



Rol del Pediatra Forense en la Identificación de Lesiones y Muertes Violentas de Niños, Niñas y Adolescentes

Norell Rosado, MD

Head, Division of Child Abuse Pediatrics

Director, Child Abuse Pediatrics Fellowship Program

Founder & Director, Colaboración Lationamericana Contra la Violencia Infantil (COLAVI)

Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago

Octubre 2024



**Precaución:
La presentación incluye
imágenes explícitas**

Objetivos

01

Identificar los diferentes tipos de lesiones comunes que pudieran ser sospechosas de abuso o negligencia infantil.

02

Conocer la función y las responsabilidades del pediatra forense en la identificación y manejo de casos de muertes sospechosas y violentas de niños, niñas y adolescentes.

03

Conocer los beneficios de tener un proceso de auditoría de muertes de niños, niñas y adolescentes.



DESAFÍOS EN LA INVESTIGACIÓN 
de homicidios de niños,
niñas y adolescentes

Pediatra de Abuso Infantil

- Subespecialidad de la Pediatría
 - 4 años – Escuela de medicina (EUA)
 - 3 años – Residencia en pediatría
 - 3 años – Fellowship pediatra de abuso infantil (pediatra social)
- La especialidad incluye abuso físico, abuso sexual, negligencia y abuso médico infantil
- Primer examen de certificación: 2009 (ABP)
- 350-400 pediatras de abuso infantil certificados en los EU

¿Qué genera preocupación de posible abuso físico infantil?

El niño(a) se presenta al servicio médico con una lesión

Los cuidadores, la escuela, los vecinos notan una lesión

Evento presenciado

Revelación infantil

El niño(a) ha estado en contacto con el autor de la violencia

Otro adulto/niño(a) levanta sospechas de abuso

¿Cómo se pasa por alto el abuso físico?

Al
adulto/niño(a)
no se le cree

La lesión no es
identificada

Se identifica la
lesión pero no
se reconoce
como
sospechosa de
abuso físico

Existe sospecha
pero los
siguientes pasos
son
desconocidos

Consecuencias del abuso fallido

Las lesiones por abuso se repiten en un 30-50% de un evento índice¹

Del 5 – 25% de estos niños(as) morirán si no hay una intervención²

Consecuencias psicológicas, problemas del comportamiento y consecuencias físicas del abuso recurrente

1. Jenny, 199; Fluke, 2005; Deans, 2014; Thorpe, 2014; Thackeray, 2016

2. King, 2006; Oral, 2008; Deans, 2013



¿Qué es lo que hace a una lesión ser sospechosa de abuso?

- Señales de alarma en la historia clínica:
 - No hay historia de trauma
 - La historia ha cambiado
 - La historia no es consistente con la lesión
 - ¿Es posible desde el punto de vista del desarrollo?
 - ¿Tiene sentido después de una investigación de la escena del incidente?
- ¿Hay demora en obtener ayuda médica sin razón?
- Ubicación de la lesión en el cuerpo o tipo de lesión
- Múltiples lesiones





Lesiones Cutáneas y Externas

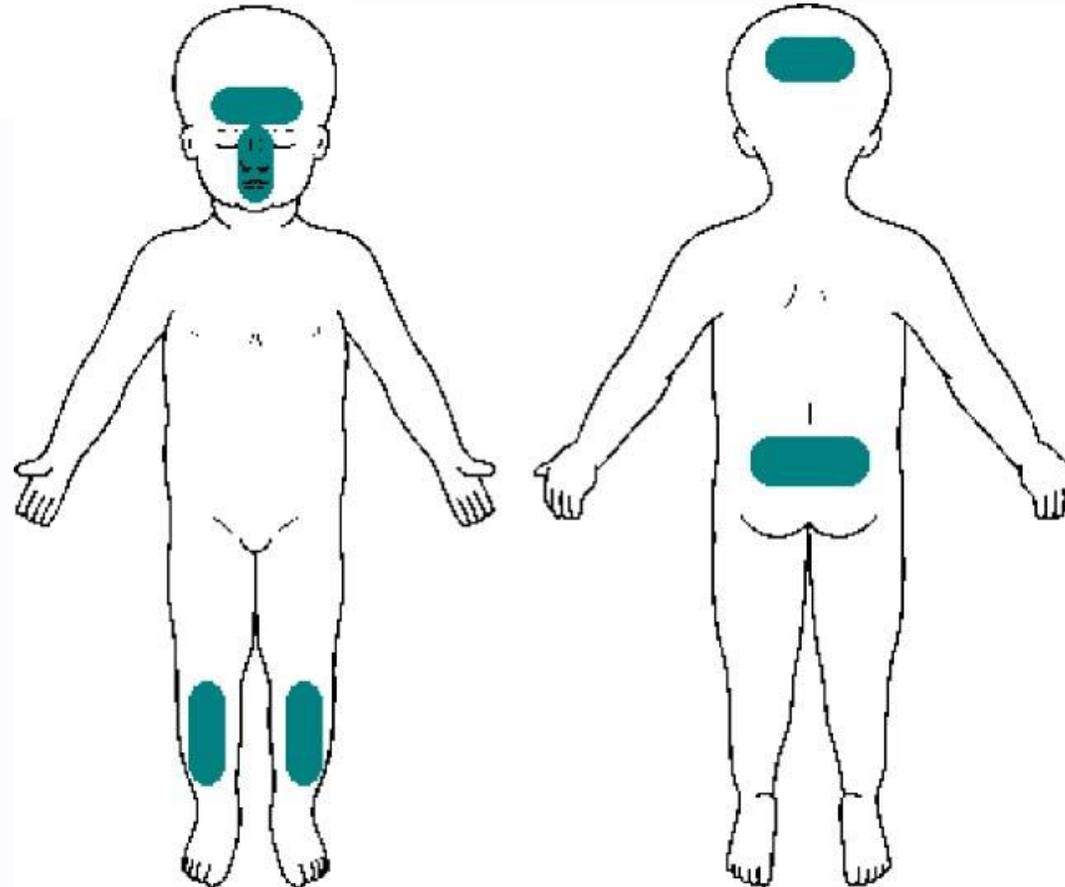
Overview of Reviews

Systematic reviews of bruising in relation to child abuse—what have we learnt: an overview of review updates

Sabine Maguire^{1*} and Mala Mann²

¹Early Years Research Programme, School of Medicine, Cardiff University, Cardiff, Wales, UK

²Support Unit for Research Evidence, Cardiff University, Cardiff, Wales, UK



Patrones de los
hematomas por
accidente

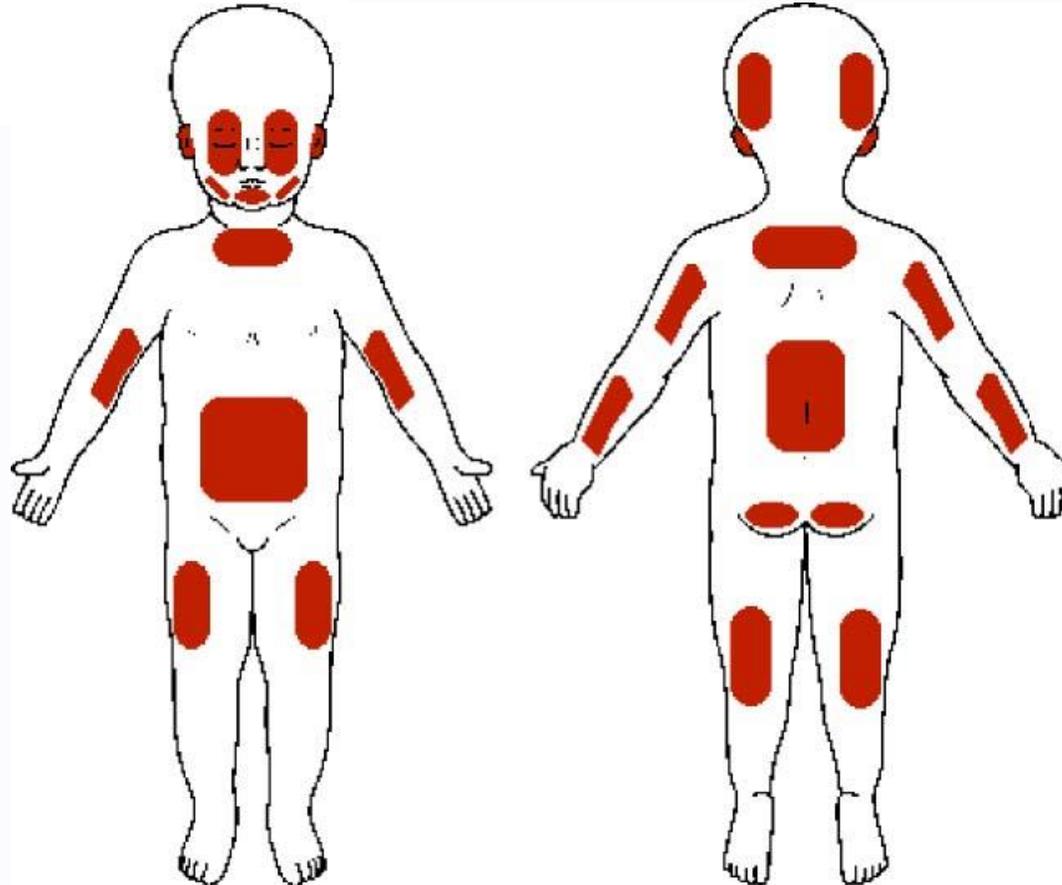
Overview of Reviews

Systematic reviews of bruising in relation to child abuse—what have we learnt: an overview of review updates

Sabine Maguire^{1*} and Mala Mann²

¹Early Years Research Programme, School of Medicine, Cardiff University, Cardiff, Wales, UK

²Support Unit for Research Evidence, Cardiff University, Cardiff, Wales, UK



Patrones de los
hematomas por
abuso

¿Qué es una lesión centinela?

Definición de las lesiones Centinela

- Lesiones menores como hematomas o lesiones intraorales (excluye abrasiones de la piel)
- Infante en etapa pre-ambulatoria
- Es visible o detectable por un cuidador
- No existe una buena explicación o la lesión es inesperada

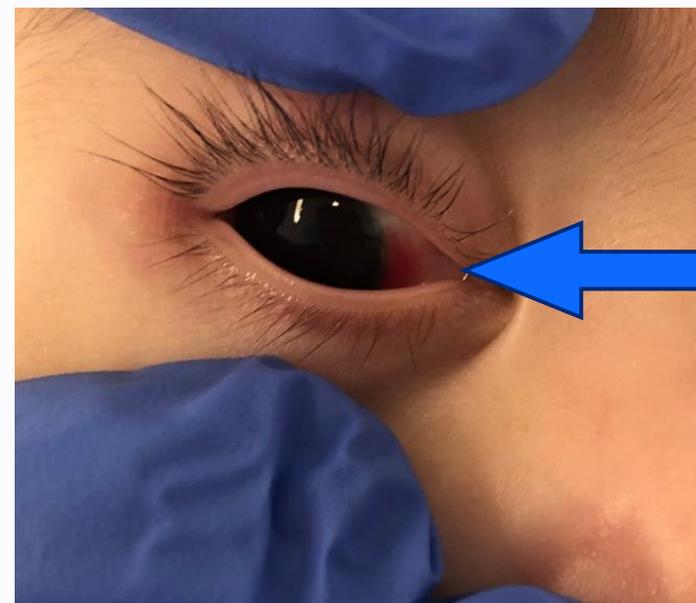
Occurren en infantes/niños(as) en la etapa pre-ambulatoria

*Por lo tanto, el infante/niño(a) no puede obtener estas lesiones por sí mismo

Ejemplos de Lesiones Centinela



Los hematomas
son las más
comunes



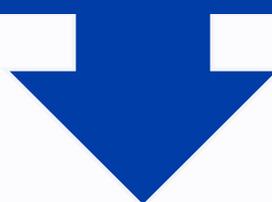
Hemorragia
subconjuntival



Las lesiones orales
son las segundas
más comunes

Significado de las Lesiones Centinela

Las lesiones centinela puede preceder al abuso físico severo



En un estudio de 200 infantes abusados, ~28% tuvo una lesión centinela previa comparado con 0% en los 101 infantes no abusados

Hematomas
(80%)

Lesión oral
(11%)

Otra lesión
(7%)

Resumen de Hallazgos Clave

- Una lesión centinela precedió un abuso severo en el 27.5% de los casos
- Es raro encontrar lesiones centinela en infantes evaluados para abuso en los que la evaluación no encontró abuso
- Todas las lesiones centinelas fueron vistas por uno de los padres
- El 42% de las lesiones centinela fueron reconocidas por un proveedor médico pero los infantes no fueron protegidos de daño adicional
- El reconocimiento y la respuesta apropiada a las lesiones centinela pueden prevenir muchos casos de abuso infantil

Resumen de Hallazgos Clave

- Una lesión centinela precedió un abuso severo en el 27.5% de los casos
- Es raro encontrar lesiones centinela en infantes evaluados para abuso en los que la evaluación no encontró abuso
- Todas las lesiones centinelas fueron vistas por uno de los padres
- El 42% de las lesiones centinela fueron reconocidas por un proveedor médico pero los infantes no fueron protegidos de daño adicional
- El reconocimiento y la respuesta apropiada a las lesiones centinela pueden prevenir muchos casos de abuso infantil



Original Investigation | Pediatrics

Validation of a Clinical Decision Rule to Predict Abuse in Young Children Based on Bruising Characteristics

Mary Clyde Pierce, MD; Kim Kaczor, MS; Douglas J. Lorenz, PhD; Gina Bertocci, PhD; Amanda K. Fingerson, DO; Kathi Makoroff, MD, MEd; Rachel P. Berger, MD, MPH; Berkeley Bennett, MD, MS; Julia Magana, MD; Shannon Staley, MD; Veena Ramaiah, MD; Kristine Fortin, MD; Melissa Currie, MD; Bruce E. Herman, MD; Sandra Herr, MD; Kent P. Hymel, MD; Carole Jenny, MD, MBA; Karen Sheehan, MD, MPH; Noel Zuckerbraun, MD, MPH; Sheila Hickey, MSW, M.J.; Gabriel Meyers, MSW; John M. Leventhal, MD

Abstract

IMPORTANCE Bruising caused by physical abuse is the most common antecedent injury to be overlooked or misdiagnosed as nonabusive before an abuse-related fatality or near-fatality in a young child. Bruising occurs from both nonabuse and abuse, but differences identified by a clinical decision rule may allow improved and earlier recognition of the abused child.

OBJECTIVE To refine and validate a previously derived bruising clinical decision rule (BCDR), the TEN-4 (bruising to torso, ear, or neck or any bruising on an infant <4.99 months of age), for identifying children at risk of having been physically abused.

DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS This prospective cross-sectional study was conducted from December 1, 2011, to March 31, 2016, at emergency departments of 5 urban children's hospitals. Children younger than 4 years with bruising were identified through deliberate examination. Statistical analysis was completed in June 2020.

EXPOSURES Bruising characteristics in 34 discrete body regions, patterned bruising, cumulative bruise counts, and patient's age. The BCDR was refined and validated based on these variables using binary recursive partitioning analysis.

MAIN OUTCOMES AND MEASURES Injury from abusive vs nonabusive trauma was determined by the consensus judgment of a multidisciplinary expert panel.

RESULTS A total of 21 123 children were consecutively screened for bruising, and 2161 patients (mean [SD] age, 2.1 [1.1] years; 1296 [60%] male; 1785 [83%] White; 1484 [69%] non-Hispanic/Latino) were enrolled. The expert panel achieved consensus on 2123 patients (98%), classifying 410 (19%) as abuse and 1713 (79%) as nonabuse. A classification tree was fit to refine the rule and validated via bootstrap resampling. The resulting BCDR was 95.6% (95% CI, 93.0%-97.3%) sensitive and 87.1% (95% CI, 85.4%-88.6%) specific for distinguishing abuse from nonabusive trauma based on body region bruised (torso, ear, neck, frenulum, angle of jaw, cheeks [fleshy], eyelids, and subconjunctivae), bruising anywhere on an infant 4.99 months and younger, or patterned bruising (TEN-4-FACESp).

CONCLUSIONS AND RELEVANCE In this study, an affirmative finding for any of the 3 BCDR TEN-4-FACESp components in children younger than 4 years indicated a potential risk for abuse; these results warrant further evaluation. Clinical application of this tool has the potential to improve recognition of abuse in young children with bruising.

JAMA Network Open. 2021;4(4):e215832.

Corrected on September 30, 2021. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.5832

Open Access. This is an open access article distributed under the terms of the CC-BY License.

JAMA Network Open. 2021;4(4):e215832. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.5832

Key Points

Question Can bruising characteristics distinguish abusive from nonabusive injury in young children?

Findings In this cross-sectional study of 2161 children younger than 4.0 years, the bruising clinical decision rule (BCDR) was 96% sensitive and 87% specific for distinguishing abusive from nonabusive trauma in young children based on the characteristics of their bruising.

Meaning According to these findings, young children with an affirmative finding for any of the 3 components of the BCDR are at increased risk of abuse and warrant further evaluation.

+ [Invited Commentary](#)

+ [Supplemental content](#)

Author affiliations and article information are listed at the end of this article.

DESAFÍOS EN LA INVESTIGACIÓN
de homicidios de niños, niñas y adolescentes



Objetivo: Refinar y validar una regla de decisión clínica (TEN-4) para la identificación de niños(as) en riesgo de haber sido abusados.

Herramienta para la Detección

TEN-4-FACEsp

Bruising Clinical Decision Rule

When is bruising concerning for abuse?

If any of the 3 components (Regions, Ages, Patterns) are observed in a child **under 4 years of age**, strongly consider seeking evaluation by a medical provider with expertise in child abuse.

Torso | Ears | Neck



FACES

Frenulum
Angle of Jaw
Cheeks (*fleshy part*)
Eyelids
Subconjunctivae
(*whites of the eyes*)

REGIONS

4 months and younger
Any bruise, anywhere



AGES

Patterned bruising



Bruises in specific patterns
like slap, grab or loop marks

PATTERNS

See the signs

Unexplained bruises in these areas most often result from physical assault.

TEN-4-FACEp is not to diagnose abuse but to function as a screening tool to improve the recognition of potentially abused children with bruising who require further evaluation.



TEN-4-FACES

Areas Protegidas del Cuerpo



Tronco
(Trunk)



Orejas
(Ears)



Cuello
(Neck)

TEN-4-FACES:

Cualquier hematoma en un infante de ≤ 4 months

- Frecuencia y locación de hematomas en 973 niños(as) en varias edades y etapas del desarrollo¹
- Incidencia de hematomas por etapa del desarrollo:
 - Pre-ambulatorios: ~2%
 - Ambulatorios con asistencia: ~18%
 - Ambulatorios: ~52%

1. Sugar 1999



**“Aquellos que todavía no caminan,
no se lastiman”**

TEN-4-FACES

Frenillo (anatomía normal)



Lesiones del Frenillo



FACES – Areas del Cuerpo



Angulo de la
Mandíbula
(Angle of the
jaw)



Pómulos
(Cheek)



Párpado
(Eyelid)



Subconjuntiva
(Subconjuntiva)

TEN-4-FACES^p



American Academy of Pediatrics. Visual Diagnosis of Child Abuse on CD-ROM. 3rd Edition.



**Características sospechosas de los hematomas:
Patrones discernibles**

- Hematomas en la forma de algún objeto u otro patrón
- Hematomas agrupados (en racimo) o múltiples hematomas con forma uniforme

Additional Injuries in Young Infants with Concern for Abuse and Apparently Isolated Bruises

Nancy S. Harper, MD¹, Kenneth W. Feldman, MD², Naomi F. Sugar, MD^{3,*}, James D. Anderst, MD, MSCI⁴,
and Daniel M. Lindberg, MD^{5,6}, for the Examining Siblings To Recognize Abuse Investigators[†]

Objective To determine the prevalence of additional injuries or bleeding disorders in a large population of young infants evaluated for abuse because of apparently isolated bruising.

Table II. Rates of diagnostic testing and injury identification

Screening study	Total, n = 2890, n (%)	0-6 months, n = 980, n (%)	Study cohort, n = 146, n (%)
SS obtained	2049 (70.9)	909 (95.3)	137 (93.8)
SS shows new injury	471 (16.3)	253 (25.8)	34 (23.3)
Neuroimaging obtained	1692 (58.5)	857 (87.4)	133 (91.1)
Neuroimaging shows new injury	727 (25.2)	368 (37.6)	40 (27.4)
Hepatic transaminases obtained	1538 (53.2)	708 (72.2)	92 (63.0)
Abdominal CT obtained	292 (10.1)	105 (10.7)	15 (10.3)
Abdominal imaging shows new injury	73 (2.5)	22 (2.2)	4 (2.7)

Percentages of injuries identified are calculated using the number of subjects as the denominator with the assumption that studies that were not ordered would be negative. New injuries represent injuries not identified on previous studies or physical examination.

Table II. Rates of diagnostic testing and injury identification

Screening study	Total, n = 2890, n (%)	0-6 months, n = 980, n (%)	Study cohort, n = 146, n (%)
SS obtained	2049 (70.9)	909 (95.3)	137 (93.8)
SS shows new injury	471 (16.3)	253 (25.8)	34 (23.3)
Neuroimaging obtained	1692 (58.5)	857 (87.4)	133 (91.1)
Neuroimaging shows new injury	727 (25.2)	368 (37.6)	40 (27.4)
Hepatic transaminases obtained	1538 (53.2)	708 (72.2)	92 (63.0)
Abdominal CT obtained	292 (10.1)	105 (10.7)	15 (10.3)
Abdominal imaging shows new injury	73 (2.5)	22 (2.2)	4 (2.7)

Percentages of injuries identified are calculated using the number of subjects as the denominator with the assumption that studies that were not ordered would be negative. New injuries represent injuries not identified on previous studies or physical examination.

Harper 2014

50% tuvieron por lo menos UNA LESIÓN GRAVE adicional

Table III. Results according to bruise characteristics in the study cohort

Characteristics for study cohort, total = 146 infants	Any new injury identified, total = 73 infants, n (%)	Any coagulation screening, total = 103 infants, n (%)	High level of concern for abuse,* total = 73 infants, n (%)
Number of bruises			
1, n = 50	30 (60.0)	23 (46.0)	14 (28.0)
2-5, n = 76	32 (42.1)	60 (78.9)	43 (56.6)
6-10, n = 12	7 (58.3)	12 (100.0)	9 (75.0)
>10, n = 8	4 (50.0)	8 (100.0)	7 (87.5)
Location†			
Face/head, n = 110	59 (53.6)	75 (68.2)	59 (53.6)
Trunk, n = 46	22 (47.8)	43 (93.5)	27 (58.7)
Extremities, n = 39	21 (53.8)	33 (84.6)	26 (66.7)
Patterned bruises, n = 30	9 (30.0)	24 (80.0)	20 (66.7)

*High level of concern for abuse was defined as a rating of 6 (Substantial Evidence of Inflicted Injury) or 7 (Definite Inflicted Injury) on a 7-point scale.²³

†Results do not sum because some subjects had bruises in multiple locations.

¡Mensaje Importante!

**DESAFÍOS EN LA
INVESTIGACIÓN** 
de homicidios de niños,
niñas y adolescentes


FUNDACIÓN
AMPARO Y JUSTICIA

**Nunca ignores
un hematoma
en un infante
no ambulatorio**

¿Y Ahora Qué?

AAP (Diagnostic Imaging of Child Abuse 2009)

- Un tamiz óseo es obligatorio en todo caso de sospecha de abuso infantil en <2 años
- Un tamiz óseo o una gammagrafía ósea tiene poco valor en >5 años
- Si un paciente gemelo es lesionado, el otro gemelo está en riesgo y debe obtenerse un tamiz óseo

ACR (American College of Radiology)

Las indicaciones para un tamiz óseo incluyen, pero no están limitadas a:

- Abuso físico (reconocido o sospecha) en lactantes e infantes pequeños
- Displasias óseas, síndromes y desórdenes metabólicos (reconocidos o sospecha)
- Neoplasias y desórdenes relacionados (reconocidos o sospecha)



Lesiones Óseas

Skeletal Survey (Tamiz Óseo) - Indicaciones

Todo paciente <2 años con lesiones por abuso
Todo paciente <2 años con alguna lesión sospechosa, incluyendo
Hematomas u otras lesiones de la piel en pacientes no ambulatorios;
Lesiones orales en pacientes no ambulatorios; y
Lesiones no consistentes con la historia clínica proporcionada
Lactantes con muerte súbita inexplicada o inesperada (consultar con el médico forense primero)
Lactantes e infantes pequeños con lesiones intracraneales inexplicadas, incluyendo hemorragias y lesiones hipóxico isquémicas
Lactantes y hermanos <2 años y contactos domésticos de un paciente abusado
Gemelos de lactantes e infantes abusados

Skeletal Surveys for Suspected Child Abuse

Guidance for following ACR-SPR Practice

21 radiographs- the minimum required



Skeletal survey (number of X-rays)

- Skull (2)
- Frontal and lateral
- Cervical spine (1)
- Lateral
- Thorax (4)
- AP, lateral, right and left obliques
- Lumbosacral spine (1)
- Lateral
- Pelvis (1)
- AP
- Humeri (2)
- AP
- Forearms (2)
- AP
- Hands (2)
- PA
- Femurs (2)
- AP
- Lower legs (2)
- AP
- Feet (2)
- AP

Points to Remember

1. Proper technique
 - High resolution while optimizing dose
2. Positioning
3. Collimation
4. Image identification
5. Restraining methods
6. Patient shielding

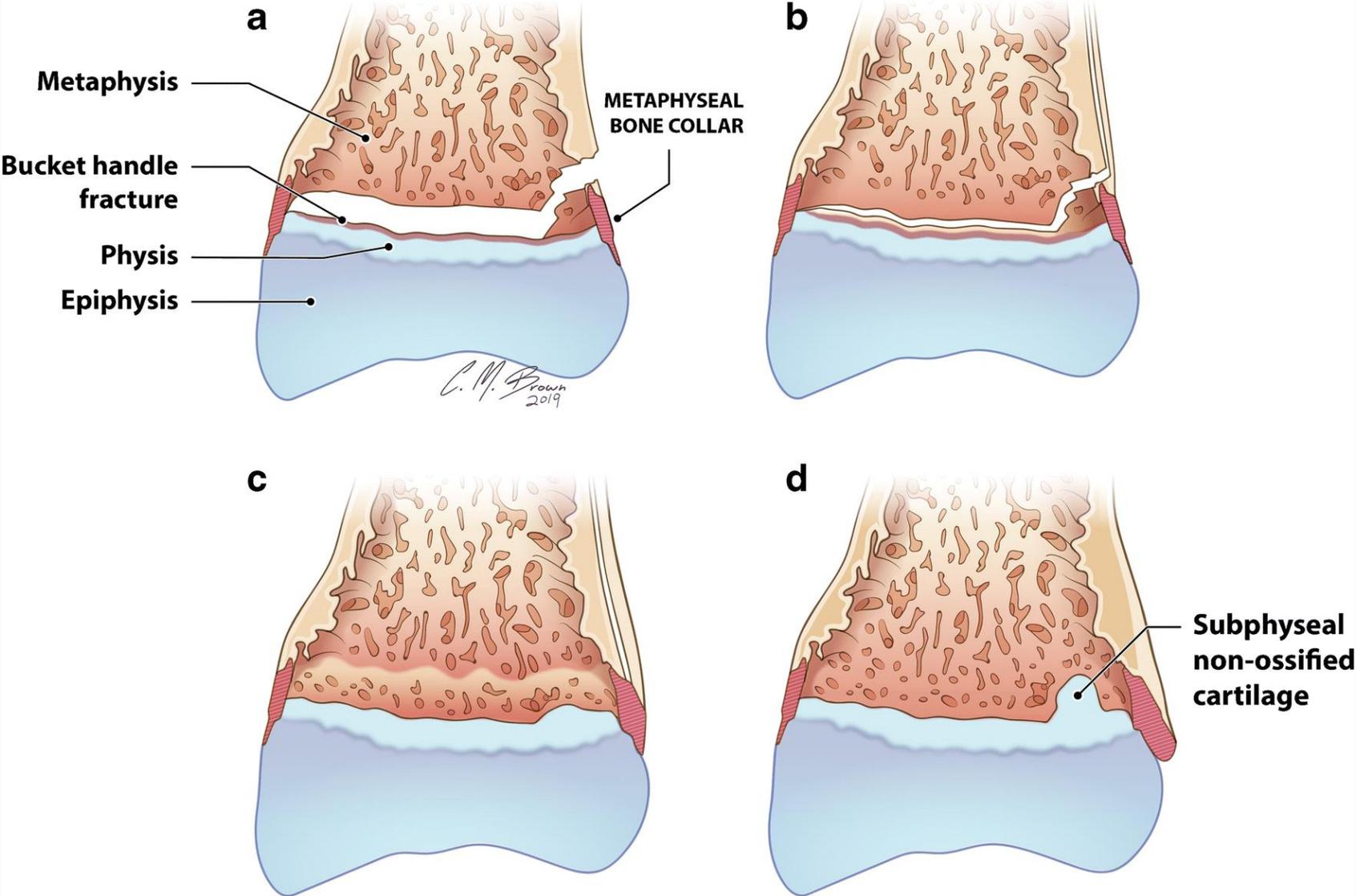
working together to improve performance of skeletal surveys for suspected non accidental trauma

For any questions, please speak with one of our staff radiologists at:

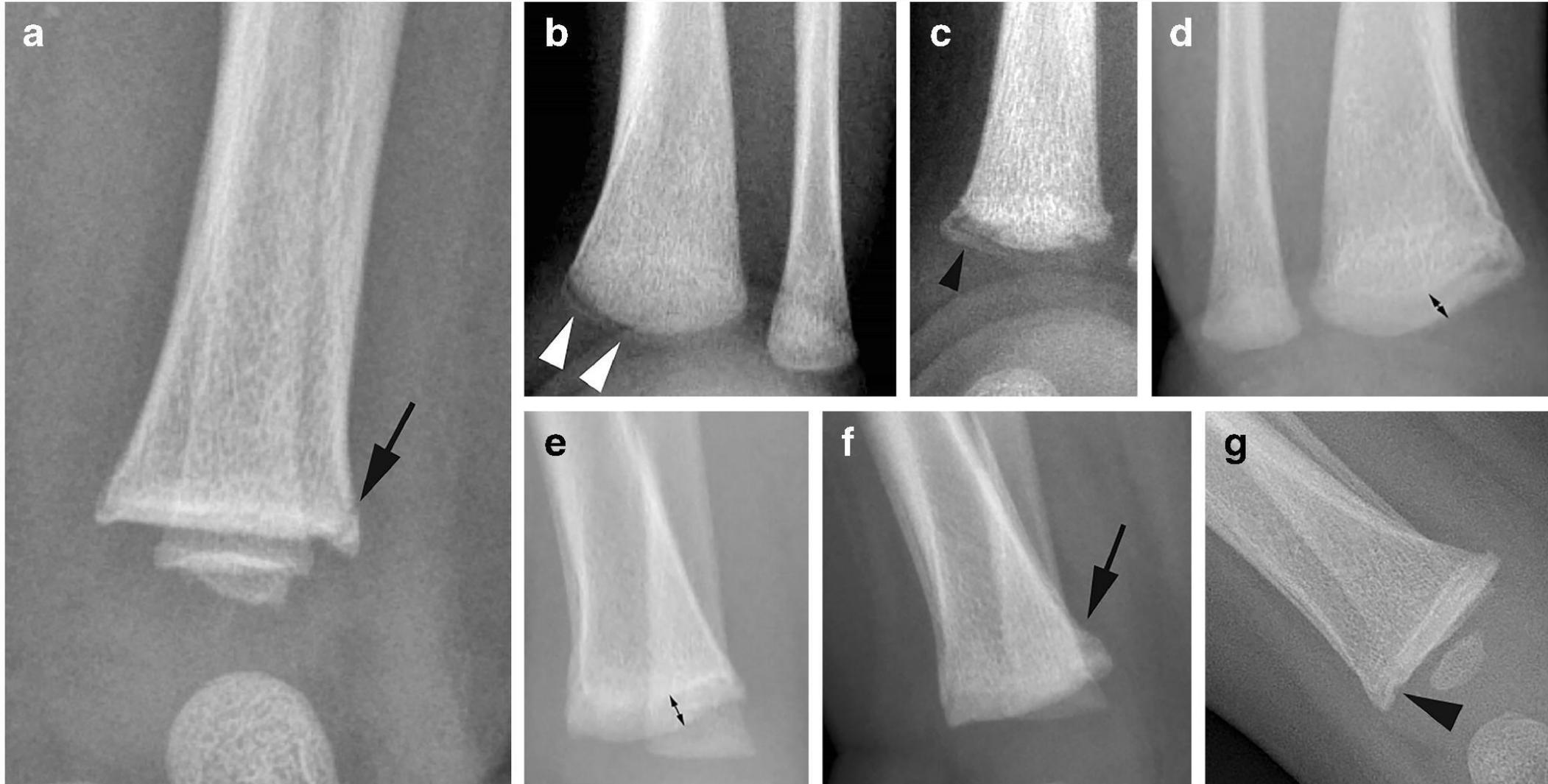
Especificidad de las Fracturas

Alta Especificidad	Mediana Especificidad	Baja Especificidad
Fracturas de huesos largos en pacientes no ambulatorios	Fracturas vertebrales	Fractura de los primeros pasos (toddler's fracture)
<ul style="list-style-type: none"> Fracturas de húmero distales transfisarias 	Fracturas de manos y pies	Fractura distal en rodete del radio y cúbito
<ul style="list-style-type: none"> CML (fractura clásica metafisaria) 	Fracturas de cráneo	Fractura supracondilar de húmero
<ul style="list-style-type: none"> Fracturas de costilla 	Fracturas de clavícula	Fracturas de huesos largos en pacientes ambulatorios con una historia verosímil
<ul style="list-style-type: none"> Fracturas del esternón, escápula o pélvicas sin historia de trauma mayor 	Fracturas de huesos largos en pacientes ambulatorios sin una historia verosímil	
Fracturas múltiples		
<ul style="list-style-type: none"> En diferentes etapas de reparación 		
<ul style="list-style-type: none"> Fracturas bilaterales simétricas 		
<ul style="list-style-type: none"> Fracturas asociadas con otras lesiones 		

CML (Fractura Clásica Metafisaria)



CML

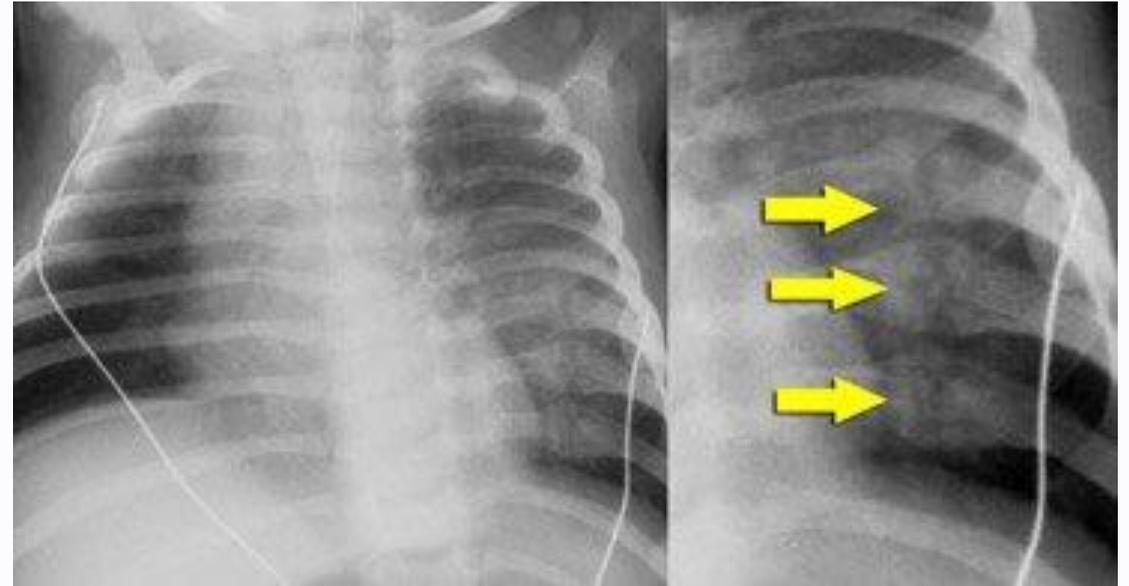


Ya que las fracturas clásicas metafisarias en lactantes son altamente específicas para abuso, se sugiere que radiografías de alto detalle y una evaluación histológica de hueso metafisario forme parte de la evaluación post-mortem de lactantes en casos de sospecha de abuso o muerte inexplicada.

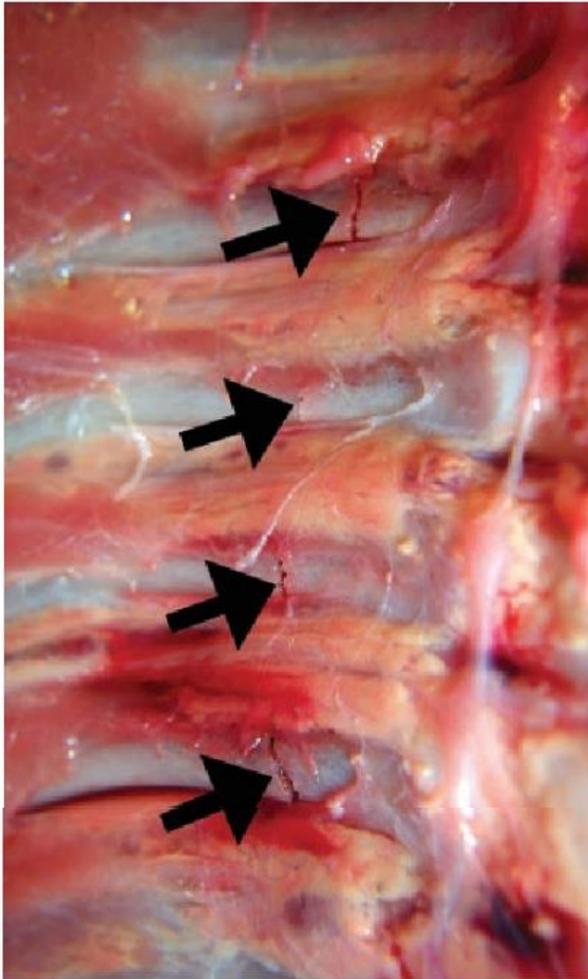
Fracturas de Costilla

- Las fracturas de costilla tienen una alta probabilidad de haber sido causadas por abuso.
- Prevalencia
 - Pacientes <36 meses: 34 – 100%
 - Pacientes <24 meses: 67 – 100%
 - Pacientes <12 meses: 91%

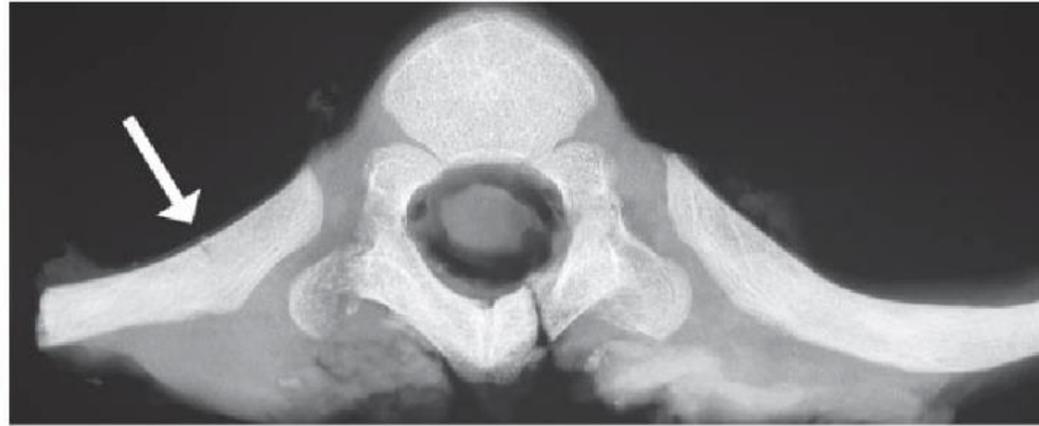
Paine, 2019



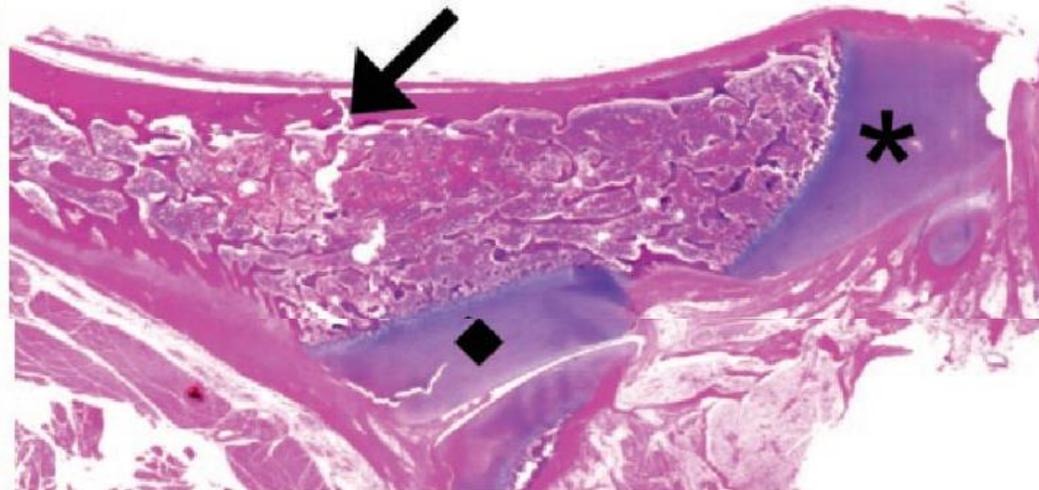
Fracturas de Costilla



a.



b.



c.

¿Y otras lesiones?

Tomografía de cráneo

- Menores de 6 meses
- Todo niño(a) con sospecha de lesión intracraneal
- Niños(as) con:
 - Hematomas faciales o craneales
 - Fracturas: costilla, cráneo, CML (fractura clásica metafisaria), escápula, esternón, procesos espinales
 - Politrauma (fracturas múltiples, lesiones en múltiples sistemas)

¿Y otras lesiones?

Trauma toracoabdominal

- Enzimas hepáticas (AST, ALT)
- Lipasa (?)

➤ En todo paciente sintomático

➤ En pacientes asintomáticos ≤ 5 años

Tomografía del abdomen y pelvis: AST > 200 y/o ALT > 125



Lesiones Craneales

Traumatismo Craneoencefálico por Abuso

- 1ª causa principal de mortalidad por abuso físico en <2 años¹
- Incidencia máxima en casos fatales: 1 – 2 meses de edad²
- Mecanismos
 - Sacudida
 - Sacudida con impacto
 - Impacto
- Ninguna lesión por sí sola es diagnóstica
 - Hematoma subdural – lesión intracraneal identificada con mayor frecuencia

Traumatismo Craneoencefálico por Abuso – Presentación Clínica

- Signos neurológicos (65%)
 - Irritabilidad/letargo
 - Estado mental alterado
 - Compromiso respiratorio
 - Apnea
- Fracturas
- Hematomas o marcas en la forma de algún objeto u otro patrón

1. Keenan, 2003
2. Parks, 2012
3. Hettler, 2003

Estimating the Probability of Abusive Head Trauma: A Pooled Analysis



WHAT'S KNOWN ON THIS SUBJECT: In recent debate in medicolegal circles, clinical basis for a diagnosis of abusive head trauma (AHT) has been questioned. Studies have been underpowered to address the key clinical questions. Estimates of the association of single clinical variables with AHT are recognized.



WHAT THIS STUDY ADDS: This study provides an estimate of probability of AHT based on 6 clinical features. In a child younger than 3 who has an intracranial injury and ≥ 3 of these features, the positive predictive value of AHT is $>85\%$ (odds ratio: >100).

AUTHORS: Sabine Ann Maguire, MRCPI, MRCPCh, FRCPI,^a Alison Mary Kemp, MRCP, DCH, FRCPC, FRCP,^a Rebecca Caroline Lumb, BA,^a and Daniel Mark Farewell, MMath, PhD^b

Departments of ^aChild Health and ^bPrimary Care and Public Health, School of Medicine, Cardiff University, Cardiff, United Kingdom

KEY WORDS

abusive head trauma, child abuse, diagnostic tool, pooled estimates of probability of AHT

ABBREVIATIONS

AHT—abusive head trauma
ICI—intracranial injury
nAHT—nonabusive head trauma

6 características clínicas relacionadas con el traumatismo craneoencefálico por abuso

- Apnea
- Hemorragias retinales
- Fracturas de costilla
- Fracturas de huesos largos
- Convulsiones
- Hematomas en cabeza o cuello

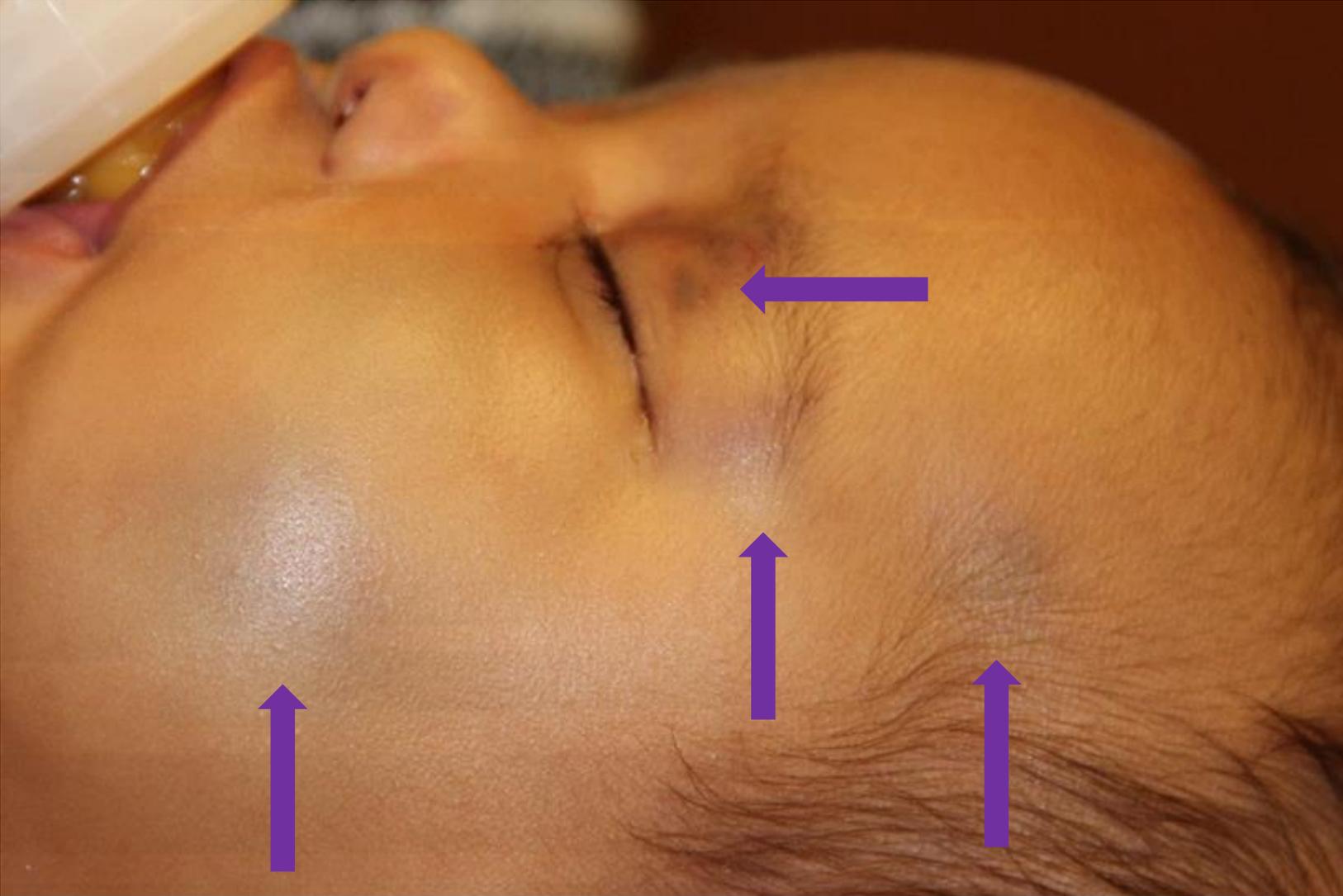
En pacientes <3 años, cualquier combinación de 3 o más

- Valor predictivo positivo $>85\%$

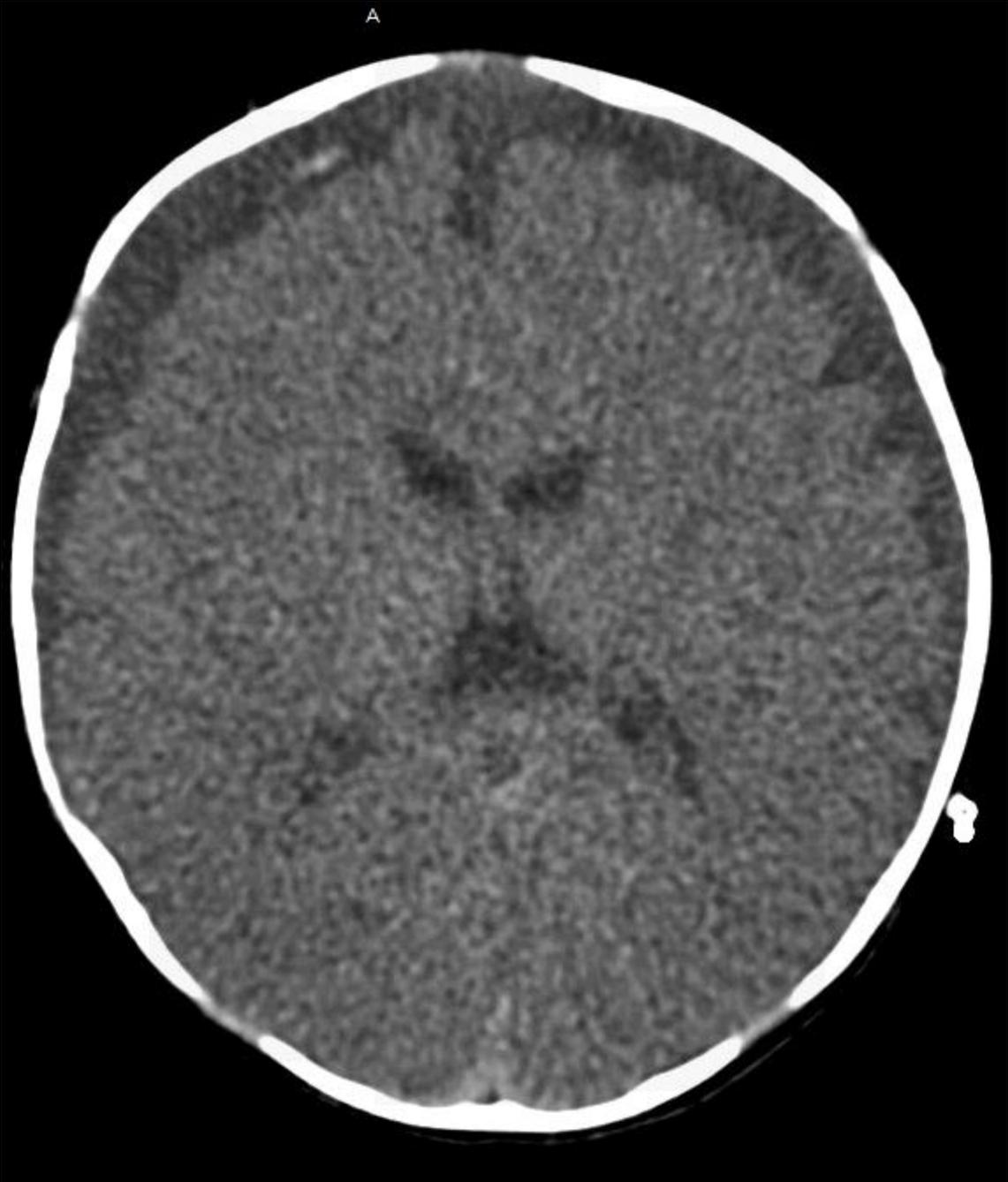
Cristina



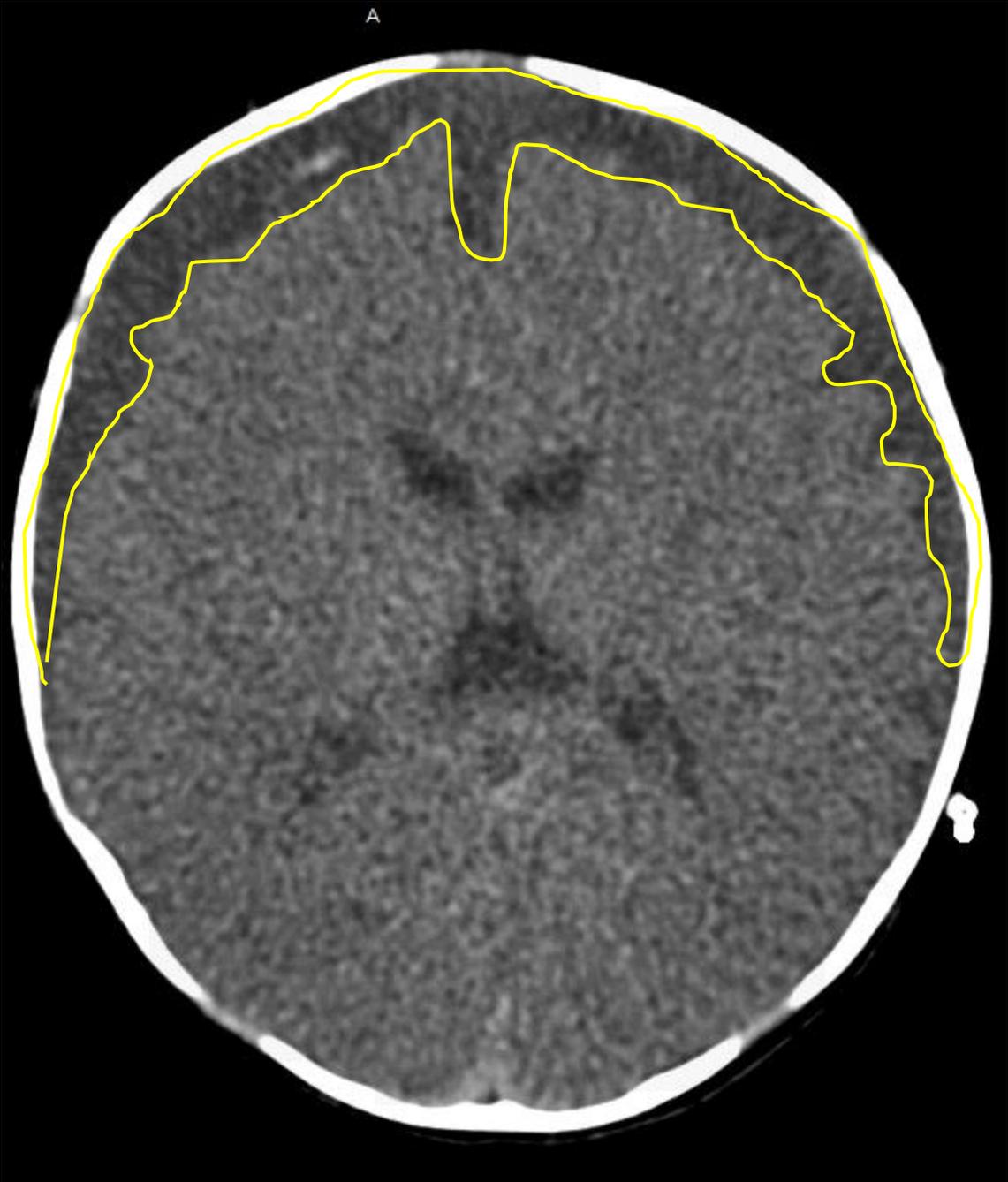
Cristina

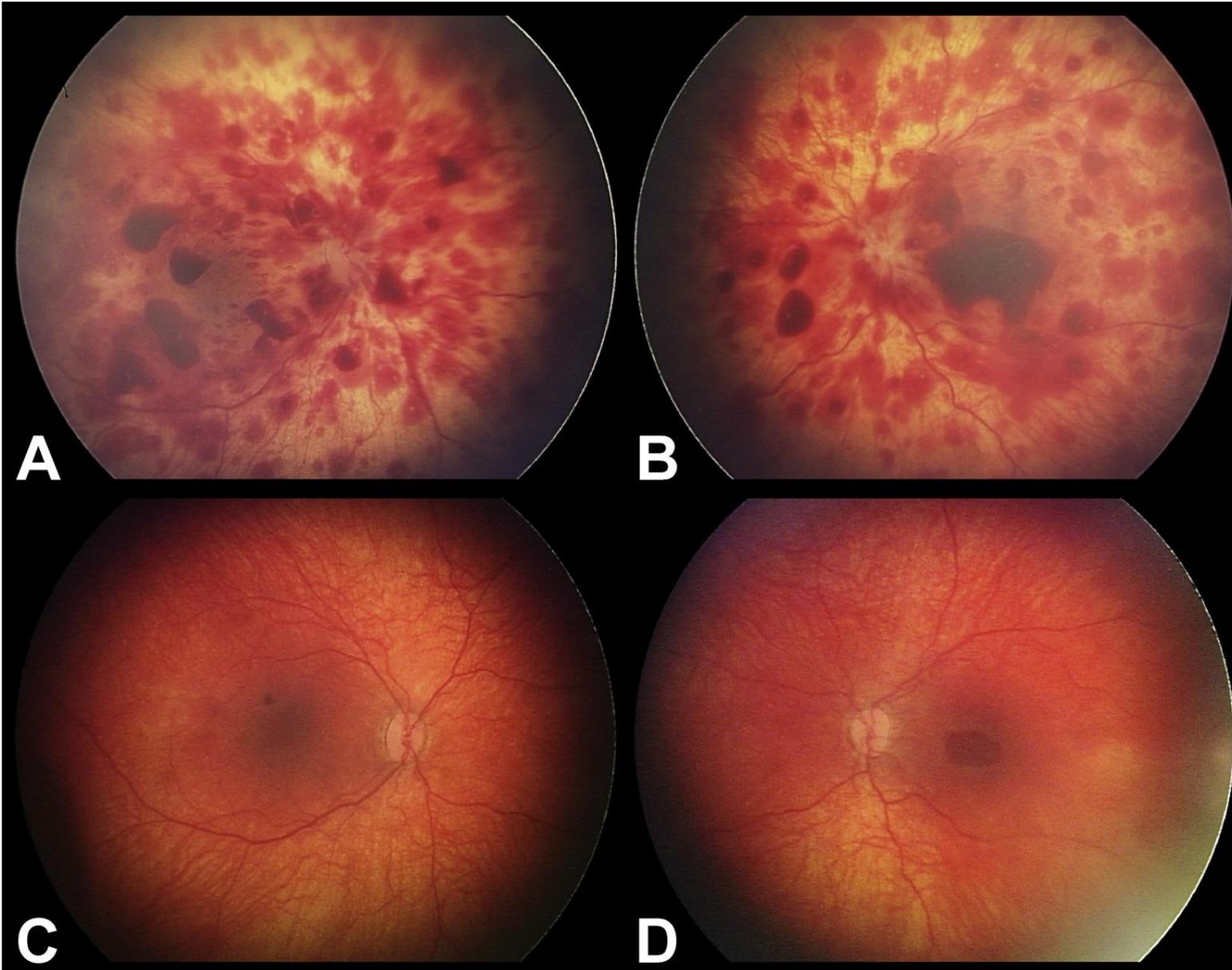


Cristina



Cristina



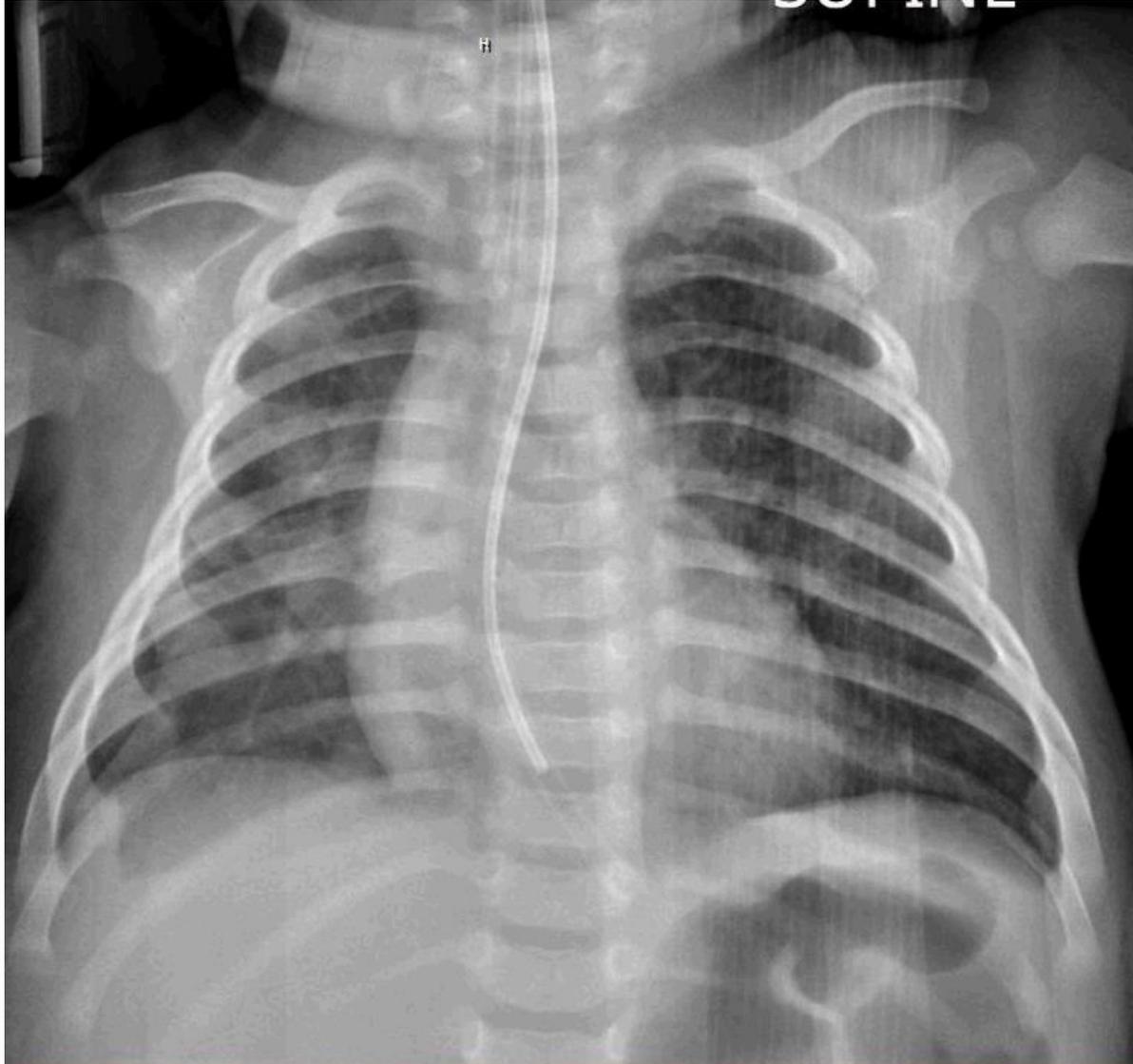


DESAFÍOS EN LA INVESTIGACIÓN
de homicidios de niños,
niñas y adolescentes

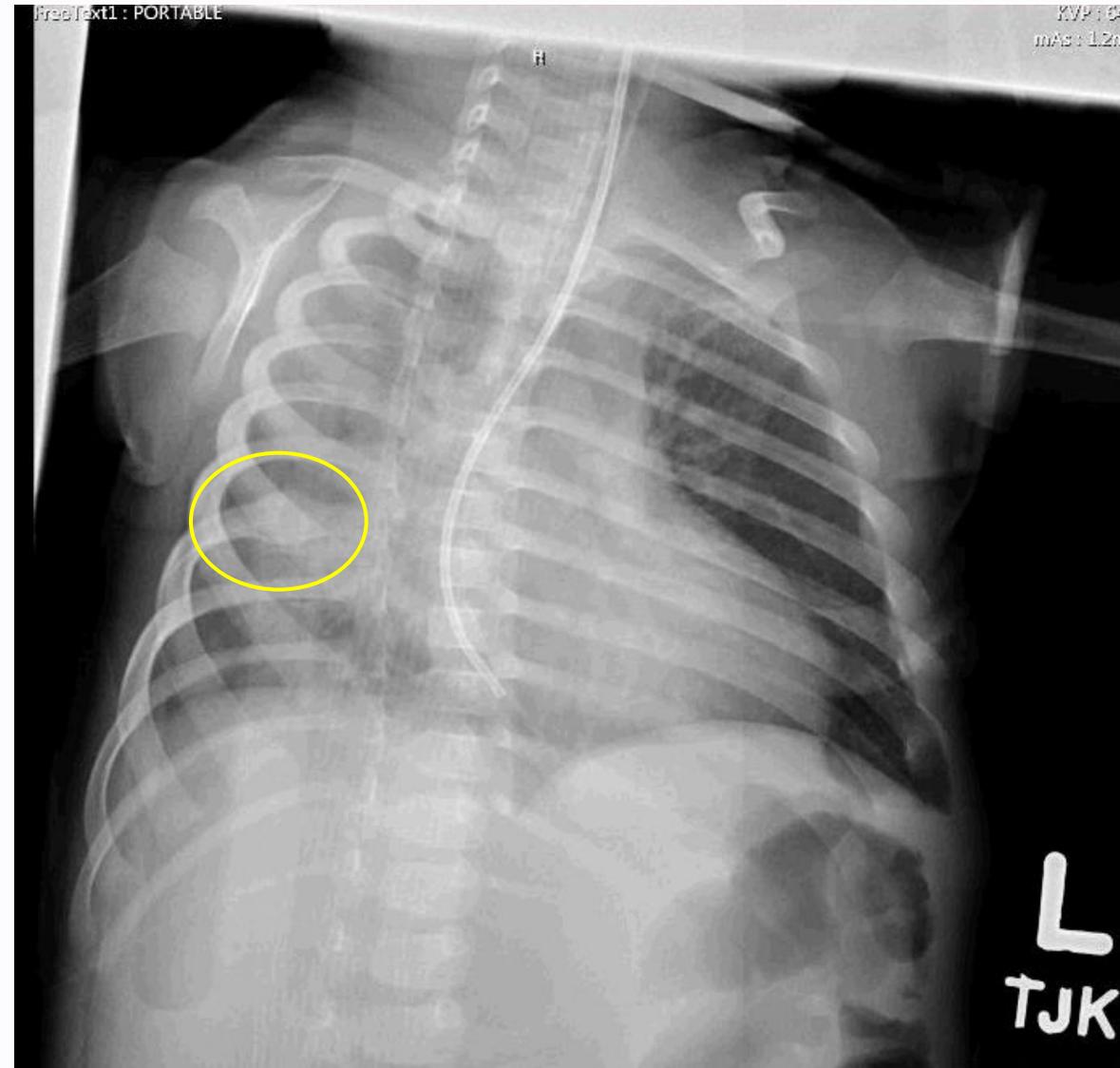
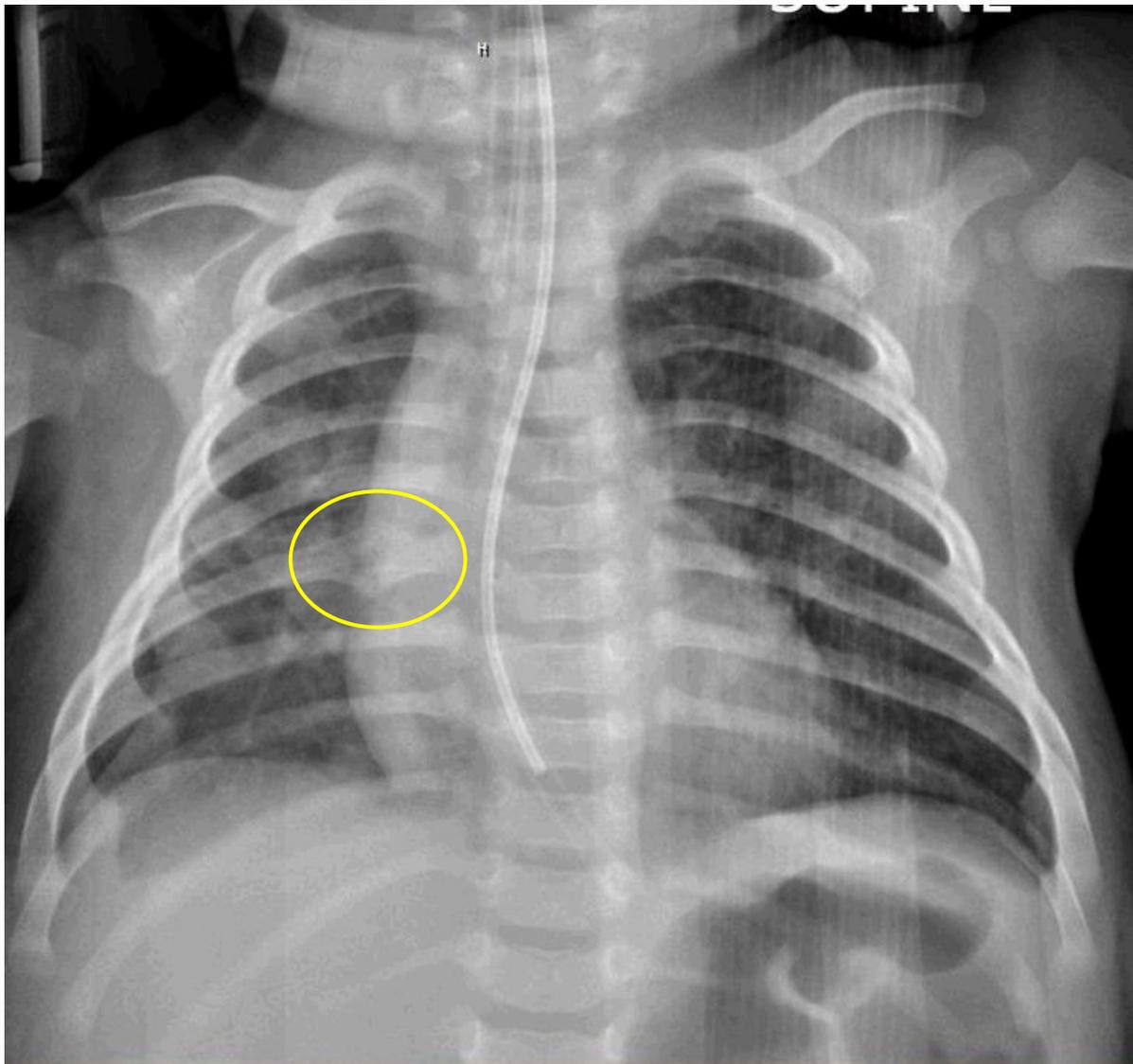


FUNDACIÓN
AMPARO Y JUSTICIA

Cristina



Cristina





Lesiones Toracoabdominales

Lesiones Toracoabdominales por Abuso

- 2ª causa principal de mortalidad por abuso físico
- ↑ susceptibilidad de los órganos intra-abdominales para traumatismo cerrado
 - Pared abdominal menos muscular y más delgada
 - Diafragma más horizontal por lo que el hígado y el bazo están más anteriores y menos protegidos por las costillas
- Lesiones visceral severas pueden presentarse con poco síntomas o con síntomas no específicos (vómito, irritabilidad)
 - 12% se presentan con hematomas abdominales¹

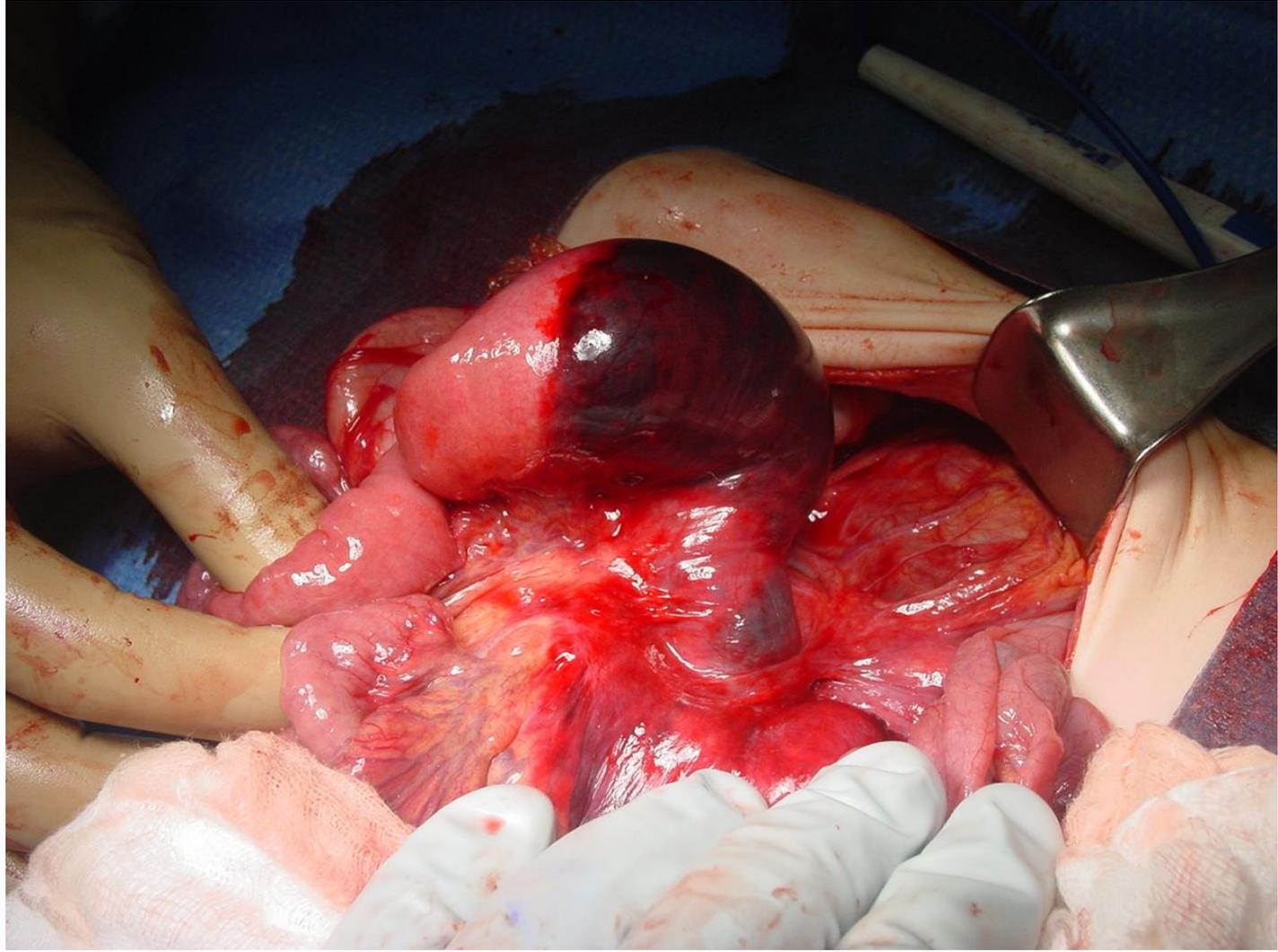
1. Ledbetter, 1988



Courtesy of Dr. Ken Feldman



Courtesy of Dr. Ken Feldman



Courtesy of Dr. Ken Feldman

Responsabilidades del Pediatra Forense

Identificación temprana

Identificación de lesiones adicionales

Evaluar posibles diagnósticos médicos contribuyentes

Reportar el abuso

Protección

Documentación apropiada

Apoyo al equipo multidisciplinario

Testificar

Comunicación con Investigadores

Nosotros transmitimos un resumen de la lesiones del paciente, evolución médica, evaluación general y resultados pendientes

Oportunidad para los miembros del equipo multidisciplinario de hacer preguntas

Compartir información especialmente de alguna nueva historia es de mucha ayuda!

Enfoque Interdisciplinario



= Decisión Informada

La Responsabilidad del Equipo Multidisciplinario

- El trabajador de la salud y trabajo social continúan comunicándose con los servicios de protección al niño(a)
- Cada individuo en el equipo interdisciplinario debe tener la misma información
- Mantener informada a la familia





¡Muchas gracias!

nrosado@luriechildrens.org