

Facultade de Enfermaría e Podoloxía



TRABAJO DE FIN DE GRAO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2017/2018

Análisis guías de práctica clínica y protocolos de maltrato infantil. Rol de la enfermería.

Catarina López Piñeiro

Directores: María Sobrido Prieto.

ÍNDICE

ÍNDICE	1
ÍNDICE DE ACRÓNIMOS	3
ÍNDICE DE TABLAS	4
RESUMEN	5
RESUMO.....	6
ABSTRACT.....	7
1.-INTRODUCCIÓN	8
1.1. El maltrato infantil	8
1.2. Papel de la enfermería.....	9
1.3. Protocolos y guías de práctica clínica.	11
2. OBJETIVOS	13
2.1. Objetivo general	13
2.2. Objetivos específicos	13
3. METODOLOGÍA	14
3.1. Criterios de selección.....	14
3.2. Búsqueda bibliográfica.....	14
3.3. Evaluación de la calidad	15
3.4. Establecimiento de variables.	16
3.4.1.- CALIDAD METODOLÓGICA	16
3.4.2.- VISIBILIDAD DE ENFERMERÍA	16
3.4.3.-CONTENIDOS CLÍNICOS ENFERMEROS.....	17
4. RESULTADOS	19
4.1.-CALIDAD METODOLÓGICA.	19
4.1.1- Año de publicación	19
4.1.2- País de elaboración	20
4.1.3- Actualización	20
4.1.4- Fuente de publicación	21
4.1.5- Tipo de documento	23
4.1.6- Evaluación de la calidad metodológica mediante AGREE II	25
4.2.-VISIBILIDAD DE LA ENFERMERIA.	26
4.2.1- Aparición de enfermería en el documento.	26
4.2.3- Autores enfermeros del documento.....	26

4.2.4. Contenidos clínicos de enfermería	27
5.- DISCUSIÓN	32
6.- CONCLUSIONES	38
Referencias.....	39
ANEXOS	46
Anexo 1: Estrategia de búsqueda empleada	47
Anexo 2: Selección de GPC y protocolos.....	49
Anexo 3. Tabla de variables de producción	70
Anexo 4. Herramienta AGREE II.....	73
Anexo 5. Visibilidad de la enfermería	106
Anexo 6. Variables clínicas de enfermería	109

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

ACRÓNIMOS Y SIGLAS	
AGREE	Appraisal of Guidelines Research and Evaluation
AP	Atención Primaria
EE. UU	Estados Unidos
GPC	Guía práctica clínica
MI	Maltrato Infantil
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAE	Proceso de Atención de Enfermería
RUMI	Registro Unificado de Maltrato Infantil

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: RELACIÓN NÚMERO DE PUBLICACIONES Y AÑOS.	19
TABLA 2: PAÍS DE ELABORACIÓN.....	20
TABLA 3-: RELACIÓN DOCUMENTOS PUBLICADOS 2013-2018 Y PAÍS.....	21
TABLA 4: RELACIÓN FUENTE DE PUBLICACIÓN Y PAÍS DE ORIGEN	22
TABLA 5: REVISTAS SEGÚN PAÍS	22
TABLA 6: TIPO DE DOCUMENTO.....	24
TABLA 7: RELACIÓN MÉTODO DE ELABORACIÓN GPC Y PAÍS DE ORIGEN.....	24
TABLA 8: RELACIÓN ENTRE DOMINIOS Y PUNTUACIÓN MÍNIMA OBTENIDA	25
TABLA 9: PREVENCIÓN.....	27
TABLA 10: DETECCIÓN.....	28
TABLA 11: ENTREVISTA	29
TABLA 12: EXPLORACIÓN.....	30
TABLA 13: VALORACIÓN DEL RIESGO.....	30
TABLA 14: NOTIFICACIÓN	31
TABLA 15: SEGUIMIENTO DEL CASO	31

RESUMEN

Introducción: El maltrato infantil es un problema presente en nuestra sociedad. Los profesionales de enfermería se encuentran en contacto continuo con niños, lo que los sitúa en una posición privilegiada para la detección e intervención de casos de maltrato. La complejidad de una situación de maltrato infantil puede generar incertidumbre en los profesionales sanitarios a la hora de abordarlo. Las guías de práctica clínica y los protocolos ofrecen orientación en la práctica clínica ante un problema asistencial como este. Nuestro objetivo será conocer la existencia y calidad de guías de práctica clínica y protocolos que aborden el maltrato infantil y conocer el rol de enfermería en ellos.

Metodología: Realizamos la búsqueda durante marzo y abril de 2018 en las siguientes bases de datos: PubMed, Cinhal, Tripdatabase, Biblioteca Virtual en Salud y Google. Las variables analizadas fueron de producción y clínicas de enfermería. En aquellas guías de práctica clínica donde el colectivo de enfermería estaba presente, utilizamos como herramienta de calidad metodológica, AGREE II.

Resultados: Localizamos un total de 36 documentos. De todos un 58,33% están actualizados. En ellos, la enfermería es nombrada en un bajo número (50%), y en su gran mayoría tomando un papel secundario, a pesar de que puede constituir factor determinante en la detección del maltrato infantil. En cuanto a la calidad de las guías de práctica clínica, destaca una carencia en la aplicabilidad y el rigor en la elaboración en gran parte de las guías de práctica clínica analizadas.

RESUMO

Introdución: O maltrato infantil é un problema na nosa sociedade. Os profesionais de enfermaría encóntranse en contacto continuo con nenos, o que os situa nunha posición privilexiada para a detección e intervención de casos de maltrato. A complexidade dunha situación de maltrato infantil pode xerar inseguridade nos profesionais sanitarios a hora de abordalo. As guías de práctica clínica e protocolos ofrecen orientación na práctica clínica ante un problema asistencial coma este. O noso obxectivo é coñecer a existencia e calidade de guías de práctica clínica e protocolos que aborden o maltrato infantil e coñecer o rol da enfermaría neles.

Metodoloxía: Realizamos a búsqueda durante marzo e abril do 2018 nas seguintes bases de datos: PubMed, Cinhal, Tripdatabase, Biblioteca Virtual en Salud e Google. As variables analizadas foron de produción e clínicas de enfermería. Naquelas guías de práctica clínica onde o colectivo de enfermaría está presente utilizamos como ferramenta de calidade metodolóxica, AGREE II.

Resultados: Localizamos un total de 36 documentos, dos cales, un 58,33% están actualizados. Neles, a enfermaría é nomeada nun baixo número (50%), e na súa gran maioría tomando un papel secundario, a pesar de que pode ser un factor determinante na detección do maltrato infantil. En canto a calidade das guías de práctica clínica, destaca unha carencia en canto a aplicabilidade e o rigor na elaboración en gran parte das guías analizadas.

ABSTRACT

Introduction: Child maltreatment is a problem in our society. The nursing community is in continuous contact with the children, for this they have a privileged position for the detection and intervention to these cases. The complexity maltreatment situation can generate uncertainty in the health professional when it is time to tackle it. The clinical practice guidelines and the protocol provide orientation in clinical practice faced with assistance problem like that. Our objective is to know the existence and quality of clinical practice guidelines and the protocol that address child maltreatment and know the role of nursing in them.

Methodology: Performed a search for March and April 2018 in the following databases: PubMed, Cinhal, Tripdatabase, Virtual Health Library and Google. The variables analyzed were production and nursing clinics. In a guide where the nursing community is present, I use as a tool of methodological quality, AGREEMENT II.

Results: We locate 36 documents. All of them, a 58,33% are updated. In them, the nursing is referring in low number (50%), and in the big mayority takes a secondary role, even though can be a determining factor in the detection of child maltreatment. Regarding the quality of the clinical practice guidelines, it should be pointed out that a scarcity of applicability and rigor in the elaboration in a large part of the clinical practice guidelines analyzed.

1.-INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el maltrato infantil (MI) como “toda forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, descuido o negligencia, o explotación comercial o de otra índole que ocasione un daño real o potencial a la salud, supervivencia, desarrollo o dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”¹.

1.1. El maltrato infantil

A día de hoy los niños son poseedores de derechos fundamentales, consideradas personas en un proceso evolutivo de maduración y que requieren necesidades especiales, pues se encuentran en una etapa de constante desarrollo físico, psicológico y social, siendo dependientes de personas adultas para su bienestar².

Dado que los niños se encuentran en esta etapa evolutiva de maduración, son especialmente vulnerables a los daños que el maltrato ocasiona, pudiendo producir consecuencias tanto físicas, psicológicas y sociales^{3,4}.

- Consecuencias físicas: abarcan desde una lesión hasta daño cerebral severo, pudiendo causar incluso la muerte³.
- Consecuencias psicológicas: Entre las patologías que mayor relación presentan con el MI se encuentra el trastorno antisocial y el estrés postraumático³.
- Consecuencias sociales: Puede originar una carencia en el desarrollo habilidades sociales, dificultades para iniciar y mantener relaciones interpersonales significativas.³ Además, aquellas personas que han padecido experiencias infantiles adversas, sobre todo abuso físico, psicológico y sexual, mantienen una relación directa con mayor probabilidad de padecer cardiopatías, diabetes, enfermedades hepáticas, fracturas óseas.⁵

En la actualidad la prevalencia real del MI es desconocida⁶. Y es que una proporción de las muertes debidas al MI no se atribuyen a esta causa.^{2,7}

En cualquier caso, los datos con los que contamos son ciertamente abrumadores. Así, según la OMS, en 2016 a nivel mundial, una cuarta parte de los adultos declararon haber sufrido maltratos físicos de niños⁸. Si bien podríamos suponer que estos datos podrían estar relacionados con países del tercer mundo encontramos datos (que no corroboran estas suposiciones) de países desarrollados: en Estados Unidos (EE. UU) a 2016 el número de menores que sufren MI es de 676.000⁹, o en la Unión Europea, con cifras de 44 millones de niños que sufren abuso físico, 55 millones abuso psicológico y 18 millones abuso sexual en el año 2013¹⁰.

En América Latina y el Caribe, (según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) en 2017, 1,1 millones de niñas y adolescentes, entre los 11 y 19 años, han sufrido violencia sexual en algún momento de su vida.¹¹

A nivel estatal: contamos con el Registro unificado de MI (RUMI), que pretende establecer una estimación de la incidencia del MI a través de las notificaciones efectuadas desde cada comunidad autónoma. En el año 2016, se han registrado un total de 14.569 notificaciones.¹²

1.2. Papel de la enfermería.

La enfermería tiene una responsabilidad directa con el MI. Tal y como queda reflejada en el Código Deontológico de Enfermería Española en su artículo 39¹³.

“La Enfermera/o protegerá a los niños de cualquier forma de abuso y denunciará a las autoridades competentes los casos de los que tenga conocimiento”.

En el desarrollo de su actividad diaria utiliza el “Proceso de atención de enfermería” (PAE)¹⁴ que consta de 5 fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. A través de este método es capaz de reconocer y valorar las diferentes manifestaciones generadas en el menor por el maltrato y emitir un diagnóstico, con el fin de planificar los cuidados que llevará a cabo.

El ámbito sanitario es una de las instituciones que mayor contacto tiene con la población infantil. Se estima que entre el 1% y el 7% de niños que reciben atención sanitaria han sufrido algún tipo de maltrato, pero que no ha sido detectado². Por ello, es necesario que todo enfermero que en el desarrollo de su actividad se encuentre en contacto con menores,

este capacitado y formado en el MI, para su detección, intervención y posterior notificación a las entidades correspondientes, pues es el primer paso para que dé comienzo el proceso de protección del menor.

Son muchos los ámbitos en los que la enfermería trabaja. De todos ellos, dos son fundamentales; asistencial y escolar, pues ambos se encuentran en posición de privilegio para la prevención, detección y notificación de las víctimas de maltrato.

- La enfermería escolar presta cuidados de forma autónoma en el ámbito educativo.¹⁵ Realiza una valoración integral del niño, su familia y entorno social. Gracias a una interacción diaria con los menores, la enfermera puede identificar indicadores que nos alerten de una posible situación de maltrato. Todo esto le concede una posición privilegiada para detectar y actuar en una situación de maltrato.
- La enfermería asistencial desarrolla su actividad en complejos hospitalarios y centros de atención primaria (AP). Si bien el MI puede localizarse en cualquier servicio sanitario, existen ciertos servicios donde podemos observar situaciones de maltrato más frecuentemente⁴:
 - Servicios de urgencias: debido al gran volumen de niños que atienden cada día y la frecuencia, debe ser uno de los lugares donde más casos se detecten.¹⁶
 - AP: gracias a los controles de salud que debe efectuar el niño a lo largo de su infancia nos mantiene en un contacto continuo y estrecho con el menor y sus padres, pudiendo valorar su desarrollo biopsicosocial, entorno y dinámica familiar, en búsqueda de indicadores como: falta de vacunas y de cuidados, hematomas en diferentes estadios evolutivos, cambios de carácter o de conducta en el niño, disfunción familiar, etc.¹⁷
 - Hospitalización: La hospitalización del niño puede deberse a una causa ajena al MI o como medida necesaria de protección. En ambos casos la enfermería gracias a su labor asistencial y a su horario laboral brinda una atención integral y continuada, ofreciendo apoyo a sus necesidades físicas y emocionales las 24 horas del día.¹⁸

1.3. Protocolos y guías de práctica clínica.

La complejidad de una situación de MI puede generar incertidumbre en los profesionales sanitarios a la hora de abordarlo. Dos son las barreras con las que los profesionales se encuentran:

- Detección e identificación del maltrato puede ser dificultosa, ya que los indicadores entre lesiones causadas por maltrato o accidentales puede no ser claros o específicos y llevar a equívocos^{6,19}.
- Propias de los profesionales, como no haber recibido la formación adecuada, mantener la creencia de que emitir una notificación equivale a una denuncia, lo que genera inquietud, miedo a equivocarse y que al final resulte no haber maltrato, el pensamiento que al emitir la notificación las repercusiones pueden ser nefastas para el menor, etc⁶.

De esta necesidad de orientación en la práctica clínica ante un problema asistencial reside la importancia del uso de documentos como los protocolos y guías de práctica clínica (GPC), pues ofrecen al personal sanitario pautas o recomendaciones en la toma de decisiones clínicas, mejorando la calidad asistencial, ofreciendo una base científica sobre la cual fundamentar las decisiones clínicas diarias y ayudando a disminuir su variabilidad a la hora de actuar.

Aunque su objetivo final es el mismo, reducir la incertidumbre en la actuación de los profesionales ofreciendo unas pautas que seguir, las GPC y los protocolos presentan algunas diferencias como:

- La GPC presenta *“recomendaciones explícitas con la intención de influir en la práctica clínica. Deben aparecer señalados los sesgos potenciales del desarrollo de la misma y las recomendaciones deben tener tanto validez externa como interna. Deben aparecer recogidos los beneficios, daños, costes de las recomendaciones y aspectos de su puesta en práctica”*²⁰. Dependiendo del método de elaboración puede ser de tres tipos: basada en opinión de expertos, basada en consenso y basada en la evidencia²¹.

- El protocolo es un documento que “*señalan los pasos a seguir convenidos entre los interesados ante un problema asistencial, con carácter normativo y sin presentar alternativas*”²¹ Además, deben estar adaptados a los recursos y medios locales.^{21,22}

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

El objetivo general de nuestro estudio consiste en conocer la existencia de protocolos y GPC de MI.

2.2. Objetivos específicos

- Conocer la calidad de los protocolos y GPC.
- Identificar el rol de la enfermería en la detección y abordaje del MI en los protocolos y GPC.

3. METODOLOGÍA

3.1. Criterios de selección

Temática

Seleccionamos todos aquellos documentos que aborden el maltrato infantil desde el enfoque sanitario.

Tipo de pacientes

Incluiremos el maltrato generado a los niños, considerando “niño” toda persona con límite de edad entre 0 y 18 años, incluyendo ambos sexos.

Tipo de intervención

Valorar la cantidad y calidad de GPC y protocolos, así como, conocer las competencias que se le otorga a la enfermería en la actuación contra el MI.

Tipo de artículos

- Se incluirán: Protocolos y GPC. En el caso de que un documento haya sido actualizado, solo contaremos la última versión.
- No limitado por idiomas, pues nuestro objetivo es conocer el número de documentos existentes a nivel internacional.
- Se limitó la búsqueda a los trabajos publicados desde 2008 hasta 2018 con el fin de revisar la literatura científica más actual.

3.2. Búsqueda bibliográfica.

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en los meses de marzo y abril de 2018. Debido a que en una primera búsqueda no hallamos ningún documento procedente de España, consideramos apropiado realizar una nueva búsqueda, tanto en buscadores generales como en páginas institucionales, enfocada a conocer los documentos disponibles de

nuestro propio país. Realizamos la búsqueda bibliográfica en las bases de datos que mencionamos a continuación:

- Pubmed
- Cinahl
- Tripdatabase
- Biblioteca Virtual de Salud
- Google

Además, se llevó a cabo una consulta en diferentes páginas institucionales, estatales y regionales, como Ministerio de sanidad o las diferentes consejerías de sanidad de las diferentes comunidades.

Todos los resultados fueron descargados en un gestor de referencias RefWorks, con el fin de eliminar los duplicados. Del total de GPC y protocolos se realizó una lectura en tres pasos: título, resumen y texto completo, eliminando aquellas que no poseían información focalizada en nuestro tema de interés. (Ver [anexo 2](#)).

El total de documentos seleccionados fue de 36.

3.3. Evaluación de la calidad.

Para evaluar la calidad metodológica de los documentos emplearemos el instrumento para la evaluación de GPC, AGREE II ²³ (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation). Esta herramienta nos permite valorar tanto la rigurosidad metodológica como la transparencia con la que ha sido elaborada la GPC²³. No posee el alcance para la evaluación de los contenidos clínicos, pero podemos valorar tanto el contenido de las recomendaciones, como su claridad y aplicabilidad²⁴. Los criterios que nosotros hemos establecido para la aplicación de esta herramienta son:

- El documento sea una GPC.
- Aparezca reflejado el colectivo enfermero.

De todos los documentos localizamos cumplían estos criterios 11^{4,16,25-33} ([ver anexo 4](#))

3.4. Establecimiento de variables.

Para llevar a cabo nuestro análisis hemos seleccionado las siguientes variables a estudiar:

3.4.1.- CALIDAD METODOLÓGICA

Con el fin de conocer la calidad de los documentos analizados, se han establecido las siguientes variables

- Año publicación.
- País de elaboración.
- Actualización.
- Fuente de publicación.
- Tipo de documentos: el documento se trata de una GPC o un protocolo. Tendremos en cuenta la metodología que se empleó en la elaboración del documento.
- Evaluación de la calidad metodológica mediante AGREE II: A través de la aplicación de AGREE II²³, evaluaremos la calidad de aquellas GPC donde se encuentre presente la figura enfermera.

3.4.2.- VISIBILIDAD DE ENFERMERÍA

Con el fin de estudiar la medida en que la enfermería participa en los documentos analizados se han empleado las siguientes variables:

- Aparición de la enfermería en el documento: indicando el grado de relevancia y responsabilidad de los enfermeros en el proceso.
- Autoría: Participación de personal de enfermería para la elaboración del documento.

3.4.3.-CONTENIDOS CLÍNICOS ENFERMEROS

En aquellos documentos donde está presente la figura de la enfermería, queremos conocer que actuaciones lleva a cabo. Los ítems para valorar serán los siguientes:

- Prevención del maltrato: Se analizará la presencia de ítems de prevención que desde la enfermería se trabajan en los documentos:
 - Identificación de factores de riesgo: aquellas circunstancias personales, familiares y/o sociales donde se encuentra el menor, que deberían alertar al personal sanitario de que se encuentran ante población de riesgo.
 - Actividades que el personal de enfermería deberá llevar a cabo para evitar una situación de maltrato. Estas acciones podrían ser: promoción de factores protectores, educación de las diferentes fases de crecimiento del niño, fomento de la parentalidad positiva, etc.¹⁷
- Detección: Dado que la enfermería es uno de los colectivos de contacto con los niños, es fundamental que conozca aquellos indicadores de sospecha con el fin de realizar una detección precoz ante situaciones de maltrato.
 - Indicadores de sospecha:
 - Físicos del niño: presenta el tipo de señales que se pueden observar y que son indicativas de un maltrato. Estas pueden ser heridas, fracturas, hematomas en diferentes estadios evolutivos, retrasos en el desarrollo, apariencia física, etc.^{17,19}
 - Comportamiento del niño: reacciones conductuales y emocionales consecuencia de una situación de maltrato. Pueden ser: estrés postraumático, sentimientos de vergüenza, ansiedad, conductas agresivas, miedo irracional a los adultos, dificultades en el aprendizaje, bajo rendimiento escolar, problemas de atención y/o concentración, etc.^{17,19}
 - Comportamiento de los padres o cuidador principal: en muchas ocasiones, los perpetradores de la violencia son los propios padres o cuidadores principales que pueden presentar algunas características comunes, como: baja responsabilidad, poca implicación emocional, padres conflictivos, etc.^{17,19}

- Características historia clínica: Existen datos de la historia clínica que pueden alertar al personal de un posible caso de maltrato infantil, como: retraso en la búsqueda de atención médica ante una lesión¹⁶, falta de asistencia a los controles de salud, etc.
- Exploración: una vez formada la sospecha de maltrato es importante realizar una búsqueda exhaustiva de más indicadores que nos puedan confirmar el maltrato u orientarnos en la situación actual que vive el menor. Aunque el personal de enfermería no realiza la exploración física en sí, puede participar como entidad colaboradora en la exploración del menor.
- Entrevista: El objetivo de la entrevista es conseguir información sobre lo ocurrido, contextualizando el origen de los indicadores observados. Las GPC y protocolos deben ofrecer directrices de cómo debe ser la comunicación de la enfermera con menor y/o los padres.
- Actuación: Se describe la actuación de enfermería a llevar a cabo ante la sospecha o confirmación de maltrato. Esta actuación está basada en el tipo de maltrato y en la situación de riesgo del menor.
 - Valoración del riesgo vital del niño. Esta valoración se basa en dos criterios: la frecuencia de indicadores de maltrato y la vulnerabilidad del menor.
Los documentos deben indicar que criterios tendremos en cuenta para valorar si estamos ante una situación en la que la vida del niño corre peligro, o su integridad física y psicológica se encuentran muy comprometidos. En función a esto llevaremos a cabo una actuación u otra.
 - Notificación: Ante cualquier situación de sospecha debemos de llevar a cabo la cumplimentación de la hoja de notificación, que será remitida a las entidades competentes, de forma que dé comienzo el proceso de investigación y de protección del menor. La enfermería, tiene la obligación llevarla a cabo, por ello consideramos que debe estar presente en los documentos.
 - Seguimiento del caso: Una vez establecemos la sospecha de MI y se lleva a cabo la notificación, se describen que actividades deberá llevar a cabo el equipo enfermero como seguimiento del caso: planificación de un seguimiento más exhaustivo del menor, mayor educación sanitario hacía los padres sobre el proceso evolutivo del menor, etc.¹⁷

4. RESULTADOS

Se localizaron un total de 36 documentos. A continuación, pasamos a desarrollar una breve descripción de los documentos de acuerdo con las variables estudiadas.

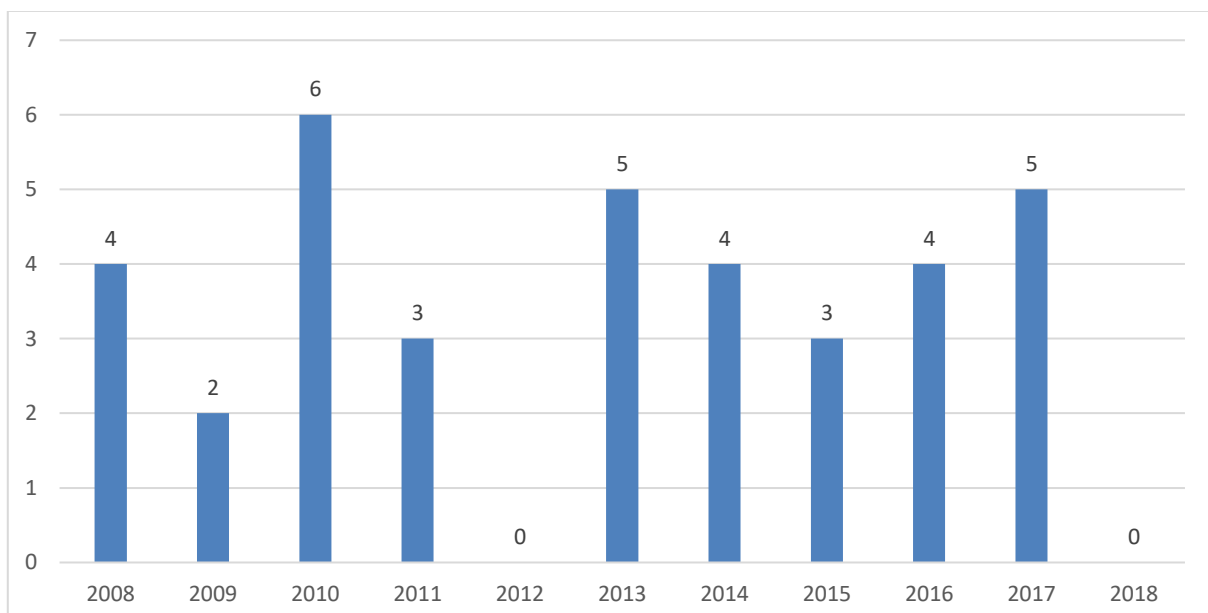
4.1.-CALIDAD METODOLÓGICA.

Con el fin de conocer la calidad y actualización de los documentos analizados hemos valorado las siguientes variables ([Ver anexo 3](#))

4.1.1- Año de publicación

El reparto de documentos de acuerdo con los años resulta algo dispar, tal y como se refleja en la tabla. Los años con mayor número de guías son los años 2010^{25,26,32,34-36} (16,67% del total), 2013^{27,33,42,49,51} y 2017^{28,30,37-39} (13,89% para ambos). Por otra parte, en 2012 y 2018 no se han encontrado documentos

Tabla 1: Relación número de publicaciones y años.



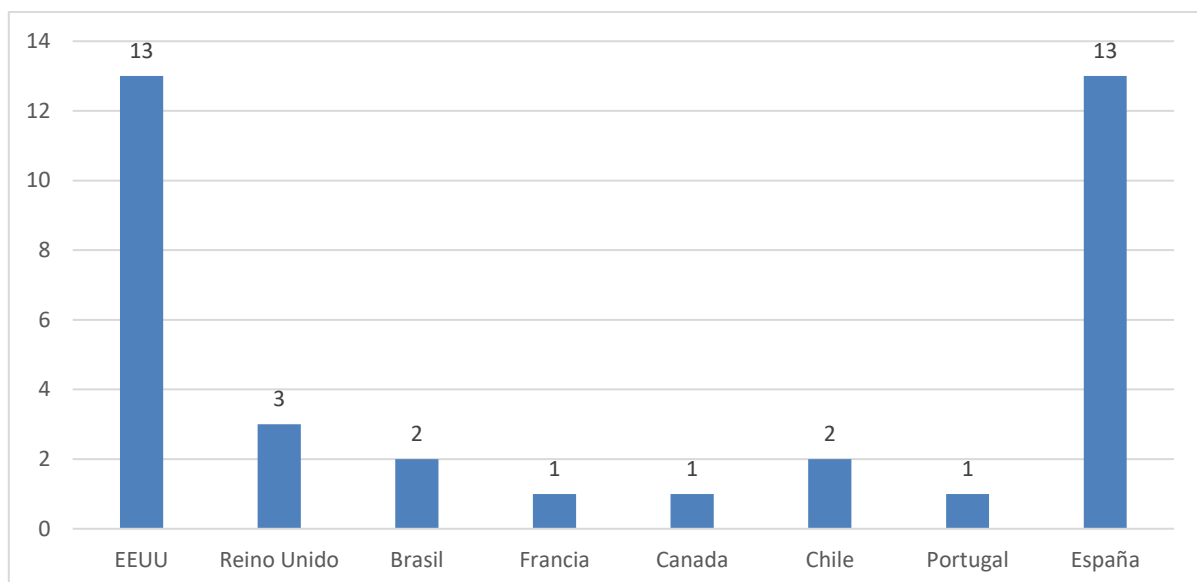
4.1.2- País de elaboración

Con el fin de conocer la producción sobre MI generada en cada país y con ello la preocupación y sensibilización de las diferentes sociedades, hemos analizado el país de origen de los documentos.

Como podemos observar la producción es muy variada, y en general escasa. Los países donde más publicaciones hemos localizado son Estados Unidos y España (36,11% para ambos), seguidos de Reino Unido (8,33%), Chile y Brasil (para ambos 5,56%).

Atendiendo a su distribución geográfica, tenemos un total de documentos internacionales de 23, frente a un 13 de documentos de territorio estatal.

Tabla 2: País de elaboración



4.1.3- Actualización

Dada la importancia de estos documentos, entendemos que la actualización de sus contenidos es un elemento fundamental. En este sentido, instituciones de reconocido prestigio han establecido como criterios de calidad la fecha de revisión como un elemento determinante⁴⁰. Si bien podemos encontrar pequeñas variables de una institución a otra, o de acuerdo con uno u otro tema, tomaremos como referencia las pautas establecidas por el portal GuíaSalud, Biblioteca de GPC del Sistema Nacional de Salud, donde “se considera

que una guía esta desactualizada cuando han transcurrido más de 5 años desde la búsqueda de la evidencia”⁴¹.

De acuerdo con este criterio, un total de 21 documentos (58,33% del total) se encuentran dentro de este rango de 5 años desde su publicación.

Si bien los datos globales no son altos, podemos observar, sin embargo, que existen diferencias significativas de unos países a otros:

Tabla 3-: Relación documentos publicados 2013-2018 y país

País	Documentos actuales
EEUU	10 (27,78%) ^{27,28,30,37,39,42-46}
España	5 (13,89%) ^{16,17,19,47,48}
Reino Unido	3 (8,33%) ^{31,38,49}
Brasil	1 (2,78%) ⁵⁰
Canadá	1 (2,78%) ⁵¹
Chile	1 (2,78%) ³³

4.1.4- Fuente de publicación

Las vías de publicación de un trabajo son determinantes, en la medida en que de acuerdo con que soporte elijamos podrá llegar a uno u otro colectivo. Entendemos que la publicación en revistas científicas, por lo general están más dirigidas a profesionales sanitarios, mientras que informes y otros documentos orientadas a gestores. En este sentido 19 (52,78%) fueron publicado en revistas, frente a 17 (47,22%) que han sido publicados en otros medios de difusión.

Los informes: documentos centrados mayoritariamente en normativa, funciones, etc., proceden de países latinoamericanos como Brasil o Chile, o de la península ibérica, como España. Con excepción de Reino Unido.

Revistas: las revistas en su gran mayoría son procedentes EEUU y Reino Unido, con alguna excepción procedente de España, Canadá, Portugal o Francia.

Tabla 4: Relación fuente de publicación y país de origen

Fuente de publicación	País de origen	Nº documentos
Revista	EEUU	13 ^{26-28,30,34,37,39,42-46,52}
	Reino Unido	1 ⁴⁹
	Canadá	1 ⁵¹
	Francia	1 ⁵³
	Portugal	1 ⁵⁴
	España	2 ^{47,55}
Informe	España	11 ^{4,16,17,19,25,32,35,48,56-58}
	Brasil	2 ^{36,50}
	Chile	2 ^{29,33}
	Reino Unido	2 ^{31,38}

La mayoría de las revistas, están dirigidas hacia médicos especializados como radiología, oftalmología, odontología, pediatras, etc. A excepción de las siguientes:

- La revista, " Boletín de Pediatría"⁵⁵, está orientadas al asesoramiento de profesionales de la salud en general.
- Las revistas, "Nurse Practitioner"³⁹ y "Journal of Forensic Nursing"³⁰, dedicadas exclusivamente a la profesión enfermera.

Tabla 5: Revistas según país

País	Revista
EEUU	Pediatrics
	Journal of the American College of Radiology
	Pediatric Dentistry
	Journal of American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus
	Annals of internal medicine.
	Current Opinion in Obstetrics and Gynecology
	Nurse practitioner
	Journal of Forensic Nursing
Reino Unido	Nature
Canadá	Paediatrics and child health

España	Boletín de pediatría Radiología (Sociedad Española de Radiología Médica)
Portugal	Acta médica portuguesa
Francia	Annals of Physical and Rehabilitation Medicine.

4.1.5- Tipo de documento

Si bien el objetivo de GPC y protocolos es el mismo, ofrecer unas pautas al profesional en su actuación, existen diferencias sustanciales entre ellos.

- Los protocolos, documentos circunscritos a un ámbito geográfico y profesional concreto y de obligado cumplimiento, se han localizado 10 (27,78%). Todos los localizados son de EEUU³⁹, Brasil^{36,50} y España^{17,19,47,48,55,56,58}.
- Las GPC, recomendaciones universales, pretenden orientar a los profesionales en la toma de decisiones de la práctica clínica diaria sobre las posibles alternativas que se presentan. De los documentos analizados 26 son GPC (72,22%).

Sin embargo, de acuerdo con la metodología empleada, podemos encontrar diferentes clasificaciones, nos gustaría destacar las diferencias existentes entre ellas.

- Basadas en la evidencia: son los documentos de mayor fiabilidad, dada la metodología empleada. Estos documentos proceden de EEUU^{27,43}, Reino Unido⁴⁹, Canadá⁵¹ y Chile³³. Representan un 13,89%.
- Basadas en consenso: son aquellos que reúnen tanto la evidencia científica como la experiencia del clínico. Los documentos hallados que se adaptan a esta metodología constituyen un 16,67% y provienen de EEUU^{37,44,45}, Reino Unido^{31,38} y Chile²⁹.
- Basada en opinión de expertos: no se han encontrado resultados.
- No especifican su metodología de elaboración: un 41,67%, proceden el mayor porcentaje de EEUU^{26,28,30,34,42,46,52}, seguido de España^{4,16,25,32,35,57}, por último, Francia⁵³ y Portugal⁵⁴.

Tabla 6: Tipo de documento

Tipo de documento	Porcentaje	N.º documentos		
Protocolo	27,78%	10		
GPC	72,22%	Basada en evidencia	5	13,89%
		Basada en consenso.	6	16,67%
		Basada en la opinión de expertos.	0	0%
		No especificado	15	41,67%

Tabla 7: Relación método de elaboración GPC y país de origen

Tipo de documento		Países			
Protocolo		España	7	19,44%	27,78%
		Brasil	2	5,56%	
		EEUU	1	2,78%	
GPC	Basada en evidencia	EEUU	2	5,56%	13,89%
		Reino Unido	1	2,78%	
		Canadá	1	2,78%	
		Chile	1	2,78%	
	Basada en consenso	EEUU	3	8,33%	16,67%
		Reino Unido	2	5,56%	
		Chile	1	2,78%	
	No especificado	España	6	16,67%	41,67%
		EEUU	7	19,44%	
		Francia	1	2,78%	
		Portugal	1	2,78%	

4.1.6- Evaluación de la calidad metodológica mediante AGREE II

Consideramos fundamental conocer la calidad metodológica de las GPC. Es necesario que cumplan unos estándares básicos de calidad, pues está directamente relacionada con el beneficio que obtendremos al seguir las recomendaciones pautadas.

A través de la herramienta de AGREE II pretendemos valorar la calidad metodológica de los documentos. Los criterios necesarios para aplicar esta herramienta son:

- El documento sea una GPC.
- Aparezca reflejado el colectivo enfermero.

Los documentos que cumplían los criterios fueron un total de 11^{4,16,25-33}. (ver [anexo 4](#))

Aunque el diseño de la herramienta no nos permite obtener una puntuación global de cada una de las GPC (pues cada dominio es independiente) y tampoco ofrece una escala de puntuación que indique la puntuación mínima aceptable²³, hemos establecido una puntuación mínima en cada dominio (50%) que nos permitiera hacer una comparativa de las puntuaciones de calidad obtenidas en cada uno de los dominios valorados. En la siguiente tabla mostramos el % de GPC que han superado esta puntuación mínima:

Tabla 8: Relación entre dominios y puntuación mínima obtenida

Dominio	GPC
Alcance y objetivos	91 % (10 de 11) ^{4,16,25-29,31-33}
Participación de los implicados	36% ^{27,29,31,33}
Rigor en la elaboración	36% ^{27,29,31,33}
Claridad de las recomendaciones	100% ^{4,16,25-33}
Aplicabilidad	9% ³¹
Independencia editorial	64% ^{16,26-29,31,33}

4.2.-VISIBILIDAD DE LA ENFERMERIA.

Las GPC son documentos no específicamente diseñados para un colectivo en concreto, si no que se centran en actuaciones que ejecutan estos. Dado que la enfermería tiene un papel fundamental ante la prevención, detección y actuación del maltrato, estos profesionales, no sólo debe ser parte del colectivo al que están dirigidos, sino que también deben de participar en la elaboración, con el fin de ofrecer las pautas necesarias para la erradicación del MI.

Con el fin de conocer la visibilidad de la enfermería y el grado de participación en el proceso, hemos valorado los ítems que presentamos a continuación ([ver anexo 5](#)):

4.2.1- Aparición de enfermería en el documento.

Existe presencia de profesionales sanitarios en el 100% de los documentos. Sin embargo, la presencia de enfermería sólo aparece en 18 (50%)^{4,16,17,19,25-33,36,39,48,50,55}. Si bien el número es bajo, debemos destacar que existen diferencias en lo que podríamos entender como “presencia”:

- En 1²⁹ se nombra a la enfermería solo como usuario al que va dirigida la guía.
- 7 documentos hacen mención a la enfermería para tareas muy concretas (visita domiciliaria^{26,27,33}, cumplimentación de la hoja de notificación del maltrato^{19,32,48}, o tareas no relacionadas explícitamente con el MI³¹).
- 6 documentos^{4,16,17,25,28,55}, se le otorga algún tipo de actividad o responsabilidad compartida con otros profesionales sanitarios.
- Finalmente, 4 documentos^{30,36,39,50} especifican las responsabilidades del personal de enfermería.

4.2.3- Autores enfermeros del documento.

La autoría refleja que colectivos profesionales participaron en la elaboración del documento.

El personal de enfermería participó en la elaboración de 8 (22,22%) de los documentos^{17,19,29,30,33,39,50,57}.

Si analizamos qué relación existe entre la autoría enfermera y la presencia de la enfermería en los documentos, encontramos que, en aquellos donde la enfermería participó en la elaboración:

- En 7 se le asigna algún tipo de competencia a la enfermería.^{17,19,30,33,39,50,57}
- En 1 de ellos no se le asigna ninguna responsabilidad.²⁹

4.2.4. Contenidos clínicos de enfermería

Con el fin de conocer qué grado de actuaciones se le otorga al equipo enfermero, hemos valorado las siguientes etapas del trabajo enfermero ante un caso de MI: prevención, detección, exploración, entrevista, actuación en base al riesgo vital del menor, notificación del caso y posterior seguimiento.

De los 36 documentos localizados en nuestra búsqueda, solo se tuvieron en cuenta en este apartado los 18 en los que aparecería reflejada la enfermería. ([Ver anexo 6](#))

Prevención

El colectivo enfermero tiene una gran responsabilidad tanto con el individuo, la familia y la comunidad, pues es la encargada de la prevención a través de la educación para la salud, una de las principales herramientas para la erradicación del maltrato. Por ello hemos valorado los siguientes ítems:

- Los documentos que muestran la importancia de la prevención, reflejando factores de riesgo que deberían ponernos alerta para llevar a cabo una prevención.
- Los documentos que señalan al colectivo enfermero como responsable o participe de esta actividad.
- Los documentos que ofrecen indicaciones o pautas sobre cómo llevar a cabo esta prevención por el personal enfermero.

Tabla 9: Prevención

Variable	Documentos
Prevención	12 (66,67%) ^{16,17,25-29,32,33,36,50,55}
Prevención y enfermería	8 (44,44%) ^{16,17,25-28,33,36}
Pautas de prevención para enfermería	4 (22,22%) ^{17,26,27,33}

DetECCIÓN

La detección de indicadores sugerentes de que el niño se encuentra en una situación de maltrato es uno de los primeros pasos necesarios para la protección del menor. Por ello, hemos valorado aquellos documentos que mencionan la detección del maltrato, así como, que aparezcan especificados los diferentes indicadores que deben de alertar al personal sanitario (físicos y de comportamiento del menor, comportamiento de los padres o cuidadores).

Dado que el colectivo enfermero mantiene un contacto estrecho y constante con el menor y su entorno, le posibilita que pueda realizar una detección precoz, por lo cual hemos valorado en cuántos documentos se menciona a la enfermería en la detección del MI, y en cuántos de estos, se especifican cuáles son los indicadores sugerentes de MI por los que el colectivo enfermero se debe alertar.

Tabla 10: Detección

Variable	Documentos
Detección	14 (77,78%) ^{4,16,17,19,25,28-30,32,33,36,39,50,55}
Indicadores físicos del niño	13 (72,22%) ^{4,16,17,19,25,28,29,31-33,36,50,55}
Indicadores comportamiento del niño	11 (61,11%) ^{4,16,17,19,25,29,32,33,36,50,55}
Indicadores comportamiento de los padres o cuidadores	10 (55,56%) ^{4,16,17,19,25,32,33,36,50,55}
Detección enfermería	7 (38,89%) ^{4,30,33,36,39,50,55}
Indicadores y enfermería	4 (22,22%) ^{4,36,50,55}

Además, determinamos que cantidad de documentos en la detección tienen en cuenta datos o indicadores que podrían estar plasmados en la historia clínica, y en cuántos de ellos se integra al personal de enfermería en esta actividad.

Variable	Documentos
Historia clínica	10 (55,56%) ^{4,16,17,19,25,26,28,33,50,55}
Detección enfermería	0

Entrevista

Con esta actuación buscamos poder recabar el máximo de información posible acerca de la situación del menor. Consideramos fundamental que los documentos ofrezcan recomendaciones y/o una orientación de cómo debe ser la comunicación entre la enfermera y el menor y/o los padres.

Dado la relevancia que tiene la entrevista, determinamos el número de documentos que la mencionan como una parte fundamental del proceso, y en cuales es el personal de enfermería quien puede realizar esta actividad.

Tabla 11: Entrevista

Variable	Documentos
Entrevista	10 (55,56%) ^{16,19,25,28,29,33,36,39,50,55}
Entrevista enfermería	3 (16,67%) ^{36,39,50}

Debemos destacar que en un documento de origen EEUU³⁹, mencionan la participación de un colectivo enfermero, llamada “Sexual Assault Nurse Examiner-Pediatric” (SANE-P) especialista en el campo de obtención de evidencia forense en el abuso sexual, incluyendo la historia del trauma sexual, que puede llegar a ser una parte fundamental que evidencie la existencia de abuso sexual, que precede a la intervención del forense.

Exploración

Esta actuación está dirigida a la búsqueda de posibles lesiones físicas¹⁹. En el caso de enfermería, actuaría como entidad colaboradora, apoyando al menor y ayudando al profesional experto que realice la exploración integral del niño.

En caso de abuso sexual este examen debe ser realizado conjuntamente por todos los profesionales implicados. Primero ante la sospecha, se realiza una valoración del menor por parte del pediatra y ginecólogo y posteriormente, en el caso de confirmación del abuso, interviene el médico forense.

Por ello valoramos aquellos documentos que hacen alusión a la exploración, y en cuales de ellos ofrecen la posibilidad de que la enfermería participe en ella.

Tabla 12: Exploración

Variable	Documentos
Exploración	14 (77,78%) ^{16,17,19,25,28-31,33,36,39,48,50,55}
Exploración enfermería	4 (22,22%) ^{28,30,36,39}

En este apartado, remarcamos que en 2 documentos^{30,39} (11,11%) procedentes ambos de EEUU, mencionan a la enfermería en este apartado haciendo referencia un tipo de enfermera especializada SANE-P, que participa en la obtención de pruebas forenses. (apoyando y explicando el procedimiento al menor, pudiendo también llevar a cabo el examen forense con el fin de obtener las pruebas legales)

Actuación

La actuación que llevamos a cabo una vez es detectado un caso de MI, es fundamental. Hemos resaltado tres etapas que se muestran a continuación:

- Valoración del riesgo: Como parte del proceso de detección del maltrato, el colectivo enfermero lleva a cabo una valoración global del menor, por lo que se incluye en sus competencias valorar su situación de gravedad. Es una parte fundamental donde se trata de determinar si su integridad física o psicológica pueden verse altamente comprometidas o si la vida del niño corre peligro. En función a esta valoración se lleva a cabo una actuación u otra. Por ello, vemos en que documentos se aborda la valoración del riesgo del menor y de esos en cuales se menciona específicamente al personal de enfermería en esta actividad.

Tabla 13: Valoración del riesgo

Variable	Documento
Valoración del riesgo	14 (77,78%) ^{4,16,17,19,25,28,29,32,33,36,39,48,50,55}
Valoración del riesgo por enfermería	2 (11,11%) ^{39,50}

- Notificación: Ante cualquier sospecha fundamentada de MI se debe de llevar a cabo la cumplimentación de la hoja de notificación, que se remite a las entidades

competentes, para que dé comienzo el proceso de investigación y protección del menor. Determinamos los documentos donde se refleja este apartado y donde el personal de enfermería está señalado como uno de los profesionales sanitarios que puede llevar a cabo la cumplimentación de la hoja de notificación.

Tabla 14: Notificación

Variable	Documento
Notificación	14 (77,78%) ^{4,16,17,19,25,28,29,32,33,36,39,48,50,55}
Notificación realizada por enfermería	8 (44,44%) ^{4,19,25,33,36,39,48,50}

- Seguimiento del caso: Posteriormente a la notificación, el colectivo enfermero podría llevar a cabo un seguimiento del caso, pero únicamente en 2 de los documentos se especifica que enfermería realice esta actuación.

Tabla 15: Seguimiento del caso

Variable	Documento
Seguimiento del caso	8 (44,44%) ^{16,17,19,28,29,33,39,48}
Seguimiento del caso por enfermería	2 (11,11%) ^{17,39}

5.- DISCUSIÓN

El MI es una mal presente en nuestra sociedad, tal y como se muestran en las estadísticas que anualmente se publican, tanto a nivel mundial, (en año 2016, 1 de cada 4 adultos declaró haber sufrido de algún tipo de maltrato en su infancia⁸), como a nivel estatal, (en el 2016, se registraron un total de 14.569 notificaciones¹²). Por consiguiente, podemos afirmar que estos derechos fundamentales no siempre son respetados.

Dada la prevalencia del MI y las consecuencias que acarrea, y teniendo en cuenta el papel fundamental que en nuestra práctica diaria representan documentos como GPC y protocolos, consideramos significativo realizar tanto una valoración de la calidad, como la visibilidad y el papel que desarrolla la enfermería en esos documentos.

Localizamos un total de 36 documentos que se adaptaran a nuestros criterios. Dada la importancia que este tema tiene en la sociedad y la necesidad de protocolizar las actuaciones sanitarias, consideramos que el volumen de GPC y protocolos es bajo.

Aunque desconocemos la causa real, creemos que puede estar relacionada con dos cuestiones: que no se ha conseguido un avance significativo en materia de investigación a la hora de abordar la problemática, por lo que no se ha tenido la necesidad de actualizar las GPC o protocolos, por lo que los documentos existentes ya no se adaptan a nuestros criterios (anteriores a nuestros criterios de búsqueda), o bien que a nivel internacional las sociedades y culturas son diferentes y sus políticas sociales también (algunas de ellas que proporcionar mayor cuidado a los menores, como un sistema de salud pública), por lo que según nivel de sensibilización y compromiso del país dará lugar a mayor o menor cantidad de GPC.

Además, debemos también tener en cuenta que estos documentos no son fácilmente accesibles, ya que están disponibles en pocas plataformas, lo cual dificulta que lleguen al colectivo para el que fueron creados. Para facilitar el acceso a la información sería necesario que estos fueran difundidos a través de las bases de datos nacionales o la publicación de estos documentos en revistas que faciliten que lleguen al colectivo.

Distribución geográfica

- A nivel internacional

El total de documentos internacionales es de 21. EE. UU. encabeza la lista de documentos (13), seguido de países como Reino Unido (3), Brasil y Chile (2 ambos).

Desconocemos la razón por la cual estos países presenta superioridad de documentos respecto a otros. Creemos que puede deberse a que, por ejemplo EE. UU o Brasil, son sociedades y culturas diferentes a la nuestra, en las cuales puede darse una mayor prevalencia del MI, o que haya una mayor concienciación de la realidad y que el nivel de denuncias sea superior. Esto puede genera una necesidad en estos países, incluso una mayor sensibilización, hacia esta problemática, lo que hace que la producción generada sea superior.

Además, observando la fuente de publicación utilizada en la gran mayoría de los documentos internacionales (a excepción de Brasil y Chile) son difundidos a través de revistas científicas. Esta vía de difusión facilita que sus GPC lleguen a los colectivos interesados (profesionales sanitarios), y al estar escritas en inglés, el idioma más extendido en el mundo, facilita aún más la lectura y difusión de los mismos. Si bien esto podría ser entendido como un elemento positivo, los documentos internacionales, aunque son de utilidad, debemos tener en cuenta que están adaptados al contexto cultural de donde fueron creados, por lo que respecta a la comunidad española podrían no ser aplicables a nuestro entorno.

En nuestra opinión, considerando las cifras escalofriantes de MI, la relación entre el número de documentos localizados y el país del que proceden es baja.

- A nivel nacional:

A nivel nacional las cifras de MI también son elevadas, con un total de 14.569 notificaciones¹² en el año 2016.

La mayoría de los documentos son informes técnicos de páginas institucionales o sociedades gubernamentales. Creemos que el hecho de la poca aparición de revistas trae implícito una menor difusión de estos documentos para que lleguen a los colectivos más interesados.

En España existe un protocolo nacional y diferentes protocolos o GPC a nivel de cada comunidad. El protocolo estatal tiene como objetivo mejorar la coordinación institucional

además de servir como referencia a las diferentes comunidades autónomas para que elaboren sus propios protocolos de detección y actuación frente el MI. Esto supone la delegación de en las comunidades autónomas de la responsabilidad de elaborar sus propios documentos. Esto no nos favorece, porque en lugar de realizar un único documento que fuera acogido por todas las comunidades autónomas (y que este reuniera las diferentes particularidades entre comunidades si esto fuese necesario) se elaboran diversos documentos generando con ello mayor gasto.

En nuestra opinión, la elaboración de un único protocolo estatal implementado en todo el territorio nos ofrecería la posibilidad de disminuir la variabilidad del abordaje del MI y unificar criterios, además, facilitaría tanto la localización del documento, como su divulgación, y supondría un gasto menor, pues se trata de producir un único documento.

Actualización:

Según los criterios establecidos por la Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud para considerar que una GPC se encuentra actualizada no debe de haber transcurrido más de 5 años desde la búsqueda de la evidencia⁴¹. Tanto a nivel nacional (13,89%) como internacional (44,44%) los datos no son favorables. Y es que debemos de tener en cuenta, que dada la importancia que tienen estos documentos en la prevención, detección y actuación, estos deben estar siempre al día y revisados de modo periódico.

Dado que se trata de una problemática muy presente en nuestra sociedad, donde a pesar de las intervenciones llevadas a cabo las cifras de MI siguen siendo muy elevadas, creemos que se trata de una temática que necesita aún a día de hoy un nuevo enfoque y una actualización constante.

Debemos de tomar conciencia de que el MI es una realidad presente en nuestra sociedad, y que profesionales adecuadamente formados y actualizados en el tema, pueden llegar a ser un recurso inestimable para la detección y erradicación del MI.

AGREE II

La calidad de una guía en cierto modo está definida por el rigor con el que hayan sido elaboradas sus recomendaciones por lo que a mayor rigor mayor calidad y más beneficioso se obtendrán a la hora de aplicar las recomendaciones que ofrece. A través de la herramienta AGREE II analizamos aquellas GPC con presencia de la enfermería, y vimos que la gran mayoría presentan una carencia en el rigor de la elaboración. Muchas no especifican en qué tipo de metodología se han basado (basada en consenso, en opinión de

expertos, o en la evidencia) para la elaboración de sus recomendaciones, y en ocasiones tampoco reflejan la aplicabilidad de las recomendaciones ofrecidas o la existencia de algún conflicto de interés, lo cual hace que pierda fiabilidad el contenido de la guía.

En nuestra opinión, la calidad es más bien pobre, desconocemos si la causa se debe a una falta de conocimientos sobre la metodología que se debe aplicar, o incluso a que se lleve a cabo, pero no se plasme en el documento. De todas formas, consideramos que una mayor transparencia en los documentos y mayor rigurosidad en su elaboración, ofrecerían mayor credibilidad a sus recomendaciones ya que avalarían la calidad de la propia GPC y ayudaría a que los usuarios la implementaran.

GPC y/o protocolos y Enfermería.

Visibilidad de la enfermería:

El porcentaje de documentos donde el personal de enfermería es nombrado es bajo (50%).

- A nivel internacional la enfermería se encuentra presente en un bajo porcentaje. Únicamente en cuatro documentos, dos brasileños y dos estadounidenses, constituyen los únicos documentos que especifican las competencias y responsabilidades exclusivamente de la enfermería en todo el proceso. Aunque no conocemos la causa, en vista de lo expuesto Brasil y EE. UU., parece mostrar una mayor cantidad de atribuciones a la enfermera en el abordaje del MI. Creemos que puede deberse a la mayor prevalencia del MI y que ello haya generado la necesidad de que el colectivo enfermero a nivel de competencias se encuentra más especializado, como es el caso de las enfermeras especialistas denominadas SANE-P, que poseen mayores competencias dentro del proceso.
- A nivel nacional la enfermería se encuentra presente también en un bajo número de documentos. En los casos donde se le otorga algún tipo de responsabilidad lo hacen junto con otros colectivos sanitarios pues no aparecen delimitadas las competencias de cada profesional. Esto nos hace pensar que el colectivo enfermero, si bien tiene una función fundamental, no es visto como un activo frente al MI. Así, si en el ámbito asistencia, la enfermera tiene roles primarios en prevención y detección, en los documentos no tiene responsabilidades definidas en el proceso, o son muy escasas.

Autoría de la enfermería:

La enfermería participa en elaboración de un 22,22% de documentos. Como vemos la cifra es ya de por sí escasa, pero además, en estos documentos las actuaciones que se le otorgan en el proceso son mínimas.

Consideramos que para que nuestra labor como enfermeros sea más visible es necesario colaborar en la elaboración de este tipo de documentos, de manera que el propio colectivo haga ver que son profesionales sanitarios preparados y competentes para ejercer aquellas actividades para las que se ha formado en la carrera, y plasmarlo así en estos documentos, dando reconocimiento a su rol en todo el proceso de prevención, detección y actuación ante el MI.

Debemos tener en cuenta que en multitud de documentos las actuaciones no están definidas para cada tipo de profesional sanitario, por lo que encontramos necesario una estipulación de las tareas a realizar del personal de enfermería, porque en multitud de ocasiones a pesar de estar capacitados para realizar una tarea no se le otorgan dichas responsabilidades.

Actuaciones de enfermería

Como hemos visto la figura de enfermería tiene muy poco peso en los documentos durante todo el proceso de prevención, detección y notificación del maltrato infantil.

- Prevención: obtiene presencia en esta etapa en la mitad de los documentos. Nos parece una cifra baja pues una importante labor del colectivo enfermero es la educación para la salud buscando promover la prevención del maltrato y la promoción en todas las dimensiones de la salud.
Además, hemos observado, que no abarcan en profundidad el tema de la prevención, centrándose más en la detección de un maltrato ya instaurado.
- Detección: donde se obtiene un porcentaje bajo (un 38,29%) cuando es uno de los colectivos sanitarios que más contacto mantiene con el menor y su familia, en ocasiones, la primera persona que recibe al menor y que puede realizar una primera valoración.
- Tanto en la entrevista como en la exploración se obtienen también porcentajes ínfimos. La enfermera puede ser la persona que mantiene un contacto más continuado con el menor y que mejor conoce su entorno, por ello una de las personas más adecuada para realizar la entrevista. A pesar de ello no existe participación del personal de enfermería en esta actividad.

- Para finalizar, se procede a la valoración del riesgo del menor y la notificación del maltrato. En este apartado nos sorprende ver la proporción tan baja en la que se le ofrece la responsabilidad al colectivo enfermero (Valoración del menor: 11,76%; notificación por la enfermera: 44,44%). Además, una vez realizada la notificación, existe un vacío en la mayoría de las GPC, acerca del seguimiento posterior del menor por parte de enfermería, con actuaciones como llevar un control más exhaustivo del menor o implementar actividades de educación sanitaria.

Para mejorar la percepción de la enfermería en el proceso de prevención y detección del MI tendríamos que:

- Mejorar la calidad metodológica de las GPC.
- Mayor participación del colectivo enfermero en la elaboración de los documentos, reflejando que son profesionales capacitados para tomar mayor presencia en las actuaciones, valorando el rol que desempeña y concediéndole más visibilidad a todo el trabajo que realiza.
- Mayor peso a la prevención del maltrato mediante GPC y protocolos más orientados hacia la educación de la población evitando que se llegue a instaurar.

6.- CONCLUSIONES

Tras el análisis de los documentos consultados llegamos a varias conclusiones:

- El maltrato infantil es un problema de gran relevancia pues sigue presente en nuestra sociedad. A día de hoy se desconocen las cifras reales pues siguen existiendo casos no detectados.
- Las GPC y protocolos constituyen una herramienta útil para todo el personal sanitario pues nos ofrece una orientación en nuestra actuación clínica, sin embargo, la accesibilidad a dichos documentos no es sencilla. Consideramos que para que estos documentos lleguen a los colectivos a los que van dirigidos deben de otorgársele mayor difusión. Además, para aumentar la calidad de estas GPC sería necesario un mayor rigor en la metodología de su elaboración.
- La enfermería toma un papel secundario en un elevado número de documentos a pesar de que puede constituir un factor determinante en la detección de víctimas de maltrato infantil.

Referencias

- (1) Informe de la Reunión Consultiva sobre el Maltrato de Menores. Suiza; 29-31 marzo de 1999. Ginebra: OMS; 1999.
- (2) Sáez Crespo A, Castro Molina M, Martínez Piédrola M. Cuidados de enfermería en el maltrato infantil [monografía en Internet]. Madrid: Asociación Española de Medicina y Salud Escolar y Universitaria; 2008 [acceso 03 septiembre 2018] Disponible en: http://www.academia.edu/2423553/Cuidados_de_Enfermer%C3%ADa_en_el_Maltrato_Infantil
- (3) Alarcón LC, Araujo AP, Godoy AP, Vera ME. Maltrato infantil y sus consecuencias a largo plazo. MedUNAB [Revista de Internet] 2010 [acceso 10 de julio de 2018]; 13 (2). Disponible en: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/1155/1143>
- (4) Salmerón Giménez J, Pérez Hernández F, Castellanos Sanz B, Gea Serrano A. Maltrato infantil Protocolos de actuación. Región de Murcia: Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración; 2009.
- (5) OMS, Sociedad internacional para la prevención del maltrato y abandono de los niños. Prevención del Maltrato Infantil. Qué hacer, y cómo obtener evidencias [monografía en Internet]. Ginebra: OMS; 2009.[acceso 03 septiembre 2018] Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/child_maltreatment/es/
- (6) Díaz Huertas JA, Esteban Gómez J, Romeu Soriano FJ, Puyo Marín C, Gotzens Busquets F, Pastor Aguilar P et al. Maltrato infantil: Detección, notificación y registro de casos [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2006. [acceso 03 septiembre 2018] Disponible en: <http://www.observatoriodelainfancia.mscbs.gob.es/documentos/HojasDeteccion.pdf>
- (7) OMS. INSPIRE Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas. Washington, D.C: OMS; 2017.
- (8) OMS [Sede Web]*. Ginebra: OMS; 30 septiembre 2016 [acceso 03 septiembre 2018] Maltrato infantil Nota descriptiva [7 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

- (9) U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau. Child maltreatment 2016. Washington D.C: U.S. Department of Health and Human Services; 2018.
- (10) Gray J, Jordanova Pesevska D, Sethi D, Ramiro González MD, Yon Y. Handbook on developing national action plans to prevent child maltreatment. Ginebra: OMS; 2017.
- (11) UNICEF. Niños y niñas en América Latina y el Caribe. Panorama 2017. [Internet] Panamá: UNICEF; 2017. [acceso 03 septiembre 2018] Disponible en: <http://www.grupopharos.org/wp-content/uploads/2017/09/VER-DOCUMENTO.pdf>
- (12) Observatorio de la Infancia. Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia. Boletín número 19 Datos 2016. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2017.
- (13) Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García García E, Ruiz Díaz MA, Esteban Gómez J. Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario. Madrid: Instituto madrileño del menor y la familia; 1998.
- (14) Murray ME, Atkinson LD. Proceso de atención de enfermería. 5ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 1996.
- (15) López Langa N, González Prieto NI, López Gutiérrez I. Competencias profesionales de la enfermería escolar [monografía en Internet]. Madrid: Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos; 2015 [acceso 03 septiembre 2018]. Disponible en: <https://www.codem.es/documentos-2/competencias-profesionales-de-enfermeria-escolar>
- (16) Gancedo Barande A, coordinador. Aproximación al manejo del maltrato infantil en la urgencia. Madrid: Sociedad Española de Urgencias Pediatría; 2015.
- (17) Gil Arrones J, Sánchez Vázquez AR, Cosano Prieto I, Espinosa Almendro JM, Torró García-Morato C, Llamas Martínez MV et al. Protocolo de intervención sanitaria en casos de Maltrato Infantil. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2014.
- (18) Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García García E, Ruiz Díaz MA, Esteban Gómez J. Atención de Enfermería al Maltrato Infantil [monografía en Internet]. Madrid: Instituto

Madrialeño del Menor y la Familia; 2002 [acceso 03 septiembre 2018]. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM007092.pdf>

(19) Ledesma Benítez I, Garrido Redondo M, Sánchez González B, Vázquez Fernández ME, Fuentes Acebes MC, Furtos Pérez ML et al. Protocolo sanitario de actuación ante la sospecha de maltrato intrafamiliar en la infancia y la adolescencia. Valladolid: Gerencia Regional de Salud; 2016.

(20) Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud [Sede Web]*. Zaragoza: Comité científico de GuiaSalud; 2015 [acceso 03 septiembre 2018]. Guías de práctica clínica [2 pantallas]. Disponible en: <http://portal.guiasalud.es/web/guest/guias-practica-clinica>

(21) Fisterra [Sede Web]*. Ámsterdam: Elsevier; 2017 [acceso 03 septiembre 2018] ¿Qué son las Guías de práctica clínica? [10 pantallas] Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/que-son-para-que-sirven-gpc/>.

(22) Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud [Sede Web]*. Zaragoza: Comité científico de GuiaSalud; 2015 [acceso 03 septiembre 2018]. Otros productos basados en la evidencia (OPBE) [1 pantalla]. Disponible en: <http://portal.guiasalud.es/web/guest/definiciones-tipologia-opbe>

(23) Consorcio AGREE. Instrumento AGREE II: instrumento para la evaluación de guías de práctica clínica. Canadá: AGREE Trust; 2009.

(24) Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud [Sede Web]*. Zaragoza: Comité científico de GuiaSalud; 2015 [acceso 03 septiembre 2018]. ¿Cómo evaluar la calidad de una GPC? [1 pantalla]. Disponible en: http://portal.guiasalud.es/web/guest/faq;jsessionid=56951ab58e5c50aca0b778a26371?p_p_id=EXT_8_INSTANCE_bxY6&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-3&p_p_col_pos=6&p_p_col_count=8&EXT_8_INSTANCE_bxY6_struts_action=%2Fext%2Fpredisenyada%2Fvista_Previa&EXT_8_INSTANCE_bxY6_contenidoId=15270&EXT_8_INSTANCE_bxY6_version=1.8

- (25) Guía para la detección y notificación del maltrato infantil. Actuaciones ante el maltrato desde el ámbito Sanitario. Palma de Mallorca: Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració. Direcció General d'Menor i Família; 2010.
- (26) Flaherty EG, Stirling J Jr. American Academy of Pediatrics. Committee on Child Abuse and Neglect. Clinical report—the pediatrician's role in child maltreatment prevention. *Pediatrics*. 2010;126(4):833–84.
- (27) Moyer VA. U.S. Preventive Services Task Force. Primary care interventions to prevent child maltreatment: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2013;159(4):289-295.
- (28) Crawford-Jakubiak JE, Alderman EM, Leventhal JM. AAP Committee on child abuse and neglect. AAP Committee on adolescence. Care of the Adolescent After an Acute Sexual Assault. *Pediatrics*. 2017;139(3):e20164243
- (29) Atorga A, Barudy J, Boza CR, Cáceres A, Caprile MA, Espergue L et al. Guía Clínica: Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años víctimas de abuso sexual. Santiago de Chile: Ministerio Salud de Chile. UNICEF; 2011
- (30) Bush K. Joint Position Statement: Care of Prepubescent Pediatric Sexual Abuse Patients in the Emergency Care Setting. *J FORENSIC NURS*. 2017; 3(3): 150-153.
- (31) Acharya PN, Gill DS. The physical signs of child sexual abuse: an evidence-based review and guidance for best practice. 2ª ed. Reino Unido: Royal College of Paediatrics and Child Health; 2015.
- (32) Balza Iglesias R, Echevarría Saiz A, López Cano M, Medel Toleano E, Rodríguez Campos C, Santos Sainz JF et al. Detección y notificación de situaciones de desprotección infantil desde el sistema sanitario. Santander: Gobierno de Cantabria. Dirección General de Políticas Sociales; 2010.
- (33) Silva Gallinato C. Guía clínica: Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares y cuidadores. Santiago de Chile: Gobierno de Chile. UNICEF; 2013.

- (34) Forbes BJ, Rubin SE, Margolin E, Levin AV. Evaluation and management of retinal hemorrhages in infants with and without abusive head trauma. *J AAPOS*. 2010; 14 (3): 267-273
- (35) Guía para a detección do maltrato infantil. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia. Consellería de Traballo e Benestar; 2010.
- (36) Guzzo Álvares AC, Cabral AC, Vieira da Silva CJ, Castro dos Reis D, Pereira da Fonseca ES, Soares Ruffeil I et al. Protocolo de atención integral a criança e adolescentes vítimas de violência: uma abordagem interdisciplinar na saúde. Paraná: UNICEF; 2010.
- (37) Wootton-Gorges SL, Soares BP, Alazraki AL, Anupindi SA, Blount JP, Booth TN et al. ACR Appropriateness Criteria((R)) Suspected Physical Abuse-Child. *J Am Coll Radiol*. 2017; 14(5): S338-S349.
- (38) Dean E. Child abuse and neglect. Reino Unido: NICE; 2017.
- (39) Dolan CM, Raber MS. Responding to child sexual abuse disclosure. *Nurse Pract*. 2017; 42(12): 18-26
- (40) National Institute for Clinical Excellence. The guidelines manual [Internet]. London: NICE; 2004 [actualizada en abril de 2007; consultada 10 de julio de 2018]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/download.aspx?o=422956>.
- (41) Grupo de trabajo sobre GPC. Actualización de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Zaragoza: Plan Nacional para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la salud I+CS; 2009.
- (42) Anderst JD, Carpenter SL, Abshire TC. Section on Hematology/Oncology and Committee on Child Abuse and Neglect of the American Academy of Pediatrics. Evaluation for bleeding disorders in suspected child abuse. *Pediatrics*. 2013; 131(4): e1314-22. Epub 2013 Mar 25
- (43) Flaherty EG, Perez-Rossello JM, Levine MA, Henrikus WL. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Evaluating children with fractures for child physical abuse. *Pediatrics*. 2014; 133(2): e477-89. Epub 2014 Jan 27

- (44) Wood JN, Fakeye O, Feudtner C, Mondestin V, Localio R, Rubin DM. Development of guidelines for skeletal survey in young children with fractures. *Pediatrics*. 2014; 134(1): 45-53.
- (45) Wood JN, Fakeye O, Mondestin V, Rubin DM, Localio R, Feudtner C. Development of hospital-based guidelines for skeletal survey in young children with bruises. *Pediatrics*. 2015; 135(2): e312-320.
- (46) American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs. Guideline on Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. *Pediatr Dent*. 2016; 38(6): 177-180.
- (47) Delgado Álvarez I, Barber Martínez de la Torre I, Vázquez Méndez E. El papel del radiólogo ante el niño maltratado. Protocolo de imagen y diagnóstico diferencial. *Radiología*. 2016; 58(2): 119-28.
- (48) Observatorio de la infancia. Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
- (49) Watts P. Child maltreatment guideline working party of Royal College of Ophthalmologists UK. Abusive head trauma and the eye in infancy. *Eye (Lond)*. 2013; 27: 1227-1229. Epub 2013 Aug 30.
- (50) Do Carmo de Souza E. Protocolo de atendimento as pessoas em situação de violência interpessoal provocada. Londrina: Secretaria Municipal de Saúde; 2016.
- (51) Ward MG, Ornstein A, Niec A, Murray CL. Canadian Paediatric Society, Child and Youth Maltreatment Section. The medical assessment of bruising in suspected child maltreatment cases: A clinical perspective. *Paediatr Child Health*. 2013; 18(8): 433-437.
- (52) Adams JA. Guidelines for medical care of children evaluated for suspected sexual abuse: an update for 2008. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2008; 20(5): 435-441.
- (53) Laurent-Vannier A, Nathanson M, Quiriau F, Briand-Huchet E, Cook J, Billette de Villemeur T et al. A public hearing "Shaken baby syndrome: guidelines on establishing a robust diagnosis and the procedures to be adopted by healthcare and social services staff".

Guidelines issued by the Hearing Commission. *Ann Phys Rehabil Med.* 2011; 54 (9-10): 600-625. Epub 2011 Nov 4.

(54) Magalhães T, Ribeiro CS, Jardim P, Vieira DN. Procedimentos forenses no âmbito da recolha de informação, exame físico e colheita de vestígios em crianças e jovens vítimas de abuso físico e/ou sexual. *Acta Med Port.* 2011; 24: 339-48.

(55) Gimeno Díaz de Aturi Á, Malmierca Sánchez F, Pellegrini Belinchón J, Sánchez Granados JM, Fernandez de Miguel S, Expósito Casas MJ et al. Protocolo de actuación ante el maltrato infantil y situaciones de riesgo en el ámbito sanitario en la provincia de Salamanca. *Bol pediatr.* 2009; 49 (208): 127-135.

(56) Plasència Taradach A, Prats Coll R, Colet Llansana A, Calvo València E. Protocol d'actuació clínicoassistencial de maltractaments aguts a la infància. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2008.

(57) Comisión de violencia intrafamiliar y de género. Guía de atención a la violencia intrafamiliar y de género. Barcelona: Comisión de Violencia Intrafamiliar y de Género Hospital Clínic de Barcelona; 2008.

(58) AEPNYA. Maltrato infantil. En: De la Fuente JE, Herreros O, coordinador. Protocolos de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente. A Coruña: AEPNYA; 2008. 196-205

ANEXOS

Anexo 1: Estrategia de búsqueda empleada

Con el fin de localizar la información científica disponible se llevó a cabo una búsqueda en las principales bases de datos entre marzo y abril del 2018.

– PUBMED:

- Estrategia de búsqueda: "Child Abuse" [Mesh] OR "Child abuse" [Title] OR "Child Maltreatment" [Title] OR "Child Maltreatment" [Mesh] OR "Child Mistreatment" [Title] OR "Child Mistreatment" [Mesh] OR "Child abuse, sexual" [Mesh] OR "Child abuse, sexual" [Title] OR "Child Neglect" [Mesh] OR "Child Neglect" [Title]
- Filtros: Consensus Development Conference, Consensus Development Conference NIH, Guideline, Practice Guideline, published in the last 10 years.
- RESULTADOS: 22

– CINAHL:

- Estrategia de búsqueda: (MH "Child Abuse") OR (MH "Child abuse, sexual") OR (MH "Child neglect") OR (MH "Child maltreatment") OR (MH "Child mistreatment")
- Filtros: Excluidos registros MEDLINE, tipo de publicaciones incluidas: Practice Guidelines, Protocol.
- RESULTADOS: 5

– TRIPDATABASE:

- Estrategia de búsqueda:
 - "Child abuse" from:2012
 - RESULTADOS: 34
 - "Child maltreatment" from:2012
 - RESULTADOS: 37
 - "Child mistreatment" from: 2012
 - RESULTADOS: 0
 - "Child sexual abuse" from: 2012
 - RESULTADOS: 3
 - "Child neglect" from:2012
 - RESULTADOS: 4

- Filtros: Guidelines, since 2012.

– **BIBLIOTECA VIRTUAL DE SALUD:**

- (tw:("Child abuse")) OR (tw:("Child maltreatment")) OR (tw:("Child mistreatment")) OR (tw:("Child sexual abuse")) OR (tw:("Child neglect"))
- Filtros: Tipo de estudio: Guía Práctica Clínica; año: 2008-2018.
- RESULTADOS: 29

– **GOOGLE**

- Alltitle: Protocolo maltrato infantil ámbito sanitario.
- Alltitle: Guía práctica clínica maltrato infantil ámbito sanitario.
- RESULTADOS: 36

Anexo 2: Selección de GPC y protocolos.

ARTICULO	TÍTULO	RESUMEN	TEXTO COMPLETO
Adams JA. Guidelines for medical care of children evaluated for suspected sexual abuse: an update for 2008. Curr Opin Obstet Gynecol. 2008; 20(5): 435-441.⁵²	✓	✓	✓
Saperia J, Lakhanpaul M, Kemp A, Glaser D, Guideline Development Group and Technical Team. When to suspect child maltreatment: summary of NICE guidance. BMJ 2009 22;339:b2689.	✓	✓	x Obtuvimos su actualización.
Wootton-Gorges SL, Soares BP, Alazraki AL, Anupindi SA, Blount JP, Booth TN et al. ACR Appropriateness Criteria((R)) Suspected Physical Abuse-Child. J Am Coll Radiol. 2017; 14(5): S338-S349.³⁷	✓	✓	✓
American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs. Guideline on Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. Pediatr Dent. 2016; 38(6): 177-180.⁴⁶	✓	✓	✓
Wood JN, Fakeye O, Mondestin V, Rubin DM, Localio R, Feudtner C. Development of hospital-based guidelines for skeletal survey in young children with bruises.	✓	✓	✓

Pediatrics. 2015; 135(2): e312-320.⁴⁵			
Watts P. Child maltreatment guideline working party of Royal College of Ophthalmologists UK. Abusive head trauma and the eye in infancy. Eye (Lond). 2013; 27: 1227-1229. Epub 2013 Aug 30. ⁴⁹	✓	✓	✓
Flaherty EG, Perez-Rossello JM, Levine MA, Hennrikus WL. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Evaluating children with fractures for child physical abuse. Pediatrics. 2014; 133(2): e477-89. Epub 2014 Jan 27⁴³	✓	✓	✓
Moyer VA. U.S. Preventive Services Task Force. Primary care interventions to prevent child maltreatment: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med. 2013;159(4):289-295. ²⁷	✓	✓	✓
Anderst JD, Carpenter SL, Abshire TC. Section on Hematology/Oncology and Committee on Child Abuse and Neglect of the American Academy of Pediatrics. Evaluation for bleeding disorders in suspected child abuse. Pediatrics. 2013; 131(4): e1314-22. Epub 2013 Mar 25.⁴²	✓	✓	✓

<p>Wathen CN, MacGregor JC, Hammerton J, Coben JH, Herrman H, Stewart DE, et al. Priorities for research in child maltreatment, intimate partner violence and resilience to violence exposures: results of an international Delphi consensus development process. BMC Public Health 2012;12:684.</p>	✓	x	
<p>Laurent-Vannier A, Nathanson M, Quiriau F, Briand-Huchet E, Cook J, Billette de Villemeur T et al. A public hearing "Shaken baby syndrome: guidelines on establishing a robust diagnosis and the procedures to be adopted by healthcare and social services staff". Guidelines issued by the Hearing Commission. Ann Phys Rehabil Med. 2011; 54 (9-10): 600-625. Epub 2011 Nov 4.⁵³</p>	✓	✓	✓
<p>National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. When to suspect child maltreatment. : Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2009.</p>	✓	✓	x No documento más actual. Obtuvimos su actualización
<p>Flaherty EG, Stirling J Jr. American Academy of Pediatrics. Committee on Child Abuse and Neglect. Clinical report—the pediatrician's role in child maltreatment prevention. Pediatrics. 2010;126(4):833–84.²⁶</p>	✓	✓	✓

Forbes BJ, Rubin SE, Margolin E, Levin AV. Evaluation and management of retinal hemorrhages in infants with and without abusive head trauma. J AAPOS. 2010; 14 (3): 267-273 ³⁴	✓	✓	✓
Rogstad K, Thomas A, Williams O, Forster G, Munday P, Robinson A, et al. UK National Guideline on the Management of Sexually Transmitted Infections and Related Conditions in Children and Young People (2009). Int J STD AIDS 2010 Apr;21(4):229-241.	x		
De Wulf I, l'Oganization Mondiale del la Sante. Recommendations for emergency contraception use. J Pharm Belg 2009 ;(3)(3):69-74.	x		
Romanelli LH, Hoagwood KE, Kaplan SJ, Kemp SP, Hartman RL, Trupin C, et al. Best practices for mental health in child welfare: parent support and youth empowerment guidelines. Child Welfare 2009;88(1):189-212.	x		
Weise KL, Okun AL, Carter BS, Christian CW. Guidance on Forgoing Life-Sustaining Medical Treatment. Pediatrics 2017;140(3).	x		
Crawford-Jakubiak JE, Alderman EM, Leventhal JM. AAP Committee on child abuse and neglect. AAP Committee on adolescence. Care of the Adolescent After an Acute	✓	✓	✓

Sexual Assault. Pediatrics. 2017;139(3):e20164243.²⁸			
Chen W, Li J, Zhang YZ. Interpretation of American Academy of Orthopaedic Surgeons Clinical Practice Guideline on the Treatment of Pediatric Diaphyseal Femur Fractures]. Chung Hua Wai Ko Tsa Chih 2017;55(1):44-48.	x		
Mebarak MR, Castro Annicchiarico G, Fontalvo Castillo L, Quiroz Molinares N. Análisis de las pautas de crianza y los tipos de autoridad, y su relación con el surgimiento de conductas criminales: una revisión teórica. Rev crim 2016;58(3):61-70.	x		
Delgado Álvarez I, Barber Martínez de la Torre I, Vázquez Méndez E. El papel del radiólogo ante el niño maltratado. Protocolo de imagen y diagnóstico diferencial. Radiología. 2016; 58(2): 119-28.⁴⁷	✓	✓	✓
Ruiz Tejedor MP, Andreu Rodríguez JM, Peña Fernández ME. Análisis preliminar de la estructura y consistencia interna de un protocolo clínico-pericial para la identificación de falsas alegaciones de abuso sexual infantil. Int j psychol psychol ther 2016;16(1):73-82.	✓	x	

Do Carmo de Souza E. Protocolo de atendimento as pessoas em situação de violência interpessoal provocada. Londrina: Secretaria Municipal de Saúde; 2016 ⁵⁰	✓	✓	✓
Wood JN, Fakeye O, Feudtner C, Mondestin V, Localio R, Rubin DM. Development of guidelines for skeletal survey in young children with fractures. Pediatrics. 2014; 134(1): 45-53. ⁴⁴	✓	✓	✓
Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, Fernández Alonso M, del Carmen, García Campayo J, Montón Franco C, et al. Recomendaciones para la prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Aten Primaria 2014;46:59-74.	x		
Magalhães T, Ribeiro CS, Jardim P, Vieira DN. Procedimentos forenses no âmbito da recolha de informação, exame físico e colheita de vestígios em crianças e jovens vítimas de abuso físico e/ou sexual. Acta Med Port. 2011; 24: 339-48 ⁵⁴	✓	✓	✓
Sauaia, Artenira da Silva e Silva, Arruda, Maurilene de Andrade L Bacelar de, Melo JWF. Seguimento psicológico para agressores domésticos de crianças: protocolo de atendimento psicoterápico	x		

breve. Rev bras med fam comunidade 2011;6(21):264-270.			
Atorga A, Barudy J, Boza CR, Cáceres A, Caprile MA, Espergue L et al. Guía Clínica: Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años víctimas de abuso sexual. Santiago de Chile: Ministerio Salud de Chile. UNICEF; 2011 ²⁹	✓	✓	✓
Meyer JS, Gunderman R, Coley BD, Bulas D, Garber M, Karmazyn B, et al. ACR Appropriateness Criteria(®) on suspected physical abuse-child. J Am Coll Radiol 2011;8(2):87-94.	✓	✓	x No documento más actual. Obtuvimos su actualizamos.
American Academy of Pediatrics. Policy statement--child fatality review. Pediatrics 2010;126(3):592-6.	✓	✓	x
Rogstad K, Thomas A, Williams O, Forster G, Munday P, Robinson A, et al. UK National Guideline on the Management of Sexually Transmitted Infections and Related Conditions in Children and Young People; 2009.	✓	x	x
Guzzo Álvares AC, Cabral AC, Vieira da Silva CJ, Castro dos Reis D, Pereira da Fonseca ES, Soares Ruffeil I et al. Protocolo de atenção integral a criança e adolescentes vítimas de violência: uma	✓	✓	✓

abordagem interdisciplinar na saúde. Paraná: UNICEF; 2010. ³⁶			
Gimeno Díaz de Aturi Á, Malmierca Sánchez F, Pellegrini Belinchón J, Sánchez Granados JM, Fernandez de Miguel S, Expósito Casas MJ et al. Protocolo de actuación ante el maltrato infantil y situaciones de riesgo en el ámbito sanitario en la provincia de Salamanca. Bol pediatr. 2009; 49: 127-135. ⁵⁵	✓	✓	✓
Dean E. Child abuse and neglect. Reino Unido: NICE; 2017. ³⁸	✓	✓	✓
Rowan-Legg A. Caring for children and youth from Canadian military families: Special considerations. Paediat child health 2017 May 1,;22(2):e6.	x		
Charach A, Bélanger SA, McLennan JD, Nixon MK. Screening for disruptive behaviour problems in preschool children in primary health care settings. Paediat Child Health 2017 Nov 27,;22(8):478-484.	x		
Yanchar NL, Warda LJ, Fuselli P. Child and youth injury prevention: A public health approach. Paediat child health 2012 ;17(9):511.	✓	x	
Catherine A Farrell. Management of the paediatric patient with acute head trauma. Paediat child health 2013 May 1,;18(5):1.	✓	x	

<p>The Canadian Paediatric Society gives permission to print single copies of this document. Sexually transmitted infections in adolescents: Maximizing opportunities for optimal care</p>	x						
<p>Ward MG, Ornstein A, Niec A, Murray CL. Canadian Paediatric Society, Child and Youth Maltreatment Section. The medical assessment of bruising in suspected child maltreatment cases: A clinical perspective. Paediatr Child Health. 2013; 18(8): 433-437.⁵¹</p>	✓	✓	✓	✓			
<p>Ornstein A, Bowes M, Shouldice M, Yanchar NL. The importance of child and youth death review. Paediatr child health 2013 Oct;18(8):425.</p>	✓	✓	✓	x			
<p>Special considerations for the health supervision of children and youth in foster care. Paediatr child health 2008 ;13(2):129.</p>	x						
<p>Nieman P, Leblanc CM. Psychosocial aspects of child and adolescent obesity. Paediatr child health 2012;17(4):205.</p>	x						
<p>Vedia Izzet, Robert Shorrock. Screening for intimate partner violence and abuse of elderly and vulnerable adults: U.S Preventive</p>	x						

Service recommendation	Task	Force statement.	
Greece Rome 2014 ;61(2):311.			
Robert Witcher.	Guideline	Summary: Preventive male sexual and reproductive health care: recommendations for clinical practice.	x
Antiquity 2014;88(342):1359.			
Izzet V, Shorrock R.	Guideline	summary: Providing quality family planning services: recommendations of CDC and the U.S Office of Population Affair.	x
Greece Rome 2015 Apr;62(1):123-18.			
Elliott AS.	Meeting the health care needs of street-involved youth.	Paediat child health 2013; 18(6):317.	x
Jefferies AL.	Going home: Facilitating discharge of the preterm infant.	Paediat child health 2014 ;19(1):31.	x
Vedia Izzet, Robert Shorrock.	Hospital-based violence intervention programs targeting adult populations: an Eastern Association for the Surgery of Trauma evidence-based review.	Greece Rome. 2015;62(1):123.	x
Greig AA, Constantin E, LeBlanc CM, Riverin B, Li PT, Cummings C.	An update to the Greig Health		x

Record: Executive summary. Paediat child health. 2016 21(5):265			
Thompson G. Meeting the needs of adolescent parents and their children. Paediat child health. 2016 ;21(5):273.		x	
Shorrock R. Guideline Summary: Gastro-oesophageal reflux disease: recognition, diagnosis and management in children and young people.eral. Greece Rome 2017 ;64(1):98.		x	
Petrovic I. Eating disorders: recognition and treatment. Greece Rome 2017;64(1):93.		x	
Guideline Summary: Depression in children and young people: identification and management in primary, community and secondary care. Eur J Heart Faile 2017 y;19:58-67.		x	
Tieder JS, Bonkowsky JL, Etzel RA, Franklin WH, Gremse DA, Herman B, et al. Brief Resolved Unexplained Events (Formerly Apparent Life-Threatening Events) and Evaluation of Lower-Risk Infants. Pediatrics 2016;137(5):e32.		✓	x
Allen K, Ho SS. Gastro- oesophageal reflux in children: What's the worry? AustrFamily Physi 2012;41(5):268-272.		x	

Committee Opinion Sexual Assault&nbsp; Obstetrics & Gynecology 2016 Dec;128(6):e268.	✓	✓	x
Dolan CM, Raber MS. Responding to child sexual abuse disclosure. Nurse Pract 2017;42(12):18-27.³⁹	✓	✓	✓
Bush K. Joint Position Statement: Care of Prepubescent Pediatric Sexual Abuse Patients in the Emergency Care Setting. J FORENSIC NURS 2017 Jul;13(3):150-152.³⁰	✓	✓	✓
Acharya PN, Gill DS. The physical signs of child sexual abuse: an evidence-based review and guidance for best practice. 2^a ed. Reino Unido: Royal College of Paediatrics and Child Health; 2015³¹	✓	✓	✓
Tieder JS, Bonkowsky JL, Etzel RA, Franklin WH, Gremse DA, Herman B, et al. Brief Resolved Unexplained Events (Formerly Apparent Life-Threatening Events) and Evaluation of Lower-Risk Infants. Pediatrics. 2016;137(5):e32.	✓	x	
Dodd M, George C. Health professionals' experiences with older adults affected by the trauma of their childhood sexual abuse: a systematic review of text and expert opinion. JBI Library of Systematic Reviews. 2011;9:1-21.	x		

Cumulative harm practice guide. developing pract 2014(38):84.	✓	x	
Salmerón Giménez J, Pérez Hernández F, Castellanos Sanz B, Gea Serrano A. Maltrato infantil. Protocolos de actuación. 2ª ed. Región de Murcia: Dirección General de Familia y Menor. Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración; 2009⁴	✓	✓	✓
Observatorio de la infancia. Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.⁴⁸	✓	✓	✓
Plasència Taradach A, Prats Coll R, Colet Llansana A, Calvo València E. Protocol d'actuació clínicoassistencial de maltractaments aguts a la infància. 2ª ed. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2008.⁵⁶	✓	✓	✓
Gancedo Barande A. coordinador. Aproximación al manejo del maltrato infantil en la urgencia. Madrid: Sociedad Española de Urgencias Pediatría; 2015¹⁶	✓	✓	✓
Ledesme Benítez I, Garrido Redondo M, Sánchez González B, Vázquez Fernández ME, Fuentes Acebes MC, Furtos Pérez ML et al. Protocolo sanitario de actuación ante la sospecha de maltrato	✓	✓	✓

<p>intrafamiliar en la infancia y la adolescencia. Valladolid: Gerencia Regional de Salud; 2016¹⁹</p>			
<p>Guía para a detección do maltrato infantil. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia. Consellería de Traballo e Benestar; 2010.³⁵</p>	✓	✓	✓
<p>Guía para la detección y notificación del maltrato infantil. Actuaciones ante el maltrato desde el ámbito Sanitario. Palma de Mallorca: Govern de Illes Balears. Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració. Direcció General d'Menor i Família; 2010.²⁵</p>	✓	✓	✓
<p>Gil Arrones J, Sánchez Vázquez AR, Cosano Prieto I, Espinosa Almendro JM, Torró García-Morato C, Llamas Martínez MV et al. Protocolo de intervención sanitaria en casos de Maltrato Infantil. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2014.¹⁷</p>	✓	✓	✓
<p>Balza Iglesias R, Echevarría Saiz A, López Cano M, Medel Toleano E, Rodríguez Campos C, Santos Sainz JF et al. Detección y notificación de situaciones de desprotección infantil desde el sistema sanitario. Santander: Gobierno de Cantabria. Dirección</p>	✓	✓	✓

General de Políticas Sociales; 2010.³²			
Comisión de violencia intrafamiliar y de género. Guía de atención a la violencia intrafamiliar y de género. Barcelona: Comisión de Violencia Intrafamiliar y de Género Hospital Clínic de Barcelona; 2008.⁵⁷	✓	✓	✓
AEPNYA. Maltrato infantil. En: De la Fuente JE, Herreros O. Protocolos de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente. La Coruña: AEPNYA; 2008. 196-205⁵⁸	✓	✓	✓
Silva Gallinato C. Guía clínica: Detección y primeras respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares y cuidadores. Santiago de Chile: Gobierno de Chile. UNICEF; 2013.³³	✓	✓	✓
Observatorio de la infancia. Save the Children (coor). Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2008.	✓	✓	x Localizado documento más actual
Suares Ramos A (coor). Protocolo andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2015	x		

Soriano Faura, FJ. Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria de la salud. PrevInfad; 2015	✓	✓	x No se trata de una GPC o Protocolo
Fernández Alonso MC, Salvador Sánchez L (coordinador). Guía clínica de actuación sanitaria ante la Violencia de Género. Castilla y León: Junta de Castilla y León; 2017.	✓	✓	x
Protocolo local para la detección y notificación de las situaciones de desprotección y/o maltrato infantil. Alcobendas.	✓	✓	x Enfocado a la actuación desde el ámbito de los Servicios Sociales.
Equipo de trabajo de la subdirección de protección a la infancia y tutela de Zaragoza. Protocolo para la intervención familiar. Aragón: Gobierno de Aragón, Departamento de Ciudadanía y Servicios Sociales; 2016	✓	✓	x Enfocado a la actuación desde el ámbito de los Servicios Sociales.
Aller Floreancig T (coordinador). Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar.;2014	✓	✓	x Enfocado al ámbito de actuación desde el ámbito educativo.
Protocolo de intervención educativa ante posible riesgo y/o sospecha de maltrato infantil en el entorno familiar. Castila y León:	x		Enfocado al ámbito de actuación desde

Dirección General de Innovación y Equidad Educativa; 2017	el ámbito educativo y en fase experimental.		
Aller Floreancing T, Jaén Rincón P, Gómez Pérez E, Arruabarrena Terán R, Franco Candel S. Detección y notificación de casos de maltrato infantil. Guía para la ciudadanía. Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil; 2011	x		Enfocado a la actuación por parte de la población.
Protocolo de buenas prácticas en la coordinación entre entidades locales con menores en situación de riesgo. Comunidad Valenciana; Generalitat valenciana. Consejería de bienestar social; 2015.	✓	✓	x Documento no enfocado en la actuación en el ámbito sanitario
Maltrato infantil: Protocolos de actuación. 2ª ed. Región de Murcia: Consejería de política social, mujer e inmigración. Dirección general de familia y menor; 2008	✓	✓	x No incluido por enfoque más general y localización del protocolo enfocado a la actuación exclusivamente desde el ámbito sanitario
Intevi I. Intervención en casos de maltrato infantil. Cantabria: Gobierno de Cantabria. Consejería de Empleo y bienestar Social. Dirección General de Políticas Sociales; 2009	✓	✓	x Documento enfocado en la actuación en el ámbito de los servicios sociales

<p>Guía 1: Detección y notificación ante situaciones de desamparo y de riesgo en la infancia. Castilla y León; Junta de Castilla y León. Consejería de asuntos sociales; 2008</p>	✓	✓	<p style="text-align: center;">*</p> <p>Documento enfocado en la actuación en el ámbito de los servicios sociales</p>
<p>Guía 2: Detección y notificación ante situaciones de desamparo y de riesgo en la infancia. Castilla y León; Junta de Castilla y León. Consejería de asuntos sociales; 2008</p>	✓	✓	<p style="text-align: center;">*</p> <p>Documento enfocado en la actuación en el ámbito de los servicios sociales</p>
<p>De Miguel Uceda E, Baonza Santos GM, García Perea ME. (coordinador). Situaciones de maltrato infantil en Castilla-La Mancha. Manual de procedimientos y protocolos de actuación. Castilla-La Mancha; Consejería de salud y bienestar social de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha; 2010.</p>	✓	✓	<p style="text-align: center;">*</p> <p>Documento enfocado en la actuación en el ámbito de los servicios sociales</p>
<p>De Miguel Uceda E, García Perea ME. (coordinador). Situaciones de riesgo para los menores en Castilla- La Mancha. Manual de procedimiento y protocolo de actuación. Castilla-La Mancha: Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha; 2010</p>	✓	✓	<p style="text-align: center;">*</p> <p>Documento enfocado en la actuación en el ámbito de los servicios sociales</p>
<p>Protocol marc d'actuacions contra el maltractament a infants i</p>	✓	✓	<p style="text-align: center;">*</p>

<p>adolescents de Catalunya. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència; 2017</p>			<p>Documento no enfocado en la actuación en el ámbito sanitario.</p>
<p>Protocolo local para la detección y notificación de las situaciones de desprotección y/o maltrato infantil. Alcobendas; 2015.</p>	✓	✓	<p>x Documento no enfocado en la actuación en el ámbito sanitario.</p>
<p>Equipo de trabajo de la subdirección de protección a la infancia y tutela de Zaragoza. Protocolo de actuación para la intervención familiar. Zaragoza: Departamento de ciudadanía y servicios sociales; 2016</p>	✓	✓	<p>x Documento no enfocado en la actuación en el ámbito sanitario.</p>
<p>Observatorio de la infancia. Save the Children (coor). Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2008.</p>	✓	✓	<p>x Localizado documento más actual</p>
<p>Suares Ramos A (coor). Protocolo andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2015</p>	x		
<p>Soriano Faura, FJ. Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito</p>	✓	✓	<p>x No se trata de una GPC o Protocolo</p>

de la atención primaria de la salud. PrevInfad; 2015			
Fernández Alonso MC, Salvador Sánchez L (coordinador). Guía clínica de actuación sanitaria ante la Violencia de Género. Castilla y León: Junta de Castilla y León; 2017.	✓	✓	x
Protocolo local para la detección y notificación de las situaciones de desprotección y/o maltrato infantil. Alcobendas.	✓	✓	x Enfocado a la actuación desde el ámbito de los Servicios Sociales.
Equipo de trabajo de la subdirección de protección a la infancia y tutela de Zaragoza. Protocolo para la intervención familiar. Aragón: Gobierno de Aragón, Departamento de Ciudadanía y Servicios Sociales; 2016	✓	✓	x Enfocado a la actuación desde el ámbito de los Servicios Sociales.
Aller Floreancig T (coordinador). Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar.;2014	✓	✓	x Enfocado al ámbito de actuación desde el ámbito educativo.
Protocolo de intervención educativa ante posible riesgo y/o sospecha de maltrato infantil en el entorno familiar. Castila y León: Dirección General de Innovación y Equidad Educatvia; 2017	x		Enfocado al ámbito de actuación desde el ámbito educativo y en

	fase experimental.
Aller Floreancing T, Jaén Rincón P, Gómez Pérez E, Arruabarrena Terán R, Franco Candel S. Detección y notificación de casos de maltrato infantil. Guía para la ciudadanía. Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil; 2011	x Enfocado a la actuación por parte de la población.

Anexo 3. Tabla de variables de producción

ARTICULO	Año	Revista	País	Tipo de documento	Metodología en la elaboración
Wootton-Gorges SL ³⁷	2017	Revista	Estados Unidos	GPC	Basada en consenso
American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect ⁴⁶	2016	Revista	Estados Unidos	GPC	No especificado
Wood JN ⁴⁵	2015	Revista	Estados Unidos	GPC	Basada en consenso
Watts P ⁴⁹	2013	Revista	Reino Unido	GPC	Basada en la evidencia
Flaherty EG ⁴³	2014	Revista	Estados Unidos	GPC	Basada en la evidencia
Anderst JD ⁴²	2013	Revista	Estados Unidos	GPC	No especificado
Laurent-Vannier A ⁵³	2011	Revista	Francia	GPC	No especificado
Flaherty EG ²⁶	2010	Revista	Estados Unidos	GPC	No especificado
Forbes BJ ³⁴	2010	Revista	Estados Unidos	GPC	No especificado
Delgado Álvarez I ⁴⁷	2016	Revista	España	Protocolo	
Do Carmo de Souza E ⁵⁰	2016	Informe	Brasil	Protocolo	
Wood JN ⁴⁴	2014	Revista	Estados Unidos	GPC	Basada en consenso

Magalhães T ⁵⁴	2011	Revista	Portugal	GPC	No especificado
Gimeno Díaz Á ⁵⁵	2009	Revista	España	Protocolo	
Dean E ³⁸	2017	Informe	Reino Unido	GPC	Basada en consenso
Ward MG ⁵¹	2013	Revista	Canadá	GPC	Basada en la evidencia
Salmerón Giménez J ⁴	2009	Informe	España	GPC	No especificado
Moyer VA ²⁷	2013	Revista	Estados Unidos	GPC	Basada en la evidencia
Protocolo estatal ⁴⁸	2014	Informe	España (Estatal)	Protocolo	
Plasència Taradach A ⁵⁶	2008	Informe	España	Protocolo	
Gancedo Barande A ¹⁶	2014	Informe	España	GPC	No especificado
Ledesme Benítez I ¹⁹	2016	Informe	España	Protocolo	
Guía para la detección de maltrato infantil ³⁵	2010	Informe	España	GPC	No especificado
Guía para la detección y notificación del maltrato infantil. ²⁵	2010	Informe	España	GPC	No especificado
Gil Arrones J ¹⁷	2014	Informe	España	Protocolo	
Crawford-Jakubiak J ²⁸	2017	Revista	Estados Unidos	GPC	No especificado

Guzzo Acá³⁶	2010	Informe	Brasil	Protocolo	
Atorga A²⁹	2011	Informe	Chile	GPC	Basada en consenso
Adams JA⁵²	2008	Revista	Estados Unidos	GPC	No especificado
Dolan CM³⁹	2017	Revista	Estados Unidos	Protocolo	
Bush K³⁰	2017	Revista	Estados Unidos	GPC	No especificado
Balza Iglesias R³²	2010	Informe	España	GPC	No especificado
Comisión de violencia intrafamiliar y de género⁵⁷	2008	Informe	España	GPC	No especificado
AEPNYA⁵⁸	2008	Informe	España	Protocolo	
Acharya PN³¹	2015	Informe	Reino Unido	GPC	Basada en consenso
Silva Gallinato C³³	2013	Informe	Chile	GPC	Basado en la evidencia

Anexo 4. Herramienta AGREE II

Documento: **Guía para la detección y notificación del Maltrato Infantil Palma de Mallorca: Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració. Direcció General d'Menor i Família; 2010²⁵**

DOMINIO 1. Alcance y objetivos.

Ítem		Puntuación
Ítem 1	Los objetivos generales de la guía están específicamente descritos.	7
Ítem 2	Los aspectos de salud cubiertos por la guía están específicamente descritos.	7
Ítem 3	La población (pacientes, público, etc) a quienes se pretende aplicar esta guía están específicamente descritos.	5

Puntuación dominio 1: 88,8%

DOMINIO 2. Participación de los implicados.

Ítem		Puntuación
Ítem 4	El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	1
Ítem 5	Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes, público...)	1
Ítem 6	Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	7

Puntuación dominio 2: 33,3%

DOMINIO 3. Rigor en la elaboración.

Ítem		Puntuación
Ítem 7	Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	1
Ítem 8	Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad	1
Ítem 9	Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas	1
Ítem 10	Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	1
Ítem 11	Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	1
Ítem 12	Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	1
Ítem 13	La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.	1
Ítem 14	Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	1

Puntuación dominio 3: 0%

DOMINIO 4. Claridad de la presentación.

Ítem		Puntuación
Ítem 15	Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	7
Ítem 16	Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	7
Ítem 17	Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	7

Puntuación dominio 4: 100%

DOMINIO 5. Aplicabilidad.

Ítem		Puntuación
Ítem 18	La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación	5
Ítem 19	La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	7
Ítem 20	Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	1
Ítem 21	La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoria.	1

Puntuación dominio 5: 44%

DOMINIO 6. Independencia editorial.

Ítem		Puntuación
Ítem 22	Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.	1
Ítem 23	Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	1

Puntuación dominio 6: 0%

En esta GPC vemos un claro vacío en cuanto al rigor en la elaboración y la independencia editorial, pues no están especificados en el documento. Asimismo, la aplicabilidad de la guía no está muy estudiada. Al realizar una valoración global y subjetiva, recomendaría esta GPC pero con modificaciones. Pus consideramos necesario conocer las fuentes de información de las cuales se documentaron para proponer las directrices que plasman.

Documento: **Gancedo Barande A, coordinador. Aproximación al manejo del maltrato infantil en la urgencia. Madrid: Sociedad Española de Urgencias Pediatría; 2015.** ¹⁶

DOMINIO 1. Alcance y objetivos.

Ítem		Puntuación
Ítem 1	Los objetivos generales de la guía están específicamente descritos.	7
Ítem 2	Los aspectos de salud cubiertos por la guía están específicamente descritos.	7
Ítem 3	La población (pacientes, público, etc) a quienes se pretende aplicar esta guía están específicamente descritos.	7

Puntuación dominio 1: 100%

DOMINIO 2. Participación de los implicados

Ítem		Puntuación
Ítem 4	El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	1
Ítem 5	Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes, publico...)	1
Ítem 6	Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	7

Puntuación dominio 2: 33,3%

DOMINIO 3. Rigor en la elaboración.

Ítem		Puntuación
Ítem 7	Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	1
Ítem 8	Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad	1
Ítem 9	Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas	1
Ítem 10	Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	1
Ítem 11	Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	1
Ítem 12	Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	1
Ítem 13	La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.	1
Ítem 14	Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	1

Puntuación dominio 4: 0%

DOMINIO 4. Claridad de la presentación.

Ítem		Puntuación
Ítem 15	Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	7
Ítem 16	Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	7

Ítem 17	Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	7
---------	--	---

Puntuación dominio 4: 100%

DOMINIO 5. Aplicabilidad.

Ítem		Puntuación
Ítem 18	La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación	1
Ítem 19	La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	6
Ítem 20	Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	1
Ítem 21	La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	7

Puntuación dominio 5: 45,83%

DOMINIO 6. Independencia editorial.

Ítem		Puntuación
Ítem 22	Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.	7
Ítem 23	Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	7

Puntuación dominio 6: 100%

Al igual que en la guía anterior vemos un claro vacío en cuanto al rigor en la elaboración, pues no están especificado en el documento, y tanto la participación de los implicados como la aplicabilidad de dicha GPC obtiene puntuaciones bajas. Al realizar una valoración global y subjetiva de esta GPC la recomendaría, pero con modificaciones, pues considero

fundamental conocer como ha sido su elaboración para conocer la calidad de las recomendaciones que ofrecen.

Documento: **Flaherty EG, Stirling J Jr. American Academy of Pediatrics. Committee on Child Abuse and Neglect. Clinical report—the pediatrician’s role in child maltreatment prevention. Pediatrics. 2010;126(4):833–84.**²⁶

DOMINIO 1. Alcance y objetivos.

Ítem		Puntuación
Ítem 1	Los objetivos generales de la guía están específicamente descritos.	7
Ítem 2	Los aspectos de salud cubiertos por la guía están específicamente descritos.	7
Ítem 3	La población (pacientes, público, etc) a quienes se pretende aplicar esta guía están específicamente descritos.	1

Puntuación dominio 1: 66,6%

DOMINIO 2. Participación de los implicados.

Ítem		Puntuación
Ítem 4	El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	1
Ítem 5	Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes, público...)	1
Ítem 6	Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	7

Puntuación dominio 2: 33,3%

DOMINIO 3. Rigor en la elaboración.

Ítem		Puntuación
Ítem 7	Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	1
Ítem 8	Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad	1
Ítem 9	Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas	3
Ítem 10	Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	1
Ítem 11	Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	1
Ítem 12	Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	5
Ítem 13	La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.	7
Ítem 14	Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	1

Puntuación dominio 3: 14,58%

DOMINIO 4. Claridad de la presentación.

Ítem		Puntuación
Ítem 15	Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	7
Ítem 16	Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	7

Ítem 17	Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	7
---------	--	---

Puntuación dominio 4: 100%

DOMINIO 5. Aplicabilidad.

Ítem		Puntuación
Ítem 18	La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación	1
Ítem 19	La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	7
Ítem 20	Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	1
Ítem 21	La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	1

Puntuación dominio 5: 25%

DOMINIO 6. Independencia editorial.

Ítem		Puntuación
Ítem 22	Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.	7
Ítem 23	Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	7

Puntuación dominio 6: 100%

Observamos una falta de rigor en la elaboración y en la aplicabilidad. Al realizar una valoración global y subjetiva de esta GPC sí la recomendaría, igualmente con modificaciones.

Documento: **Moyer VA. U.S. Preventive Services Task Force. Primary care interventions to prevent child maltreatment: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med. 2013;159(4):289-295.** ²⁷

DOMINIO 1. Alcance y objetivos.

Ítem		Puntuación
Ítem 1	Los objetivos generales de la guía están específicamente descritos.	7
Ítem 2	Los aspectos de salud cubiertos por la guía están específicamente descritos.	7
Ítem 3	La población (pacientes, público, etc) a quienes se pretende aplicar esta guía están específicamente descritos.	7

Puntuación dominio 1: 100%

DOMINIO 2. Participación de los implicados.

Ítem		Puntuación
Ítem 4	El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	5
Ítem 5	Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes, público...)	1
Ítem 6	Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	7

Puntuación dominio 2: 55,5%

DOMINIO 3. Rigor en la elaboración.

Ítem		Puntuación
------	--	------------

Ítem 7	Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	7
Ítem 8	Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad	7
Ítem 9	Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas	7
Ítem 10	Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	7
Ítem 11	Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	7
Ítem 12	Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	5
Ítem 13	La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.	1
Ítem 14	Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	1

Puntuación dominio 3: 70,83%

DOMINIO 4. Claridad de la presentación.

Ítem		Puntuación
Ítem 15	Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	7
Ítem 16	Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	7

Ítem 17	Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	5
---------	--	---

Puntuación dominio 4: 88,8 %

DOMINIO 5. Aplicabilidad.

Ítem		Puntuación
Ítem 18	La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación	7
Ítem 19	La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	5
Ítem 20	Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	1
Ítem 21	La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	1

Puntuación dominio 5: 44%

DOMINIO 6. Independencia editorial.

Ítem		Puntuación
Ítem 22	Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.	7
Ítem 23	Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	7

Puntuación dominio 6: 100%

Esta GPC ha obtenido una de las puntuaciones más altas de las analizadas. Al realizar una valoración global y subjetiva de esta GPC sí la recomendaría, sin necesidad de modificaciones, pues ha conseguido unos estándares básicos de calidad con una metodología rigurosa para su elaboración, que avala la calidad de las recomendaciones de la guía.

Documento: **Crawford-Jakubiak JE, Alderman EM, Leventhal JM. AAP Committee on child abuse and neglect. AAP Committee on adolescence. Care of the Adolescent After an Acute Sexual Assault. Pediatrics. 2017;139(3):e20164243²⁸**

DOMINIO 1. Alcance y objetivos.

Ítem		Puntuación
Ítem 1	Los objetivos generales de la guía están específicamente descritos.	5
Ítem 2	Los aspectos de salud cubiertos por la guía están específicamente descritos.	7
Ítem 3	La población (pacientes, público, etc) a quienes se pretende aplicar esta guía están específicamente descritos.	7

Puntuación dominio 1: 88,9%

DOMINIO 2. Participación de los implicados.

Ítem		Puntuación
Ítem 4	El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	1
Ítem 5	Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes, público...)	1
Ítem 6	Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	7

Puntuación dominio 2: 33,3%

DOMINIO 3. Rigor en la elaboración.

Ítem		Puntuación
------	--	------------

Ítem 7	Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	1
Ítem 8	Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad	1
Ítem 9	Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas	1
Ítem 10	Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	1
Ítem 11	Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	1
Ítem 12	Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	5
Ítem 13	La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.	7
Ítem 14	Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	7

Puntuación dominio 3: 18,75%

DOMINIO 4. Claridad de la presentación.

Ítem		Puntuación
Ítem 15	Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	7
Ítem 16	Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	7
Ítem 17	Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	7

Puntuación dominio 4: 100%

DOMINIO 5. Aplicabilidad.

Ítem		Puntuación
Ítem 18	La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación	1
Ítem 19	La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	7
Ítem 20	Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	1
Ítem 21	La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	1

Puntuación dominio 5: 25%

DOMINIO 6. Independencia editorial.

Ítem		Puntuación
Ítem 22	Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.	7
Ítem 23	Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	7

Puntuación dominio 6: 100%

No existe rigor en la elaboración. En cuanto a la aplicabilidad tampoco esta estudiada. Si realizamos una valoración global y subjetiva, sí la recomendaría, con necesidad de modificaciones.

Documento: **Atorga A, Barudy J, Boza CR, Cáceres A, Caprile MA, Espergue L et al. Guía Clínica: Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años víctimas de abuso sexual. Santiago de Chile: Ministerio Salud de Chile. UNICEF; 2011.**²⁹

DOMINIO 1. Alcance y objetivos.

Ítem		Puntuación
Ítem 1	Los objetivos generales de la guía están específicamente descritos.	7
Ítem 2	Los aspectos de salud cubiertos por la guía están específicamente descritos.	7
Ítem 3	La población (pacientes, público, etc) a quienes se pretende aplicar esta guía están específicamente descritos.	7

Puntuación dominio 1: 100%

DOMINIO 2. Participación de los implicados.

Ítem		Puntuación
Ítem 4	El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	7
Ítem 5	Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes, público...)	1
Ítem 6	Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	7

Puntuación dominio 2: 66,7%

DOMINIO 3. Rigor en la elaboración.

Ítem		Puntuación
------	--	------------

Ítem 7	Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	7
Ítem 8	Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad	7
Ítem 9	Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas	1
Ítem 10	Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	7
Ítem 11	Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	1
Ítem 12	Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	7
Ítem 13	La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.	7
Ítem 14	Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	5

Puntuación dominio 3: 70,8%

DOMINIO 4. Claridad de la presentación.

Ítem		Puntuación
Ítem 15	Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	7
Ítem 16	Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	7
Ítem 17	Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	7

Puntuación dominio 4: 100%

DOMINIO 5. Aplicabilidad.

Ítem		Puntuación
Ítem 18	La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación	1
Ítem 19	La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	7
Ítem 20	Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	1
Ítem 21	La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	1

Puntuación dominio 5: 25%

DOMINIO 6. Independencia editorial.

Ítem		Puntuación
Ítem 22	Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.	7
Ítem 23	Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	7

Puntuación dominio 6: 100%

Esta GPC obtiene una de las puntuaciones más alta de las GPC analizadas . Si realizamos una valoración global y subjetiva, sí la recomendaría, sin necesidad de modificaciones. Sus contenidos están adaptados a los objetivos marcados y ha logrado cumplir unos estándares básicos de calidad metodológica.

Documento: **Bush K. Joint Position Statement: Care of Prepubescent Pediatric Sexual Abuse Patients in the Emergency Care Setting. J FORENSIC NURS. 2017; 3(3): 150-153.**³⁰

DOMINIO 1. Alcance y objetivos.

Ítem		Puntuación
Ítem 1	Los objetivos generales de la guía están específicamente descritos.	1
Ítem 2	Los aspectos de salud cubiertos por la guía están específicamente descritos.	1
Ítem 3	La población (pacientes, público, etc) a quienes se pretende aplicar esta guía están específicamente descritos.	7

Puntuación dominio 1: 33,3%

DOMINIO 2. Participación de los implicados.

Ítem		Puntuación
Ítem 4	El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	3
Ítem 5	Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes, público...)	1
Ítem 6	Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	7

Puntuación dominio 2: 44,4%

DOMINIO 3. Rigor en la elaboración.

Ítem		Puntuación
------	--	------------

Ítem 7	Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	1
Ítem 8	Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad	1
Ítem 9	Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas	1
Ítem 10	Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	1
Ítem 11	Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	1
Ítem 12	Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	1
Ítem 13	La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.	7
Ítem 14	Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	1

Puntuación dominio 3: 12,5%

DOMINIO 4. Claridad de la presentación.

Ítem		Puntuación
Ítem 15	Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	5
Ítem 16	Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	5
Ítem 17	Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	7

Puntuación dominio 4: 77,8%

DOMINIO 5. Aplicabilidad.

Ítem		Puntuación
Ítem 18	La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación	3
Ítem 19	La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	1
Ítem 20	Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	1
Ítem 21	La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	1

Puntuación dominio 5: 8,33%

DOMINIO 6. Independencia editorial.

Ítem		Puntuación
Ítem 22	Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.	1
Ítem 23	Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	1

Puntuación dominio 6: 0%

Vemos un claro vacío en: rigor en la elaboración, aplicabilidad e independencia editorial, pues no están especificados en el documento. Al realizar una valoración global y subjetiva, no la recomendaría. Pues consideramos que existen demasiadas carencias en la rigurosidad de su metodología de elaboración.

Documento: **Salmerón Giménez J, Pérez Hernández F, Castellanos Sanz B, Gea Serrano A. Maltrato infantil Protocolos de actuación. Región de Murcia: Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración; 2009.**⁴

DOMINIO 1. Alcance y objetivos.

Ítem		Puntuación
Ítem 1	Los objetivos generales de la guía están específicamente descritos.	7
Ítem 2	Los aspectos de salud cubiertos por la guía están específicamente descritos.	7
Ítem 3	La población (pacientes, público, etc) a quienes se pretende aplicar esta guía están específicamente descritos.	5

Puntuación dominio 1: 88,9%

DOMINIO 2. Participación de los implicados.

Ítem		Puntuación
Ítem 4	El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	1
Ítem 5	Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes, público...)	1
Ítem 6	Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	7

Puntuación dominio 2: 33,3%

DOMINIO 3. Rigor en la elaboración.

Ítem		Puntuación
Ítem 7	Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	1
Ítem 8	Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad	1
Ítem 9	Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas	1
Ítem 10	Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	1
Ítem 11	Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	1
Ítem 12	Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	1
Ítem 13	La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.	1
Ítem 14	Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	1

Puntuación dominio 3: 0%

DOMINIO 4. Claridad de la presentación.

Ítem		Puntuación
Ítem 15	Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	7
Ítem 16	Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	7

Ítem 17	Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	7
---------	--	---

Puntuación dominio 4: 100%

DOMINIO 5. Aplicabilidad.

Ítem		Puntuación
Ítem 18	La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación	3
Ítem 19	La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	5
Ítem 20	Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	1
Ítem 21	La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	1

Puntuación dominio 5: 25%

DOMINIO 6. Independencia editorial.

Ítem		Puntuación
Ítem 22	Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.	1
Ítem 23	Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	1

Puntuación dominio 6: 0%

Vemos un claro vacío en: rigor en la elaboración, aplicabilidad e independencia editorial, pues no están especificados en el documento. Al realizar una valoración global y subjetiva desde una perspectiva únicamente metodológica, si la recomendaría pero con necesidad de recomendaciones.

Documento: **Balza Iglesias R, Echevarría Saiz A, López Cano M, Medel Toleano E, Rodríguez Campos C, Santos Sainz JF et al. Detección y notificación de situaciones de desprotección infantil desde el sistema sanitario. Santander: Gobierno de Cantabria. Dirección General de Políticas Sociales; 2010.**³²

DOMINIO 1. Alcance y objetivos.

Ítem		Puntuación
Ítem 1	Los objetivos generales de la guía están específicamente descritos.	1
Ítem 2	Los aspectos de salud cubiertos por la guía están específicamente descritos.	7
Ítem 3	La población (pacientes, público, etc) a quienes se pretende aplicar esta guía están específicamente descritos.	5

Puntuación dominio 1: 55,5%

DOMINIO 2. Participación de los implicados.

Ítem		Puntuación
Ítem 4	El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	3
Ítem 5	Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes, público...)	1
Ítem 6	Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	7

Puntuación dominio 2: 44,4%

DOMINIO 3. Rigor en la elaboración.

Ítem		Puntuación
Ítem 7	Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	1
Ítem 8	Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad	1
Ítem 9	Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas	1
Ítem 10	Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	1
Ítem 11	Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	1
Ítem 12	Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	1
Ítem 13	La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.	1
Ítem 14	Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	1

Puntuación dominio 3: 0%

DOMINIO 4. Claridad de la presentación.

Ítem		Puntuación
Ítem 15	Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	7
Ítem 16	Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	7

Ítem 17	Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	7
----------------	--	---

Puntuación dominio 4: 100%

DOMINIO 5. Aplicabilidad.

Ítem		Puntuación
Ítem 18	La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación	3
Ítem 19	La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	5
Ítem 20	Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	1
Ítem 21	La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	1

Puntuación dominio 5: 25%

DOMINIO 6. Independencia editorial.

Ítem		Puntuación
Ítem 22	Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.	1
Ítem 23	Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	1

Puntuación dominio 6: 0%

Existe un vacío en: rigor en la elaboración, aplicabilidad e independencia editorial, pues no están especificados en el documento. Al realizar una valoración global y subjetiva desde una perspectiva únicamente metodológica, sí la recomendaría, pero con modificaciones pues consideramos que existen demasiadas carencias en la rigurosidad de su metodología de elaboración para recomendarla sin ninguna modificación

Documento: **Acharya PN, Gill DS. The physical signs of child sexual abuse: an evidence-based review and guidance for best practice. 2ª ed. Reino Unido: Royal College of Paediatrics and Child Health; 2015.**³¹

DOMINIO 1. Alcance y objetivos.

Ítem		Puntuación
Ítem 1	Los objetivos generales de la guía están específicamente descritos.	7
Ítem 2	Los aspectos de salud cubiertos por la guía están específicamente descritos.	7
Ítem 3	La población (pacientes, público, etc) a quienes se pretende aplicar esta guía están específicamente descritos.	7

Puntuación dominio 1: 100%

DOMINIO 2. Participación de los implicados.

Ítem		Puntuación
Ítem 4	El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	5
Ítem 5	Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes, público...)	1
Ítem 6	Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	7

Puntuación dominio 2: 55,5%

DOMINIO 3. Rigor en la elaboración.

Ítem		Puntuación
Ítem 7	Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	7

Ítem 8	Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad	7
Ítem 9	Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas	7
Ítem 10	Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	1
Ítem 11	Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	1
Ítem 12	Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	7
Ítem 13	La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.	7
Ítem 14	Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	7

Puntuación dominio 3: 75%

DOMINIO 4. Claridad de la presentación.

Ítem		Puntuación
Ítem 15	Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	7
Ítem 16	Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	7
Ítem 17	Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	7

Puntuación dominio 4: 100%

DOMINIO 5. Aplicabilidad.

Ítem		Puntuación
Ítem 18	La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación	5
Ítem 19	La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	7
Ítem 20	Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	1
Ítem 21	La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	7

Puntuación dominio 5: 66,7%

DOMINIO 6. Independencia editorial.

Ítem		Puntuación
Ítem 22	Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.	7
Ítem 23	Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	7

Puntuación dominio 6: 100%

Es una de las puntuaciones más alta obtenida de las GPC que hemos analizado. Si realizamos una valoración global y subjetiva, sí la recomendaría, sin necesidad de modificaciones.

Documento: **Silva Gallinato C. Guía clínica: Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares y cuidadores. Santiago de Chile: Gobierno de Chile. UNICEF; 2013.**³³

DOMINIO 1. Alcance y objetivos.

Ítem		Puntuación
Ítem 1	Los objetivos generales de la guía están específicamente descritos.	7
Ítem 2	Los aspectos de salud cubiertos por la guía están específicamente descritos.	7
Ítem 3	La población (pacientes, público, etc) a quienes se pretende aplicar esta guía están específicamente descritos.	7

Puntuación dominio 1: 100%

DOMINIO 2. Participación de los implicados.

Ítem		Puntuación
Ítem 4	El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	7
Ítem 5	Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes, público...)	3
Ítem 6	Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	7

Puntuación dominio 2: 77,8%

DOMINIO 3. Rigor en la elaboración.

Ítem		Puntuación
Ítem 7	Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	7

Ítem 8	Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad	7
Ítem 9	Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas	3
Ítem 10	Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	7
Ítem 11	Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	3
Ítem 12	Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	7
Ítem 13	La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.	7
Ítem 14	Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	7

Puntuación dominio 3: 83,3%

DOMINIO 4. Claridad de la presentación.

Ítem		Puntuación
Ítem 15	Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	7
Ítem 16	Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	7
Ítem 17	Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	7

Puntuación dominio 4: 100%

DOMINIO 5. Aplicabilidad.

Ítem		Puntuación
Ítem 18	La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación	7
Ítem 19	La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	1
Ítem 20	Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	1
Ítem 21	La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	1

Puntuación dominio 5: 41,6%

DOMINIO 6. Independencia editorial.

Ítem		Puntuación
Ítem 22	Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.	1
Ítem 23	Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	7

Puntuación dominio 6: 50%

Como se puede visualizar, esta GPC, ha obtenido puntuaciones altas a excepción de los últimos dos dominios (dominio 5 y 6, con 41,6% y 50% respectivamente). Destacamos su puntuación favorable en el rigor en la elaboración. Si realizamos una valoración global y subjetiva, sí la recomendaría, sin necesidad de modificaciones.

Anexo 5. Visibilidad de la enfermería

ARTICULO	Presencia de profesionales enfermeros	Autores enfermeros del documento
Wootton-Gorges SL ³⁷	No presencia enfermería.	No enfermería
American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect ⁴⁶	No presencia enfermería.	No enfermería
Wood JN ⁴⁵	No presencia enfermería.	No enfermería
Watts P ⁴⁹	No presencia enfermería.	No enfermería
Flaherty EG ⁴³	No presencia enfermería.	No enfermería
Anderst JD ⁴²	No presencia enfermería.	No enfermería
Laurent-Vannier A ⁵³	No presencia enfermería.	No enfermería
Flaherty EG ²⁶	Presencia de enfermería.	No enfermería
Forbes BJ ³⁴	No presencia enfermería.	No enfermería
Delgado Álvarez I ⁴⁷	No presencia enfermería.	No enfermería
Do Carmo de Souza E ⁵⁰	Presencia de enfermería.	Participación de enfermería
Wood JN ⁴⁴	No presencia enfermería.	No enfermería
Magalhães T ⁵⁴	No presencia enfermería.	No enfermería
Gimeno Díaz Á ⁵⁵	Presencia de enfermería.	No enfermería
Dean E ³⁸	No presencia enfermería.	No enfermería
Ward MG ⁵¹	No presencia enfermería.	No enfermería
Salmerón Giménez J ⁴	Presencia de enfermería.	No enfermería

Moyer VA ²⁷	Presencia de enfermería.	No enfermería
Protocolo estatal ⁴⁸	Presencia de enfermería.	No enfermería
Plasència Taradach A ⁵⁶	No presencia enfermería.	No enfermería
Gancedo Barande A ¹⁶	Presencia de enfermería.	No enfermería
Ledesme Benítez I ¹⁹	Presencia de enfermería.	Participación de enfermería
Guía para a detección do maltrato infantil ³⁵	No presencia enfermería.	No enfermería
Guía para la detección y notificación del maltrato infantil. ²⁵	Presencia de enfermería.	No enfermería
Gil Arrones J ¹⁷	Presencia de enfermería.	Participación de enfermería
Crawford-Jakubiak J ²⁸	Presencia de enfermería.	No enfermería
Guzzo Acá ³⁶	Presencia de enfermería.	No enfermería
Atorga A ²⁹	Presencia de enfermería.	Participación de enfermería
Adams JA ⁵²	No presencia enfermería.	No enfermería
Dolan CM ³⁹	Presencia de enfermería.	Participación de enfermería
Bush K ³⁰	Presencia de enfermería.	Participación de enfermería
Balza Iglesias R ³²	Presencia de enfermería.	No enfermería
Comisión de violencia intrafamiliar y de género ⁵⁷	No presencia enfermería.	Participación de enfermería
AEPNYA ⁵⁸	No presencia enfermería.	No enfermería

Acharya PN ³¹	Presencia de enfermería.	No enfermería
Silva Gallinato C ³³	Presencia de enfermería	Participación de enfermería

Anexo 6. Variables clínicas de enfermería

DOCUMENTO	Preven ción	Preven ción enfermería	Pautas prevenció n enfermería	Detección	Ind. Físicos	Ind. Comporta miento	Ind. Comporta miento cuidadores	Detección enfermería	Indicadore s y enfermería	Historia clínica	Historia clínica y enfermería
Flaherty EG ²⁶	✓	✓	✓	X	X	X	X	X	X	✓	X
Do Carmo de Souza E ⁵⁰	✓	X	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X
Gimeno Díaz Á ⁵⁵	✓	X	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X
Salmerón Giménez J ⁴	X	X	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X
Moyer VA ²⁷	✓	✓	✓	X	X	X	X	X	X	X	X
Protocolo estatal ⁴⁸	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Gancedo Barande A ¹⁶	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	X
Ledesme Benítez I ¹⁹	X	X	X	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	X
Guía para la detección y notificación del maltrato infantil ²⁵	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	X

DOCUMENTO	Preven ción	Preven ción enfermería	Pautas prevención enfermería	Detección	Ind. Físicos	Ind. Comporta miento	Ind. Comporta miento cuidadores	Detección enfermería	Indicadore s y enfermería	Historia clínica	Historia clínica y enfermería
Gil Arrones J ¹⁷	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	X
Crawford- Jakubiak J ²⁸	✓	✓	X	✓	✓	X	X	X	X	✓	X
Guzzo Acá ³⁶	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X
Atorga A ²⁹	✓	X	X	✓	✓	✓	X	X	X	X	X
Dolan CM ³⁹	X	X	X	✓	X	X	X	✓	X	X	X
Bush K ³⁰	X	X	X	✓	X	X	X	✓	X	X	X
Balza Iglesia R ³²	✓	X	X	✓	✓	✓	✓	X	X	X	X
Acharya PN ³¹	X	X	X	X	✓	X	X	X	X	X	X
Silva Gallinato C ³³	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	X

DOCUMENTO	Entrevista	Entrevista enfermería	Exploración	Exploración enfermería	Valoración de riesgo	Valoración de riesgo enfermería	Notificación	Notificación enfermería	Seguimient o	Seguimient o enfermería
Flaherty EG ²⁶	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Do Carmo de Souza E ⁵⁰	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	X	X

DOCUMENTO	Entrevista	Entrevista enfermería	Exploración	Exploración enfermería	Valoración de riesgo	Valoración de riesgo enfermería	Notificación	Notificación enfermería	Seguimiento	Seguimiento enfermería
Gimeno Díaz Á⁵⁵	✓	X	✓	X	✓	X	✓	X	X	X
Salmerón Giménez J⁴	X	X	X	X	✓	X	✓	✓	X	X
Moyer VA²⁷	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Protocolo estatal⁴⁸	X	X	✓	X	✓	X	✓	✓	✓	X
Gancedo Barande A¹⁶	✓	X	✓	X	✓	X	✓	X	✓	X
Ledesme Benítez I¹⁹	✓	X	✓	X	✓	X	✓	✓	✓	X
Guía para la detección y notificación del maltrato infantil ²⁵	✓	X	✓	X	✓	X	✓	✓	X	X
Gil Arrones J¹⁷	X	X	✓	X	✓	X	✓	X	✓	✓
Crawford-Jakubiak J²⁸	✓	X	✓	✓	✓	X	✓	X	✓	X
Guzzo Acá³⁶	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	X	X
Atorga A²⁹	✓	X	✓	X	✓	X	✓	X	✓	X
Dolan CM ³⁹	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

DOCUMENTO	Entrevista	Entrevista enfermería	Exploración	Exploración enfermería	Valoración de riesgo	Valoración de riesgo enfermería	Notificación	Notificación enfermería	Seguimiento	Seguimiento enfermería
Bush K³⁰	X	X	✓	✓	X	X	X	X	X	X
Balza Iglesia R³²	X	X	X	X	✓	X	✓	✓	X	X
Acharya PN³¹	X	X	✓	X	X	X	X	X	X	X
Silva Gallinato C³³	✓	X	✓	X	✓	X	✓	X	✓	X

