicio de la acción penal. Las muestras biológicas y evidencias que se recojan por el centro sanitario se conservarán debidamente para su remisión, garantizando la cadena de custodia y del modo más inmediato posible, al Instituto de Medicina Legal.



A. Sospecha de agresión sexual aguda o reciente:

A1) Durante las primeras 72 horas en una agresión sexual en menores consistente en: penetración anal, oral, digital...derramamiento de semen o fluido seminal en superficie corporal, restos de saliva procedente de sugilaciones..., desde el momento de los hechos, la valoración clínica forense integral de la víctima en la investigación del delito sexual constituye una emergencia médico-legal y por tanto ha de ser atendida como tal por el médico forense en funciones de guardia y por el médico asistencial a fin de no duplicar exploraciones de forma innecesaria, estrategia muy importante a efectos de prevenir la victimización secundaria^{41,42}. La celeridad persigue, igualmente, evitar que desaparezcan lesiones que cicatrizan rápidamente.

A2) Se debe considerar del mismo modo una emergencia médico forense la recopilación de muestras en la agresión sexual en menores con penetración cierta/presunta vía vaginal de 7 días. Debe realizarse sin demora injustificada, ya que de existir restos biológicos del agresor que pudieran dar un perfil genético para una posterior identificación, estos se deterioran y desaparecen, perdiéndose el elemento de la prueba⁴³.

Esta exploración es la primera toma de contacto con la víctima a través de la cual ésta manifestará la naturaleza y circunstancias de los hechos y se realizará la exploración física, psicológica, contextual-social y la toma de muestras, siempre en estrecha relación con el relato de los hechos referidos¹⁹. En la medida en la que sea posible, es recomendable que, al menos, el relato de los hechos se realice sin la presencia de familiares/acompañantes ya que el menor se expresa con una mayor libertad pese a la necesidad de que estos otorguen su consentimiento para que la entrevista se efectúe en exclusiva con la víctima, cuestión que habrá de matizarse en función de la edad del menor y de que haya o no conflicto de intereses⁴³. En cuanto al reconocimiento,

el menor debe ser abordado empleando un lenguaje cercano con términos que le permitan comprender el objeto de la exploración¹⁷.

En un primer momento de la entrevista, los médicos u otros profesionales involucrados en la misma han de ser presentados al menor, los cuales deben estar cualificados para recoger e interpretar adecuadamente el relato de la víctima, a través de la realización de preguntas empáticas y no sugerentes. Por la disponibilidad actual de medios de grabación audiovisual resulta de gran interés registrar la entrevista para su estudio ulterior, grabación que si bien no reúne condiciones para ser considerada como prueba preconstituida, puede ser muy útil para los psicólogos encargados de estudiar posteriormente el análisis del testimonio basado en criterios (CBCA).

En general, la entrevista y anamnesis necesitan mucho más tiempo que el propio examen físico, y son fundamentales para hacer que éste último sea útil. La exploración física va a realizarse juntamente con los servicios sanitarios e incluye una exploración física general completa y, de manera más específica, de las áreas de acceso sexual. La exploración física debe incluir:

1. Estudio general completo.
2. Estudio específico de las áreas genitales y las cavidades anal y bucal.

En todo caso, no se debe perder el enfoque integral que permite evaluar todos los tipos de malos tratos y no sólo el de tipo sexual, y recordar que una víctima de agresiones sexuales puede presentar también lesiones en otras regiones anatómicas¹⁹.

Se debe hacer hincapié en aquellas áreas en las cuales la víctima refiera haber sufrido los tocamientos o el acceso carnal. Por tanto, el examen físico se centra, fundamentalmente, en la inspección de la región anogenital a través de una variedad de métodos y técnicas de examen mientras el niño se encuentre adecuadamente posicionado, bien en decúbito supino, bien en la posición fetal, o en la posición de decúbito lateral⁴³.

8 Raramente son hallados rastros de ADN en las víctimas prepúberes, y sólo en casos excepcionales más allá de 24 horas después del evento; debe dirigirse más atención forense a los vestidos y la ropa de cama de la víctima.



El examinador debe conocer el estado de la evidencia con respecto a los hallazgos médicos del abuso sexual infantil, así como su clasificación actual. La más difundida y aceptada, la Clasificación de Adams (ANEXO), aconseja una combinación de tres técnicas estándar –de separación labial, tracción labial, y posición genupectoral– ya que aumenta el rendimiento de los resultados positivos y es requerida por dicha clasificación para que ciertos hallazgos puedan considerarse como una prueba definitiva de agresión^{44,9} en el caso de detectarse hallazgos lesivos, además de ser descritos, es necesario fotografiarlos.

En casos de sospecha de menores agredidos puede estar indicado su ingreso hospitalario con la previa información a la familia de la necesidad de estudios complementarios a fin de llevar a cabo un examen exhaustivo y recopilar su historia clínica para verificar motivos de consulta previos, revisiones periódicas y cumplimiento vacunal¹⁶.

Simultáneamente a la exploración se realiza la toma de muestras forenses (indicadas por el médico forense) y clínicas (establecidas por el equipo asistencial).

En el momento actual⁴¹, se recomienda la toma de muestras forenses que puedan derivar del intercambio de material biológico por contacto sexual en función de dos situaciones clínicas que merecen ser diferenciadas a la hora de la activación del procedimiento judicial, y por ende, para solicitar la presencia del médico forense al objeto de exploración y recogida de muestras de interés clínico y judicial:

- Agresión sexual en menores con penetración cierta/presunta vía vaginal: el semen y restos celulares de varón pueden permanecer en cavidad vaginal hasta 7 días después de producido el hecho (los espermatozoides pueden recuperarse del cuello uterino); por lo tanto, se debe ampliar el tiempo de la toma de muestras en estos casos hasta las 168 horas posteriores⁴⁷.

- Agresión sexual en menores consistente en: penetración anal, oral, digital... derramamiento de semen o fluido seminal en superficie corporal, restos de saliva procedente de sugilaciones...; se considera que en dichos fluidos las actuales técnicas analíticas permiten la detección de semen y/o restos celulares de varón hasta 3 días después de producidos los hechos.

Por lo tanto, el tiempo adecuado para la toma de muestras sería, en líneas generales, de hasta 72 horas posteriores al hecho lesivo. La recolección de ropa, ropa de cama u otros artículos domésticos que puedan albergar potenciales rastros puede efectuarse en un momento posterior. Desde el punto de vista forense un protocolo completo puede llegar a incluir las siguientes muestras:

- Muestras para estudios biológicos:

Debido a su utilidad como elemento probatorio de la realidad del contacto sexual y la identificación de los sospechosos, los estudios de ADN de las muestras biológicas (especialmente el semen) son actualmente considerados la aportación más importante para la prueba legal ante los tribunales⁴⁸. De hecho, la presencia de semen en el cuerpo, ropa o inmediaciones de un niño prepúber durante el reconocimiento médico forense usualmente confirma el diagnóstico del contacto sexual, y generalmente es aceptado ante un tribunal como prueba. Sin embargo, esta interpretación no debe considerarse como una prueba irrefutable, especialmente para casos de supuestos atentados intrafamiliares, ya que se ha evidenciado una transferencia secundaria de espermatozoides desde ropa/sábanas de adultos a ropa de bebés o niños durante lavados de la misma. Además, se puede obtener un perfil genético completo del padre a pesar de que no hubiera absolutamente ninguna agresión sexual involucrada^{49,50}.

Es importante conocer que la presencia o no de hallazgos físicos significativos no predice el hallazgo de adenosindifosfato (en adelante, ADN) extraño y no debería ser el criterio para decidir recolectar o no muestras forenses⁵¹. Además, aún puede recuperarse el ADN tras el lavado genital (en su caso) después del evento. No

9 A este respecto, el "Protocolo interinstitucional para la atención de niños, niñas y adolescentes víctimas o testigos de abuso sexual infantil o violencia", recomienda: "Durante la exploración física, podrá estar presente el representante legal del niño, niña o adolescente, salvo oposición de la víctima"



es frecuente encontrar semen en la cavidad oral más allá de 6 horas, en cavidad anorrectal más allá de 24 horas y en la cavidad vaginal más allá de 72 horas después del contacto sexual^{52,53}. En la cavidad vaginal, el tiempo de vida media depende de la edad de la víctima (prepuberal o pospuberal) y si el semen se localiza en el cuello uterino, la vida media puede ser mucho mayor que 72 horas. En las niñas pospuberales, los espermatozoides pueden permanecer móviles en las secreciones vaginales durante 6-12 horas y en el cuello uterino hasta 7 días después del eyaculado; los espermatozoides no móviles se pueden encontrar en las manchas de las secreciones vaginales de 12 a 48 horas después de la eyaculación. La vida media del semen en las niñas prepúberes es comparativamente más corta debido a la ausencia de moco cervical. Las secreciones secas en la ropa permanecen bastante estables, por lo que el semen puede detectarse por más de 1 año basado en el principio de intercambio de Locard: *“en todo contacto entre un cuerpo y otro se intercambia evidencia física: un agresor al atacar a su víctima deja en ella algo de él y toda víctima deja algo de ella en el agresor. De la misma manera, un lugar deja elementos en quienes lo visitan y el visitante deja elementos en el lugar”*⁵⁴.

- Muestras para estudios microbiológicos:

El tiempo transcurrido entre el atentado y el primer reconocimiento médico de la víctima de agresión sexual infantil no debe ser un impedimento para la recogida de muestras y posterior análisis microbiológico⁴¹. Tal es el caso de las muestras biológicas destinadas a los análisis microbiológicos, ya que se podría detectar algún patógeno de transmisión sexual, lo que podría traer consigo la investigación de la transmisión de este durante la agresión a menores, hecho éste que sería constitutivo de un delito. Actualmente el contagio de una enfermedad constituiría un delito de lesiones, (art. 149 del Código Penal, dolosa, o art. 152 del Código Penal, imprudente). Posteriormente, estas muestras podrían ser objeto de análisis destinados a detectar el perfil genético del presunto agresor si en su momento no se hubieran tomado muestras para estudios genéticos, o se hubiera obtenido un resultado negativo en las destinadas a este fin^{41,42}.

- Muestras para estudios toxicológicos:

El fin perseguido mediante la obtención de muestras para este tipo de análisis pretende la determinación de una disminución o merma de la consciencia o la capacidad de consentir y estudio de un posible delito facilitado por el alcohol u otras sustancias tóxicas. El médico forense se hará responsable de la cadena de custodia de las muestras forenses por él recogidas y de su remisión posterior al Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (en adelante, INTCF), adjuntando copia del informe clínico para remitirlo junto al informe médico forense y al expediente judicial al juzgado de guardia.

B. Sospecha de agresión sexual no aguda o no reciente.

Teniendo en cuenta que el tiempo transcurrido entre el atentado sexual y la exploración de la víctima constituye un factor fundamental en la investigación, en términos generales, si desde la fecha que la que se perpetró la agresión ya han transcurrido varios días, el menor ha de ser examinado por un médico tan pronto como sea posible, pero no como una emergencia. **En estos casos el médico asistencial realizará la exploración y actuación sanitaria precisa remitiendo el parte judicial de lesiones al juzgado de guardia para comunicar la sospecha del delito.** Con letra legible, se identificará el médico y se describirán detalladamente las lesiones, incluido el estadio y la localización, describiendo además el estado emocional del menor. Se deberá incluir el pronóstico y el destino del paciente (alta o ingreso hospitalario).

El médico forense procederá a la exploración de la víctima en las dependencias del servicio de clínica del IMLCF y emitirá el informe de sanidad de las lesiones, si bien la conveniencia de este reconocimiento debe ser valorada en cada caso de manera particular según los resultados de las exploraciones previas que se hubieran realizado y de los informes emitidos. No obstante, en casos de especial gravedad el médico forense de guardia realizará de forma urgente dicha exploración conjunta^{41,42}.



LA NUEVA ALARMA SOCIAL EN EL CAMPO DE LA VIOLENCIA SEXUAL: LOS DELITOS DE SUMISIÓN QUÍMICA... ¿LEYENDA O REALIDAD?

La administración subrepticia de sustancias tóxicas, drogas o medicamentos a una persona con fines criminales es conocida como sumisión química, en literatura científica anglosajona, asaltos sexuales facilitados por sustancias. Estas conductas objeto de reproche penal hasta la reforma recientemente operada por la LO 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual³⁶, encontraban encaje en el Código Penal español como forma típica de abuso sexual y no como agresión sexual, figura delictiva que requería siempre de la existencia de violencia o intimidación, instando por ello la calificación de los delitos de sumisión química como abuso a una reforma del texto penal para evitar una victimización secundaria aún mayor de la que perciben los sujetos pasivos de estos delitos en el momento actual.

Se estima que hasta un 17% de los delitos contra la libertad sexual podrían catalogarse como sumisión química, aunque actualmente existe una tendencia al alza en la prevalencia de estos delitos lo que supone un reto para los profesionales encargados de su abordaje, teniendo en cuenta el estado de confusión de la víctima y el corto periodo de la ventana de detección de las sustancias psicoactivas que se utilizan habitualmente, siendo la más frecuentemente empleada el alcohol etílico. No obstante, aunque puede emplearse solo, suele administrarse combinado con otras drogas de abuso estimulantes o fármacos.

Desde la antigüedad es conocido el empleo de sustancias químicas a fin de dirigir la voluntad de las personas a la comisión de actos delictivos de manera subrepticia, aunque recientemente la aplicabilidad de las sustancias tóxicas con tales fines ha adquirido gran relevancia social por su vínculo con la perpetración de delitos contra la libertad sexual, entre otros actos objeto de reproche penal, anulando o modificando las capacidades cognitivas de las víctimas.

Por ello, la literatura anglosajona emplea los términos “*drug facilitated crimes*”, o “*drug facilitated sexual assault*” (en adelante, DFSA) cuando

el empleo de sustancias tóxicas, medicamentos o estupefacientes se encuentra vinculado a la comisión de delitos contra la libertad sexual.

El acrónimo más comúnmente empleado en España, sumisión química, proviene del término francés “*soumission chimique*”, y define éste como la administración de sustancias psicoactivas a una persona sin su conocimiento, buscando anular su voluntad o modificar su comportamiento con fines delictivos. Este término se empleó por primera vez por Poyen, Rodor, Jouve, Galland, Lots y Jouglard en 1982, para referirse a “*la administración de un producto a una persona sin su conocimiento con el fin de provocar una modificación de su grado de vigilancia, de su estado de consciencia y de su capacidad de juicio. Esta vulnerabilidad se provoca deliberadamente con el fin de causar a la víctima un perjuicio secundario (robo, firma de documentos y, sobre todo, agresión sexual). En la práctica, las víctimas están dormidas, o bien despiertas, pero bajo el control del agresor*”⁵⁶.

Ampliando el concepto de sumisión química, se puede llevar a cabo una clasificación de estos delitos entendiendo como el subtipo conocido como premeditada o proactiva (en adelante, DFSA premeditada o proactiva), aquella en la que el asaltante le proporciona a su víctima una sustancia incapacitante o desinhibidora, de forma encubierta y con el objetivo de someterla sexualmente, y el oportunista (en adelante, DFSA oportunista) cuando el agresor mantiene actividad sexual con otra persona prevaleciendo de que ésta se encuentra prácticamente inconsciente debido al consumo voluntario de alcohol y/o determinadas sustancias como drogas o medicamentos o mixta, confluyendo la ingesta voluntaria por la víctima de determinadas sustancias tóxicas o bebidas alcohólicas con la administración encubierta por parte del asaltante⁵⁷.

El nexo común es que dicha administración produce en la víctima una incapacidad o inconsciencia que permite o facilita que el delito sexual tenga lugar, al posibilitar que la persona se encuentre bajo unos efectos que reducen significativamente o anulan su autonomía sexual además de imposibilitar cualquier tipo de resistencia o defensa, generando un estado de vulnerabilidad en la víctima⁵⁸.



Existe también una preocupación creciente por el fenómeno conocido como «*Chemsex*», en el que la práctica del sexo, fundamentalmente entre hombres, se asocia el consumo de drogas. En esta situación existe una línea muy fina entre las prácticas sexuales voluntarias y aquellas que se realizan en estado de baja consciencia y/o intoxicación, cuando el individuo tiene mermada su competencia para la toma de decisiones, suscitando problemas relacionados con el consentimiento. Algunos usuarios pueden encontrarse involucrados en otros delitos que rara vez se denuncian por temor a ser acusados de tenencia de drogas, por sensación de culpabilidad, o porque su entorno conozca sus prácticas. Se han reportado destrozos o robos en los domicilios donde se practica *Chemsex*, así como problemas relacionados con la difusión, sin su consentimiento, de grabaciones o fotografías de personas desnudas o practicando sexo bajo los efectos de sustancias⁵⁹.

De todo lo anterior se deduce que el empleo de sustancias psicoactivas supone una anulación completa, o muy significativa, de la capacidad de emitir cualquier tipo de consentimiento válido para participar en una actividad de índole sexual, por encontrarse la víctima plenamente incapacitada a causa de la administración de dichas sustancias⁵⁸.

En relación con las sustancias empleadas por los agresores en la perpetración de los delitos contra la libertad sexual, es preciso en primer lugar analizar, las cualidades comunes a la mayormente empleadas, que además justifican, por su difícil detección en el organismo de las víctimas, su prevalencia subestimada. Se trata de sustancias insípidas, incoloras e inodoras, es decir, carentes de características organolépticas, lo cual dificulta su detección por las víctimas; de acción rápida y corta duración para facilitar el control sobre la víctima y no levantar sospechas; cuyos efectos se den a dosis bajas para que puedan pasar inadvertidas más fácilmente. La administración suele ser por vía oral, añadidas a diferentes bebidas que enmascaren el sabor y el olor; cuando estas bebidas son alcohólicas, se convierten en el vehículo idóneo porque al mismo tiempo potencian sus efectos⁵⁶.

En segundo lugar, los efectos que se suelen buscar son, amnesia anterógrada que supone la incapacidad de formar recuerdos nuevos, de recordar hechos nuevos, sin afectar a los antiguos (la amnesia es un efecto muy favorable para el agresor ya que limita el testimonio de la víctima, llegando a impedir la denuncia del hecho delictivo); sedación para limitar la capacidad de vigilia, atención y respuesta de la víctima ante la agresión; efectos alucinógenos, desorientación temporal y espacial de la víctima para invalidar su testimonio; desinhibición, afectando a la capacidad de autocontrol de la víctima, llegando a situaciones que en condiciones normales hubiera considerado inaceptables⁵⁶.

Entre las sustancias más frecuentemente involucradas en la comisión de actos delictivos con finalidad sexual se encuentran el alcohol etílico, benzodiazepinas, hipnóticos, cannabinoides, analgésicos o anestésicos, barbitúricos, gammahidroxibutirato (GHB) o disolventes orgánicos. Pese a ser numerosas las sustancias empleadas con tales fines, continúa siendo el alcohol etílico, la sustancia desinhibidora empleada por excelencia, en un 50-70% de los casos de sumisión química, con el fenómeno conocido como *binge drinke* o *heavy episodic drinking*.

Abordaje de las víctimas de delitos sexuales facilitados por sustancias tóxicas y alcohol en el ámbito sanitario

Los DFSA suponen un reto para los profesionales sanitarios porque la propia naturaleza delictiva del acto dificulta su detección, por el estado de confusión de la víctima, por el corto periodo de la ventana de detección de las sustancias, por la carencia de medios diagnósticos en los centros sanitarios y por las repercusiones médico legales sobre la víctima. Debe mantenerse, por tanto, un alto grado de concienciación, facilitando la obtención de muestras de validez legal y un diagnóstico clínico certero⁶⁰.

Resulta fundamental documentar el motivo por el cual la persona reconocida que demanda asistencia sanitaria, sospecha o cree haber sido víctima de un DFSA, siendo en ese caso preciso anotar toda la sintomatología referida en su historia clínica, destacando si ha existido consumo voluntario de alcohol, drogas y/o medicamentos.



No olvidar que los tiempos para detectar DFSA en sangre y en orina dependen de la vida media del tóxico, de la dosis que se le ha administrado y de la sensibilidad del analizador. Hay que tener en cuenta que un resultado negativo en la determinación de esas sustancias no significa que no haya sido un DFSA, ya que pueden haber desaparecido las sustancias de las muestras por el tiempo transcurrido. Del mismo modo, el resultado positivo tiene que estar apoyado por la anamnesis y los informes médico forenses⁶⁰.

En el año 2010 se constituyó en el IMLCF de Cataluña el Grupo de Investigación en Sumisión Química que llevó a cabo durante el año 2011 el estudio prospectivo de víctimas de agresión sexual con intervención médico-forense en la ciudad de Barcelona, comentado anteriormente⁶¹. En el marco de este estudio, se desarrolló conjuntamente entre los Servicios de Clínica Médico-Forense y de Laboratorio Forense un protocolo de actuación específico ante la sumisión o vulnerabilidad química. Se elaboró la denominada “*Guía breve de actuación médico-forense ante casos sospechosos de sumisión y vulnerabilidad química*», que fue difundida en el IMLCF a partir del mes de octubre de 2012⁶¹.

Se trata esta publicación de un trabajo pionero en el abordaje de las víctimas de DSFA en España, precediendo a otras publicaciones posteriores del Ministerio de Justicia en esta materia, tales como las Instrucciones publicadas en casos de agresión sexual con sospecha de intoxicación en el año 2012⁶², el “*Protocolo de actuación médico-forense ante la violencia sexual en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses*” de 2021⁴¹ y la recientemente conocida “*Guía de buenas prácticas para la actuación forense ante la víctima de un delito facilitado por sustancias psicoactivas: intervención ante la sospecha de sumisión química*”⁶³ publicada por el Consejo Médico Forense en el mes de marzo del año en curso.

A semejanza de otras intervenciones, en la medida de lo posible es necesario informar a la persona reconocida de la naturaleza y finalidad del procedimiento y obtener su consentimiento. Conviene tener presente que la persona asistida puede ser preguntada acerca del consumo voluntario como un cuestionamiento de su credibili-

dad, por lo que, se debe explicar que los análisis en sangre y orina detectan alcohol, drogas y medicamentos, y que por este motivo es necesario precisar lo que ha tomado de manera voluntaria, y en qué cantidad, para poderlo distinguir de lo que le puede haber sido administrado de forma encubierta.

Además de documentar el consumo voluntario de alcohol, de drogas y de medicamentos, es necesario anotar si se ha tomado o administrado en el servicio de urgencias medicación psicoactiva (típicamente, ansiolítica) a raíz de los hechos y con carácter previo a la toma de muestras.

Respecto a la exploración, se debe realizar y documentar tanto la realizada a nivel neurológico como del estado mental, con una recogida de muestras de sangre y orina general y con análisis de cabello, si fuera posible, considerando otras muestras según el caso, como una bebida o un alimento sospechosos, o restos de vómito⁶³¹⁰ recogida conforme a la Orden JUS/1291/2010, de 13 de mayo, por la que se aprueban las normas para la preparación y remisión de muestras objeto de análisis por el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses.

La Guía de Buenas Prácticas recomienda obtener muestras tanto de sangre como de orina dentro de las 48 horas desde la perpetración de los presuntos hechos. Entre las 48 y las 168 horas (7 días) posteriores, se recomienda obtener otra muestra de orina. Si la persona es reconocida más allá de los 7 días tras los hechos se recomienda el análisis del cabello, también cuando no se dispone de muestras de sangre ni de orina; se aconseja la obtención de una muestra de cabello en el momento del primer reconocimiento y de una segunda muestra 6 semanas después. Respecto a la muestra de sangre, se tomará sangre venosa periférica en 2 tubos de 5 mililitros, al menos uno con fluoruro sódico como conservante y oxalato potásico como anticoagulante, procurando llenar los tubos al máximo para evitar, en la medida de lo posible, la cámara de aire, así como el otro tubo

¹⁰ Orden JUS/1291/2010, de 13 de mayo, por la que se aprueban las normas para la preparación y remisión de muestras objeto de análisis por el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, incluye en su Anexo I un formulario de remisión de muestras.



de sangre total anticoagulada con EDTA (ácido edético). Ambos tubos deben enviarse en condiciones de refrigeración y se recomienda supervisar que no se haga uso de alcohol como desinfectante cutáneo.

La sangre es una muestra biológica que informa del consumo reciente de la sustancia y, además, permitiría en casos favorables establecer la correlación entre la concentración y el efecto clínico. Como principal desventaja de su uso para este tipo de casos figura la rápida eliminación de las sustancias de este medio biológico, por lo que, en el caso de existir cierto retraso en solicitar ayuda médica, es probable que la sustancia administrada haya desaparecido de la sangre⁶³.

En cuanto a la muestra de orina, toda la que se pueda recoger en frasco de seguridad de 50 mililitros, sin conservantes, que también deben enviarse en condiciones de refrigeración^{61,62,63}. La orina es una muestra, habitualmente abundante, que también informa del consumo reciente, pero ofrece ventanas de detección superiores a la sangre para las sustancias químicas, ya que pueden llegar a ser de varios días como en los cannabinoides y metabolitos de algunas benzodiazepinas.

Continuando con las recomendaciones relativas a la toma de muestras, se recogerán dos mechones de cabello cortado muy próximo al cuero cabelludo en aquellos casos en los que la denuncia de los presuntos hechos sea efectuada más allá de los cinco días desde su comisión, y se puede citar a la víctima a las 4-5 semanas después del reconocimiento inicial para tomar nuevas muestras y así facilitar el estudio de consumo crónico o puntual de drogas de abuso. Al ser el cabello una matriz biológica que va incorporando a su composición las sustancias químicas presentes en la sangre a medida que crece, y considerando que la velocidad de crecimiento es de 1 centímetro al mes, mediante el análisis del segmento proximal obtenido a las 3-5 semanas se podría detectar la sustancia administrada y/o su metabolito. Sirve para distinguir la exposición única de la crónica y para poner en evidencia el tóxico si ha desaparecido de la sangre y orina.

La principal desventaja de esta matriz

biológica son las bajas concentraciones que se pueden esperar tras la exposición a una única dosis del compuesto administrado.

En el caso de menores de edad y, en general, de personas con dificultades para comprender que están siendo incapacitadas mediante el uso de sustancias químicas, la muestra de cabello es la matriz adecuada para confirmar el consumo o la administración repetida a lo largo de un período de tiempo. Así mismo, el cabello es de interés forense cuando sea necesario descartar el consumo crónico de alguna sustancia psicoactiva por parte de la víctima. Se indicarán las sustancias de posible consumo y el tiempo que se quiere investigar.

Se aconseja que la respuesta tanto clínica como forense ante la mera sospecha sea protocolizada y multidisciplinar. Así, sería recomendable que en los centros de atención sanitaria se implantara un procedimiento de actuación normalizado y homogéneo para la detección clínica y atención de la sospecha de sumisión química que incorporara los aspectos médico legales, y que la intervención médico-forense fuera lo más precoz posible e independiente de la formulación de denuncia por parte de la víctima⁶³.

La presencia de una persona de apoyo a la víctima durante el proceso de evaluación médico forense debe atenderse tal como dispone la Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la Víctima del Delito⁵⁵, cuyo artículo 4.c contempla como derecho básico el de ser acompañada por una persona de su elección desde el primer contacto con las autoridades y funcionarios. También el Código de Deontología Médica se refiere a esta cuestión en su artículo 9.3⁶⁴. Además, diferentes guías de actuación recomiendan que en todo momento la víctima esté acompañada por una persona de su confianza, ya sea un familiar o un amigo desde el momento inicial^{61,62,63}.

No obstante, puede darse la situación inversa, y que la demanda debe ser igualmente respetada, como ocurre en los casos de adolescentes que prefieren que sus padres no estén presentes. Sin embargo, aquellas situaciones en las que la víctima sea menor de 16 años, se deberá obtener el consentimiento explícito de los tutores para



proseguir con el examen con otra persona asistente⁶³.

Es necesario un trato especialmente exquisito hacia el menor víctima, comprensivo, con ambiente tranquilo, de modo que se facilite la comunicación, confidencialidad y la mayor intimidad posible, debiendo efectuar la recogida de datos con el mayor tacto, sensibilidad y cuidado del lenguaje, modulándose la intervención y adaptando la entrevista para la obtención de información a las características individuales y capacidad de comprensión del niño así como a su nivel intelectual.

Se debe disponer del tiempo necesario y del lugar adecuado, tranquilo y suficientemente equipado. Es preciso dar explicaciones conforme al nivel intelectual del menor de edad de todas las exploraciones que se le van a efectuar y la finalidad de las mismas, exponiendo en todo momento lo que se está haciendo, y recabando el consentimiento cuando sea preciso, como es el caso de la toma de muestras.

En agosto del año en curso, el Observatorio de Salud de las Mujeres del Ministerio de Sanidad publicó las *"Pautas básicas comunes del SNS para la actuación sanitaria ante casos de agresión a mujeres por objeto punzante ("pinchazo") en contextos de ocio"*⁶⁶, documento que tiene como finalidad proponer pautas de actuación y algoritmos básicos para articular respuestas y actuaciones sanitarias comunes desde los equipos de profesionales del Sistema Nacional de Salud para una atención integral de las agresiones con objeto punzante ("pinchazo") a mujeres en contextos de ocio para garantizar la protección integral de la salud de las mujeres, teniendo en cuenta las consideraciones previas recogidas en los Protocolos Autonómicos actualmente existentes (Sumisión Química y Agresiones Sexuales) así como los aspectos legales relacionados para una adecuada continuidad asistencial y posterior seguimiento. El documento contiene una primera parte de consideraciones generales, propone un algoritmo básico de actuación, un modelo de consentimiento informado de la víctima para la recogida de muestras, y un documento base de recogida de datos para la custodia de las mismas.

LA VALORACIÓN DE LA CREDIBILIDAD DEL TESTIMONIO

Cuando la naturaleza de la violencia sexual no tiene caracteres de urgencia y el tiempo hasta su detección es suficientemente prolongado, la situación requiere una actuación tan rápida como sea posible, pero no inmediata. En estos casos es posible disociar la asistencia urgente con fines asistenciales de la entrevista con fines periciales, y ésta puede y debe llevarse a cabo juntamente con profesionales de la psicología con experiencia en la evaluación pericial de menores^{17,42}. A medida que el tiempo transcurrido desde el atentado es mayor, adquiere más importancia la entrevista que debe llevarse a cabo con aplicación de técnicas de evaluación de testimonio.

En estos casos es posible y aun conveniente plantear la posibilidad de la grabación de la entrevista de manera que pueda realizarse en condiciones que permitan su consideración de prueba preconstituida, con el doble objetivo de que al tiempo que estas exploraciones son admitidas como pruebas, garantizan los derechos de la persona menor de edad de ser interrogada por una persona experta. Por otro lado, en consonancia con el principio de mínima intervención, reduce el número de exploraciones. Respecto de los menores, la preconstitución de la prueba, no debe ser excepcional, con el fin de evitar la victimización secundaria. En este sentido, debe recordarse que la Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la Víctima del delito⁵⁵, en su art. 26, sobre *"Medidas de protección para menores y personas con discapacidad necesitadas de especial protección"*, contempla en su apartado "b)" que la declaración podrá recibirse por medio de expertos (...), que mediante el empleo de técnicas propias de sus ciencias y la utilización de protocolos diseñados para realizar las entrevistas a menores harán la experiencia menos traumática para el menor¹¹.

¹¹ Esta Ley se refiere en sus arts. 23 a 26 a la actuación y medidas de protección especial a víctimas menores de edad. Correlativamente modifica diversos preceptos de la LECrim. referidos a declaraciones y protección de derechos de víctimas menores de edad: arts. 433, 681.3, 707, 730.



EL PRINCIPIO DE LA MÍNIMA INTERVENCIÓN: LA PRUEBA PRECONSTITUIDA Y EL MENOR VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL

La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género³⁰, dispuso que el Gobierno organizara, en su ámbito de actuación, los Servicios Forenses de modo que contaran con Unidades de Valoración Forense Integral (en adelante, UVFI). El binomio protección versus autonomía se presenta como un dato clave en la reciente evolución del tratamiento jurídico de los derechos de la niñez y la adolescencia, siguiendo la pauta marcada por la CDN y presidido por los principios del interés superior del niño y la capacidad progresiva del individuo⁶⁷.

Desgraciadamente, en los últimos años, especial relevancia ha alcanzado la problemática de la asistencia a los menores de edad que viven en dinámicas familiares violentas, de género y doméstica, en que los niños aparecen como especialmente involucrados, concernidos y damnificados.

De otro lado, la realidad social y el quehacer cotidiano de los tribunales revelan, como una verdad irrefutable, que sobre niños y adolescentes se proyectan con frecuencia, entre otros tipos de conductas reprobables, actuaciones delictivas que atentan contra la libertad sexual de los mismos, que incluso en numerosas ocasiones tienen lugar dentro del ámbito familiar.

La necesidad de protección de los menores que se ven inmersos en estas situaciones de violencia en las cuales la víctima es su madre y el responsable es su padre o la persona con la que mantienen o ha mantenido una relación análoga de afectividad, ha sido reclamada desde hace años desde diversos sectores sociales señalando que, si realmente cualquier forma de violencia sobre un menor de edad por su vulnerabilidad es injustificable, es especialmente execrable cuando acontece en el ámbito familiar, donde existe violencia en cualquiera de sus manifestaciones, tratándose de actos constitutivos de delitos pluriofensivos al interesar no exclusivamente a la persona que lo sufre de modo directo sino a todo el ámbito familiar en cuanto vulnera los principios

de igualdad, dignidad y libertad bajo los cuales debe desarrollarse la convivencia y el aprendizaje de los niños; la familia es el ámbito donde se inician y desarrollan los vínculos, las habilidades y los sentimientos, además del conocimiento, es decir, es la primera escuela de aprendizaje¹.

Los menores de edad viven en un entorno donde las relaciones violentas y el abuso de poder, que justifica, legitima, banaliza y promueve esos comportamientos violentos como parte de las relaciones afectivas y personales son una pauta diaria, internalizando un modelo negativo de relación que lesiona gravemente el desarrollo de su personalidad.

La situación de las víctimas menores de edad y la atención que nuestro ordenamiento jurídico les otorga ha cambiado sustancialmente en los últimos años mediante la Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto Jurídico de la Víctima⁵⁵, que traspone a nuestro derecho interno la Directiva 2012/29 UE¹⁰, por la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia²⁹, y mediante la recientemente aprobada Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual³⁶, configurándose un nuevo estatuto jurídico de las personas menores de edad siendo titular de derechos y objeto de protección, además de un verdadero protagonista que ha ser oído, pero con deberes, conforme a las disposiciones normativas nacionales e internacionales arriba señaladas, en las que, desde la concepción de los menores como ciudadanos, se les reconoce como corresponsables de las sociedades de las que forman parte esencial.

A fin de ejercitar adecuadamente este derecho el menor, será preciso que éste sea informado con anterioridad de un modo comprensible acerca del contenido de lo que se sustancie, de su alcance y consecuencias, sin obviar que se trata de un derecho, no de una obligación, por lo que hay cabida a que el menor no desee declarar.

La edad y madurez son dos criterios para tener en cuenta, siendo más importante el desarrollo evolutivo y capacidad de comprensión del menor, que su edad biológica; en todo caso se entiende por ley que a la edad de 12 años se alcan-



za la suficiente madurez. El menor podrá ejercer este derecho por sí mismo o por la persona que designe para que actúe en su representación e incluso podrá ser asistido si fuera necesario de profesionales expertos, expresando su opinión verbalmente o a través de otras vías no verbales de comunicación.

En todo caso sus comparencias tendrán carácter preferente y deberá velarse por preservar siempre su intimidad.

Cuando no sea posible o conveniente oír personalmente al menor su opinión podrá ser transmitida por sus representantes legales, cuando no tengan intereses contrapuestos o por otras personas de su confianza.

Los art. 11 y 26 LO 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia²⁹ frente a la violencia garantizan que los menores sean escuchados, en consonancia con la medida 128 del Pacto de Estado³¹, e instan a la adopción de las medidas necesarias para impedir que planteamientos teóricos o criterios sin aval científico que presuman interferencia o manipulación adulta, como el llamado síndrome de alienación parental, puedan ser tomados en consideración, conforme a lo que establece el Pacto de Estado en la medida 129.

De todo lo anterior se extrae la obligatoriedad de aplicación de las normas y medidas consencientes a personas menores de edad a las instituciones, públicas o privadas, a los tribunales de justicia o a los órganos legislativos en los que deberá primar el interés superior de los mismos sobre cualquier otro interés legítimo que pudiera concurrir⁶⁸.

Del mismo modo que el menor de edad tiene derecho a ser oído, es preciso resaltar la importancia que posee la declaración de éste en la fase de instrucción, manteniendo un equilibrio entre la debida protección del menor, la eficacia para perseguir el delito y el derecho del investigado a un proceso judicial se mantenga un equilibrio entre la debida protección del menor, la eficaz persecución del delito y el derecho del imputado a un proceso imparcial y equitativo.

Numerosas recomendaciones del Consejo de Europa convienen la necesidad de adoptar las medidas necesarias para que la declaración de los menores se realice en las condiciones más adecuadas siendo adaptadas a las necesidades y capacidades de los niños y adolescentes¹⁸. Se señalan como criterios a seguir limitar el número de entrevistas, declaraciones y audiencias a las estrictamente necesarias, proponiendo la grabación de éstas. A la vez se indica la conveniencia de evitar el contacto directo del menor con el imputado, por lo que deben habilitarse salas de espera y de exploración especiales. Por último, se insta a la adopción de medidas que tiendan a favorecer el testimonio proscribiendo, citando a modo de ejemplo, técnicas de exploración de carácter intimidatorio.

En consonancia con las directrices emanadas del Consejo de Europa, las características del interrogatorio es abordado exhaustivamente en el texto contenido en el art. 26 de la Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto Jurídico de la Víctima⁵⁵, consciente por un lado de la necesidad del testimonio del menor de edad que en numerosas ocasiones y concretamente en materia de delitos sexuales y maltrato en el ámbito doméstico o en violencia de género representa el único elemento probatorio que conduzca a conseguir el castigo del delincuente, por otro, el respeto a los derechos del acusado y finalmente que éste sea prestado en las mejores condiciones para el menor. Y así establece que serán grabadas por medios audiovisuales y reproducidas en el transcurso del juicio oral en los términos establecidos en la Ley de Enjuiciamiento Criminal³², que también modifica y, en segundo lugar, que podrán ser recibidas por medio de expertos.

El antiguo art. 433 LECrim fue modificado tras la aprobación de la Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto Jurídico de la Víctima⁵⁵, señalando que el Juez podrá acordar, cuando a la vista de la falta de madurez de la víctima resulte necesario para evitar causarles graves perjuicios, que se les tome declaración mediante la intervención de expertos y con intervención del Ministerio Fiscal. Con esta finalidad podrá acordarse también que las preguntas se trasladen a la víctima directamente por los expertos o, incluso, excluir o limitar la presencia de las partes en el lugar de la



exploración de la víctima. En estos casos, el juez dispondrá lo necesario para facilitar a las partes la posibilidad de trasladar preguntas o pedir aclaraciones a la víctima, siempre que ello resulte posible.

Ordenará la grabación de la declaración por medios audiovisuales. En el mismo sentido se modifica el art. 448 LECrim³², que insiste en la utilización de medios técnicos para evitar la confrontación visual con el inculgado.

Aunque la norma no detalla qué expertos son los adecuados para efectuar la exploración de los menores de edad, ordinariamente habrá de entenderse que serán personas cualificadas profesionalmente para orientar sobre el modo más adecuado de abordar al menor, esto es, psicólogos infantiles, pedagogos o psiquiatras.

De otro lado, el menor durante la exploración podrá estar acompañado de persona de su confianza salvo que motivadamente por el Juez se resuelva lo contrario para garantizar el correcto desarrollo de ésta. Por último, el actual precepto establece la grabación obligatoria de la entrevista, lo que supone un paso adelante en esta materia permitiendo de forma generalizada la preconstitución como prueba de las declaraciones de menores mediante su grabación.

La necesidad de evitar perjuicios secundarios al acto de declaración en el transcurso de una vista oral por parte de los menores con el riesgo de revictimización que conlleva a la vez de la pérdida de utilidad de su testimonio por el transcurso del tiempo, han conducido a la conciencia de que no basta con evitar la confrontación visual de la persona agraviada con el presunto agresor⁶⁹12, sino que en aras a la protección del interés superior del menor es necesario habilitar la posibilidad de que el menor no vuelva a declarar en el procedimiento y en ese sentido se fue creando un criterio jurisprudencial consolidado basado en la CDN³ y demás instrumentos internacionales y en el interés superior del menor.

No obstante, si se considera la persona menor de edad posee suficiente madurez y que su testimonio es imprescindible sea prestado durante la fase de juicio oral, habrá de hacerse evitando la confrontación visual, empleando un sistema de videoconferencia¹³ que reduce los perjuicios para el menor que declara sin merma alguna para el derecho de defensa¹⁷⁰. De otro lado, reforma de gran trascendencia es la operada por la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual³⁶ sobre la Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto Jurídico de la Víctima⁵⁵, en relación con la toma de declaración en el caso de víctimas de delitos contra la libertad sexual, en concreto queda modificado el primer inciso de la letra a) del apartado 2 y el apartado 4 del art. 23, que quedan redactados como sigue, de modo que, como novedad a destacar, la práctica de la prueba preconstituida podrá llevarse a cabo con víctimas menores de edad, personas con discapacidad necesitadas de especial protección y víctimas de violencias sexuales en general.

PRINCIPIOS RECTORES EN EL ABORDAJE DE LAS PERSONAS MENORES DE EDAD VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Las personas menores de edad como víctimas poseen derechos generales establecidos en los arts. 20 y siguientes de la Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto Jurídico de la Víctima⁵⁵, tales como evitar la confrontación visual con el agresor, que no se produzcan dilaciones, a no sufrir reiteradas declaraciones, a estar acompañada por persona de su confianza, a la protección de su intimidad y privacidad que se refuerza en caso de menores impidiendo la difusión de cualquier noticia que permita su identificación, limitando la publicidad, la obligación de evaluar de sus necesidades y tener en cuenta sus opiniones e intereses.

12 [la corta edad del testigo unido al transcurso del tiempo hará inútil cualquier intento de recuerdo o la validez de su tardío testimonio...]

13 En cuanto a la utilización de la VIDEOCONFERENCIA, se trata éste del método aconsejado por las Directivas que emanan del consejo de Europa, método recomendado por el Estatuto de la víctima, y el propio Convenio de Estambul en su art. 56: "especialmente cuando la víctima sea menor o con capacidad disminuida o vulnerable, como forma de evitar la revictimización establece que los Estados deberán permitir declarar a las víctimas ante el tribunal, de conformidad con las normas de su derecho interno, sin estar presentes, o al menos sin que el presunto autor del delito esté presente, especialmente recurriendo a las tecnologías de la comunicación adecuadas, si se dispone de ellas"⁷⁸.



La particular vulnerabilidad de los niños víctimas y testigos reclama especial protección, así como asistencia y apoyo apropiados a su edad y nivel de madurez, a fin de evitar los acontecimientos traumáticos o minimizar el impacto que puede ocasionar su participación en un proceso.

Todo ello, conduce a la necesidad de adoptar una serie de recomendaciones que deben implantarse como principios rectores en el abordaje de los menores de edad por los profesionales, dirigidas a apoyar, atender y proteger a las víctimas desde el primer momento y a lo largo de todo el proceso para evitar o disminuir los efectos perjudiciales o revictimización secundaria, con especial referencia a la actuación con los menores tanto en la exploración, como en la investigación y durante el enjuiciamiento, estableciendo la obligación de adoptar las medidas necesarias para proteger la vida, integridad, intimidad y dignidad de las víctimas. Estos principios son los siguientes⁷¹:

- a) *La protección del derecho a la vida, supervivencia y desarrollo del menor y la satisfacción de sus necesidades básicas, tanto materiales, físicas y educativas como emocionales y afectivas.*
- b) *La consideración de los deseos, sentimientos y opiniones del menor, así como su derecho a participar progresivamente, en función de su edad, madurez, desarrollo y evolución personal, en el proceso de determinación de su interés superior.*
- c) *La conveniencia de que su vida y desarrollo tenga lugar en un entorno familiar adecuado y libre de violencia. Se priorizará la permanencia en su familia de origen y se preservará el mantenimiento de sus relaciones familiares, siempre que sea posible y positivo para el menor.*
- d) *La preservación de la identidad, cultura, religión, convicciones, orientación e identidad sexual o idioma del menor, así como la no discriminación de éste por éstas o cualesquiera otras condiciones, incluida la discapacidad, garantizando el desarrollo armónico de su personalidad”.*

Incluso la ley establece una suerte de elementos de ponderación de los criterios anteriores⁵⁵:

a) La edad y madurez del menor. Se sustituye el término juicio por el de madurez, por ser un término más ajustado al lenguaje jurídico y forense, haciendo hincapié en la importancia del proceso madurativo del menor más que en la edad cronológica.

b) La necesidad de garantizar su igualdad y no discriminación, evitando cualquier trato discriminatorio por su especial vulnerabilidad, ya sea por la carencia de entorno familiar, sufrir maltrato, su discapacidad, su orientación e identidad sexual, su condición de refugiado, solicitante de asilo o protección subsidiaria, su pertenencia a una minoría étnica, o cualquier otra característica o circunstancia relevante.

c) El efecto del transcurso del tiempo en su desarrollo.

d) La necesidad de estabilidad de las soluciones que se adopten para promover la efectiva integración y desarrollo del menor en la sociedad, así como de minimizar los riesgos que cualquier cambio de situación material o emocional pueda ocasionar en su personalidad y desarrollo futuro.

e) La preparación del tránsito a la edad adulta e independiente, de acuerdo con sus capacidades y circunstancias personales.

f) Los demás elementos de ponderación que, en el supuesto concreto, sean considerados pertinentes y respeten los derechos de los menores.

Y como principio general y más que suficiente razón para garantizar una atención integral a las personas menores de edad en las exploraciones, es de obligado cumplimiento que todos estos elementos sean valorados de forma conjunta, conforme a los principios de necesidad y proporcionalidad, de forma que la medida que se adopte en el interés superior del menor no restrinja o limite más derechos que los que ampara.

Las decisiones y medidas adoptadas en interés superior del menor deberán valorar en todo caso los derechos fundamentales de otras personas que pudieran verse afectados, resaltando la importancia de respetar las garantías pro-



cesales en la adopción de cualquier medida en interés del menor, en concreto²⁹:

a) Los derechos del menor a ser informado, oído y escuchado, y a participar en el proceso de acuerdo con la normativa vigente.

b) **La intervención en el proceso de profesionales cualificados o expertos. En caso necesario, estos profesionales han de contar con la formación suficiente para determinar las específicas necesidades de los niños con discapacidad. En las decisiones especialmente relevantes que afecten al menor se contará con el informe colegiado de un grupo técnico y multidisciplinar especializado en los ámbitos adecuados.**

c) La participación de progenitores, tutores o representantes legales del menor o de un defensor judicial si hubiera conflicto o discrepancia con ellos y del Ministerio Fiscal en el proceso en defensa de sus intereses.

d) La adopción de una decisión que incluya en su motivación los criterios utilizados, los elementos aplicados al ponderar los criterios entre sí y con otros intereses presentes y futuros, y las garantías procesales respetadas.

e) La existencia de recursos que permitan revisar la decisión adoptada que no haya considerado el interés superior del menor como primordial o en el caso en que el propio desarrollo del menor o cambios significativos en las circunstancias que motivaron dicha decisión hagan necesario revisarla. Los menores gozarán del derecho a la asistencia jurídica gratuita en los casos legalmente previstos.

INDICADORES DE RIESGO DE PERSONAS MENORES DE EDAD: HACIA DÓNDE SE HAN DE DIRIGIR ESFUERZOS

La Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia²⁹ modifica la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil¹³ siendo considerados como indicadores de riesgo, entre otros:

a) *La falta de atención física o psíquica del niño, niña o adolescente por parte de los progenitores, o por las personas que ejerzan la tutela, guarda, o acogimiento, que comporte un perjuicio leve para la salud física o emocional del niño, niña o adolescente cuando se estime, por la naturaleza o por la repetición de los episodios, la posibilidad de su persistencia o el agravamiento de sus efectos.*

b) *La negligencia en el cuidado de las personas menores de edad y la falta de seguimiento médico por parte de los progenitores, o por las personas que ejerzan la tutela, guarda o acogimiento.*

c) *La existencia de un hermano o hermana declarado en situación de riesgo o desamparo, salvo que las circunstancias familiares hayan cambiado de forma evidente.*

d) *La utilización, por parte de los progenitores, o de quienes ejerzan funciones de tutela, guarda o acogimiento, del castigo habitual y desproporcionado y de pautas de corrección violentas que, sin constituir un episodio severo o un patrón crónico de violencia, perjudiquen su desarrollo.*

e) *La evolución negativa de los programas de intervención seguidos con la familia y la obstrucción a su desarrollo o puesta en marcha.*

f) *Las prácticas discriminatorias, por parte de los responsables parentales, contra los niños, niñas y adolescentes que conlleven un perjuicio para su bienestar y su salud mental y física, en particular:*

1.º Las actitudes discriminatorias que por razón de género, edad o discapacidad puedan aumentar las posibilidades de confinamiento en el hogar, la falta de acceso a la educación, las escasas oportunidades de ocio, la falta de acceso al arte y a la vida cultural, así como cualquier otra circunstancia que, por razón de género, edad o discapacidad, les impidan disfrutar de sus derechos en igualdad.

2.º La no aceptación de la orientación sexual, identidad de género o las características sexuales de la persona menor de edad.



- g) *El riesgo de sufrir ablación, mutilación genital femenina o cualquier otra forma de violencia en el caso de niñas y adolescentes basadas en el género, las promesas o acuerdos de matrimonio forzado.*
- h) *La identificación de las madres como víctimas de trata.*
- i) *Las niñas y adolescentes víctimas de violencia de género en los términos establecidos en el artículo 1.1 de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género.*
- j) *Los ingresos múltiples de personas menores de edad en distintos hospitales con síntomas recurrentes, inexplicables y/o que no se confirman diagnósticamente.*
- k) *El consumo habitual de drogas tóxicas o bebidas alcohólicas por las personas menores de edad.*
- l) *La exposición de la persona menor de edad a cualquier situación de violencia doméstica o de género.*
- m) *Cualquier otra circunstancia que implique violencia sobre las personas menores de edad que, en caso de persistir, pueda evolucionar y derivar en el desamparo del niño, niña o adolescente”.*

EXPLORACIÓN DEL PRESUNTO AGRESOR

En la mayoría de los atentados contra la libertad sexual a menores de edad, los agresores son personas de su entorno más próximo, incluso las violencias acontecen en el seno de SUS familias.

La exploración física del supuesto agresor debe ser completa, buscando signos de defensa y lucha en toda la superficie anatómica y debajo de las uñas, si bien cuanto menor sea la víctima, menor resistencia física presentará, por lo que es importante la inmediatez en el reconocimiento. Si fuese solicitado se realizará con posterioridad el examen psiquiátrico del supuesto agresor. A su vez, esta exploración facilitará la evaluación de los aspectos del agresor susceptibles o no de tratamiento social en contexto judicial, útiles al juzgador tanto para garantizar la protección de las personas menores involucradas, como para con-

tribuir a los principios penales de reinserción⁴¹.

En el caso en el que la sospecha del posible autor recaiga en el progenitor, pareja de la madre o en alguna otra persona de confianza del entorno del menor, la entrevista clínica con él no es nada sencilla, siendo útiles las siguientes normas⁷³:

- Hablar en tono calmado, seguro y sin juzgar
- Identificar comportamientos inaceptables y no dejarse intimidar.
- Abordar el problema hablando francamente.
- Permitirle reconocer sus comportamientos violentos y hacerse responsable de sus actos.
- Ofrecer tratamiento si tiene problemas de alcoholismo.
- Si tiene problemas psicológicos, toxicomanías o problemas psiquiátricos, ofertar servicios especializados.
- No presumir una rehabilitación espontánea.
- Nunca compartirle las direcciones de la casa de acogida o de otros lugares donde pueda la pareja o expareja, cuando se trate ésta de la madre del menor presuntamente agredido y tenga una orden de alejamiento (aunque se confiese avergonzado y arrepentido).

En el caso de que el agresor sea menor de edad, la LO 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual³⁶, en su disposición final séptima, modifica la LO 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores.

Se modifica la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores⁷², en los siguientes términos:

Uno. Se añade un apartado 5 al artículo 7 en los siguientes términos:

«5. Cuando la medida impuesta lo sea por la comisión de un delito de los previstos en los Capítulos I y II del Título VIII del Código Penal, el Juez impondrá de forma accesoria, en todo caso, la obligación de someterse a programas formativos de educación sexual y



de educación en igualdad.»

Dos. Se modifica el apartado 2 del artículo 10, con la siguiente redacción:

«Cuando el hecho sea constitutivo de alguno de los delitos tipificados en los artículos 138, 139, 178 a 183 y 571 a 580 del Código Penal, o de cualquier otro delito que tenga señalada en dicho Código o en las leyes penales especiales pena de prisión igual o superior a quince años, el Juez deberá imponer las medidas siguientes:

- si al tiempo de cometer los hechos el menor tuviere catorce o quince años de edad, una medida de internamiento en régimen cerrado de uno a cinco años de duración, complementada en su caso por otra medida de libertad vigilada de hasta tres años.

- si al tiempo de cometer los hechos el menor tuviere dieciséis o diecisiete años de edad, una medida de internamiento en régimen cerrado de uno a ocho años de duración, complementada en su caso por otra de libertad vigilada con asistencia educativa de hasta cinco años. En este supuesto sólo podrá hacerse uso de las facultades de modificación, suspensión o sustitución de la medida impuesta a las que se refieren los artículos 13, 40 y 51.1 de esta ley orgánica, cuando haya transcurrido al menos, la mitad de la duración de la medida de internamiento impuesta.

1. cuando el delito cometido lo sea de los tipificados en los artículos 178 a 183 del Código Penal, las medidas previstas en los dos apartados anteriores deberán acompañarse de una medida de educación sexual y educación para la igualdad.»

PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN LAS CONSULTAS DE PEDIATRÍA

Desde la posición privilegiada de la que disponen los pediatras en sus consultas, estos pueden desempeñar un papel fundamental colaborando con la Administración de Justicia para que los hechos se demuestren y se pueda sancionar al responsable de tales atroces delitos de los que son víctimas los niños, incapaces de escapar de auténticos cautiverios individuales, cuando sufren violencia sexual dentro del entorno familiar u otro entorno de confianza.

Para todo ello es necesaria la implicación activa de todo el personal de los servicios sani-

tarios desde un modelo de atención integral a la salud, el cual incorpora el concepto de INTERDISCIPLINA, entendida como un nuevo conocimiento, experiencia y un lenguaje que es fruto del abordaje compartido de los conflictos y las situaciones problemáticas que afronta la persona⁴¹.

El pediatra puede enfrentarse en la consulta con situaciones complejas como aquella en la que sospeche que el menor está siendo víctima de violencia sexual sin los progenitores lo reconozcan durante la entrevista, o bien la madre banalice o justifique ciertos comportamientos al menor por parte de su pareja o padre de éste que el médico entienda pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.

Ante la evidencia, el médico tiene la obligación de comunicar inmediatamente los hechos a la autoridad judicial, remitiendo al juez de guardia, tal y ya se ha adelantado, el Parte Judicial de Lesiones y que sea explícito en cuanto a la descripción de los posibles hallazgos lesivos encontrados, siempre indicando como “referido” todo aquello que el propio menor o los representantes legales le expongan durante la entrevista, principalmente en relación con el mecanismo de producción. Este punto sensible deriva de la obligación legal inexorable del médico de poner en conocimiento de la autoridad judicial la existencia de lesiones ante la constatación de las mismas derivadas de malos tratos, obligación que se cumple mediante la notificación al juzgado del Parte Judicial de Lesiones e Informe Médico que le acompaña, informando previamente al menor afectado en la medida en la que su capacidad lo permita, así como a sus padres o representantes legales acerca de la remisión del mismo, registrándolo en la historia clínica, y valorando siempre la seguridad del niño para garantizar su protección.

Es importante resaltar que la LO 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia²⁹, en su Disposición final decimotercera, modifica la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica⁷⁵, ya que se añade un nuevo apartado 5 al artículo 15 de la Ley 41/2002, en



los siguientes términos: «5. **Cuando la atención sanitaria prestada lo sea a consecuencia de violencia ejercida contra personas menores de edad, la historia clínica especificará esta circunstancia, además de la información a la que hace referencia este apartado.**»

Hay que tener en cuenta que el abordaje del menor de edad es sumamente complejo ya que puede que exista un sentimiento de culpa o vergüenza que le impida comunicar que está siendo víctima de una violencia sexual o bien que no pueda identificar esa conducta como propia de un objeto de reproche penal. En ocasiones están amenazados por los agresores o emplean estos, técnicas de manipulación afectiva o económica para “comprar su silencio”.

En ocasiones, la ausencia de formación específica en materia de violencia sexual impide un correcto abordaje de víctimas. Todo ello deriva del desconocimiento de las estrategias para el manejo de estas situaciones con escasa formación en habilidades de comunicación en la entrevista clínica, ya que el abordaje a las víctimas queda reducido fundamentalmente a la esfera biologicista, sin profundizar en problemas psicosociales.

Los médicos y pediatras de atención primaria plantean una limitación práctica de tiempo para realizar la indagación que establecen los protocolos de actuación sanitaria ante la violencia sexual, si bien la cuestión del tiempo se puede paliar en coordinación con servicios sociales que hagan el seguimiento más allá de la consulta, así como la ausencia de trabajo interdisciplinar en equipo junto a una deficiente formación médica en materia de violencia sexual.

Por ello, es muy necesario el trabajo interprofesional y coordinado con los servicios sociales, siendo obligada la cumplimentación de la Hoja de Notificación del Maltrato Infantil en el ámbito sanitario publicada en el año 2006 por la Consejería de Bienestar Social de la Junta de Extremadura⁷⁴, caso el médico detecte una situación de riesgo de malos tratos a un menor en cualquiera de sus manifestaciones, incluida la violencia sexual. Se trata de otra pieza fundamental del operativo activado para detectar y atajar este

problema: los servicios sociales a los que el médico puede recurrir, en primer lugar, ante cualquier sospecha. El seguimiento de estos profesionales permite realizar averiguaciones que, en muchas ocasiones, escapan al facultativo supliendo así la limitación práctica de tiempo para el abordaje psicosocial de las víctimas en las consultas.

De otro lado, al tratarse los menores de edad de víctimas de especial vulnerabilidad, los artículos 262 y 544 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal³² obligan a los sanitarios a informar a la autoridad judicial estos hechos constitutivos de presuntos actos ilícitos penales de los que tuvieran conocimiento en el ejercicio de su cargo. La palabra “sospecha” es importante que quede registrada en la historia clínica del paciente, pese a que más adelante no se confirme el maltrato.

La LO 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia²⁹, en su Disposición final octava modifica la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor¹³, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil incidiendo en la obligación del médico de comunicar a la autoridad competente la situación de riesgo en la que pudiera hallarse un menor; se modifica el apartado 1, que queda redactado como sigue, y se suprimen los apartados 4 y 5 del artículo 13: «1. *Toda persona o autoridad, especialmente aquellas que por su profesión, oficio o actividad detecten una situación de riesgo o posible desamparo de una persona menor de edad, lo comunicarán a la autoridad o sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise.*»

El Estatuto de la víctima⁵⁵ promueve la dotación al sistema judicial de Oficinas de asistencia a víctimas de delitos violentos y contra la libertad e indemnidad sexual, así como la elaboración de protocolos de actuación, coordinación y sensibilización, complementando a la Ley 35/1995 de ayuda y asistencia a víctimas de delitos violentos y delitos contra la libertad sexual³¹, con el fin de minimizar la victimización secundaria mediante coordinación de recursos disponibles en atención a las víctimas.



Indicadores de sospecha: consecuencias emocionales y comportamentales en menores de edad víctimas de violencia sexual

Aquel menor de corta edad que está siendo o ha sido víctima de violencia sexual puede presentar una serie de indicadores que permiten al pediatra en la consulta la detección de la violencia a veces como señales de alarma como predictores de esta:

1. Alteraciones del sueño y de la alimentación que pueden acompañarse de síntomas psicossomáticos como trastornos gastrointestinales o alteraciones menstruales en niñas adolescentes.
2. Sentimientos de inseguridad y desconfianza.
3. Los menores víctimas de violencia sexual pueden presentar cambios bruscos de conductas, bien internalizantes: problemas de miedo e inhibición o temor a quedarse solos con determinados miembros de la familia, aislamiento y rechazo en relaciones sociales, falta de integración con el resto de iguales que coexisten en ocasiones, con comportamientos autolesivos e intentos de suicidio o bien, conductas externalizantes tales como problemas de agresividad, ira, hostilidad o conflictos en la familia o con amigos.
4. El menor puede resistirse a desnudarse y a bañarse (resistencia a quedarse desnudo).
5. Problemas o rechazo en el centro educativo.
6. Fantasías o conductas regresivas tales como chuparse el dedo u orinarse en la cama.
7. Tendencia al secretismo.
8. Intentos de suicidio o autolesiones.
9. Dificultades de interacción social con tendencia a interpretar con hostilidad la conducta de terceros.
10. Pensamientos obsesivos en relación con

la violencia sexual sufrida, pesadillas y/o pensamientos recurrentes.

11. Problemas en la atención, en la memoria y en la concentración.
12. Síntomas de ansiedad o depresión con visión negativa de la vida.
13. Consumo abusivo de sustancias tóxicas o de alcohol.
14. En cuanto a relaciones interpersonales, afecto y relaciones sexuales puede darse el caso de que el menor rechace caricias, besos y contacto físico en general o presente conductas seductoras, especialmente en niñas, o conductas precoces o conocimientos sexuales inadecuados para la edad del menor.

BREVE ESQUEMA EN RELACIÓN CON EL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y PACIENTES MENORES DE EDAD

Conforme al consentimiento informado que ha de otorgarse en actuaciones realizadas a un paciente menor de edad en el ámbito sanitario, se antoja imprescindible efectuar la siguiente diferenciación atendiendo a las siguientes franjas etarias⁷⁷:

- En el caso de menores de 12 años éste es prestado por sus representantes, respetando el derecho a ser oídos si tienen madurez suficiente para ejercitarlo. La regla general es la de que por debajo de esa edad carecen madurez para consentir, pero tal regla puede ser exceptuada, si en el caso concreto se llega a la conclusión de que el menor posee suficiente madurez.
- En aquellas situaciones con de menores de 16 y mayores de 12 años es otorgado por el propio menor, si en el caso concreto se llega a la conclusión de que es capaz intelectual/emocionalmente para prestarlo. En todo caso, debe ser oído.



- En los supuestos de menores mayores de 16 años (estén o no emancipados) es prestado por el propio menor, de quien se presume *iuris tantum* madurez suficiente para prestarlo.
- En menores mayores de 16 años es prestado por el representante legal del menor, cuando se desvirtúe en el caso concreto la presunción *iuris tantum* de que tiene madurez suficiente para prestarlo.
- Cualquiera que sea la edad y la madurez del menor es prestado por el representante legal, cuando se trate de una actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor.

PROCESOS DE VICTIMIZACIÓN DE LOS MENORES DE EDAD ANTE LA VIOLENCIA SEXUAL CONTINUADA EN EL ENTORNO DOMÉSTICO

La **victimización primaria** es el proceso por el que una persona sufre, de forma directa o indirecta, **daños físicos o psíquicos derivados de un hecho delictivo**. Hay que tener en cuenta que el proceso de victimización de un menor de edad en el contexto de la violencia sexual presenta algunas **particularidades** que la diferencia de otras situaciones de violencia:

- Normalmente el agresor no se trata de un desconocido o de un enemigo, sino que es alguien con quien el menor comparte su vida, de su entorno familiar o de un entorno de relaciones sociales cercano, por lo que entran en juego factores afectivos.
- Un importante número de menores está siendo agredido “*sin saberlo*”, sin ser consciente de su situación, en tanto, no perciben los comportamientos delictivos procedentes de las personas que deberían encargarse de su protección, como tales.
- Existe, por tanto, una naturalización de la violencia sexual siendo sumamente complejo identificar a los victimarios.
- Las víctimas suelen adoptar estrategias que pretenden la evitación de las agresiones y tienen como objetivo, en la mayoría de los casos, el

cambio conductual del agresor, objetivo inalcanzable; los menores se encuentran indefensos y ante sentimientos de culpa, vergüenza o temor a no ser creídos suelen sufrir en ocasiones durante largos períodos de tiempo las consecuencias de la violencia sexual, consecuencias que incrementan la morbimortalidad de los niños y adolescentes, con pérdida de salud.

- Está confirmado que son delitos de asimilación lenta; más del 50% de los menores víctimas de delitos sexuales no confirman haberlo sido sino hasta alcanzar la edad adulta.

La **victimización secundaria**, o revictimización, es la derivada de las vivencias del menor tras su interacción con el funcionamiento institucional, es decir, tras pasar por los diferentes itinerarios de la violencia (Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, centros de salud, hospitales, juzgados, juicios, centros de la mujer acompañando a sus madres también víctimas de la violencia...) o por parte de cualquier profesional encargado de prestarle asistencia y apoyo a raíz del delito. Tiene como consecuencia el agravamiento del daño psicológico que la víctima pueda presentar. Los efectos que esta victimización secundaria produce pueden llegar a ser incluso más devastadores y traumáticos que la victimización primaria.

El daño se debe principalmente a una actitud negligente, de desconocimiento o dejación intencionada, que hace que la víctima se sienta cuestionada, confundida o agobiada por los trámites, o que reviva de forma innecesaria el suceso traumático sufrido. Algunas de las situaciones de victimización secundaria en los casos de violencia de género son los siguientes:

- Ocultación de las situaciones de violencia sexual. La falta de mecanismos e instrumentos para su detección puede contribuir a la victimización secundaria. Es necesario revisar el posicionamiento de todos los profesionales sanitarios frente a la violencia sexual.
- *Minimización de los hechos* narrados por las víctimas menores de edad.



- Derivaciones precipitadas del menor a otros servicios, en lo que tienen que volver a explicar su situación y ser evaluadas de nuevo.
- Excesiva identificación de la persona que atiende con la persona atendida. En algunas ocasiones, la persona que atiende se involucra en exceso en la intervención, resultando en muchos casos intrusiva para las víctimas de violencia sexual o los representantes de éstas, que son las que deben tomar las decisiones en todo momento.

Es imprescindible que la relación asistencial no reproduzca un sistema jerárquico como en el caso de la relación agresor-víctima.

Otras actitudes profesionales como la descalificación, el descrédito, la falta de empatía, la imposición de ritmos y/o actuaciones, entre otras, favorecen la revictimización.

Para poder ofrecer una ayuda eficaz a las víctimas menores de violencia sexual es imprescindible que los profesionales sanitarios en general y, los médicos en particular tengan presentes todos los factores y variables que influyen en la violencia sexual.

A nivel práctico, es necesario que cualquier profesional que pueda tener contacto con víctimas de violencia sexual o que se encargue directamente de su atención tenga presente algunos **principios básicos o pautas de actuación**:

- Ofrecer un **espacio para hablar de lo ocurrido siempre que el menor así lo desee**, sin ejercer presión sobre el menor. Es necesario atender en un espacio que garantice a la víctima su seguridad y que facilite su relato. Sobre todo, es imprescindible que el agresor no esté presente; si existen indicios de que el adulto que acompaña al menor víctima pudiera estar involucrados en la comisión del presunto acto delictivo, se informará inmediatamente a la autoridad competente. Dar lugar a una **situación de confianza y escuchar** a las víctimas, con una actitud cálida y afable. Es necesario mostrar interés y aceptación por el menor y el relato de su experiencia y realizar gestos que muestren a la víctima que está siendo escuchada.

- **Asegurar la confidencialidad.** Es importante explicitar la privacidad y confidencialidad de todos los datos e información que aporte.

- **Estimular y apoyar** al niño a lo largo de todo el proceso de atención, respetando sus tiempos y haciéndole sentir acompañado, asesorado y apoyado en la toma de decisiones.

- **Mostrar comprensión** acerca del sufrimiento pasado y presente del menor, y transmitir a la víctima que tomó una decisión correcta al contar y denunciar su situación; transmitirle que hablar es ser un ¡VALIENTE!.

- Dar acogida a sus **necesidades inmediatas**.

Además de los principios básicos o pautas de actuación, **para no favorecer una victimización secundaria se ha de evitar lo siguiente**:

1. Realizar preguntas en **tono brusco o hostil**.
2. Preguntas o aseveraciones que transmiten **dudas acerca de la veracidad** de la experiencia de la víctima.
3. Preguntas confrontacionales o **cuestionadoras**.
4. Mostrar actitudes **culpabilizadoras** hacia la víctima.
5. Comentarios que **minimizan las secuelas** de la victimización.
6. Realizar **prejuicios o predisposiciones** negativas ante la víctima o criticarla.
7. **Desincentivar** a la víctima a emprender acciones de defensa o protección.

Todas estas actitudes, además de favorecer la victimización secundaria, pueden **reforzar el aislamiento de la víctima**, minar la confianza en ellas mismas, y en los profesionales y el entorno, disminuyendo con ello la probabilidad de que busquen ayuda.

El Capítulo I la LO 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual³⁶, define el alcance y garantía de un derecho, que



comprende, al menos, la información y orientación a las víctimas, la atención médica y psicológica, tanto inmediata y de crisis como de recuperación a largo plazo, la atención a las necesidades económicas, laborales, de vivienda y sociales, el asesoramiento jurídico previo y a la asistencia jurídica gratuita en los procesos derivados de la violencia, el seguimiento de sus reclamaciones de derechos, los servicios de traducción e interpretación y la asistencia especializada en el caso de mujeres con discapacidad, las niñas y los niños. Este capítulo desarrolla las recomendaciones del Consejo de Europea en términos de servicios apropiados y estándares mínimos. Concretamente, se promueve la creación, entre otros, de los «centros de crisis», como servicios públicos interdisciplinares de atención permanente, que ofrecen asistencia en crisis para víctimas de violencias sexuales, sus familiares, y personas del entorno.

Respecto a las víctimas menores de edad, en este capítulo se establecen las bases para la implementación en España del modelo *Children's House* anglosajón o *Barnahus escandinavo* (Casa de Niños y Niñas), que desde hace una década se está extendiendo a otros países europeos. **Este modelo sitúa en el centro de la intervención a la niña o al niño víctima de violencias sexuales, lo cual requiere la participación conjunta y coordinada, en un lugar específico, adaptado y adecuado a sus necesidades, del conjunto de profesionales que intervienen en la ruta de atención y de obtención de justicia.** En el plano de la justicia, este modelo da respuesta a dos importantes objetivos: reduce drásticamente las fuentes de victimización secundaria para el niño o la niña y, al ofrecer mayores garantías de obtener un testimonio en condiciones de seguridad y tranquilidad, aumenta las posibilidades de concluir satisfactoriamente la investigación de hechos, de por sí complejos de acreditar.

Por su parte, la **victimización terciaria** se relaciona con las consecuencias y efectos provocados por el **contexto social que rodea a la víctima menor de la violencia sexual**, derivadas del trato dado por la familia, el entorno social y, en muchas ocasiones, por los medios de comunicación. Estos efectos pueden perpetuar la situación de violencia, citando como ejemplo, minimizándola o ignorándola.

CONCLUSIONES

El abordaje de víctimas menores de edad de delitos sexuales requiere tiempo, formación y compromiso. El médico ha de ser comprensivo y cercano, al tiempo que debe proceder de una manera racional, con procedimientos científicamente fundados.

Al tratarse de un problema de salud, los profesionales sanitarios, y particularmente los médicos, por su empatía y proximidad, ocupan una posición privilegiada en sus consultas para detectar el problema y orientar su atención. Los médicos poseen además una especial responsabilidad, ética, legal, profesional e institucional, en la lucha contra la erradicación de la violencia. El médico tiene el deber de garantizar una atención integral a las víctimas menores que acuden a un centro sanitario, para así poder terminar con las relaciones de maltrato que son causa de una mayor morbimortalidad en los que la sufren, y recuperar la salud.

No obstante, se trata de un abordaje delicado que requiere impulsar la permanente sensibilización profesional y la formación continuada, la activación de protocolos disponibles, maximizando el empleo de recursos, así como la coordinación interprofesional e intersectorial que permita su detección precoz con seguimiento de las víctimas.

La violencia sexual en la infancia constituye un problema social complejo que requiere la intervención interdisciplinar desde todas las instituciones implicadas en su prevención y abordaje, de acuerdo a protocolos normalizados y a una cualificación necesaria que promueva la capacidad de los profesionales, evitando las consecuencias de una victimización secundaria dirigidas a garantizar una coordinación hacia la transversalidad e integralidad en la respuesta y una optimización en la atención, tanto desde el punto de vista clínico-asistencial como para una obligada y efectiva colaboración con la Administración de Justicia.

La legislación española en materia de igualdad y prevención de violencia tiene un **enfoque transversal**, es decir, que apela a los poderes



públicos y a diferentes ámbitos, como el educativo, el sanitario o el de la comunicación, **pues todos ellos son agentes esenciales** para abordar el problema, especialmente desde la sensibilización y la prevención.

Sensibilización y prevención no significan exactamente lo mismo: la primera se refiere a la toma de conciencia sobre el problema, mientras que la segunda busca, activamente, evitar la existencia de este, actuando a un nivel más profundo. **No se puede prevenir sin sensibilizar.**

Cuando un niño estalla y rompe con el ciclo de violencia sexual, bien sea por decisión propia u obligada por un hecho violento y ante una solución de riesgo, necesita ayuda y apoyo. En este caso, es fundamental que los profesionales sanitarios realicen una adecuada acogida y atención a esta demanda, de manera que se faciliten futuras intervenciones encaminadas a la ruptura de la dinámica familiar o social violenta. Para ello, es importante efectuar un buen contacto con el menor, de modo que se sienta escuchado, se comprendan los hechos y sus sentimientos, ayudándole a redefinir el problema y las posibles acciones concretas, y actuar rápidamente ante la situación de emergencia que se presenta.

El modelo de atención integral a la salud incorpora el concepto de INTERDISCIPLINA, y desde la interdisciplina, se procura romper con el aislamiento de los servicios y profesionales y se fortalece la coordinación, generando interrelación, reciprocidad y el reconocimiento de la riqueza de la diversidad para promover la calidad de la atención a los menores.

Hablar de prevención de la violencia sexual en menores de edad puede parecer pretencioso por las dificultades objetivas que entraña, ya que, para prevenirla hay que afrontar las causas estructurales y sociales que la sustentan, pero no por ello inamovibles. En este contexto, los médicos son un pequeño eslabón de la gran cadena necesaria para abordar eficazmente esta patología social, pero ello no le exime de la parte de responsabilidad que le concierne, siendo sensible al problema y asumiendo el papel en la detección, el tratamiento, el apoyo y seguimiento de las víctimas.

La liberación de las víctimas de violencia sexual pasa por sus derechos inalienables a desarrollarse como seres humanos, a ser tratadas

desde la dignidad y desde los derechos de igualdad y no discriminación y pasa por intolerancia de todos a cualquier manifestación de la violencia, desde la complicidad con las víctimas para defenderse máxime tratándose de víctimas menores sin capacidad para poder defenderse. El avance hacia sociedades de paz implica la transformación de todos y cada uno de nosotros.

Señalaba Gandhi: **“UN NO PRONUNCIADO DESDE LA MÁX PROFUNDA CONVICCIÓN, ES MEJOR QUE UN SI PRONUNCIADO PARA COMPLACER, O PEOR, PARA EVITAR PROBLEMAS”.**

Resulta descorazonador comprobar cómo en ocasiones las instituciones y muchos profesionales que deberían velar por la seguridad y la protección de las víctimas, “miran” a otro lado, algunas veces de manera inconsciente y otras muchas de manera totalmente consciente, generando un daño y un dolor añadido a las víctimas.

La eliminación de la violencia sexual se trata de un logro alcanzable por el conjunto de la sociedad, que demanda de una actuación unitaria y de la máxima coordinación y cooperación; las diversas políticas que han de desarrollarse, desde muy distintos ámbitos profesionales, deben reclamar una coordinación para la transversalidad e integralidad en la respuesta. Para ello, se propone dar la máxima relevancia en el ámbito asistencial a las políticas públicas contra la violencia, con el firme convencimiento de que una sociedad respetuosa con los derechos humanos y libre de violencia es una exigencia democrática y un reto posible.

El Papa Francisco apelaba a ese sentido de responsabilidad: **“de una crisis (...) – afirmábamos mejores o salimos peores. Nosotros debemos salir mejores, para mejorar las injusticias sociales y la degradación ambiental. Hoy tenemos una ocasión para construir algo diferente”.**

BIBLIOGRAFÍA

1. Martín P. Víctimas especialmente vulnerables: menores en situación de violencia.

En curso: El Estatuto de la víctima. Referencia a los desaparecidos. CEJ. Madrid:



- 20 y 21 de abril de 2017.
2. Reglas mínimas de las Naciones Unidas para la administración de la justicia de menores (“Reglas de Beijing”). [Internet]. Adoptadas por la Asamblea General en su resolución 40/33, de 28 de noviembre de 1985 [cited 2022 Sept 14]. Available from: <http://www.cidh.org/ninez/pdf%20files/Reglas%20de%20Beijing.pdf>
 3. Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. BOE núm. 313, de 31 de diciembre de 1990.
 4. Declaración Universal de Derechos Humanos. [Internet] Naciones Unidas. [cited 2022 Sept 14]. Available from: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
 5. Directrices sobre la justicia testigos de delitos 2005/20. en asuntos concernientes a los niños víctimas y [Internet] Consejo Económico y Social. Naciones Unidas. [cited 2022 Sept 14]. Available from: http://www.aimjf.org/download/Leyes_ES/Sexual_Right_and_sexual_violence/Directrices_sobre_la_justicia_en_asuntos_concernientes.pdf
 6. Directrices del CES de UN sobre la justicia en asuntos concernientes a los niños víctimas y testigos de delitos 2005/20. E/2005/INF/2/Add.1
 7. Instrumento de Ratificación del Convenio del Consejo de Europa para la protección de los niños contra la explotación y el abuso sexual, hecho en Lanzarote el 25 de octubre de 2007. BOE núm. 274, de 12 de noviembre de 2010.
 8. Instrumento de ratificación del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, hecho en Estambul el 11 de mayo de 2011. BOE núm. 137, de 6 de junio de 2014.
 9. Directiva 2011/36/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 5 abril de 2011, relativa a la prevención y lucha contra la trata de seres humanos y a la protección de las víctimas y por la que se sustituye la Decisión marco 2002/629/JAI del Consejo. DOUE núm. 101, de 15 de abril de 2011.
 10. Directiva 2012/29/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 25 de octubre de 2012, por la que se establecen normas mínimas sobre los derechos, el apoyo y la protección de las víctimas de delitos, y por la que se sustituye la Decisión marco 2001/220/JAI del Consejo. DOUE núm. 315, de 14 de noviembre de 2012.
 11. Resolución del Parlamento Europeo, de 26 de noviembre de 2009, sobre la eliminación de la violencia contra la mujer [Internet][cited 2022 Set 14]. Available from: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-7-2009-0098_ES.html
 12. Constitución Española. Cortes Generales. BOE núm. 311, de 29 de diciembre de 1978.
 13. Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. BOE núm. 15, de 17 de enero de 1996.
 14. Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. BOE núm. 175, de 23 de julio de 2015.
 15. Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. BOE núm. 180, de 29 de julio de 2015.
 16. Castellano-Arroyo M. The sexual freedom from the perspective of legal medicine. An Ranm. 2019; 135(03):211-221.17.



- Jenny C, Crawford-Jakubiak JE: The evaluation of children in the primary care setting when sexual abuse is suspected. *Pediatrics*. 2013; 132(2):e558-67
17. Bañón R. La violencia sexual en el menor. protocolo de actuación en atención a menores. En: Curso "Actualización en la valoración pericial de la violencia sexual". Madrid: CEJ; 2020.
 18. Directiva 2011/93/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 13 de diciembre de 2011 relativa a la lucha contra los abusos sexuales y la explotación sexual de los menores y la pornografía infantil y por la que se sustituye la Decisión Marco 2004/68/JAI del Consejo.
 19. Bañón R. La exploración física del menor, desde el punto de vista forense. En; Encuentro de Directores del IMLyCF. Atención a menores víctimas en los Institutos de Ciencias Forenses. Madrid: CEJ; 2018.
 20. Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de Naciones Unidas. [Internet] Naciones Unidas. Adoptada y abierta a la firma y ratificación, o adhesión, por la Asamblea General en su resolución 34/180, de 18 de diciembre de 1979 [cited 2022 Sept 18] Available from: [cedaw_SP.pdf \(ohchr.org\)](#)
 21. Instrumento de Ratificación del Convenio del Consejo de Europa sobre la lucha contra la trata de seres humanos (Convenio nº 197 del Consejo de Europa), hecho en Varsovia el 16 de mayo de 2005. [Internet] BOE núm. 219, de 10 de septiembre de 2009. [cited 2022 Sept 18] Available from: BOE.es - BOE-A-2009-14405 Instrumento de Ratificación del Convenio del Consejo de Europa sobre la lucha contra la trata de seres humanos (Convenio nº 197 del Consejo de Europa), hecho en Varsovia el 16 de mayo de 2005.
 22. Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de Naciones Unidas. 2015. [Internet] [cited 2022 Sept 18] Available from: <https://www.un.org/es/impacto-acad%C3%A9mico/page/objetivos-de-desarrollo-sostenible>
 23. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE núm. 281 de 24 de noviembre de 1995.
 24. Ley Orgánica 11/1999, de 30 de abril, de modificación del Título VIII del Libro II del Código Penal, aprobado por Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre. BOE núm. 104 de 01 de Mayo de 1999.
 25. Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE núm. 283. 26 de noviembre de 2003.
 26. Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE núm. 152 de 23 de junio de 2010).
 27. 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. BOE núm. 77 de 31 de marzo de 2015.
 28. Fernández-Arévalo L. Agresiones y abusos sexuales a menores y violencia de género. En: Curso: "Delitos contra la libertad e indemnidad sexual y la violencia de género: agresión sexual con especial referencia a la minoría de edad de la víctima. Prescripción, cómputo, continuidad delictiva y determinación de la pena". Madrid: CEJ; 2019.
 29. Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. BOE núm. 134, de 05 de junio de 2021.
 30. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. BOE núm. 313, de



- 29 de diciembre de 2004.
31. Real Decreto-ley 9/2018, de 3 de agosto, de medidas urgentes para el desarrollo del Pacto de Estado contra la violencia de género. BOE núm. 188, de 4 de agosto de 2018.
 32. Real Decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal. Gaceta de Madrid núm. 260, de 17 de septiembre de 1882.
 33. Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo facultativo aprobados en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. NACIONES UNIDAS- Personas con Discapacidad. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. [Internet]. [cited 2022 Sept 17]. Available from: <https://www.un.org/development/desa/disabilities-es/convencion-sobre-los-derechos-de-las-personas-con-discapacidad-2.html>

Ley Orgánica 2/2020, de 16 de diciembre, de modificación del Código Penal para la erradicación de la esterilización forzada o no consentida de personas con discapacidad incapacitadas judicialmente. BOE núm. 328, de 17 de diciembre de 2020.
 35. Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. BOE núm. 132, de 03 de junio de 2021.
 36. Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual. BOE núm. 215, de 07 de septiembre de 2022.
 37. Ponty M. Fenomenología de la percepción. Península. 1975.
 38. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia sexual. [Internet]. Organización Mundial de la Salud [cited 2022 Nov 2]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98821/WHO_RHR_12.37_spa.pdf;sequence=1
 39. Cuidades seguras y espacios públicos seguros. ONU Mujeres. Informe de resultados finales. [Internet]. [cited 2022 Nov 1]. Available from: https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Section_s/Library/Publications/2017/Safe-Cities-and-Safe-Public-Spaces-Global-results-report-es.pdf
 40. Buchwald E, Fletcher PR, Roth M. Transforming a Rape Culture. 1993.
 41. Protocolo de actuación médico-forense ante la violencia sexual en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses. CONSEJO MÉDICO FORENSE. Comité Científico-Técnico. Ministerio de Justicia. 2021.
 42. de la Cruz Rodríguez JG. El protocolo de actuación en la atención a menores víctimas en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Vol. 46, Revista Española de Medicina Legal. Madrid; 2020.
 43. Herrmann B, Banaschak S, Csorba R, Navratil F, Dettmeyer R: Physical examination in child sexual abuse- approaches and current evidence. Dtsch Arztebl Int 2014; 111: 692-703.
 44. Sbdar DCB, Dato EM. Protocolo interinstitucional para la atención de niños, niñas y adolescentes víctimas o testigos de abuso sexual infantil o violencia. 2011; 1- 45.
 45. Riviello RJ, Rozzi H V. Evaluation and Management of the Sexually Assaulted or Sexually Abused Patient, 2nd ed. 2013;1-177.
 46. Rodríguez-Almada H. Evaluación médico-legal del abuso sexual infantil. Revisión y actualización. Cuad Med Forense. 2010;16(1-2):99-108.
 47. Scalzo TP. Sexual Assault Medical Forensic Examinations: A National Protocol.



- [Internet]. 2005;19(4):2-6. [cited 2020 Dec 20]. Available from: http://www.ndaa.org/pdf/the_voice_vol_1_number_1_2005.pdf.
48. Magalhães T, Dinis-Oliveira RJ, Silva B, Corte-Real F, Nuno Vieira D, Biological Evidence Management for DNA Analysis in Cases of Sexual Assault. *Sci World J*. 2015.
 49. Kafarowski E, Lyon AM, Sloan MM, "The retention and transfer of spermatozoa in clothing by machine washing," *Journal of the Canadian Society of Forensic Science*. 1996; 29(1):7-11.
 50. Brayley-Morris H, Sorrell A, Revoir AP, Meakin GE, Court DS, Morgan RM, "Persistence of DNA from laundered semen stains: implications for child sex tracking cases," *Forensic Science International: Genetics*. 2015;19:165- 171.
 51. Girardet R, Bolton K, Lahoti S, et al: Collection of forensic evidence from pediatric victims of sexual assault. *Pediatrics*. 2011; 128:233.
 52. Lavelle J. "Forensic evidence collection" in *Child Maltreatment: A Clinical Guide and Reference*, A. P. Giardino and R. Alexander, Eds. USA: 2005; 856- 860.
 53. Anderst J. "The forensic evidence kit" in *Child Abuse and Neglect: Diagnosis, Treatment, and Evidence*. C. Jenny, Ed. USA: 2011; 106-111.
 54. A National Protocol for Sexual Abuse Medical Forensic Examinations. US Dep Justice [Internet]. 2016; (April):1-227. [cited 2020 Dec 22]. Available from: <https://www.justice.gov/ovw/file/846856/download>
 55. Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito, que adapta al Derecho español la Directiva 2012/29/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 25 de octubre de 2012, por la que se establecen las normas mínimas sobre los derechos, el apoyo y la protección de las víctimas de delitos, que sustituye a la anterior Decisión marco 2001/220/JAI del Consejo.
 56. Isorna Folgar M, Rial A. Drogas facilitadoras de asalto sexual y sumisión química. *Heal Addict y Drog*. 2015;15(2):137-50.
 57. Sumisión química | Comunidad de Madrid [Internet]. [cited 2022 Jan 13]. Available from: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/sumision-quimica>
 58. Agustina JR, Panyella-Carbó M-N. Redefiniendo los delitos sexuales facilitados mediante el uso de sustancias psicoactivas. *Política Crim*. 2020;15(30).
 59. Madrid. Guía de buenas prácticas para la actuación forense ante la víctima de un delito facilitado por sustancias psicoactivas: intervención ante la sospecha de sumisión química.
 60. Fernández AMC, Villena BM, Zurera ME, Viejo DT. Protocol for action plan and management of patient with suspected chemical submission in the emergency units. *Med* [Internet]. 2019;12(90):5316-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2019.11.017>
 61. Xifró A, Barbería E, Pujol A, Arroyo A, Bertomeu A, Montero F. Sumisión química: guía de actuación médico-forense. *Rev Española Med Leg*. 2013 Jan 1;39(1):32-6.
 62. Ministerio de Justicia. Instrucciones de actuación en casos de agresión sexual con sospecha de intoxicación. *Minist Justicia Secr Estado Justicia* [Internet]. 2012;7. Available from: <https://www.abogacia.es/wp-content/uploads/2012/07/Instrucciones-sumisiOn-quimica-definitiva.pdf>
 63. Guía de buenas prácticas para la actuación forense ante la víctima de un delito facilitado por sustancias psicoactivas: intervención ante la sospecha de sumisión



- química. CONSEJO MÉDICO FORENSE. Ministerio de Justicia. 2021.
64. Código de Deontología. Guía de Ética Médica. Organización Médica Colegial. 2011.
65. Orden JUS/1291/2010, de 13 de mayo, por la que se aprueban las normas para la preparación y remisión de muestras objeto de análisis por el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. BOE núm. 122, de 19 de mayo de 2010.
- [Internet]. [cited 2022 Nov 2]. Available from: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2010-8030
66. Pautas básicas comunes del SNS para la actuación sanitaria ante casos de agresión a mujeres por objeto punzante (“pinchazo”) en contextos de ocio. Observatorio de Salud de las Mujeres. Ministerio de Sanidad. 2022. [Internet]. [cited 2022 Nov 2]. Available from: [Agresion_Pinchazo_GrupoProtocolVSexual_19_08_2022.pdf](https://www.igualdad.gob.es/pdf/Agresion_Pinchazo_GrupoProtocolVSexual_19_08_2022.pdf) ([igualdad.gob.es](https://www.igualdad.gob.es))
67. Parra D, Ravetllat I. El consentimiento informado de las personas menores de edad en el ámbito de la salud. *Rev Lus et Praxis*. 25 (3). 2019: 215 - 248.
68. Díaz P. La protección de la víctima menor de edad en el proceso penal. Incidencia de la entrada en vigor de la ley 4/2015, de 27 de abril, del estatuto de la víctima del delito. Madrid: CEJ.
69. Circular 3/2009 Fiscalía General del Estado, de 10 de noviembre “sobre protección de menores víctimas y testigos”.
70. Hernández J, Miranda M. ¿Deben declarar los menores victimizados en el acto del juicio oral? (A propósito de la STEDH caso S.N. contra Suecia, de 2 de julio de 2002). 2005: *La Ley*, núm. 6335.
71. Vieira Francisco J. El menor como víctima del delito. *Diario La Ley*, N° 8453, Sección Tribuna. Año XXXVI, Ref. D-3, LA LEY Ed. 7 de enero de 2015.
72. Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores. Jefatura del Estado «BOE» núm. 11, de 13 de enero de 2000.
73. Martín M, González MA, Vicente N. El Maltrato. Retos en la salud mental del siglo XXI en Atención Primaria. SEMERGEN. 2005.
74. Guía Básica de maltrato infantil en el ámbito sanitario. Dirección General de Bienestar Social. Consejería de Bienestar Social. 2006.
75. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. «BOE» núm. 274, de 15 de noviembre de 2002.
76. Ley 35/1995, de 11 de diciembre, de ayudas y asistencia a las víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual. «BOE» núm. 296, de 12 de diciembre de 1995.
77. Becnac M. La problemática del menor maduro en la obtención del consentimiento informado, en Lizarraga E. y González P. (Coord.), *Autonomía del paciente, información e historia clínica: (estudios sobre la Ley 41/2002, de 14 de noviembre)*. Madrid; 2004: 99.



ANEXO

TABLA I. Clasificación simplificada de Adams¹⁷

Adams I: hallazgos normales o hallazgos patológicos con una explicación médica diferente a un abuso sexual.
Adams II: hallazgos de significación incierta que levanta sospechas de abuso sexual.
Adams III: hallazgos y lesiones diagnósticas de abuso sexual.

Tabla II. Clasificación de Adams actualizada (2018)¹⁷

I. Hallazgos físicos

- a. Normales y no relacionados con violencia sexual.
- b. Causados por causas médicas diferentes a traumas o violencia sexual.
- c. Debidos a otras causas que pueden confundirse con abuso sexual.
- d. Sin consenso sobre su significado.
- e. Debidos a traumatismos
Agudos
Lesiones cicatrizadas.

II. Infecciones

- a. No relacionadas con contacto sexual.
- b. Cuyo origen puede ser sexual o no sexual. Causadas por contacto sexual.

III. Hallazgos diagnósticos de contacto sexual



REUNIÓN CON EL EXPERTO

Actualización en trastornos del desarrollo del lenguaje

Santos Vas de Matos

Diplomado en logopedia (UCM). Centro de Logopedia Arturo Domínguez Giralt (Badajoz). Centro de día Vitalia Extremadura.

1. ¿QUÉ ES EL LENGUAJE?

Entendemos por lenguaje, en sentido restringido, el código o combinación de códigos compartidos por una serie de personas, que es arbitrario y que utilizamos para representar conocimientos, ideas y pensamientos, y que se vale de símbolos gobernados por reglas (Owens, 2006).. A través del lenguaje el niño será capaz de relacionarse con sus semejantes y exponer sus deseos y necesidades.

Al igual que en otras áreas del desarrollo humano, en las teorías sobre el desarrollo del lenguaje también ha habido debate sobre la importancia de los factores externos y los internos en este proceso.

Entre las influencias intrínsecas que se destacan encontramos:

1. Las características físicas de cada niño.
2. Estado de desarrollo de este.
3. Otros atributos determinados genéticamente.

Las influencias extrínsecas durante la infancia están vehiculadas principalmente por la familia:

6. Las personalidades y estilos de cuidado de los padres y hermanos.
7. El estatus socio-económico de la familia.
8. La cultura donde el niño ha nacido.

CONCEPTOS BÁSICOS

1. **Comunicación:** Richards (1974) la define como algo que va más allá de la simple interacción. Implica la idea de mutualidad, reciprocidad e intersubjetividad (Fdez. Viader, 1992). Sería el intercambio de información con éxito adaptativo. La comunicación tiene diferentes formas de expresión, entre ellas: el lenguaje, la comunicación gestual, ...

2. **Habla:** Es la realización física y perceptiva del lenguaje. Es la ejecución del lenguaje.

3. **Lenguaje:** "Lenguaje es un sistema de códigos con la ayuda de los cuales se designan los objetos del mundo exterior, sus acciones, cualidades y relaciones entre los mismos." Luria, 1977.

Los elementos que componen un lenguaje basado en sonido son:

Monemas: Unidades de sonido cuya concatenación en un determinado orden produce fonemas.

Morfemas: Las menores unidades significativas cuya combinación crea una palabra.

Sintaxis: Las combinaciones admisibles de las palabras en las frases y las oraciones para que estas tengan sentido.



Léxico: El conjunto de todas las palabras de un lenguaje dado. Cada entrada de su lista incluye toda la información con ramificaciones morfológicas o sintácticas, pero incluye el conocimiento conceptual.

Semántica: Los significados que corresponden a todos los elementos léxicos y a todas las oraciones posibles.

Prosodia: La entonación que puede modificar el significado literal de las palabras y de las frases.

Discurso: El encadenamiento de las frases para que constituyan una narración.

DESARROLLO DEL LENGUAJE

Hay que diferenciar dos etapas. En la primera de ellas no podemos hablar de lenguaje

propriadamente, sino de comunicación. Esta fase con-

siste en la puesta en marcha de aquellos

mecanismos que permitirán el nacimiento del lenguaje como tal, la llamaremos PERÍODO PRELINGÜÍSTICO.

En la ETAPA LINGÜÍSTICA eclosionan las primeras características del lenguaje adulto, aquí

veremos la evolución de los componentes de este. Tanto en la primera como en la segunda

etapa iremos mencionando toda una serie de adquisiciones (tanto motrices, como relacionales

y emocionales) que permiten una mejor comprensión en la evolución del lenguaje.

Etapa Prelingüística

Edad	Comprensión del lenguaje	Expresión del Lenguaje
1 a 6 meses	<ul style="list-style-type: none">• Se alerta ante sonidos• Busca la fuente del sonido	<ul style="list-style-type: none">• Tiene diferentes tipos de llanto (cuando tiene hambre, cuando tiene sueño etc.)• 3 meses: inicia el balbuceo
7 a 12 meses	<ul style="list-style-type: none">• Comprende cuando le dices "no"• Se alerta cuando dicen su nombre	<ul style="list-style-type: none">• Empieza a decir monosílabos ("ma", "pa", "ta")• 9 a 12 meses: primeras palabras ("mamá", "papá", "tete")



Etapa Lingüística

Edad	Comprensión del lenguaje	Expresión del Lenguaje
12 a 18 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Sigue órdenes sencillas (“vamos”, “siéntate”, “toma”, “dame”) 	<ul style="list-style-type: none"> • 12 meses: sabe al menos tres palabras • 18 meses: sabe al menos 10 palabras
18 a 24 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Reconoce y nombra personas conocidas y objetos en fotos • Lleva objetos a algún lugar cuando se le pide 	<ul style="list-style-type: none"> • Produce frases de dos palabras (“mamá tete”, “papá vamos”) • Imita palabras o sonidos • Dice “adiós” moviendo la mano • Tararea o canta
24 a 30 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Comprende preguntas sencillas • Identifica partes del cuerpo (ojos, nariz, boca, pies) • Escucha y entiende cuentos ilustrados • Entiende los conceptos de “pequeño” y “grande” 	<ul style="list-style-type: none"> • 24 meses: sabe al menos 50 palabras • Utiliza diferentes entonaciones (para decir “no”, para preguntar) • Conversa con los juguetes • 30 meses: sabe más de 300 palabras • Hace frases de 3 palabras • Dice su edad con los dedos
30 a 36 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Entiende conceptos de lugar • Entiende frases de tiempo (“todos los días”, “hora de comer”) 	<ul style="list-style-type: none"> • 36 meses: sabe más de 1000 palabras • Sabe rimas infantiles • Usa conectores en las oraciones
3 a 4 años	<ul style="list-style-type: none"> • Entiende conceptos temporales complejos (“el próximo mes”) • Trae objetos que no están presentes frente a él (“trae tus zapatos del cuarto”) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sabe colores • Cuenta historias de cosas que le pasaron
5 años	<ul style="list-style-type: none"> • Entiende conceptos opuestos (“grande/pequeño”, “suave/duro”) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sabe los números hasta el 10 • Sabe más de 2000 palabras
más de 5 años	<ul style="list-style-type: none"> • Entiende y sigue secuencias de eventos (“ve caminando, luego salta en un solo pie”) 	<ul style="list-style-type: none"> • Articula adecuadamente las palabras • Narra historias inventadas • Sabe el día y mes de su cumpleaños



¿Qué son los trastornos del desarrollo del lenguaje?

Los trastornos del desarrollo del lenguaje son una serie de condiciones que afectan el lenguaje oral en niños que no tienen otros trastornos neurológicos, ni discapacidad cognitiva u otros trastornos de la conducta. Dada la importancia del lenguaje para la interacción con el entorno, usualmente los niños con trastornos del desarrollo del lenguaje también presentan dificultades en el aprendizaje y en sus relaciones sociales.

La comprensión y la producción del lenguaje son procesos muy complejos, para los que utilizamos múltiples estructuras en el oído, la cavidad oral y el cerebro. Los trastornos del desarrollo del lenguaje surgen cuando existe un funcionamiento inadecuado en diferentes zonas del cerebro encargadas de procesar las sílabas, palabras, oraciones y textos.

Los niños con trastornos del desarrollo del lenguaje no tienen una discapacidad sensorial (por ejemplo, auditiva o visual), tampoco tienen una discapacidad intelectual ni motriz (por ejemplo, dificultades para movilizar la caja torácica, la lengua o los labios) y han recibido una adecuada exposición al lenguaje oral en el ambiente que los rodea, sin embargo, a causa de las dificultades del procesamiento cerebral, no logran desarrollar adecuadamente sus capacidades comunicativas a través del lenguaje oral.



Clasificación trastornos del desarrollo del lenguaje
 Estos son los trastornos de la comunicación (verbal o no)

DSM IV (2002)	DSM V (2013)
Trastorno del lenguaje expresivo y Trastorno mixto del lenguaje receptivo- expresivo	Trastorno del lenguaje (adquisición y uso del lenguaje en todas sus formas): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vocabulario reducido ▪ Estructura gramatical limitada ▪ Deterioro del discurso <i>TEL / (TDL 2016)</i>
Trastorno fonológico	Trastorno de los sonidos del habla (TSH).
Tartamudez	Trastorno de la fluidez
No se refleja	Trastorno de la comunicación social (pragmático) USO SOCIAL en com. verbal y no verbal. Fácilmente confundible con TEA. Diagnostico diferencial TEA: <ul style="list-style-type: none"> - No aparece en 1ras fases del desarrollo. - patrones restringidos y repetitivos de comportamientos e intereses.
Trastorno de la comunicación no especificado	Trastorno de la comunicación no especificado. Cuando no se cumplen los criterios anteriores.



Cambios en los trastornos del neurodesarrollo.

DSM IV (2002)	DSM V (2013)
Retraso mental	Discapacidades intelectuales <ul style="list-style-type: none"> - Discapacidad intelectual. - Retraso global del desarrollo. - Discapacidad intelectual no especificada.
Trastornos generalizados del desarrollo <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno autista. • Trastorno de Rett. • Trastorno desintegrativo infantil. • Trastorno de Asperger. • Trastorno generalizado del desarrollo no especificado. 	Trastorno del espectro autista (TEA) <ul style="list-style-type: none"> • Grado 1 • Grado 2 • Grado 3
Trastornos de la comunicación <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno del lenguaje expresivo y Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo - Trastorno fonológico - Trastorno de la fluidez - Trastorno de la comunicación no especificado 	Trastornos de la comunicación <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno del lenguaje. - Trastorno de los sonidos del habla (TSH). - Trastorno de la fluidez. - Trastorno de la comunicación social (pragmático). - Trastorno de la comunicación no especificado.
Trastornos del aprendizaje <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno de lectura - Trastorno de expresión escrita. - Trastorno de cálculo. - Trastorno del aprendizaje no especificado. 	Trastornos del aprendizaje Trastorno específico del aprendizaje
Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador <ul style="list-style-type: none"> - Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad. 	Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad. <ul style="list-style-type: none"> - Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad. - Otro trastorno específico por Déficit de Atención con Hiperactividad. - Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad no especificado.
Otros trastornos -Trastorno de movimientos estereotipados.	Trastornos motores y de los TICS <ul style="list-style-type: none"> - Trastornos del Desarrollo de la Coordinación. - Trastornos de Movimientos Estereotipados.
Trastornos de los TICS <ul style="list-style-type: none"> -Trastorno de la Tourette. -Trastorno de tics motores o vocales crónicos. - Trastorno de tics transitorios. 	(Incluidos en trastornos motores)



CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE

Trastorno del lenguaje

El trastorno del lenguaje en el DSM-5 está referido a las dificultades persistentes para **la adquisición y uso del lenguaje** en todas sus modalidades: hablado, escrito, lenguaje de signos u otro.

Estas dificultades están debidas a deficiencias, bien en la comprensión o bien en la producción.

Estas deficiencias pueden estar referidas a diferentes componentes del lenguaje:

- Vocabulario reducido
- Estructura gramatical limitada
- Deterioro del discurso

El trastorno del lenguaje en el DSM-5 **viene a sustituir** al llamado *trastorno del lenguaje expresivo* y al *trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo* del DSM-IV TR.

El trastorno del lenguaje en el DSM-5, podría ser el equivalente al *trastorno específico del lenguaje o a la disfasia*. En el caso del TEL se han especificado muchas más modalidades y categorías.

Las habilidades lingüísticas se encuentran tanto cuantitativa como cualitativamente por debajo de su edad cronológica, generando como resultado limitaciones funcionales en relación a la participación social, la comunicación efectiva y el desarrollo académico; el inicio de los síntomas sucede durante el periodo de desarrollo temprano; y, finalmente, las dificultades no están asociadas a daño neurológico o cualquier otra condición médica, discapacidad intelectual o retraso global del desarrollo. Por consiguiente, solamente resultarían afectados los componentes lingüísticos (fonético-fonológico, morfosintáctico, léxicosemántico y pragmático),

Trastorno fonológico (TSH)

Se refiere a la dificultad para la **articulación de los fonemas** de forma adecuada, cuando esta impide la inteligibilidad del habla e impide una comunicación verbal eficaz.

El DSM-5 señala **frente a los que descartan este problema en edades tempranas** que la progresión en el dominio de la producción fonológica debería conducirles [a los niños] hacia un habla mayoritariamente inteligible a los 3 años. Los niños con trastorno fonológico siguen utilizando procesos inmaduros de simplificación fonológica después de la edad en la que la mayoría puede emitir palabras claramente.

El trastorno fonológico sí aparecía en los mismos términos en la anterior edición del Manual.

Actualmente, estas alteraciones se engloban dentro del denominado trastorno de los sonidos del habla (TSH) o fonológico (American Psychiatric Association, 2013). La sintomatología en los casos con TSH, comprometería a los procesos implicados en la producción del habla, dificultando la adquisición normal de las habilidades fonológicas, no explicadas estas por lesiones neuromusculares, hipoacusias, trastornos neurológicos asociados a epilepsias, síndromes perceptivos relativos a algunos cuadros del TEDL (V.g.: agnosia auditiva verbal), etc. De aparición temprana en las fases del desarrollo lingüístico, en la población infantil se constituye, con mayor frecuencia, en una de las principales etiologías como antecedente directo para la aparición de los trastornos específicos del aprendizaje de la lecto-escritura, repercutiendo negativamente en las esferas socio-emocional y familiar del niño.

Trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo)

Este trastorno se refiere a las alteraciones en la **fluidez y en la organización temporal** normales del habla. Estas alteraciones son inadecuadas a la edad del individuo y habilidades de lenguaje.

Se refieren a los siguientes **factores**:

- Repetición de sonidos y sílabas.
- Prolongación de sonidos de consonantes y de vocales.
- Palabras fragmentadas.
- Bloqueo que se puede escuchar o silencioso.
- Palabras producidas con exceso de tensión física y espasmos musculares.
- Repetición de palabras completas monosilábicas.



Algunos de estos factores deben aparecer con frecuencia y de manera notable. Se añade, además, que la alteración provoca en el individuo **ansiedad al hablar**, o limitaciones en la comunicación eficaz.

La tartamudez puede ser tónica, donde los espasmos musculares se producen al inicio del discurso, generando un bloqueo intenso, para que después pueda expresarse sin dificultad alguna; clónica, con pequeños espasmos que provocan la emisión repetida de uno o varios fonemas, como también de monosílabos, al comienzo de la comunicación; y mixta, considerando que las formas aisladas de tartamudez severa no siempre se presentan como entidades unitarias y excluyentes, sino que incluyen manifestaciones de las dos tipologías anteriormente descritas.

Trastorno de la comunicación social (pragmático)

El DSM-5 incorpora este trastorno en su clasificación.

Se caracteriza por una dificultad primaria con la pragmática o el uso social del lenguaje y la comunicación manifestado en forma de deficiencias en la comprensión, seguimiento de las reglas sociales de comunicación verbal y no verbal en contextos naturales, de las normas de conversación y narración.

Estas dificultades causan limitaciones funcionales en la comunicación eficaz, la participación social, el desarrollo de las relaciones sociales, los logros académicos y el desempeño laboral.

Su característica más habitual es el deterioro del lenguaje caracterizado por antecedentes de retraso, y también se pueden dar problemas conductuales, trastornos específicos del aprendizaje y el TDA-H.

Es necesario realizar un diagnóstico diferencial con TEA, TDA-H, Discapacidad intelectual y/o Trastorno de ansiedad social.

Los criterios de la American Psychiatric Association incluidos en el DSM-IV y DSM-5 son:

A. Dificultades persistentes en el uso social de la comunicación verbal y no verbal que se manifiesta por todos los siguientes factores:

1. Deficiencias en el uso de la comunicación para propósitos sociales, como saludar y compartir información, de manera que sea apropiada al contexto social.
2. Deterioro de la capacidad para cambiar la comunicación de forma que se adapte al contexto o a las necesidades del que escucha, como hablar de forma diferente en un aula o en un parque, conversar de forma diferente con un niño o con un adulto, y evitar el uso de un lenguaje demasiado formal.
3. Dificultades para seguir las normas de conversación y narración, como respetar el turno en la conversación, expresarse de otro modo cuando no se es bien comprendido y saber cuándo utilizar signos verbales y no verbales para regular la interacción.
4. Dificultades para comprender lo que no se dice explícitamente (p. ej., hacer inferencias) y significados no literales o ambiguos del lenguaje (p. ej., expresiones idiomáticas, humor, metáforas, múltiples significados que dependen del contexto para la interpretación).

B. Las deficiencias causan limitaciones funcionales en la comunicación eficaz, la participación social, las relaciones sociales, los logros académicos o el desempeño laboral, ya sea individualmente o en combinación.

C. Los síntomas comienzan en las primeras fases del período de desarrollo (pero las deficiencias pueden no manifestarse totalmente hasta que la necesidad de comunicación social supera las capacidades limitadas).

D. Los síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica o neurológica ni a la baja capacidad en los dominios de morfología y gramática, y no se explican mejor por un trastorno del espectro del autismo, discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual), retraso global del desarrollo u otro trastorno mental.

Algunos autores como Víctor Acosta (2003), señalan que estas deficiencias para el uso del discurso se encuentran estrechamente relacionadas con la memoria de trabajo.

Trastorno de la comunicación no especificado



Finalmente se propone esta categoría reservada para aquellos casos en los que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la comunicación, que además, causan malestar clínicamente significativo o un deterioro en lo social, escolar u otros aspectos del funcionamiento, pero **no cumplen todos los criterios** de alguno de los trastornos de la comunicación.

Tcs vs Tea

A menudo, su diagnóstico resulta confuso; sin embargo, en el TEA tanto las habilidades mentalistas como las lingüísticas y sociales, se acompañan de deficiencias propias de las funciones ejecutivas y discapacidad intelectual, evidenciándose estas mediante **signos de estereotipias, intereses restringidos y dificultades en la conducta funcional, los cuales están ausentes en el TCS.**

<u>TRASTORNO COMUNICACIÓN SOCIAL (TEL PRAGMÁTICO)</u>	<u>TEA</u>
Intención comunicativa.	No suelen presentar buena intención comunicativa.
No presentan ausencia total del lenguaje.	Puede haber una ausencia total del lenguaje o presentar un lenguaje fluido, pero con alteración de la prosodia.
Discurso pobre y poco organizado.	Las frases suelen ser telegráficas.
Errores articulatorios.	Posible presencia de ecolalias y verborrea.
Posibles dificultades en los diferentes componentes del lenguaje (fonología, morfosintaxis, semántica y uso social)	Posibilidad de dificultades en los diferentes componentes del lenguaje (fonología, morfosintaxis, semántica y uso social). Este último siempre se ve afectado.
La comprensión del lenguaje puede verse afectada.	La comprensión suele estar afectada, en mayor o menor medida



SIGNOS DE ALARMA EN LA ADQUISICIÓN DEL LENGUAJE

Hay diferentes signos de alarma que deberían hacer sospechar dificultades a la hora de adquirir correctamente el lenguaje:

A los 6 meses

- No sonríe ante las caras o voces familiares
- No responde o no se orienta hacia los sonidos o la voz humana

A los 12 meses

- No balbucea ni emite sonidos variados
- No produce sonidos con intención comunicativa
- Dirige poco la mirada hacia las personas
- No tiene interés en juegos de interacción (cucú-tras)
- No muestra anticipación cuando vas a cogerlo a hombros.

A los 18 meses

- No señala para pedir algo
- No reconoce 3 objetos familiares
- No responde a acciones básicas (por ejemplo: ven, dame, mira...)
- Ausencia de gestos sociales (por ejemplo: decir "adiós" con la mano)
- Sigue estableciendo muy poco contacto ocular
- No responde a su nombre
- No señala para enseñarnos objetos
- No mira hacia dónde le señala el adulto
- No imita gestos ni movimientos

A los 24 meses

- No comprende órdenes sencillas (por ejemplo: dame el coche)
- No comprende 10 palabras (sin ayuda de gestos ni apoyo visual)
- Se expresa utilizando 4-5 sonidos consonánticos (pbmn)
- No señala para compartir algún interés con el adulto
- Ausencia de palabras o léxico expresivo reducido

- Falta de interés en la interacción y relación con otros niños o adultos.

A los 30 meses

- Sigue sin comprender instrucciones sencillas
- No emite combinaciones de 2 palabras (mamá ven, papá mira...)
- Emite menos de 50 palabras
- Resulta muy difícil comprenderlo, un 70% de las veces es imposible saber qué está diciendo.
- Presencia de ecolalias.
- No pregunta mediante variaciones tonales.

A los 3 años

- Habla ininteligible en un 50% de sus producciones
- Escasa producción de frases de 3 elementos
- Ausencia de adjetivos y pronombres
- Ausencia partículas interrogativas
- Limitada habilidad para hablar de tiempos futuros o pasado inmediato
- Errores en la comprensión de preguntas tipo Q. y en instrucciones donde hay dos objetos.
- Frustración en situaciones comunicativas
- Presenta estancamiento o regresión en el lenguaje

A los 4 años

- e) Inteligibilidad afectada (se considera normal la no adquisición de fonemas como: r-f-z-s-ch)
- f) Utiliza únicamente oraciones de tres palabras o menos
- g) No responde a preguntas sociales o tipo Q.
- h) No tiene lenguaje narrativo
- i) Léxico limitado

A los 5 años

- Frecuentemente produce oraciones gramaticalmente incorrectas
- Limitaciones en comprensión y evocación
- Escasa atención en cuentos o historias largas
- Dificultades para recuperar palabras a la hora de narrar.



- Es agresivo o responde con comportamientos agresivos.

INFLUENCIA COVID EN DESARROLLO DEL LENGUAJE

Tras el confinamiento, generado por la pandemia del covid-19, la mayoría de los niños tuvieron un cambio en rutina, observando que algunos de los familiares, que frecuentaban o quienes cuidaban de ellos, dejaron de relacionarse con el mundo, lo cual los llevó a tener un retroceso o estancamiento en el lenguaje expresivo y la socialización con otras personas. El lenguaje es de gran importancia, ya que permite desenvolverse en el medio y expresar las necesidades, lo que es fundamental en la vida del niño, denota que las habilidades son el resultado del desarrollo cerebral, que se da en la primera infancia de un niño, e indica que estas destrezas sientan las bases de la vida adulta. Según Huarte (2020), "La adquisición del lenguaje y la comunicación se desarrolla según el orden cronológico en los niños normales, con un rango de 6 meses de variación". El aislamiento a causa de la pandemia se ha convertido en un desafío para el desarrollo del lenguaje de los niños debido a las dificultades, que introducen el confinamiento social, los cambios en las condiciones de vidas del hogar y el abuso de herramientas tecnológicas y pantallas, especialmente en edad preescolar de 2 a 5 años. (Cabrera 2020). Según la Unicef (2021), se observa un retroceso notable, superior a lo que suele considerarse adecuado en términos de desarrollo del niño, encontrando que algunos, han dado marcha atrás en el uso del lenguaje propio de los niños y bebés, los cuales necesitan más ayuda de lo que es normal en esa edad y en sus rutinas diarias, como dormir o ir al baño.

Tras realizarse un estudio se evidenció un nivel semántico y fonético inferior a su edad cronológica. En el componente fonético se evidencia una escasez o nula emisión de palabras o sonidos, dando a conocer sus necesidades por medio de señas. En el componente semántico, como capacidad de vocabulario ya sea interno o externo, existe un vocabulario pobre y escaso.

Influencia de las horas de pantalla

"*Ve videos educativos en el móvil o en la tablet*" En nuestra práctica diaria muchos padres confunden el entretenimiento que el ruido y la luz de la pantalla produce al bebé con una capacidad para aprender

de dicho estímulo. Debemos por tanto explicar que durante los primeros dos años de vida el cerebro está diseñado para aprender de otro ser humano, teniendo una incapacidad innata para aprender a través de un medio electrónico. Se ha documentado un aumento del tiempo de pantalla tanto en adultos como en niños desde el inicio de la pandemia. Evidencia previa nos hacen considerar que esto podría tener un efecto negativo en el desarrollo del lenguaje durante la pandemia. Sabemos que la cantidad y calidad de palabras que escucha de un ser humano el recién nacido y lactante tiene un efecto positivo en el desarrollo infantil temprano. El estar atento a la pantalla interfiere con la comunicación entre padres e hijos, lo que en sí mismo es perjudicial para el desarrollo del lenguaje. Cuando hay un televisor encendido en el hogar los bebés vocalizan menos y sus cuidadores les hablan con menos frecuencia. En promedio, por cada hora de televisión vista hay una disminución de 770 palabras escuchadas por el niño de parte de los padres, esto representa una disminución del 7% en las palabras a las que está expuesto.

La interacción social asienta las formas en que los niños aprenden. Todos los niños se benefician de socializar con compañeros de la misma edad. Los pequeños aprenden a responder a situaciones sociales en entornos sociales. Por ejemplo, en la guardería, en el patio de recreo o con sus familias.

El estudio [School Starters](#), financiado por la Education Endowment Foundation (EEF), buscaba establecer la relación entre las vivencias de los niños de preescolar (de entre 4 y 5 años) en la pandemia, y el impacto que eso podría tener en su actividad cognitiva y socioemocional.

Entre los principales hallazgos, el 76 % de los colegios consultados afirmaron notar que los alumnos de 4 y 5 años que comenzaron su escolarización en septiembre de 2020 mostraron más carencias en el lenguaje y la comunicación en comparación con alumnos que comenzaron la escuela en años previos a la pandemia.

A esto además se le suma que una vez que los pequeños pudieron empezar a salir a la calle, tras meses encerrados, todas las caras que ven están cubiertas por la mascarilla, lo cual dificulta su capacidad para entender y asimilar sonidos y fonemas.

Toda la investigación muestra que, si un niño tiene problemas con el lenguaje a esa edad, en la edad adul-



ta tiene 4 veces más probabilidades de tener problemas con la lectura. (Claudine Bowyer-Crane, 2021)

La interacción social influye en el desarrollo del lenguaje oral y más en las edades tempranas, donde los niños adquieren las habilidades sociales para interactuar y expresarse con adultos o entre pares. La edad más afectada para socializar y desarrollar el lenguaje fue la correspondiente a los niños de 12 a 23 meses, porque sus padres son personas jóvenes que salen a buscar trabajo, los niños de estas edades quedan al cuidado de los familiares más cercanos, por tal razón, tienen poca estimulación, y por el cierre de los centros infantiles públicos debido a la pandemia causada por la COVID-19; la interrelación entre pares es nula. Así mismo, la mayoría de los padres no brindan un contexto enriquecedor en vocabulario e interacción, que permitan a los niños adquirir palabras o expresarse en el entorno, ya que por el confinamiento han reemplazado las conversaciones en familia por aparatos electrónicos desde los 12 hasta los 46 meses edad. (ALLISON GABRIELA AIMACAÑA TOCTAGUANO, 2022).

Bibliografía

Aimacaña Toctaguano, A. G., & Tapia Reinoso, S. del R. (2022). La interacción social en el desarrollo del lenguaje oral en niños de 1-3 años durante la pandemia. *Revista Vínculos ESPE*, 7(2), 77-90. <https://doi.org/10.24133/vinculosespe.v7i2.2527>

ALLISON GABRIELA AIMACAÑA TOCTAGUANO, S. D. (2022). La interacción social en el desarrollo del lenguaje. *VÍNCULOS-ESPE* (2022) VOL.7,, No.2: 77-90.

Claudine Bowyer-Crane, S. B. (2021). *The impact of Covid-19 on School Starters: Interim briefing 1*. York.

(PDF) [DSM 5 Novedades y Criterios Diagnósticos | Jonathan Guzmán - Academia.edu](#)

ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA (2014) *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª Edición. DSM-5*. Madrid. Editorial Médica Panamericana.

José Alonso Aguilar Valera (2017) [Trastornos de la comunicación desde el DSM-V La necesidad de diagnósticos diferenciales Cuadernos de Neuropsicología](#), ISSN-e 0718-4123, Vol. 11, N.º. 1, , págs.

144-156

Study.com (Linguistics: Language Development in Children) <https://study.com/academy/lesson/linguistics-language-development-in-children.html>

Bishop DVM., Snowling, M.J., Thompson P.A., Greenhalgh, T., & CATALISE consortium. (July, 2016). CATALISE: A Multinational and Multidisciplinary Delphi Consensus Study. Identifying Language Impairments in Children. *Plos one*, 11(7) doi:10.1371/journal.pone.0158753

Owens, R.E. Jr.. (2003). *Desarrollo del Lenguaje*. Madrid: Pearson Education.

Pérez, E. (2013). *Diagnóstico e intervención en las dificultades evolutivas del lenguaje oral*. Barcelona: Lebón.



TALLERES

Asistencia inicial al trauma pediátrico

Silvia Chaves Álvarez. Médico de la UME 5.1 y Helicóptero 5.1 de Cáceres.

Ana Sanromán Aguirre. Enfermera de la UME 5.1 y Helicóptero 5.1 de Cáceres.



Según los datos de la DGT, los accidentes de tráfico son la primera causa de muerte entre los menores de 14 años y, el 40% de los niños fallecidos no llevaba ningún sistema de protección. Usar las sillas o sistemas de retención infantiles (S.R.I.) no sólo reduce los siniestros, sino que evita el 90% de las lesiones.

Los menores de 135 cm deben utilizar SIEMPRE un S.R.I homologado y adaptado a su peso y talla. El vehículo que incumpla la normativa será inmovilizado de inmediato.

Aproximadamente la mitad de las muertes por acci-

El uso de los S.R.I. evita:

70% de los fallecimientos

90% de las lesiones



Grupo 0+



Grupo 0+/1



Grupo 1



Grupo 2/3



Grupo 3



13

dente se producen antes de llegar el niño al hospital, en los primeros minutos u horas (*muerte precoz inmediata*). Entre un 25 y un 35 % de las muertes por traumatismo podrían evitarse con una asistencia inicial rápida y adecuada. Aparte de la reducción del riesgo de secuelas, este tipo de atención también permite reducir las muertes que se producen en las horas siguientes (*muerte precoz diferida*). La *muerte tardía*, en los días o semanas posteriores a un traumatismo, suele ocurrir en el contexto de muerte cerebral o de fallo multiorgánico, que también puede estar condicionada por la calidad de la atención prestada inicialmente.

La **atención prehospitalaria** al paciente pediátrico plantea como objetivos principales garantizar la seguridad del paciente, identificar y tratar precozmente las lesiones potencialmente letales in situ y minimizar las consecuencias de las lesiones primarias y secundarias.

Las *lesiones secundarias*, son aquellas producidas por las alteraciones en el organismo tras el incidente y que aumentaran las lesiones orgánicas, empeorando claramente la morbimortalidad. Estas si son evitables. Causas de las lesiones secundarias son: hipoxia, hipercapnia, acidosis, anemia, hipotensión, hiper e hipoglicemia, hipertermia, convulsiones y dolor. Todos los anteriores tienen como última consecuencia la hipoxia tisular provocando el daño de los tejidos en algunos casos irreversible. También el daño medular puede ser una lesión secundaria si es provocado por una incorrecta movilización del niño.

Los niños no son adultos de talla baja, sino individuos con patrones lesionales específicos, su respuesta a la lesión también es distinta, precisan material espe-

cífico para su valoración y tratamiento adecuados. La comunicación con ellos también puede ser compleja, al igual que con los padres o tutores. Los padres o tutores de un niño lesionado deben ser involucrados en su asistencia tanto como sea posible, y además pueden ser de gran ayuda al equipo. Para ganarse la confianza de los responsables del niño hay que demostrar profesionalidad y seguridad en el manejo del niño. Explicar en cada momento las técnicas que van a realizarse e intentando que se mantenga contacto visual del padre con el niño. Encomendar tareas sencillas como sujetar un vendaje, hacen que se sientan implicados en la asistencia al niño. Un niño al que se ha conseguido consolar e interactúa adecuadamente con sus padres o tutores en principio no presenta ninguna alteración de conciencia, los padres son la mejor opción para detectar alteración del comportamiento. El lenguaje que utilizemos también debe ser adecuado a la edad del niño.

Siempre que el estado del niño no sea grave es aconsejable permitir que los padres puedan acompañar al niño adoptando las medidas de seguridad adecuadas.

En cuanto al **consentimiento** previo a cualquier intervención médica es aconsejable en todos los casos, en cualquier caso, la asistencia a un niño crítico no debe retrasarse nunca por no disponer en ese momento del consentimiento paterno, sin olvidar justificarlo en el informe médico. En caso de sospecha de maltrato infantil hay que actuar siempre en beneficio del menor, notificando a las autoridades competentes a su debido tiempo, evitando enfrentamientos.

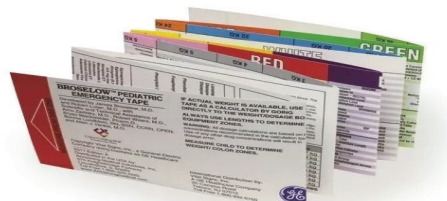
Respecto al **material adecuado** para la evaluación y



asistencia del paciente pediátrico, destaca la importancia de las **CINTAS DE REANIMACIÓN PEDIÁTRICA**, es un dispositivo que permite estimar en base a la altura del niño, su peso ideal y en conse-

cuencia indican el tamaño adecuado del material a utilizar y las dosis de los medicamentos que puedan usarse en asistencia en situaciones críticas.

Los **mecanismos lesionales** más habituales en los ni-



ños son las *caídas, los accidentes de vehículos a motor, atropellos, quemaduras, obstrucciones de vía aérea por cuerpo extraño, ahogamiento y maltrato.*

Cuanto más pequeño es el niño, mayor proporción corresponde a la cabeza y más fácil lesionarse. En caídas menores de 1 metro no suele provocar lesiones serias (salvo en lactantes con edad inferior a 3 meses quienes pueden resultar gravemente heridos por caídas aparentemente leves. Reseñar también las lesiones secundarias a un cinturón de seguridad mal colocado con lesiones abdominales importantes en hígado, bazo, intestino y/o columna lumbar. Cualquier situación donde los mecanismos lesionales no encajen deben hacer sospechar un maltrato infantil.

EVALUACION INICIAL DEL PACIENTE TRAUMA

Existen distintas **metodologías** que facilitan la **exploración** pormenorizada del paciente politraumatizado, en este caso pediátrico, que permiten en escasos minutos hacerse una idea de las lesiones que

presenta el paciente y del riesgo potencial de las mismas. Lo cual permite optimizar la asistencia del paciente grave, reducir los tiempos en la escena, identificar **lesiones vitales** y permitir **acciones salvadoras** que en definitiva aumenta la supervivencia del paciente politraumatizado, así como, minimizar con una asistencia adecuada las **lesiones secundarias**. Un ejemplo claro de este tipo de revisión metodológica lo ofrecen entidades como el **ITLS (International Trauma Life Support)**, **PHTLS (Prehospital Trauma Life Support)**, **ATLS (Advanced Trauma Life Support)**...

En cualquier caso, la evaluación inicial del paciente politraumatizado, debe seguir los siguientes pasos:

Aproximación a la escena: peligros y conducta PAS (proteger, avisar y socorrer), número de víctimas, mecanismo lesional y recursos adicionales.

Valoración inicial, la impresión general





del niño una vez garantizada la seguridad del equipo, se basa en la IMPRESIÓN GENERAL del niño, para lo cual valoramos el nivel de conciencia, trabajo respiratorio, y estado circulatorio. Para valorar este aspecto la American Academy of Pediatric

desarrolló el conocido como **TRIÁNGULO DE VALORACION PEDIÁTRICA**, que es una herramienta que resulta muy útil para la valoración inicial y priorización de asistencias.

Manejo de la vía aérea, la estabilización



inicial cervical debe ser manual o bimanual manteniendo la posición neutra. A pesar de que en el niño la lengua es más grande y los tejidos más blandos con mayor facilidad para la obstrucción, en general el manejo es más fácil. Los neonatos son respiradores nasales, y la simple aspiración puede solucionarles el problema. Buscar signos de obstrucción como estridor, gorgoteo, quejido y en tales casos realizar las maniobras de tracción mandibular con estabilización cervical, tras la aspiración para mantener la vía aérea permeable se usarán las cánulas orofaríngeas adaptadas a su tamaño. Tener en cuenta que en los niños pequeños el occipucio es prominente y en decúbito supino puede favorecer la obstrucción.

Evaluación de la respiración, valorar la frecuencia respiratoria (FR), el trabajo respiratorio con el uso de musculatura accesoria, aleteo nasal. Valorar una elevación adecuada del tórax y una auscultación normal y simétrica. La causa más frecuente de parada cardíaca en niños, es la hipoxia y la insuficiencia respiratoria. Ante la presencia de pausas de apnea o falta de respiración normal debe iniciarse ventilaciones

artificiales con dispositivos de bolsa-mascarilla (BM) y oxigenación adecuadas (conectado a una fuente de oxígeno a un flujo 10-15 lpm) debe facilitarse un sellado adecuado de la mascarilla e insuflar el aire justo para elevar el tórax, evitando presiones exageradas y posibles lesiones por barotrauma (no ventilar a más de 20 cm H₂O), así como permitir la descompresión torácica.

Existen tablas que relacionan los parámetros fisiológicos normales del niño según la edad, en general la **FR** debe ser de **20 rpm** en menores de 1 año, **15** para los mayores de 1 año y **10** para los adolescentes.

Si esta indicado debería realizarse la



TABLAS DE SIGNOS VITALES POR EDADES

TENSION ARTERIAL			
Grupo	Edad	Rango	
		Sistólica	Diastólica
RN	Nacimiento – 6 semanas	70-100	/ 50-68
Infante	7 semanas - 1 año	84-106	/ 56-70
Lactante mayor	1 – 2 años	98-106	/ 58-70
Pre-escolar	2 – 6 años	99-112	/ 64-70
Escolar	6 – 13 años	104-124	/ 64-86
Adolescente	13 – 16 años	118-132	/ 70-82
Adulto	16 años y más	110-140	/ 70-90

FRECUENCIA RESPIRATORIA		
Grupo	Edad	Ventilaciones por minuto
RN	Nacimiento – 6 semanas	40-45
Infante	7 semanas - 1 año	20-30
Lactante mayor	1 – 2 años	20-30
Pre-escolar	2 – 6 años	20-30
Escolar	6 – 13 años	12-20
Adolescente	13 – 16 años	12-20
Adulto	16 años y más	12-20

FRECUENCIA CARDIACA		
Grupo	Edad	Latidos por minuto
RN	Nacimiento – 6 semanas	120-140
Infante	7 semanas - 1 año	100-130
Lactante mayor	1 – 2 años	100-120
Pre-escolar	2 – 6 años	80-120
Escolar	6 – 13 años	80-100
Adolescente	13 – 16 años	70-80
Adulto	16 años y más	60-80

TEMPERATURA		
Grupo	Edad	Grados Centígrados
RN	Nacimiento – 6 semanas	38
Infante	7 semanas - 1 año	37.5 a 37.8
Lactante mayor	1 – 2 años	37.5 a 37.8
Pre-escolar	2 – 6 años	37.5 a 37.8
Escolar	6 – 13 años	37 a 37.5
Adolescente	13 – 16 años	37
Adulto	16 años y más	36.2 a 37.2

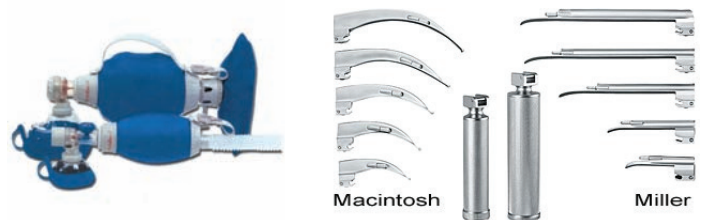
intubación orotraqueal (IO) para además de ventilar adecuadamente al paciente aislar vía aérea y evitar la broncoaspiración.

Indicaciones de I.O:

- Parada cardiorrespiratoria
- Imposibilidad de mantener abierta la vía aérea espontáneamente
- Vía aérea obstruida
- Inestabilidad respiratoria
- Inestabilidad circulatoria
- Glasgow \leq 8
- Intubación profiláctica previa al transporte (opcional).

durante la intubación. Deben tenerse previstas las alternativas ante la posibilidad de una intubación fallida: mascarilla laríngea, tubo laríngeo, guías de intubación, punción cricotiroides, cricotiroidotomía o traqueotomía.

Bolsa- Mascarilla (BM)



Debe ser una exigencia evitar la hiperextensión



Tubo laríngeo

1. Mascarilla laríngea clásica (ML)
2. Mascarilla Laríngea Proseal
3. Mascarilla laríngea Supreme
4. Mascarilla laríngea Fastrach
5. Mascarilla laríngea I-gel

La única situación donde no se utilizará premedica-

	Prematuro	RN y < 6 meses	> 6 meses y < 1 año	1-2 años	2-5 años	5-8 años	> 8 años
Cánula orofaríngea	00	0	1	2	3	4	4-5
Mascarilla facial	Redonda Modelo prematuro	Redonda Modelo recién nacido	Triangular o redonda Modelo lactantes	Triangular Modelo niños	Triangular Modelo niños	Triangular Modelo niños	Modelo adulto pequeño
Bolsa autoinflable	250 ml	500 ml	500 ml	500 ml	1.600-2.000 ml	1.600 ml-2.000 ml	1.600 ml-2.000 ml
Tubo endotraqueal	< 1 Kg 2,5 1-2 kg 3 2-3 kg 3,5 > 3 kg 3,5-4	3,5-4	4	4-4,5	4 + (edad/4) (años)	4 + (edad/4) (años)	4 + (edad/4) (años)
(cm a introducir por boca)	< 1 kg 6,5-7 1-2 kg 7-8 2-3 kg 8-9 > 3 kg > 9	(10-12) n.º tubo x 3	(12) n.º tubo x 3	(13-14) n.º tubo x 3	(14-16) n.º tubo x 3	(16-18) n.º tubo x 3	(18-22) x 3
Laringoscopio	Pala recta n.º 0	Pala recta o curva n.º 1	Pala recta o curva n.º 1	Pala curva n.º 1-2	Pala curva n.º 2	Pala curva n.º 2-3	Pala curva n.º 2-3
Pinza Magill	Pequeña	Pequeña	Pequeña	Pequeña o mediana	Mediana	Mediana o grande	Grande
Sonda aspiración traqueal	6	6-8	8-10	8-10	10-12	12-14	12-14

ción será en la PCR.

Se utilizará la *secuencia rápida de intubación (SRI)*, seleccionando los fármacos que mejor se ajusten a las características del trauma y los que conozcamos:

1° Hiperoxigenar: con oxígeno al 100% sin aplicar la bolsa autoinflable si el paciente respira espontáneamente para evitar distensión gástrica.

2° Anticolinérgico: atropina (0,01 – 0,02 mg/kg; mínimo 0,1 mg).

3° Sedante: tiopental (3-5 mg/kg), etomidato (0,3 mg/kg), midazolam (0,3 mg/kg) o propofol (2-3 mg/kg). Tiopental y propofol se deben de evitar en el caso de inestabilidad hemodinámica. Por el contrario, son ideales para disminuir la presión intracraneal. Además, ambos son de vida media muy corta

por lo que su efecto desaparece rápidamente.

4° Analgésico: como por ejemplo el fentanilo (1-2 µg/kg), ketamina (1 mg/kg).

5° Relajante muscular: succinilcolina (1-2 mg/kg) Otra opción es el rocuronio (0,6-1 mg/kg). La ventaja de la succinilcolina es que su efecto desaparece en 2-3 minutos si la intubación es fallida.

6° Aspiración de secreciones si es preciso e intubación.

Evaluar la circulación: en los niños debido a los fuertes mecanismos de compensación, pueden presentar buenos aspectos en etapas iniciales del shock, una vez que aparecen la situación puede ser irreversible. Como regla



general, un pulso débil con una frecuencia cardiaca >130 suele ser un signo de shock en todos los niños excepto en los neonatos. Por tanto, además hay que valorar otros signos de hipoperfusión, como retardo en el relleno capilar > 2 segundos, piel moteada y fría. Otros aspectos como interpretar la onda pulso de cada niño, puede hacer una idea de la reserva vascular compensatoria de cada individuo y la tolerancia a las pérdidas.

El volumen sanguíneo normal de un niño es 80-90 ml/kg de peso. Pequeñas laceraciones pueden suponer pérdidas importantes en los niños por lo que hay que prestar especial atención al **control de hemorragias** externas, con evaluación minuciosa e identificación de puntos sangrantes, compresión directa de la herida, así como la reposición con fluidoterapia isotónica adecuada con bolos 20ml/Kg de peso hasta las transfusiones de concentrados de hematíes de ser necesario.

Los agentes hemostáticos, como el ácido

tranexámico (ATX/TXA) también pueden ser utilizados en niños para el control de las hemorragias, dado que reduce el sangrado de pacientes sometidos a cirugía programada, 2 estudios relevantes evaluaron su eficacia en la coagulación de pacientes traumatizados. El estudio CRASH-2 (the Clinical Randomisation of an Antifibrinolytic in Major Haemorrhage) y el estudio MATTER (the Military Application of Tranexamic acid in Trauma Emergency Resuscitation). La administración parenteral solo está indicada en mayores de 1 año. La dosis recomendada es 15-20 mg/kg/día, los datos sobre eficacia, posología y seguridad son limitados. La velocidad de infusión no debe superar 100 mg/min.

Otros hemostáticos tópicos también han demostrado ser eficaces en el control del sangrado externo. Así podemos mencionar Quick Clot, apósitos HemCon, sobres granulados de Celox, todas ellas sustancias con propiedades hemostáticas en contacto con la sangre.

Una vez reconocida la situación crítica



de trauma y realizadas las medidas salvadoras en la escena, el niño debe ser correctamente **inmovilizado para su traslado: es fundamental extraer al niño del coche con la silla en bloque, nunca suelto, porque si existe una lesión medular espinal podría empeorarla e incluso causarle la muerte**. Para lo cual recordar el uso del almohadillado bajo el torso y el collarín cervical del tamaño adecuado (útil en mayores de 1 año) así como otros sistemas como el colchón de vacío y el inmovilizador cefálico. Y otros elementos como el tablero

espinal largo y la camilla de cuchara que permiten la movilización manteniendo el eje axial hasta su transferencia al sistema de transporte. En cualquier caso, el objetivo de la **Restricción de Movimientos espinales (RME)**, es minimizar las lesiones secundarias, para lo cual debe mantenerse alineado el eje cabeza-cuello-columna vertebral, de la forma más óptima para el paciente y siempre teniendo en cuenta **minimizar los retrasos innecesarios** en el lugar del accidente. Si el tiempo de traslado lo permite se realizará evaluaciones continuas y evaluación



secundaria. Se terminará colocando los vendajes, las férulas y monitorización del paciente previo al traslado.



Collarín Philadelphia pediatric



X-collar



Inmovilizador cefálico



Tablero espinal



Camilla cuchara



Colchón vacío



Férulas de Vacío



F. semirrígidas

Collarín Philadelphia pediatric X-collar
Inmovilizador cefálico Tablero espinal
Camilla cuchara Colchón vacío
Férulas de Vacío F. semirrígidas

necesidades del paciente: traslado en SVA (Soporte Vital Avanzado); en SVB (soporte vital básico) o en helicóptero medicalizado.

Criterios de traslado a un centro de trauma pediátrico:

También es aconsejable completar la historia clínica con otros antecedentes, alergias, hora de la última ingesta...

Es necesario que el personal sanitario conozca los **recursos sanitarios locales y regionales**, no sólo el hospital de destino más adecuado, sino los recursos sanitarios de traslado según las características y

1. **Obstrucción de vía aérea.**
2. **Necesidad de intervención sobre la vía aérea.**
3. **Distrés respiratorio.**
4. **Shock.**
5. **Alteración del nivel de conciencia.**
6. **Escala de Glasgow <13.**
7. **Midriasis.**



8. Índice de trauma pediátrico < 8.
9. **Mecanismo lesional grave** (menos fiable): caídas > 3m; accidentes vehículos a motor con víctimas mortales o con deformidades importantes en el interior del vehículo; atropellos; expulsión de vehículos tras colisión; fracturas de más de una extremidad; lesiones significativas en más de un sistema orgánico.

Categorización del niño politraumatizado Una vez realizado el reconocimiento primario y secundario se debe proceder a valorar la gravedad del trauma pediátrico. Una escala útil para ello es el Índice de Trauma Pediátrico (ITP) que además nos ayudará a decidir si el paciente ha de ser trasladado a un centro con programa de trauma pediátrico (cuando el ITP sea ≤ 8). Se explica por la aparición de mortalidad a partir de un ITP = 8 (Trauma grave), que se incrementa exponencialmente a medida que el ITP desciende.

Índice de Trauma Pediátrico

- Sistema d categorización que se basa en el análisis de los patrones de las lesiones
- Predice gravedad de lesiones
- Se tiene en cuenta 6 componentes

Componente	+2	+1	-1
Peso	>20 Kg	10-20 Kg	<10 Kg
Vía Área	Normal	Asistida	Intubación
P. Sistólica	>90	90-50	<50
Neurológico	Alerta	Obnubilado	Comatoso
Heridas	Ninguna	Contusión, Abrasión, Laceración	Mayor o Penetrante
Trauma Esqueletico	Ninguno	Cerrado	Abierto/Multiple



- 9 -12 traumatismos leves
Utilice las directrices locales / protocolos
- 6 -8 potencialmente mortales
Sugiere la necesidad de Centro de Trauma
- 0 -5 Peligro de vida / necesidad de centro d trauma
- <0 El transporte suele ser mortal

Lesiones potencialmente mortales

Shock hemorrágico: las causas más frecuentes se encuentran en hemorragias torácicas, abdominales, pelvis y huesos largos. La hipotensión es un signo de shock tardío (descompensado).

La PA sistólica en lactantes, el límite normal es **60 mmHg**; en neonatos (<30 días): 70 mmHg; en lactantes de 1 mes a 1 año y en niños mayores de 1 año: 70+2 x edad en años. Por debajo de esos límites hay que asumir que se esta ante un shock descompensado. La compensación comienza con fluidoterapia con suero fisiológico a **20 ml/kg** peso en bolos hasta obtener respuesta o llegar a un centro donde poder transfundir.

Si tras 90 segundos o 2 intentos de canalizar vía periférica no se consigue, la indicación es usar la VIA INTRAÓSEA, que permite además de infundir líquidos, administrar todos los fármacos necesarios, líquidos y hemoderivados. Debe administrarse un bolo

de 10 cc de suero fisiológico tras la infusión del fármaco No es precisa anestesia local ni analgesia en caso de PCR. Duración máxima es de 24 horas. No debe usarse en huesos fracturados ni previamente puncionados.

VÍA INTRAÓSEA:

Manual/Dispositivo mecánico

- Manual → **Calibre:**
 - RN - 6 meses: 18 G
 - 6 - 18 meses: 16 G
 - > 18 meses: 14 G
 - Niños mayores y adultos: 14 G

Punto de inserción: (evitan metáfisis)

- **Menores de 6 años:** superficie anteromedial de la tibia, 1-2 cm medial y 1-2 cm distal a la tuberosidad tibial anterior.
- **6 años o más:** en cara medial de la tibia, 3 cm por encima de la base del maléolo interno.



Taladro EZ IO

Intraósea de Cook Intraósea de Jamshidi



Traumatismo craneoencefálico: es la causa más frecuente de muerte en el paciente pediátrico. La cabeza del niño es proporcionalmente mayor que en el adulto, lo que la hace más susceptible. La evolución del TCE en el niño también es mejor que en el adulto. El objetivo del manejo implica dos aspectos importantes: reconocer precozmente la lesión primaria y derivar a un centro adecuado para su manejo y por otro lado prevenir la lesión encefálica secundaria a hipoxia y shock, más tardía. Aspectos importantes en su manejo incluyen:

Administrar oxígeno al 100% en todo paciente con TCE (la lesión cerebral aumenta el metabolismo celular y disminuye

el flujo sanguíneo cerebral), evitar la hiperventilación a menos que existan signos de herniación cerebral y si es posible monitorizar la ventilación con capnografía. Mantener una presión arterial normal, para mantener la perfusión cerebral adecuada. Tratando precozmente el shock potencial.

El mejor indicador es la valoración del nivel de conciencia con la escala de Glasgow; se utilizará la escala de Glasgow modificada pediátrica en niños menores de 2 años* Tabla 1. Escala de Glasgow (adaptada a la edad pediátrica), tanto inicial como las variaciones durante el traslado. Todo debe registrarse.

Tabla 1. Escala de Glasgow (adaptada a la edad pediátrica)

Puntos: apertura ocular	> 1 año	< 1 año	
4	Espontánea	Espontánea	
3	Respuesta a órdenes	Respuesta a la voz	
2	Respuesta al dolor	Respuesta al dolor	
1	Sin respuesta	Sin respuesta	
Puntos: respuesta motora	> 1 año	< 1 año	
6	Obedece órdenes	Movimientos espontáneos	
5	Localiza el dolor	Se retira al contacto	
4	Se retira al dolor	Se retira al dolor	
3	Flexión al dolor	Flexión al dolor	
2	Extensión al dolor	Extensión al dolor	
1	Sin respuesta	Sin respuesta	
Puntos: respuesta verbal	> 5 años	2-5 años	< 2 años
5	Orientada	Palabras adecuadas	Sonríe, balbucea
4	Confusa	Palabras inadecuadas	Llanto consolable
3	Palabras inadecuadas	Llora o grita	Llora ante el dolor
2	Sonidos incomprensibles	Gruñe	Se queja ante el dolor
1	Sin respuesta	Sin respuesta	Sin respuesta



Trauma torácico: suele manifestarse con signos de compromiso respiratorio como taquipnea, uso de musculatura accesoria, aleteo nasal y quejido. Así como el aumento de la frecuencia respiratoria es significativo > 40 rpm en niños y > 60rpm en lactantes. Todos se benefician de oxígeno suplementario

La pared torácica es más elástica en preadolescentes, por lo que las fracturas costales, taponamiento y roturas de aorta son menos frecuentes, pero es más habitual la contusión pulmonar y el neumotórax.



Trauma abdominal: la segunda causa de trauma en los niños es el trauma abdominal contuso con lesión de órganos sólidos y hemorragia interna. En los niños hígado y bazo son más grandes de lo habitual y sobresalen de las costillas con lo que están más expuestos al trauma. El diagnóstico puede ser un reto, porque no siempre hay lesiones externas, los signos pueden ser inespecíficos y dolor abdominal también. Ante signos de shock sin signos evidentes de sangrado y trauma contuso, debe minimizarse los retrasos, instaurar sueroterapia intensiva y prealertar al hospital con sospecha de sangrado interno.



Trauma espinal: las lesiones de columna cervical son infrecuentes antes de la adolescencia. Suelen afectar a segmentos altos de la columna cervical (C1-C3) en niños menores de 9 años. En los mayores, así como en los adultos, suelen afectar a segmentos bajos (C5-C7). Si la cabeza del niño está bien estabilizada con un dispositivo acolchado de RME, no es necesario la colocación de un collarín cervical. Los menores de 8 años necesitan un almohadillado bajo el torso para mantener el cuello en posición neutra.

Asientos de seguridad infantil:

En los accidentes de vehículos a motor, los niños tienen muchas menos posibilidades de lesiones graves si van sujetos al asiento de seguridad infantil.

Una vez realizada la evaluación inicial del niño dentro del coche, si el asiento de seguridad está intacto y no se encuentran lesiones objetivables, se puede usar el propio asiento para trasladar al niño, sujetándolo dentro del propio asiento con toallas, compresas o similar. Si existen lesiones serias, el asiento de seguridad parece golpeado, se extraerá al niño del asiento manteniendo el eje cabeza-cuello-tronco con el uso o no de dispositivos como el tablero espinal largo pediátrico hasta depositarlo en la camilla donde se completa la evaluación y se inmoviliza para su traslado.



Kiddy safe



Inmovilización
medios de
fortuna

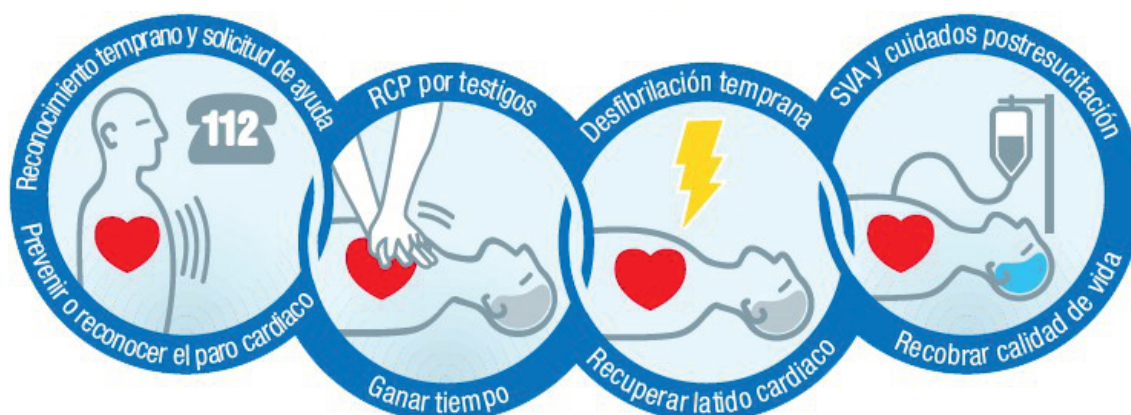


CONCLUSIONES

- a) Muchos niños no viajan bien asegurados. El uso apropiado de los asientos de retención infantil correctamente anclados al vehículo es un área importante de prevención (fundamental la educación a la población).
- b) El trauma pediátrico es una enfermedad prevalente y tiempo dependiente.
- c) Disponer del equipo adecuado e interactuar con los padres.
- d) Hay que ser sistemático en la evaluación y manejo del paciente (método ITLS).
- e) Identificar, in situ, lesiones potencialmente mortales y tratarlas.
- f) Estabilizar en lo posible antes del traslado; el hospital más pequeño es mejor que la ambulancia más grande
- g) Evitar lesiones secundarias con manejo óptimo de la inmovilización/movilización del paciente pediátrico.



RCP PEDIÁTRICA:

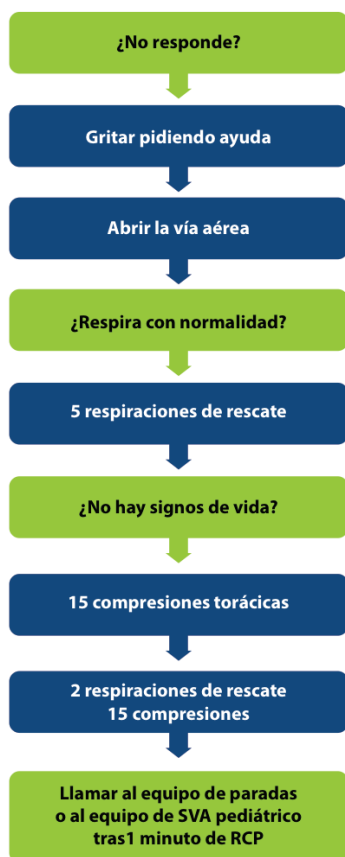


La cadena de supervivencia resume los eslabones vitales necesarios para una resucitación exitosa.

En caso de **PCR**, es decir, si no responde y no respira. Se recomienda utilizar el siguiente algoritmo:



Soporte vital básico pediátrico



Las técnicas de RCP de adultos, se pueden aplicar a los niños. Aunque lo ideal es tener en cuenta las recomendaciones específicas según el grupo de edad:

- Debe iniciarse con **5 respiraciones de rescate** y 1 minuto de compresiones torácicas.
- Pedir ayuda después de **1** minuto de RCP (si está usted solo). Según recomendaciones de ERC (European Resuscitation Council). Después de 2 minutos de RCP según recomendaciones de AHA (American Heart Association).
- Para las compresiones torácicas, la parte inferior del esternón debe *deprimirse por lo menos un tercio del diámetro torácico antero posterior* (4 cm en el neonato y 5 cm en el niño).

RCP Pediátrica en LACTANTES:

- Abrir vía aérea:** sin extender la cabeza. (la cabeza de los lactantes suele estar

flexionada en posición supina). Debemos mantener la cabeza en posición neutra o posición de olfateo. Se consigue colocando una toalla/paño enrollado debajo de la parte superior de la espalda del niño y elevando el mentón ligeramente sin hacer extensión del cuello.

- Respiraciones:** Insuflar por boca-nariz durante aprox. 1 segundo. Con un volumen suficiente para que se eleve visiblemente el tórax. Cubrir con la boca del reanimador, la boca y nariz del lactante. O utilizar un balón-resucitador si se dispone de él.
- Compresiones torácicas:** Con dos dedos en el pecho Deprimir mínimo 1/3 tórax (aproximadamente 4 cm en lactantes). Se realizan compresiones continuas a un ritmo de 100-120 por minuto; relación 15 compresiones-2 ventilaciones.)



- Pedir ayuda después de 1 minuto de RCP

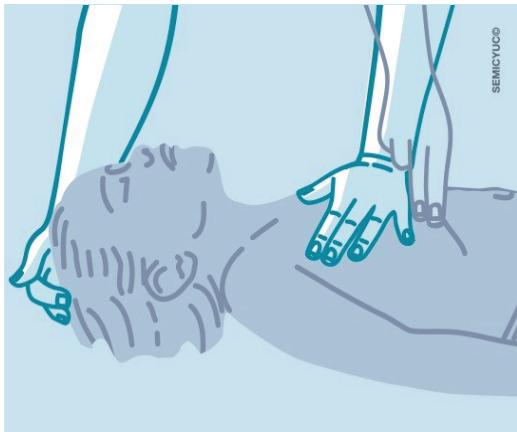
RCP Pediátrica en NIÑOS:

- Abrir vía aérea:** igual que el adulto (maniobra frente-mentón. O bien, tracción mandibular si se sospecha de traumatismo).
- Respiraciones:** Insuflar por boca (pinzando la parte blanda de la nariz con pulgar e índice) asegurándose conseguir un buen sellado, durante alrededor de 1 segundo hasta que el pecho se eleve. O utilizar un balón-resucitador, si se dispone de él.
Tanto en lactantes como en niños, si existe dificultad para conseguir una ventilación efectiva, puede tener la vía aérea esté obstruida. En esos casos, se abre la boca y se extrae cualquier causa visible, evitando el barrido digital a ciegas. Asegurándose



que la vía aérea se encuentra abierta de manera adecuada.

- e) **Compresiones torácicas:** Talón de una/dos manos en el pecho. Deprimir mínimo 1/3 tórax (aproximadamente 5 cm en niños). Se realizan compresiones continuas a un ritmo de 100-120 por minuto; relación 15 compresiones-2 ventilaciones.)

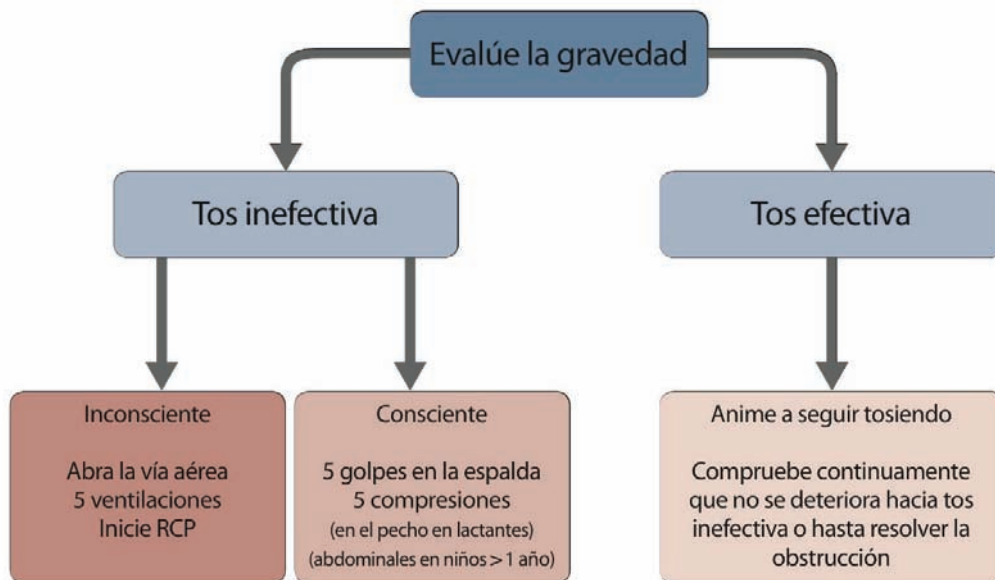


* Conseguir un DEA* (desfibrilador externo automático) en cuanto sea posible. Los DEA (desfibriladores externos automáticos) son adecuados para niños mayores de 8 años. Para niños entre 1 y 8 años se deben utilizar **parches pediátricos** con un atenuador de energía, o en modo pediátrico, si está disponible. La experiencia de uso de DEA en niños menores de 1 año es pequeña; es aceptable su uso si no hay otra alternativa disponible.

Si el niño no responde o no respira, conseguir un DEA cuanto antes. Tan pronto como llegue el DEA: se enciende y se aplican los parches adhesivos en el pecho desnudo del niño. Si hay más de un reanimador, las maniobras de RCP se deben continuar mientras se colocan los parches sobre el pecho. Continuar RCP con las mínimas interrupciones de las compresiones torácicas mientras se coloca el DEA y durante su uso. Siguiendo todas las indicaciones del mismo.

- Pedir ayuda después de 1 minuto de RCP.

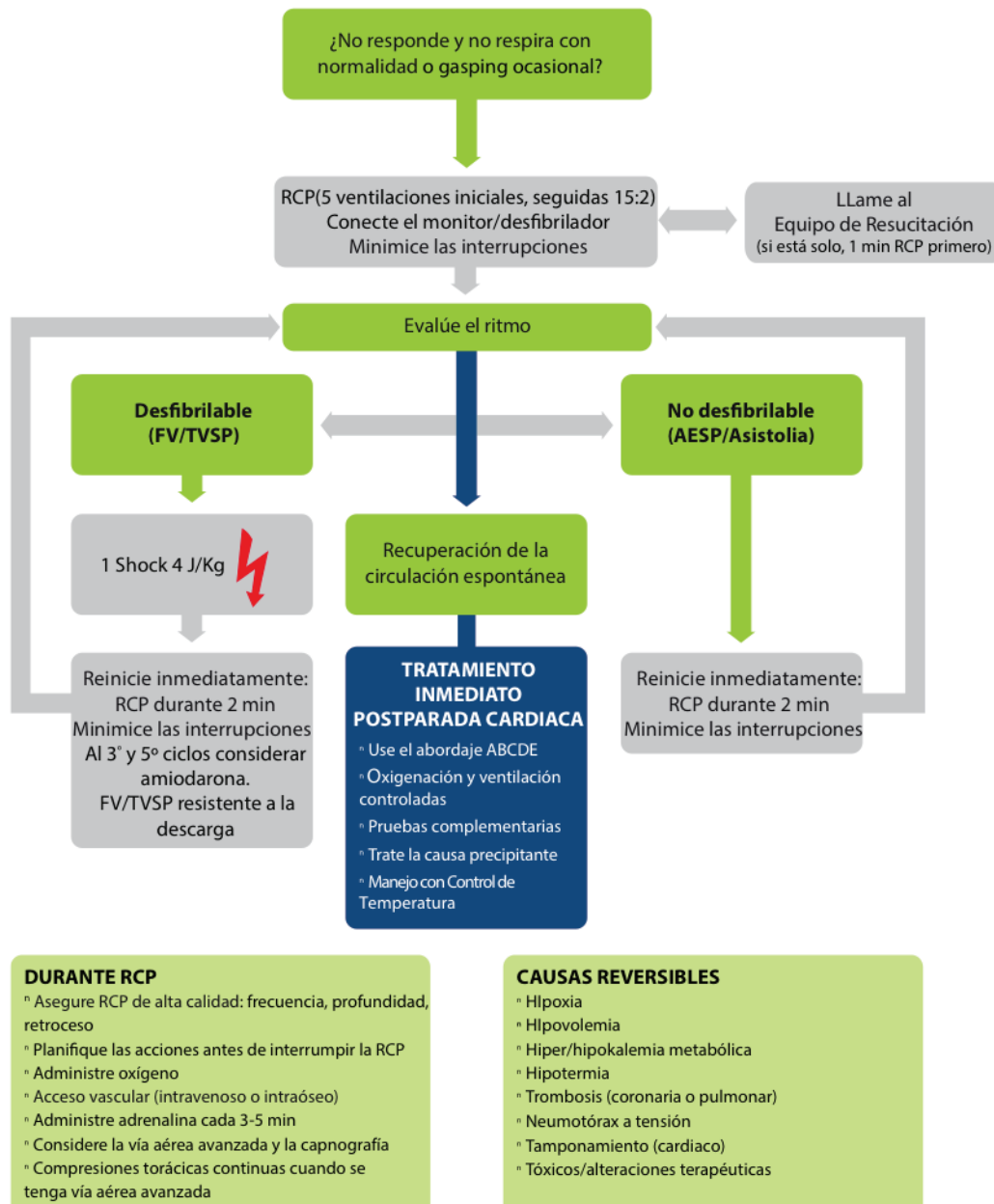
En caso de **OVACE** (obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño) se procederá de la siguiente forma:



Si se requieren cuidados avanzados, deberemos seguir el siguiente algoritmo:



Soporte Vital Avanzado Pediátrico



Cuidados postresucitación:

Se debe prevenir la fiebre en los niños en que se consiga recuperación de la circulación espontánea (RCE). El manejo con control de temperatura de los niños post RCE debería incluir la normotermia o la hipotermia ligera. No existe ningún indicador pronóstico que por sí solo permita decidir cuándo finalizar la resucitación.

La bradicardia grave que no responde a la ventilación con O₂, debe iniciarse masaje cardíaco y administración de adrenalina como en los ritmos no desfibrilables.

BIBLIOGRAFÍA

1. John E. Campbell; Roy L. Alson, PhD; James J. Agustine; Jere Baldwin. Trauma Pediátrico. 3ª edición español de la 7ª edición Manual de International Trauma LifeSupport. 2019; 17: 308-327
2. Domínguez P, de Lucas N, Balcells J, Martínez V. Asistencia inicial al trauma pediátrico y reanimación cardiopulmonar. AnEspPediatr 2002; 56:527-550.



3. Manual del VII Curso de Transporte Pediátrico. Hospital MaternoInfantilValld'Hebron. Barcelona, 2008.
4. Monsieurs KG, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 1. Executive Summary. Resuscitation (2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.038>
5. Renter Valdovinos, Luis. Movilización e inmovilización del niño politraumatizado Hospital Materno Infantil Valld'Hebron. Barcelona, 2009.
6. López-Herce, J. et al (2017). Novedades en las recomendaciones de reanimación cardiopulmonar pediátrica. Anales de Pediatría, 86(4),229.e1-229.e9.
7. Gill, C. y Kisson, N. (2017). Pediatric Life Support Update: 2015 American Heart Association Highlights. Pediatric Emergency Care, 33 (8), 585-592.



Revisión de uso de la vía intraósea en pediatría

Vidal Benito, Yolanda*; Fernández Barril, Antonio**; García Burguillos, Manuel**

**DUE * Médico. Especialista Medicina familiar y Comunitaria UME San Vicente de Alcántara.

Badajoz

INTRODUCCIÓN

El procedimiento fue postulado por primera vez en 1922 por Drinker y Doan, pero no es hasta 1934 cuando se utiliza por primera vez para transfusión de productos sanguíneos. En los años 40, durante la Segunda Guerra Mundial comenzó a utilizarse para la inducción de la anestesia con fenobarbital en los campos de batalla mediante el desarrollo de un dispositivo esternal.

En la actualidad, se considera el acceso intraóseo (IO) una alternativa eficaz y rápida en los casos en los que el acceso intravenoso es difícil o imposible de conseguir en un tiempo preestablecido (shock grave o en la parada cardiorrespiratoria, traumatismos importantes, quemaduras extensas, etc).

Es una técnica imprescindible en todos aquellos lugares donde deban atenderse niños en situaciones graves y que requieran la consecución de una vía venosa de forma rápida.

Existen varios dispositivos IO con distintas características y técnicas de colocación, pero todos se caracterizan por:

- Ser acceso temporal, hasta conseguir acceso IV
- Técnica rápida
- Escasas complicaciones

En situaciones de shock se produce una respuesta de compensación fisiológica consistente en una redistribución del flujo sanguíneo hacia órganos vitales, lo que da lugar a una vasoconstricción periférica y esplácnica. Este hecho hace que las venas periféricas puedan ser inaccesibles a cualquier edad, pero más aún en lactantes y niños pequeños. Por eso, el

acceso IO ha sido considerado desde hace tiempo una alternativa a la canalización venosa periférica en el soporte vital avanzado tanto pediátrico como del adulto.

Su funcionamiento se basa en el hecho de que la cavidad medular de los huesos largos está ocupada por una rica red de capilares sinusoides que drenan a un gran seno venoso central y que no se colapsa ni siquiera en situación de parada cardiorrespiratoria, pasando los fármacos y líquidos a la circulación general con una rapidez similar a como lo harían con cualquier otra vena periférica, aproximadamente, en menos de 10 segundos

INDICACIONES

La principal indicación es la parada cardiorrespiratoria si el acceso intravenoso no se puede establecer dentro de los primeros 90 segundos o tras tres intentos fallidos., shock descompensado, politraumatizado, situación clínica grave que requiera acceso IV y no posible.

VENTAJAS

- **Rapidez** en la canalización (menos de 1 min) y alto porcentaje de éxitos (> 90%) en personal formado
- **Seguridad de colocación.**
- **Facilidad en reconocer las referencias anatómicas que sirven de guía para localizar el punto de punción.**
- **Garantía en la administración de cualquier tipo de fármaco o fluido.**
- **Seguridad de que se trata de una vía «no colapsable» en situaciones de shock o de parada cardiorrespiratoria.**
- **Posibilidad de ser utilizada para la obtención de muestras sanguíneas**



LIMITACIONES

Sólo debe utilizarse en situaciones de urgencia vital y por tiempo limitado (Menos de 24h)

En pacientes conscientes es necesario utilizar analgesia.

En situaciones que requieran grandes cantidades de líquidos, sobre todo en adultos, puede ser necesario canalizar más de una vía IO.

No se puede utilizar en:

- Hueso fracturado o puncionado.
- Infección local, celulitis u osteomielitis.
- Traumatismo abdominal grave; se recomienda su colocación en los miembros superiores
- Antecedentes de cirugía (prótesis).
- Quemaduras profundas y con tejido necrótico que puede afectar al hueso.

COMPLICACIONES

La inserción de una vía IO por personal entrenado es sencilla y las complicaciones, poco frecuentes (1%). Los principales problemas derivan de la falta de experiencia del personal sanitario:

- **Extravasación** de líquido alrededor del lugar de punción
- **Síndrome compartimental:** por atravesar las 2 corticales
- **Infección**, sepsis, osteomielitis, cuando la aguja permanece más tiempo del debido, mala asepsia.
- **Embolia grasa:** excepcional en niños y no suele tener repercusión clínica
- **Fractura, Lesión del cartílago de crecimiento**

LUGARES DE PUNCIÓN

En recién nacidos y niños hasta 6 años se utiliza preferentemente la tibia proximal. El punto de punción se encuentra a 1-2 cm por debajo del punto medio de la línea imaginaria que une la tuberosidad anterior de la tibia y el borde interno de la misma

A partir de 6 años el sitio de punción se sitúa 2-3

cm por encima del maléolo tibial interno.

Con la aparición de nuevos dispositivos que facilitan atravesar corticales más duras, se utiliza cada vez más la punción en la extremidad proximal, independientemente de la edad. Posee un espacio medular más amplio, una cortical más fina, y su superficie está muy próxima a la piel. Como lugares alternativos puede usarse:

- Cara lateral del fémur, 2-3 cm por encima del cóndilo lateral
- Cara anterior de la cabeza humeral (adolescentes).
- Cresta ilíaca: parte anterior de la espina ilíaca.
- Radio distal, en la cara opuesta a la arteria radial.
- Cúbito distal.

MATERIAL NECESARIO PARA LA PUNCIÓN INTRAÓSEA

- Agujas IO o sistemas mecánicos de punción IO. o Solución antiséptica (salvo en RCP).
- Gasas, paños y guantes estériles (salvo en RCP). o Jeringas de 5 y 10 ml.
- Anestésico local sin adrenalina (p. ej., lidocaína 1%). Siempre que el paciente esté consciente.
- Solución de lavado (suero salino 0,9% o agua estéril). o Sistema de perfusión.
- Llave de 3 pasos, preferiblemente con alargadera. o Esparadrapo o vendas de sujeción

FÁRMACOS QUE SE PUEDEN ADMINISTRAR

Cualquier fármaco o solución que pueda ser administrada por vía intravenosa puede serlo por vía IO en la misma dosis y cantidad.

Se ha demostrado que los niveles séricos y la eficacia son equivalentes a los conseguidos por vía periférica o central, tanto en niños como en adultos.

La administración de fármacos en bolo debe ser seguido de un bolo de suero fisiológico para garantizar su llegada a la circulación sistémica. Cuando se requiera la infusión de grandes volúmenes de líquidos, utilizar una bomba o manguito presurizador de sueros. La vía IO puede ser utilizada para la obtención de sangre y determinaciones analítica

DISPOSITIVOS



fig 1. AGUJA DE COOK



(más indicado en niños grandes y adultos en los que, para romper la dura cortical, se necesita, además de presionar, hacer un movimiento de rotación). Presentado en envase estéril y de un solo uso. Hay 3 calibres, 18, 16 y 14 G. Pueden usarse para cualquier edad, ya que el flujo que consiguen depende más del tamaño del hueso que del calibre del dispositivo.

Pistola de infusión intraósea o Bone Injection Gun (BIG) Fig 2 Fabricante de BIG: ISSO.

Existen 2 formatos, uno pediátrico (rojo) y otro adulto (azul), que permiten la inserción rápida de un catéter de 18 G o 15 G, respectivamente, y con capacidad para regular la profundidad de disparo (adultos máximo 2,5cm y niños 1,5cm máximo).

fig 2. PISTOLA BIG

Agujas de Cook Critical Care (COOK). Fig 1

Dispone de un manubrio muy amplio, de unas aletas que facilitan la estabilidad durante la manipulación y de un mandril interno cuya punta puede tener forma de lápiz (más útiles en neonatos y lactantes en los que la cortical es más fina y se puede perforar por simple presión), biselada o de trocar piramidal

La pistola es un sistema compacto con un pasador de seguridad, un muelle y un gatillo que al pulsarlo dispara el catéter que ya va montado en el dispositivo, con la fuerza necesaria para atravesar las estructuras óseas y alojarlo en medula ósea, estéril y de un solo uso.



Dispositivo IOZ

El diseño de este dispositivo (fig. 3) se basa en algunas herramientas utilizadas en la cirugía ortopédica y traumatológica. Un dispositivo portátil, el impulsor, que funciona con baterías y cuyo funcionamiento es similar al de un taladro o atornillador eléctrico que inserta el catéter en medula ósea mediante un movimiento giratorio y la fuerza ejercida por el encargado de desarrollar la técnica. Permite una inserción del catéter



Fig 3. IOZ



controlada y menos traumática, así como una fácil retirada del mismo

Existen 3 tipos de aguja: la pediátrica, con un calibre de 15 G y 1,5 cm de longitud (desde los 3 a los 39kg), y la de adulto, cuyo calibre es de 15 G y tiene 2,5cm de longitud (a partir de 40kg), amarilla 4,5cm para acceso humeral o exceso tejidos blandos, mayores de 40 kg. Disponen de un mandril situado en su interior, que al ser extraído deja expuesta una conexión de rosca estándar. Se presenta en un envase estéril para un solo uso.

TÉCNICA DE INSERCIÓN

Agujas COOK

1. Se seleccionará el lugar de punción.
2. La extremidad seleccionada deberá estar apoyada sobre una superficie lisa y dura, y en ligera rotación externa.
3. Se sujetará la aguja IO con la mano dominante, situando la empuñadura en la eminencia tenar; al mismo tiempo, los dedos índice y pulgar la sujetarán, como si de un lápiz se tratara, a una distancia de 0,5cm de la punta, para ejercer la función de freno y evitar que penetre demasiado cuando se perfora la cortical.
4. Se aplicará un antiséptico y un anestésico local en el lugar de punción (salvo en situación de parada cardiorrespiratoria).
5. Se colocará la aguja perpendicular al punto de punción, ejerciendo presión sobre la empuñadura hasta notar una resistencia que indica que la punta ha contactado con el periostio. Si la punta de los dedos choca con la superficie de la piel antes de haber penetrado en la medular, se retirarán 2-3mm y se volverá a repetir la presión y rotación.
6. Cuando se contacta el periostio, se acentúa más la presión al mismo tiempo que se efectúa un movimiento de rotación, solo quedan unos milímetros para perforar la cortical, que se notará por la brusca disminución de la resistencia y, a veces, con un «plop» característico.
7. Es imprescindible inmovilizar la aguja, sujetándola de las aletas antes de desenroscar el manubrio y siempre que tenga que ser manipulada.

8. Se conectará al pabellón de la aguja una jeringa de 5-10ml, cargada con suero salino fisiológico y se aspirará para comprobar si sale sangre o médula ósea (que no siempre ocurre) e inyectar, a continuación, parte del suero para comprobar que pasa con facilidad y que no se extravasa alrededor de la aguja. Para evitar la manipulación repetida de la aguja, se recomienda intercalar entre su pabellón y el sistema de suero, una llave de 3 pasos con alargadera fijada a la piel con esparadrapo.
9. Se recomienda no utilizar ningún dispositivo de sujeción que impida mantener visible la zona de punción, con objeto de poder detectar una extravasación. Hay autores que recomiendan fijar la aguja con unas pinzas quirúrgicas tipo Kocher (o mosquito) pinzando la base de la aguja, siguiendo el eje longitudinal del miembro, y sujeta al mismo mediante tiras de esparadrapo.
10. En situación de parada cardiorrespiratoria, se inyectaran inmediatamente los fármacos de reanimación necesarios, y suero fisiológico suficiente que los haga llegar hasta la circulación general.

Dispositivos mediante disparo: Bone Injection Gun

1. La selección del sitio de punción, la colocación del miembro y el tratamiento de la zona a puncionar son idénticos los que se han descrito anteriormente.
2. Se decidirá la profundidad que se calcula necesaria para colocar la aguja en la cavidad medular y se seleccionará esa distancia con la rosca del dispositivo.
3. Se cogerá la pistola IO con la mano dominante, situando la empuñadura en su eminencia tenar, colocando la pieza coloreada de forma perpendicular a la superficie a puncionar. Se sujeta la pistola colocando los dedos índice y medio, por debajo de las pestañas del cuerpo de la pistola, de forma que la flecha se dirija hacia el punto de punción. Asegurarse de la correcta sujeción de la pistola, ya que, de lo contrario, se podrían producir accidentes.
4. Retirar el pasador de seguridad con la mano dominante, a la vez que, con la otra mano, se mantiene en posición la pistola sin realizar presión alguna.



5. Se dispara la pistola manteniendo los dedos índice y medio bajo las pestañas al tiempo que se presiona el disparador que se encuentra apoyado en la eminencia tenar.
6. Se retirará la pistola cuidadosamente con el fin de no descolocar la aguja y se sacará el mandril. A partir de esta maniobra, se actuará de la misma manera que se ha descrito anteriormente.

Dispositivos de taladro: EZ-IO

1. La selección del sitio de punción, la colocación del miembro y el tratamiento de la zona a puncionar son idénticos a los que ya se han descrito, habiéndose certificado también como punto de inserción el fémur distal, para los pacientes pediátricos.
2. Colocar la aguja adulta o pediátrica en el impulsor.
3. Situar la taladradora de tal forma que el dispositivo que contiene la aguja se dirija hacia el punto de inserción de forma perpendicular a la piel.
4. Accionar el disparador del impulsor, al tiempo que se presiona con firmeza, hasta introducirla hasta el tope o notar una pérdida repentina de la resistencia que indicaría que se ha perforado la cortical y se ha penetrado en la medular del hueso.
5. Extraer con cuidado el impulsor y el estilete, dejando solo la aguja; aspirar con una jeringa con suero salino para confirmar su correcta posición y lavar su luz a continuación.
6. La aguja se queda totalmente fija a la piel con lo que no necesita ningún tipo de fijación externo.
7. Inyectar con cuidado con una jeringa los fármacos iniciales de reanimación y los bolos de lavado, y después colocar una alargadera.
8. Cuidados en el mantenimiento de una vía intraósea^{16,18,25}
9. Siempre que sea posible, utilizar técnica estéril siguiendo las precauciones universales de bioseguridad.
10. En paciente consciente, administrar un anestésico local.
11. Los cuidados de enfermería son los mismos que en cualquier vía venosa, teniendo en cuenta que es una vía de urgencia, no prolongándose su uso más de 24h. Sin embargo,

para el uso de los dispositivos de taladro (EZ-IO), el tiempo máximo de posicionamiento de la aguja pasa a ser de 7h.

12. No ocluir la zona de punción con apósitos para evitar la maceración.
13. Si es posible, no conectar los sistemas de goteo directamente a la aguja, intercalar una alargadera con llave de 3 pasos, que permita administrar los fármacos o líquidos sin manipular la aguja.
14. Comprobar con frecuencia que la vía sigue permeable y mantiene un flujo adecuado. Si se sospecha obstrucción, lavar la vía con suero fisiológico; si se sospecha que la aguja está chocando contra la cortical, se retirará un par de milímetros y se comprobará su permeabilidad, observando si se produce alguna extravasación alrededor del punto de punción.
15. La mejor manera de evitar un síndrome compartimental es prevenirlo, cuando se ha producido, su diagnóstico es muy difícil y tardío. Mantener una estrecha vigilancia de la extremidad puncionada, valorando su color y temperatura, así como su volumen global y la presencia de pulso periférico.

Consideraciones específicas de cada dispositivo

Las agujas de colocación manual tienen la ventaja de que el operario puede sentir en su mano sensaciones que le ayudan a distinguir cuando ha perforado la cortical y ha penetrado en la medular del hueso. Sin embargo, tienen el inconveniente que en niños mayores y en adultos, la cortical puede ser muy dura y difícil de atravesar. La sencillez de su manejo una vez aprendida la técnica, su facilidad de almacenaje, la larga caducidad y su precio (más barato que cualquiera de los otros dispositivos) favorecen que sea el dispositivo de elección en centros sanitarios en los que la punción IO no sea de uso rutinario.

Los dispositivos de colocación por disparo (BIG) tienen la ventaja de poder instalarse en huesos cuya cortical sea más dura. Tiene el inconveniente que la longitud de la aguja introducida es exactamente la que el operador ha seleccionado, sin tener en cuenta la variabilidad que puede suponer puncionar unos milímetros más arriba o abajo, o los diferentes grosores del panículo adiposo subcutáneo. Tampoco nota el operador ninguna sensación



que le pueda orientar sobre si la punta de la aguja se encuentra en la cavidad medular. En el caso de tratarse de niños mayores y adultos, estos inconvenientes se minimizan, ya que la cavidad medular es muy amplia. Sin embargo, en los niños pequeños y en los lactantes la cavidad medular puede ser pequeña, el grosor del panículo adiposo muy variable y la gran fuerza de propulsión puede fracturar el hueso. Otro inconveniente es el riesgo de lesión del operador o sus acompañantes, cuando se produce un disparo accidental. El riesgo de sujetar la pistola al revés ha sido solucionado por el fabricante con el acople de un sistema que impide agarrarlo de forma errónea. La técnica de colocación es más compleja que el de las agujas y su coste más elevado.

El dispositivo de taladro (EZ-IO) tiene la ventaja de poder instalarse en huesos cuya cortical sea muy dura. Como la profundidad conseguida es la que el operador ha elegido previamente, y es probable que no disponga de ninguna información sensorial que le oriente, pueden ser muy útiles para instalar en niños mayores y adultos, en los que la médula es muy amplia; sin embargo, en lactantes o niños pequeños pueden quedar dudas sobre su correcta colocación. Cuando se ha introducido en su totalidad, queda muy estable y fija por quedar el cabezal de la aguja presionado sobre la piel. Su coste es elevado, pero puede resultar rentable en los Servicios de Emergencias Médicas, en los que su uso es más frecuente, tienen más experiencia en su utilización y en los que la mayoría de sus pacientes tienen un tamaño corporal que permite su utilización con seguridad. El propulsor tiene un indicador del estado de la batería, de manera que cuando solo queda un 25% de su carga, se enciende un piloto que aconseja su cambio.

CONCLUSIONES

El acceso IO es una vía rápida de conseguir, fácil de aprender y segura para el paciente, que puede ayudar a salvar muchas vidas en aquellas situaciones de emergencia en las que no se ha podido canalizar otra vía venosa.

La vía intraósea es una técnica con numerosas ventajas en situaciones de urgencia vital, siendo de elección en aquellos casos donde la vía periférica es inaccesible o se demora demasiado en el tiempo. Se trata de una técnica sencilla, de colocación

rápida, con un tiempo de canalización inferior a un minuto y con una tasa de canalización en torno al 90%. Actualmente, la gama de dispositivos específicos de acceso intraóseo disponibles es bastante amplia, diferenciándose dispositivos manuales como la aguja Cook y los semiautomáticos de colocación mediante impacto como FAST o BIG y de taladro recargable conocido como EZ-IO. Entre los cuidados enfermeros al igual que ocurre con la vía periférica, se debe vigilar área de punción, posición y permeabilidad de la aguja, color, temperatura, relleno capilar, pulsos y diámetro del miembro recordando que se trata de un acceso temporal no debiendo superar las 24 horas su colocación.

Se trata de una técnica con pocas complicaciones asociados con un porcentaje mínimo donde destaca especialmente el síndrome compartimental al perforar de forma inadvertida la cortical contraria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Monleón M. Alternativas a la vía intravenosa. En: Casado J, editor. Niño críticamente enfermo. Madrid: Díaz de Santos; 1996. p. 221-5. 2. Ss
2. European Paediatric Life Support Spanish translation. Guías del ERC, 2020. p. 57-9.
3. Hodge D. Intraosseus infussion. En: Henretig FM, King CC, editores. Textbook of Pediatric Emergency Procedures. Baltimore: Williams & Wilkins; 1997. p. 289-98.
4. Parra FJ, Domínguez J, Ayuso F, Castro S, Vázquez FA. Infusión intraósea: alternativa. Med Intensiva. 1999;23:167-73.
5. Cano J. Vías para la administración de líquidos y drogas. En: Calvo C, Ibarra I, Pérez J, Tovaruela A, editores. Emergencias pediátricas. Madrid: Ergón; 1999. p. 233-40.
6. Gauderer MWL. Vascular access techniques and devices in the pediatric patient. Surg Clin North Am. 1992;72:12-67.
7. Onrubia Calvo S, Carpio Coloma A, Hidalgo Murillo A, Lago Díaz N, Muñoz Kaltzakorta G, Perriáñez Serna I. Vía intraósea, alternativa a la vía periférica. Nuber Cientif. 2012; 1(6): 24- 29
8. Melé Olivé J, Nogué Bou R. La vía intraósea en situaciones de emergencia. Revisión bibliográfica. Emergencias. 2006; 18 (6): 344-353



9. Miguez Burgos A, Muñoz Simarro D, Tello Pérez S. Una alternativa poco habitual: la vía intraósea. *Enferm glob.* 2011; 10(24): 171-179
10. Carreras González E, Brió Sanagustín S, Guimerá I, Crespo C. Complicación de la vía intraósea en un neonato. *Med. Intensiva.* 2012; 36(3): 233-234
11. Lazcano Zubeldia I. Manejo del taladro de infusión intraóseo ARROW® EZ-IO®. *Pulso.* 2018; 95: 16-19
12. Marín Arriazu S. Vía intraósea: generalidades y procedimiento. *Pulso.* 2018; 96: 34-42
13. Goñi Bilbao I, Sánchez Solana L, Ferrando Martínez C, Infante Garza M, Díaz Agea JL; Leal Costa C. Canalización intraósea con los dispositivos BIG y EZ-IO. Revisión sistemática. *Evidentia.* 2018; 15. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/ev/e12013> [consultado 18 Nov 2020]
14. Maeso Jiménez MI, Moral Pérez RM, Carballar Andújar MA. Manejo de la vía intraósea en urgencia vital. *Hygia.* 2019; 101: 69-73.



COMUNICACIONES TIPO PÓSTER

MANIFESTACIONES OCULARES SECUNDARIAS A HIPOVITAMINOSIS A

Objetivos

La deficiencia de vitamina A es la principal causa de morbilidad ocular en niños de países subdesarrollados. Su déficit origina xeroftalmia, que cursa de forma progresiva, inicialmente provocando ceguera nocturna, posteriormente queratitis, úlceras corneales, queratomalacia y perforación corneal.

Material y métodos

Caso clínico de una niña con hipovitaminosis A, en España, diagnosticada por manifestaciones oculares secundarias a desnutrición.

Resultados

Paciente de 3 años que se es valorada por Oftalmología por presentar **chalazion bilateral crónico**, donde le diagnostican úlcera crónica y leucoma. En el estudio analítico se objetiva un déficit de vitamina A y de proteína transportadora de retinol (PTR).

Entre sus antecedentes en periodo de lactante consta reflujo gastroesofágico e intolerancia a las proteínas de leche de vaca, con buena evolución. Bien vacunada y clínicamente destaca un vómito fácil sin alteraciones del tránsito intestinal ni fiebre, dolor abdominal, hiporexia o lesiones dermatológicas.

En la exploración presenta: peso 10,56Kg (p<3), talla 93,5cm (p10-25), buen estado general con aspecto de hiponutrida y microsómica, masas musculares disminuidas en volumen y consistencia con escaso panículo adiposo; chalazion bilateral. En la encuesta dietética impresiona de adecuada ingesta. La ecografía abdominal y analítica resultan normales, salvo nivel bajo de retinol (0,22mg/l; N:0,3-1) y PTR (1,65; N:3-6).

Peña Toro V. MIR de Pediatría.

Servicio de Pediatría. Hospital de Mérida (España).

Plácido Paías R. Pediatra.

Servicio de Pediatría. Hospital de Mérida (España).

Espejo Díez C.

Paediatric advance trainee. Queensland Children's

Hospital (Australia).

Márquez Armenteros AM.

Gastroenteróloga Pediátrica. Unidad de Digestivo

Infantil y Enfermedades Metabólicas. Hospital Uni-

versitario Materno Infantil de Badajoz (España).

Se inicia suplemento nutricional con fórmula completa hipercalórica con proteínas séricas hidrolizadas suplementada con MCT, fibra soluble y vitaminas (mínimo 300kcal), suplementándose posteriormente con vitamina A oral. Evolución favorable, con mejoría de la nutrición, de las lesiones oculares y normalización de los valores de retinol y PTR.

Conclusiones

La hipovitaminosis A en los países desarrollados es extremadamente rara. Debemos contemplarla ante pacientes desnutridos, con hábitos alimentarios selectivos (autismo), malabsorción gastrointestinales (cirugía intestinal o fibrosis quística) y úlceras corneales severas.

Su déficit se relaciona con ceguera, vulnerabilidad frente a infecciones, malnutrición y mayor mortalidad infantil.



¿TIENE ALGO QUE VER EL APARATO EXCRETOR CON EL ESTREÑIMIENTO?

Luis Ortiz González.

Pediatra de Atención Primaria. Clínica de Pediatría Dr. Luis Ortiz González, SLU. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Extremadura.

Luis Ortiz Peces.

Graduado en Medicina. Universidad Complutense de Madrid.

Marta Pla Carot.

Estudiante de 5º curso del Doble Grado de Enfermería y Fisioterapia. Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Lleida.

Carmen Teresa Sánchez Guillén.

Graduada en Medicina. Universidad Complutense de Madrid.

Carlos Ortiz Peces.

Estudiante de 5º curso del Grado de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Lleida.

Objetivos

Mostrar a la comunidad asistencial la importancia de la exploración del aparato excretor en casos de impactación fecal severa.

Los cuadros de obstrucción y/o dilatación del aparato excretor secundarios a la impactación fecal causada por estreñimiento funcional severo son escasamente estimados en la práctica clínica ordinaria.

La mayoría de los casos publicados son pacientes adultos. Los escasos reportes pediátricos actuales suelen secundarios a alteraciones neurológicas¹.

Excepcionalmente se han comunicado casos en niños sanos², alguno de ellos con repercusión neurológica severa³.

Material y métodos

Presentamos el caso de una niña de 5,5 años de edad, sana, sin antecedentes personales y familiares de interés clínico, cuyos padres consultan por presentar tumoración abdominal reciente.

La anamnesis reveló la existencia de un estreñimiento funcional crónico. En la exploración física se constató una tumoración abdominal grande y dura a la palpación de hipogastrio, fosa iliaca y vacío izquierdos.

Resultados

Se realizó una ecografía abdominal donde objetivaron fecalomas de gran tamaño con ureterohidronefrosis bilateral grado III secundaria.

En la ecografía, los fecalomas se ponen de manifiesto, en todas y cada una de las porciones del marco cólico, mediante una línea hiperecogénica (blanca) que corresponde al borde superficial de los mismos. Por debajo de ésta aparecen otras líneas paralelas de color más oscuro que corresponden a artefactos de reverberación.

Se remitió la paciente a un Centro Hospitalario para valoración analítica, con resultado normal, donde se administraron varios enemas de limpieza con éxito parcial. Posteriormente, fue tratada ambulatoriamente con propilenglicol oral, con evolución favorable del estreñimiento y resolución de las alteraciones estructurales del aparato excretor.

Conclusiones

Consideramos que la impactación fecal severa debe considerarse como un factor de riesgo de obstrucción de la vía urinaria, que debe ser explorada mediante la cada vez más utilizada ecografía a pie de cama.



Bibliografía:

Granéli C, Marschall Sima H, Börjesson A, Hagelsteen K, Arnbjörnsson E, Stenström P. Urinary tract anomalies and urinary tract dysfunction in children with Hirschsprung disease-Is follow-up indicated? *J Pediatr Surg.* 2019 Oct;54(10):2012-2016.

Prasad M, Wetzler G, Holtmann J, Dapul H, Kupferman JC. Constipation, renovascular hypertension, and posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES). *Eur J Pediatr.* 2016 Mar;175(3):421-5.

Paquette EL, Peppas DS. Lower pole ureteral obstruction secondary to fecal impaction in an 8-year-old girl. *Tech Urol.* 2001 Dec;7(4):299-301.



SÍNCOPE DE HALLOWEEN

Luis Ortiz González.

Pediatra de Atención Primaria. Clínica de Pediatría Dr.

Luis Ortiz González, SLU. Departamento de Ciencias Biomédicas. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud.

Universidad de Extremadura.

Carlos Ortiz Peces.

Estudiante de 5º curso del Grado de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Lleida.

Carmen Teresa Sánchez Guillén.

Graduada en Medicina. Universidad Complutense de Madrid.

Marta Pla Carot.

Estudiante de 5º curso del Doble Grado de Enfermería y Fisioterapia. Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Lleida.

Luis Ortiz Peces.

Graduado en Medicina. Universidad Complutense de Madrid.

Objetivo

Reportar por primera vez en la literatura el maquillaje en adolescentes como causa de síncope neurocardiogénico. Éste es la causa más frecuente de síncope en la infancia y adolescencia¹. Entre los diferentes reflejos que lo producen se encuentra el reflejo trigémino-cardíaco o óculo-cardíaco (ROC). Su diagnóstico es clínico.

Se ha documentado el peinado del cabello como actividad desencadenante del ROC², entre los que hay descrito un caso de asistolia³.

Material y métodos

Presentamos el caso de una paciente de 11 años de edad que, mientras su madre le maquillaba los ojos para la festividad escolar de Halloween, en las primeras horas de la mañana y en bidepestación, presentó pródromos de inestabilidad, debilidad progresiva y visión borrosa, seguida de desvanecimiento, con pérdida de conciencia de varios minutos de duración y caída al suelo. Consideramos el cuadro como un síncope neurocardiogénico, mediado por el ROC, desencadenado por los microtraumatismos palpebrales reiterados en el proceso del maquillaje en pacientes no familiarizados con este tipo de ex-

periencias.

Había presentado previamente otro episodio sincopal, a los 6 años de edad, tras levantarse por la mañana en el contexto de un cuadro febril leve de 48 horas de evolución que fue catalogado de síncope secundario a hipotensión ortostática.

Resultados

Ante la existencia de 2 mecanismos fisiopatológicos de presentación de síncope en una misma paciente, consideramos que hay determinados situaciones en los que algunos pacientes tienen una sensibilidad particular para presentar síncope, que se deben conocer y extremar las medidas preventivas de los mismos.

Conclusión

Resulta interesante conocer y tener presente la posible asociación del maquillaje en adolescentes que se inician en esta actividad con la aparición de síncope, a través el ROC, para identificarlos, prevenirlos (sobre todo en exploraciones y/o cirugías oftalmológicas⁴, que pueden desencadenarlos), y evitar la realización de pruebas complementarias innecesarias.



Bibliografía:+

Müller MJ, Paul T. Synkopen bei Kindern und Jugendlichen [Syncope in children and adolescents]. *Herzschrittmacherther Elektrophysiol.* 2018 Jun;29(2):204-207.

Igarashi M, Boehm Jr RM, May WN, Bornhofen JH. Syncope associated with hair-grooming. *Brain Dev* 1988;10(4):249-51.

Siurana JM, Roses-Noguer F, Akel G, Grau R. Asystole in a syncope by hair grooming in children: Case report and literature review. *J Electrocardiol.* 2020 Mar-Apr;59:7-9.

Arnold RW. The Oculocardiac Reflex: A Review. *Clin Ophthalmol.* 2021 Jun 24;15:2693-2725.



ADOLESCENTE CON ARTRALGIAS DE UN MES DE EVOLUCIÓN

V. Peña Toro, R. Plácido Paías, MJ, González Carracedo, M. Portillo Márquez, I. González Delgado, N. Benegas Vaz, E. Ortega Rodrigo.

Servicio de Pediatría Hospital de Mérida.

Introducción

Las artralgias son un motivo de consulta frecuente en pediatría. El diagnóstico diferencial es amplio e incluye etiología infecciosa, inflamatoria, traumática y tumoral, siendo la anamnesis y la exploración física las principales herramientas para orientar las exploraciones complementarias adecuadas.

Resumen del caso:

Niña de 12 años derivada desde AP a urgencias para diagnóstico diferencial de sinovitis de cadera derecha. Además, refería astenia y dolor intermitente en cadera izquierda y ambas rodillas, que en ocasiones incapacitaba la marcha, de un mes de evolución. Sin fiebre ni proceso infeccioso actual o previo. Niegan traumatismo previo. Sólo destaca que acude con frecuencia al campo y tiene contacto ocasional con un perro. No pérdida de peso ni antecedentes de interés.

Su pediatra había solicitado una analítica general, radiografía de cadera, femúr y rodillas y ecografía abdominal con resultado normal.

Al explorarla, destaca una marcha dolorosa sin cojera. En región inguinal derecha se palpa adenopatía de 1 cm, no adherida a planos profundos, sin signos inflamatorios. No exantemas ni escaras. Resto normal.

Se amplía estudio analítico con serología para artralgias y seguimiento para resultados por su pediatra. A los 20 días, vuelve a consultar por persistir la clínica. Se repasan los resultados de pruebas solicitados, donde destaca *Rickettsia conorii* IgM e IgG positivas. Se decide ingreso para tratamiento por artralgias en contexto de Rickettsiosis, se inicia Doxiciclina iv (4mg/kg/día cada 12 h). A las 18 horas desaparecen las molestias articulares, por lo que se procede al alta, con doxiciclina oral hasta completar 5 días.

Discusión

La rickettsiosis es transmitida generalmente por la garrapata. La clínica típica consiste en fiebre, exantema y mancha negra. Se suele acompañar de mialgias y artralgias de miembros inferiores.

Es fundamental comenzar tratamiento precoz para disminuir los síntomas y las complicaciones graves a largo plazo.

Destacamos el caso de nuestra paciente ya que no presentó la clínica de la triada típica, sino poliartalgias en miembros inferiores. Es importante rehistoriar, porque en este caso sí que nos comentaron que acuden con frecuencia al campo, así como un contacto ocasional con un perro.



IDENTIFICACIÓN DE LESIONES VASCULARES EN EL RECIÉN NACIDO. IMPORTANCIA CLÍNICO-PATOLÓGICA

MI González Delgado, V Serrano Zamora, N Benegas Vaz, E Ortega Rodrigo, VE Peña Toro, M García Reymundo.
Hospital de Mérida. Mérida (Badajoz).

Objetivo

Conocer la importancia del reconocimiento de anomalías vasculares por parte del Pediatra de Atención Primaria.

Resultados

La Mancha en Vino de Oporto (MVO) es una malformación vascular manifestada desde el nacimiento en forma de mácula rosada-rojiza, bordes bien definidos y tamaño variable. La región más frecuente es la facial, seguida de extremidades y tronco.

Su hallazgo en zona trigeminal implica descartar un Síndrome de Sturge-Weber (SSW) caracterizado por angiomas faciales, coroideos y/o leptomeníngeos. Su presencia en miembros inferiores e hipertrofia ósea o de tejidos blandos caracterizan al Síndrome de Klippel-Trenaunay.

La MVO crece proporcionalmente al desarrollo corporal adquiriendo una coloración más oscura de aspecto endurecido.

Entre sus complicaciones principales se encuentran el glaucoma cuando existe afectación periocular; y las convulsiones y déficits neurocognitivos cuando asocian un SSW.

El tratamiento de elección es el láser de colorante pulsado.

Caso clínico

Recién nacido con malformación vascular facial presente desde el nacimiento.

Antecedentes Personales: Embarazo controlado sin patologías añadidas. Edad gestacional: 40+3 SG. Parto espontáneo, eutócico, cefálico. No factores de riesgo infeccioso.

Antecedentes familiares: Sin interés.

Exploración física: Buen estado general. Normocoloreado, salvo lesión cutánea tipo Mancha en Vino de Oporto facial bilateral y periocular derecha, alcanzando región temporal.

Debido a las características, la extensión de la lesión y su relación con el SSW, se realizó en las primeras 48 horas de vida ecocardiograma sin hallazgos patológicos y se solicitó ecografía cerebral (pendiente de realizar), así como derivación a oftalmología, dermatología y neurología pediátricas.

Conclusiones: función del Pediatra en Atención Primaria

Es fundamental conocer desde Atención Primaria este tipo de malformaciones vasculares debido a su asociación al SSW, la necesidad de derivación a las diferentes especialidades, así como vigilar y conocer posibles complicaciones como el glaucoma y las complicaciones neurológicas. Por otro lado, es importante no olvidar desde la consulta de Atención Primaria el impacto psicológico y social en el paciente y su familia.



ENFERMEDAD BOCA-MANO-PIE SOBRE LESIÓN PREVIA

A. Farrona Villalba, M.P. Leo Canzobre,
L. Jiménez Tejada, I.M. Bermejo Rodríguez,
N. Palacios Fernández, I. Díaz Méndez,
C. Raya Tejero, J.M. Puyana Rodríguez.
Servicio de Pediatría. Centro de Salud El Progreso, Badajoz.

Objetivo

Mostrar la variabilidad de lesiones en la presentación de la enfermedad boca-mano-pie en el niño.

Material y métodos

Realizamos una búsqueda bibliográfica sobre manifestaciones atípicas de esta enfermedad en la población pediátrica y presentamos el caso de una paciente de 2 años atendida en el centro de salud citado en el mes de marzo de 2022.

Resultados

Presentación del caso clínico

Niña de 2 años consulta por quemadura en cara anterior de muñeca izquierda de una semana de evolución tras caer accidentalmente sobre un brasero. 20 días después, acude a su centro de salud por fiebre y lesiones de reciente aparición en región peribucal, manos, pies y región perineal, así como deposiciones diarreicas de 48 horas de evolución. A la exploración, presenta lesiones vesiculopapulosas típicas de la enfermedad boca-mano-pie en las regiones descritas, y una agrupación de estas sobre la zona de la quemadura.

Búsqueda bibliográfica

La enfermedad mano-boca-pie es una infección viral. Uno de los agentes que la causan con mayor frecuencia es el virus coxsackie A6, que puede producir lesiones atípicas: hemorrágicas, purpúricas, ampollas, descamación de la palma de la mano y de la planta de los pies, acentuación de las lesiones en zonas afectadas por dermatitis atópica (eczema co-

xsackium) y lesiones en zonas de inflamación previa como quemaduras. Una de las hipótesis de que se produzcan estas últimas es el incremento del flujo sanguíneo en las zonas previamente irritadas ya sea por quemaduras, infecciones por hongos o dermatitis del pañal, en las que la exposición a las partículas virales de la sangre es mayor.

Conclusiones

Es importante conocer los diferentes tipos de presentación de una enfermedad para reconocerla de manera precoz y así evitar diagnósticos incorrectos.

Para esto, debemos tener en cuenta el contexto clínico de la paciente, la aparición de lesiones en otras regiones del cuerpo y el historial previo.



EL COLOR PÚRPURA DE LOS MALOS TRATOS

IM Bermejo Rodríguez¹, A Farrona Villalba¹,
I Díaz Méndez¹, JM Puyana Rodríguez¹,
N Palacios Fernández¹, C Raya Tejero¹,
M Bermejo Pastor²,
Hospital Materno Infantil de Badajoz (Badajoz)¹,
Centro de Salud Valdepasillas (Badajoz)².

Objetivos

Diferenciar lesiones cutáneas compatibles con malos tratos en Pediatría de Atención Primaria.

Material y métodos

Se realiza búsqueda bibliográfica de lesiones dermatológicas que cursan con lesiones pigmentadas y purpúricas, subsidiarias de confundirse con hematomas en evolución.

Se presenta el caso de niña de 2 años de edad que presenta lesiones maculo-papulosas, no pruriginosas, en distintos estadios de evolución y coloración, de 2 meses de evolución. Afebril. No refieren antecedentes traumáticos tanto en ámbito domiciliario como escolar. A la exploración objetivamos diferentes lesiones distribuidas en tronco, cuello y extremidades con coloración que varía de rojo-violáceo, pasando por marrón y amarillo-verdoso. No desaparecen a la vitropresión, Resto de la exploración, normal.

Resultados

Se solicita control analítico sistemático con coagulación y serologías, con resultado normal. Se interroga sobre la sospecha de posibles lesiones por malos tratos, sin evidenciar datos al respecto. Finalmente, ante resultado de anamnesis, pruebas complementarias y haciendo un correcto diagnóstico diferencial, se diagnostica de dermatosis purpúrica pigmentada.

Las dermatosis purpúricas pigmentadas son lesiones purpúricas, secundarias a daño de la pared capilar, infiltrado linfomononuclear perivascular, extra-

vasación hemática y depósito de hemosiderina. Las lesiones se distribuyen de forma simétrica, afectando principalmente extremidades inferiores, excepto palmas-plantas, genitales ni mucosas. Como hallazgos de laboratorio destacan hemograma, bioquímica, plaquetas, coagulación, factores de reactantes aguda y serología a virus y bacterias normales.

Conclusiones

Ante un exantema petequeal y/o equimótico, sobre todo si aparece con diferentes grados evolutivos y en diferentes localizaciones, y de forma repetida cabe la posibilidad de malos tratos. Las pruebas analíticas descartarán otros procesos.

La forma más frecuente es la enfermedad de Schamberg que afecta adolescentes y adultos jóvenes, siendo extremadamente rara en niños menores de tres años.

Hay que descartar siempre una etiología medicamentosa, trastornos de la función plaquetaria, malos tratos y cuadros víricos atípicos.



LA ESCAFOCEFALIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

C. Marín González,
MIR-2 MFyC de Malpartida de Plasencia.
E. Martínez Castro,
Pediatra de Atención Primaria de Malpartida de Plasencia.

Introducción

La Escafocefalia o Dolicocefalia es una craneosinostosis, o cierre precoz de las suturas craneales, concretamente de la sagital. Las sinostosis pueden ser primarias o secundarias, y pueden asociarse a sinostosis de otras suturas. La Escafocefalia es la craneosinostosis primaria más frecuente. Predomina en varones. Es importante diferenciarla de la dolicocefalia posicional, mucho más frecuente que las verdaderas. Las posicionales, suelen presentarse en neonatos pretérmino o en lactantes hipotónicos que descansan preferentemente sobre el lateral del cráneo. La dolicocefalia verdadera puede asociar abombamiento en frontal y occipital.

Objetivos

Incidir en la importancia de la sospecha precoz en Atención Primaria para diagnosticarla y tratarla; así como realizar un diagnóstico diferencial de las sinostosis verdaderas y las escafocefalias posicionales.

Material y métodos

Se realiza revisión en Atención Primaria de un varón de 13 días. Embarazo de 41 + 4 bien controlado, sin complicaciones. Cesárea por no progresión, sin complicaciones neonatales, pero observándose acabalgamiento de parietales. En dicha revisión, se observa configuración del cráneo alargada, sin resalte de sutura sagital. Se revisa al niño en 15 días, persistiendo dicha configuración y resalte de la sutura craneal. Se solicita radiografía de cráneo, que confirma cisura sagital parcial. Se deriva a Pediatría hospitalaria, quienes solicitan TAC craneal.

Resultados

En el TAC craneal se confirma la presencia de craneosinostosis por cierre de sutura sagital que condiciona alteración de la morfología craneal con aumento de eje longitudinal y estrechamiento transversal. Derivándose a Neurocirugía del Hospital Materno Infantil de Badajoz para tratamiento.

Conclusiones

Es fundamental realizar revisiones periódicas en Atención Primaria, incidiendo en la morfología y tamaño craneales para el diagnóstico precoz de sinostosis que puedan alterar el correcto desarrollo neurológico del niño.



PIE CAVO BILATERAL DE INSTAURACIÓN TEMPRANA Y EVOLUCIÓN PROGRESIVA

N Benegas Vaz, S Sánchez Gonzalo, M Fuentes
Guerrero, ME Ortega Rodrigo, VE Peña Toro,
MI González Delgado.
Servicio de Pediatría, Hospital de Mérida

Objetivo

Presentamos el caso de un niño con pie cavo bilateral progresivo. Nuestro propósito es recordar la importancia de realizar seguimiento continuado en la consulta de atención primaria así como un diagnóstico precoz.

Material y métodos

Se presenta el caso de un varón de 13 años que en revisión del niño sano se detecta pie cavo bilateral presente desde la primera infancia con progresión respecto a revisiones previas. En exploración física destaca pies bilaterales con tendencia a equino en reposo, con dedos en flexión, con elevación del arco plantar marcado y acortamiento del tendón de Aquiles, sin repercusión en la actividad cotidiana ni actividad física.

Como antecedentes familiares de interés destaca madre con pies cavos, dolorosos en edad adulta, con episodios repetidos de contracturas musculares y marcha de puntillas. Abuela materna y dos hermanas de la abuela afectos de pie cavo bilateral, con repercusión en la marcha.

Resultados

Se solicita telerradiografía donde se aprecia moderada escoliosis lumbar sin otros hallazgos y se deriva a neuropediatría, traumatología y rehabilitación ante sospecha de posible neuropatía periférica.

En consulta de neuropediatría se amplía estudio con analítica que incluye CPK y perfil de vitaminas B que no muestra alteraciones y electroneurograma que muestra signos compatibles con polineuropatía

sensitivo-motora simétrica, de grado muy severo en miembros inferiores y moderado-severo en miembros superiores. Ante dichos hallazgos se solicita estudio genético, detectándose una duplicación en heterocigosis que confirma el diagnóstico de enfermedad de Charcot-Marie-Tooth tipo IA.

Conclusiones

La enfermedad de Charcot-Marie-Tooth en pediatría es una patología poco frecuente y su diagnóstico y seguimiento supone un desafío en la consulta de atención primaria. Se trata de la patología neuromuscular hereditaria más común, con una incidencia estimada de 1/2.500 nacidos vivos.

Para su diagnóstico y sospecha, es fundamental el análisis de antecedentes personales y familiares, así como una adecuada exploración neurológica y orientación diagnóstica. La evolución de esta patología es progresiva y produce limitación en la vida de los pacientes, por lo que resulta fundamental un diagnóstico y tratamiento precoz que permitan desarrollar intervenciones que detengan o retrasen la evolución.



A PROPÓSITO DE UN CASO: CRISIS SUPRARRENAL

EM Ortega Rodrigo, A Montero Salas,
C Galiano Ávila, N Benegas Vaz, VE Peña Toro,
MI González Delgado.
Servicio de Pediatría, Hospital de Mérida

Objetivos

Recordar la clínica de la crisis adrenal, entidad que pone en peligro la vida del paciente si no se maneja adecuadamente.

Material y métodos

Niño de 11 años que acude a Urgencias por decaimiento, vómitos, cefalea y dolor abdominal de 6 días de evolución. Niega astenia, pérdida de peso, fiebre, apetencia por comidas saladas o traumatismos.

En días previos había consultado al pediatra por vómitos y dolor abdominal, siendo tratado como gastroenteritis aguda.

Antecedentes personales: trombopenia autoinmune crónica en tratamiento con azatioprina, acenocumarol (síndrome antifosfolípido, SAF) y un ingreso en UCIP por insuficiencia suprarrenal secundaria a hemorragia suprarrenal bilateral por SAF, en tratamiento con hidrocortisona y actualmente en pauta descendente.

Refiere la madre, que la semana previa habían suspendido en consulta de Hematología el tratamiento con prednisolona por trombopenia autoinmune crónica y por error, suspendió también el tratamiento con hidrocortisona.

En la exploración física, se objetiva mucosa oral seca y ojos hundidos. Resto normal.

En pruebas complementarias, destaca plaquetopenia, insuficiencia renal, hipoglucemia, hiperpotasemia e hiponatremia severa. TA, gasometría, orina, electrocardiograma y resto de iones normales.

Resultados

Se instaura tratamiento con bolo intravenoso de hidrocortisona y fluidoterapia. Posteriormente, se realiza pauta de descenso de hidrocortisona bien tolerada con monitorización rigurosa y mejoría progresiva.

Conclusiones

La terapia corticoidea crónica es la causa más frecuente de insuficiencia suprarrenal (ISR) en la actualidad, por lo que hay que ser cautos en su retirada. ISR crónica puede pasar desapercibida, siendo necesario mantener un alto índice de sospecha ante la presencia de decaimiento, síntomas gastrointestinales e hipotensión pudiendo asociar hipoglucemia, hiponatremia e hiperpotasemia. Ante la sospecha clínica de una crisis suprarrenal, la reposición de líquidos, electrolitos y el inicio de tratamiento con hidrocortisona es urgente. Una demora en su identificación puede resultar muy grave y por ello, la importancia de su sospecha precoz desde AP.



MIELITIS TRASVERSA EN NIÑA INMUNOCOMPETENTE

E. M^a. García Sabido. S. Sánchez Gonzalo.
A. Espinosa González.
C.S Mérida Norte.

Introducción

La mielitis transversa es una enfermedad inflamatoria aguda caracterizada por disfunción motora, sensitiva y autonómica, siendo baja su incidencia y la mayoría de casos se han descrito en inmunodeprimidos.

Caso clínico

Niña de 7 años con dolor en rodilla y gemelos sin traumatismo previo ni caída.

Dos semanas antes: fiebre + odinofagia (amigdalitis viral Test estreptococo negativo) y diarrea. Sin AP de interés. Correctamente vacunada.

Exploración física: MMII normales, no dolor a movilización (activa ni pasiva), ROT presentes. Marcha lenta con leve flexo de rodillas. Presenta un empeoramiento a las 48 horas con imposibilidad de marcha y rigidez de columna, acudiendo a servicio de urgencias hospitalarias.

Exploración física(hospital): Postura rígida, con signos meníngeos positivos vs contractura espalda. Hipotonía y disminución fuerza (distal) en MMII. Claudicación marcha puntillas y en tándem.

Pruebas Complementarias: Normales (Hemograma, bioquímica, PCR, Ig,A, ANA, coagulación, serologías virus, Mycoplasma Pneumoniae, punción lumbar y cultivos). EMG normal. Valoración oftalmológica: normal.

Pruebas de imagen: TAC craneal normal. RMN: Hiperseñal en T2 centro medular dorsal D6 a D10 compatible con mielitis transversa.

Tras diagnóstico de confirmación se inicia trata-

miento con bolos de metilprednisolona (20mg/Kg) durante 4 días, manteniéndose por vía oral tras alta. Presenta recuperación progresiva de fuerza MMII y marcha. En ningún momento tiene afectación sensorial ni de esfínteres.

Conclusiones/Comentarios

La mielitis transversa es una enfermedad inflamatoria aguda caracterizada por disfunción motora, sensitiva y autonómica, siendo baja su incidencia y la mayoría de casos se han descrito en inmunodeprimidos.

Su etiología puede ser autoinmune o infecciosa, implicándose diversos virus (incluido su relación con vacunas) y bacterias, de ahí la importancia de los antecedentes en la historia clínica.

El tratamiento precoz junto con rehabilitación mejoran la recuperación.



DERMATITIS FACIAL: NO TODO ES ACNÉ

E. M^a. García Sabido. S. Sánchez Gonzalo.
A. Espinosa González.
C.S Mérida Norte.

Introducción

La rosácea es una enfermedad inflamatoria crónica benigna, de causa desconocida, en la cual existe una disregulación térmica facial con trastornos de inmunidad innata y adquirida, que conllevan la aparición de rubor facial y lesiones inflamatorias (pápulas y pústulas) centofaciales.

Caso clínico

Niño de 9 años con erupción facial pruriginosa de varios días de evolución, con empeoramiento tras asistencia a colegio y uso de mascarilla FFP2.

Antecedentes personales: sin interés. Niega uso de pinturas faciales reciente. No toma tratamiento ningún farmacológico.

Exploración física: Micropápulas sobre base eritematosa en zona frontal (que confluyen a nivel inter-ciliar), alas nasales, periorales y mentón, con algunas pústulas aisladas.

Ante sospecha de dermatitis irritativa vs seborreica (sudor y uso de mascarilla facial) se inicia tratamiento con corticoide tópico durante 7 días junto con geles para limpieza facial específicos.

Ante empeoramiento acude a consulta de dermatología privada diagnosticándose de ROSÁCEA (subtipo 2). Se instaura tratamiento con crema de ivermectrina y corticoides orales presentando gran mejoría a la semana del mismo. Posteriormente para evitar recidivas se mantuvo tratamiento tópico con pimecrolimus, dos veces en semana, durante 6 semanas.

Conclusiones

La rosácea es una enfermedad inflamatoria crónica benigna, de causa desconocida, en la cual existe una

disregulación térmica facial con trastornos de inmunidad innata y adquirida que conllevan la aparición de rubor facial y lesiones inflamatorias (pápulas y pústulas) centofaciales.

Se han descrito 4 subtipos (eritematosa, pápulo-pustulosa, fimatosa y ocular) y su diagnóstico es clínico, basado en criterios (fenotipos)

Es poco frecuente en niños y en éstos tiene mayor afectación ocular que en adultos (siendo a veces la forma de debut)

En su diagnóstico diferencial se incluyen: acné, dermatitis perioral, seborreica y atópica, enfermedades autoinmunes (lupus, dermatomiositis)

Su tratamiento es tópico en casos leves (sustancias vasoactivas como brimonidina, antiinflamatorias-antimicrobianas-antiparasitarias como ivermectrina, metronidazol o ácido azelaico) y sistémico (tetraciclinas, macrólidos, isotretionina oral) o terapias físicas (láser o dermoabrasión) en casos moderados-graves.



FITODERMATOSIS, A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Espinosa González,
Médico de AP con cupo pediátrico, CS Mérida Norte.
E.M García Sabido,
Pediatra, CS Mérida Norte,
E. Macías Iglesia,
Enfermera Pediátrica, CS Mérida Norte.

Caso clínico

Niña de 17 meses que acude por las lesiones que se observan en la fotografía, en ambas EESS y alguna aislada en EEII.

Comenzaron hace una semana con áreas eritematosas irregulares junto con algunas vesículas y ampollas, tipo quemadura, que han evolucionado hasta las máculas pigmentadas que pueden observar. No prurito ni dolor.

Estuvo jugando con una buganvilla ese mismo día.

Dado que las lesiones ya estaban en resolución, no fue necesario pautar tratamiento.

Un mes después las lesiones habían disminuido mucho, pero no habían desaparecido del todo.

Discusión

La fitodermatosis está causada por contacto directo con plantas que contienen flurocumarinas o psoralenos que desencadenan una erupción fototóxica. Estas sustancias inducen inflamación y daño en la membrana celular. Las lesiones agudas típicas son áreas eritematosas irregulares, a veces con vesículas y bullas, con marcada separación entre piel lesionada y sana. Puede haber prurito. Pueden aparecer horas o días después. Al cicatrizar son reemplazadas por máculas pigmentadas que pueden tardar semanas o meses en desaparecer.

Diagnóstico clínico

Histología si hay dudas.

Diagnóstico diferencial con dermatitis alérgicas (de contacto), enfermedades ampollosas (pénfigo, penfigoide, ect.) infecciones por virus (VHS y VVZ), infecciones de la piel y partes blandas (celulitis), micosis, quemaduras y síndrome de Stevens-Johnson o necrólisis epidérmica tóxica.

Tratamiento

Lavado de la piel. En las siguientes 48-72h debe evitarse la exposición a la luz solar y a las condiciones húmedas (bañarse o nadar). Control del dolor e inflamación con antiinflamatorios y analgésicos, curas locales de las lesiones y corticoides tópicos. En casos graves corticoides sistémicos e incluso ingreso hospitalario.