

11237



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
DR. FEDERICO GOMEZ



SUBDIRECCION DE
ENSEÑANZA

2000

CARACTERISTICAS DE PACIENTES CON ABUSO SEXUAL EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO "FEDERICO GOMEZ"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN PEDIATRIA MEDICA
P R E S E N T A

DR. FRANCISCO GALINDO ROCHA

DIRECTOR DE TESIS: DR. CARLOS AVILA FIGUEROA
ASESOR: DRA. MA. ISABEL HERNANDEZ RAMOS



MEXICO, D. F.

2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



SUBDIRECCION DE
ENSEÑANZA

Agradecimientos

A Dios por ponerme en este camino tan maravilloso que es la vida.



A mis padres mi eterno agradecimiento por apoyarme y guiarme día a día.

A mis hermanas por ser un ejemplo a seguir de perseverancia, rectitud y amor y a cada uno de sus hijos por volver a llenarnos de ilusión.

Al Hospital Infantil de México "Federico Gomez" a cada uno de sus maestros que me permitieron formarme y principalmente a sus niños.

A mis amigos por su agradable compañía y por compartir conmigo momentos inolvidables.

A mi asesora la Dra. María Isabel Hernández Ramos por su paciencia y ayuda.



SUPERACION DE
ENSEÑANZA

2000

Dr. Carlos Avila Figueroa

Dra. Ma. Isabel Hernández Ramos

INDICE

I.	Resumen	1
II.	Antecedentes	3
III.	Objetivos	14
IV.	Material y métodos.....	14
	a) Diseño.....	14
	b) Periodo de estudio.....	14
	c) Fuentes de información.....	14
	d) Criterios de inclusión.....	15
	e) Criterios de eliminación.....	15
	f) Definiciones operacionales.....	15
V.	Resultados.....	17
VI.	Discusión.....	28
VII.	Conclusiones.....	32
VIII.	Referencias bibliográficas.....	33
IX.	Anexos.....	35
	1. Hoja de captación	
	2. Esquema de abordaje	
	3. Hoja de evaluación de pacientes con abuso	
	4. Diagnóstico diferencial del abuso sexual	

I. RESUMEN

Antecedentes: El abuso sexual representa del 5 al 25% de los casos de maltrato infantil en nuestro país.

Objetivo: Estudiar las características de los pacientes con abuso sexual que se atienden en el Hospital Infantil de México.

Métodos: Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico o sospecha de abuso sexual en la consulta externa de dermatología, adolescentes, medicinas y psicología. El periodo de estudio comprendió de 1997 a 1999. Se consideró abuso sexual confirmado si los hallazgos físicos mostraron con evidencia de abuso, embarazo, sífilis no congénita, infección por VIH o confirmación por testimonio. Sospecha o abuso posible se consideró con hallazgos al examen genital no específicos o variantes normales, con conducta sexual alterada, condiloma acuminado o lesiones anogenitales de Herpes tipo 1, en ausencia de historia de abuso o con una declaración inconsistente.

Resultados: Encontramos un total de 26 pacientes y en dos casos se descartó el abuso. Se confirmó el abuso en 14 pacientes (58.3%), mientras que en 10 niños (41.7%) se consideró como posible. El 83.3% de los casos ocurrió en niñas y 16.7% en niños. Los escolares son el grupo más frecuentemente afectado (50%), seguidos del grupo de 10 a 14 años (33%). Dentro de los factores de riesgo tres casos tenían retraso mental y alteraciones neurológicas (12.5%), mientras que dos fueron hijos no deseados. El motivo de consulta fue el abuso en 37.5% de los casos y condilomas (33.4%). Los padres estaban enterados del abuso en tres casos. Los tipos de contacto ocurridos durante el abuso fueron coito (12.5%), penetración anal (12.5%) y contacto mano genital (8.3%). De siete pacientes en edad de menarca, en dos se sospechó embarazo pero no se confirmó. Las lesiones más frecuentes en las niñas fueron los condilomas en vagina (33.3%), himen incompleto (21%) y presencia de carúnculas (16.6%); en niños sólo se encontró lesión perianal en un paciente. Se

realizó cultivo vaginal en 16 casos (66.6%), VDRL y examen general de orina en 15 (62.5%), ELISA para VIH en 14 (58.3%) y *Chlamydia* por IF en 2 casos. En ninguno caso se aislaron microorganismos asociados al abuso sexual, sólo en un caso existe duda de la infección por VIH. En seis casos se reporto depresión, en tres casos conducta sexual inapropiada, conducta agresiva y problemas escolares, respectivamente. El 58.4% niños eran de medio socioeconómico bajo y 41.6% de clase media. El 54% de los casos ocurrió en primogénitos. Dos casos estaban bajo protección del ministerio público datos de maltrato previo, y en dos casos había antecedente de abuso en la madre. La identidad del agresor se documento en 13 casos (54.1%), 10 (41.6%) eran familiares (5 fueron primos, tres tíos, un abuelo y un hermano). El agresor convivía con el paciente en cuatro casos (17%). Cuatro niños (17%) comentaron la agresión a otras personas (tía materna, maestra y vecinos). Se realizó reporte de caso médico legal al ministerio público en ocho casos (33.3%), en ninguno se penalizó al agresor.

Conclusiones: El abordaje debe de ser multidisciplinario, para ofrecer al niño una recuperación integral lo antes posible. Por todo esto, el estándar de atención para la evaluación médica de un niño abusado sexualmente requiere de objetividad, conocimiento y perseverancia. Es una obligación detectar y reportar los casos de maltrato y abuso, para evitar que el niño siga expuesto a las agresiones.

II. ANTECEDENTES

El maltrato infantil es un problema que afecta a aproximadamente al 20% de la población infantil (3). En México el problema ha sido subestimado por la falta de registros adecuados. Aunque el maltrato físico y psicológico son los tipos de maltrato más frecuentes, el abuso sexual representa el 5 - 10% de los casos en algunos estudio. En cifras reportadas por el Sistema de Desarrollo Integral de la Familia reportan en 5% (1178) de pacientes de abuso sexual de un total de 23,285 casos. En nuestro hospital, el análisis de los casos de maltrato infantil en niños hospitalizados nos permitió conocer que el abuso sexual se presenta en el 5% de los casos durante el periodo estudiado (1988-1998). Sin embargo, sabemos que muchos pacientes son atendidos en consulta externa por este problema o patologías derivadas de él y en la mayoría de los casos no requieren hospitalización por lo que se subestima el problema. En contraste, el abuso representó el 25% de los casos de maltrato en la clínica del Instituto Nacional de Pediatría (1990-1993). El abuso sexual no es una moda ni ficción, es un problema real y su magnitud debe ser reconocida y estudiada en las diferentes poblaciones. (1-2-4)

La investigación de los casos de abuso sexual representa un reto, principalmente para obtener de la información precisa y determinar cuándo es necesaria la intervención y de qué tipo. Implica enfrentar sentimientos de vergüenza, culpa y secreto, además de tratar con adultos la sexualidad respecto a sí mismos y a los niños, o la desintegración de la familia y la acción legal. El abuso sexual se ha reconocido con una frecuencia incrementada desde el principio de la década de los setenta. No es un hecho raro ni limitado a sectores perturbados de la población, ocurre dentro de la familia y frecuentemente el agresor es conocido. Tal como ocurre con los casos de maltrato, los adultos que fueron sexualmente abusados en su niñez, tienen una probabilidad muy alta de descuidar a sus hijos y de abusar físicamente de ellos. La concientización de la sociedad y de los trabajadores de la salud en las áreas de pediatría a este respecto se ha incrementado gracias a los estudios realizados y al uso de los

medios masivos de comunicación, que permite difundir las señales de alerta. (1,3-6)

El reporte de abuso sexual varía dependiendo de las definiciones, las técnicas de muestreo y la metodología utilizada. La Academia Americana de Pediatría ha definido el abuso sexual como la participación de un niño en una actividad sexual que él no puede comprender, para la cual el niño no está preparado en su desarrollo, no puede dar consentimiento informado y/o viola los tabúes sociales y legales (3,7) Se incluye también el contacto o interacción entre un niño y un adulto, o la utilización de un niño para estimulación sexual de un adulto u otra persona. El abuso sexual también puede ser cometido por otro menor, pero significativamente mayor que la víctima, cuando el abusador toma la posición de poder o control sobre el niño. (1) Los elementos esenciales de la definición de abuso en el niño incluyen entonces:

1. La intención del abusador
2. Participación sin consentimiento o no consciente
3. Actos de naturaleza sexual
4. Coacción: relación de poder-dependencia, entre el abusador y su víctima
5. Experiencia aversiva por parte del niño

Al analizar la frecuencia de los casos de abuso sexual, debemos tener siempre presente que existe un problema de subregistro importante. Parte de la información se obtiene del Ministerio Público, del DIF, de organismos especializados, y hospitales. Otra fuente de información son las encuestas realizadas a los adultos, para investigar retrospectivamente actos de abuso sexual. La frecuencia oscila desde el 10% en Inglaterra, hasta 38% en Estados Unidos, dependiendo de la extensión de la definición. Aunque existen algunas variaciones, se puede decir que aproximadamente el 15% de los casos de abuso ocurre dentro de la familia. (1,5,7)

Los factores de riesgo que incrementan un abuso sexual no se relacionan con el nivel socioeconómico o la raza. Los niños en edad escolar son más

propensos al abuso durante la preadolescencia (de los ocho a los 12 años), aunque la frecuencia de casos entre preescolares no es tan baja como se desearía. Por otra parte, las niñas son más susceptibles al abuso que los niños, aunque los varones reportan con menor frecuencia el abuso. En general con los datos disponibles, la conclusión que se obtiene es que la tasa de abuso de varones oscila entre la quinta parte y la mitad de la tasa de las niñas. Se estima que 20% de las niñas y 9% de los niños son incluidos en actos de actividad sexual durante la niñez. (1,3,8,9)

Diversos factores familiares se asocian a un riesgo mayor de abuso sexual: la pobre relación padre-hijo (madres emocionalmente alejadas, enfermas, poco afectuosas) o pobre relación entre la pareja, estrés crónico, falta de apertura física, protección pobre por la madre y la presencia de un hombre no relacionado biológicamente en la casa. Un infante que vive con un masculino -padrastrito- tiene cinco a siete veces más riesgo de ser abusado sexualmente, incluso en algunos estudios la violencia paternal ha sido factor de riesgo para incesto (1,3,10) Los niños son más abusados por sujetos masculinos y rara vez por femeninos. La mayoría de los perpetradores son adultos amigos o conocidos de la familia, que a menudo llaman la atención del niño y se ganan poco a poco su confianza, son inicialmente amistosos, lentamente seducen a los niños y los obligan a permanecer en silencio.

Aunque el abuso se produce sólo en una ocasión en el 63-75% de los casos, el abuso puede ser repetido por una misma persona (23% de los casos en la serie de Baker y Duncan en Inglaterra) o múltiple por diferentes personas (14%). Otro hecho frecuentemente encontrado es que sólo en el 5% se documenta un coito sexual completo, aunque la mayoría incluye alguna forma de contacto físico y uso de la fuerza (1).

Los efectos a largo plazo que se producen en los niños que son abusados incluyen una muy diversa gama de alteraciones psicológicas (por lo menos en dos tercios de los casos), desde la depresión, la culpa, conducta sexualizada y principalmente una autoestima disminuida. Estas alteraciones los vuelven más

susceptibles a las drogas y al alcohol. La experiencia del abuso aumenta la vulnerabilidad de las mujeres con respecto a hombres sexualmente explotadores y reduce su capacidad para proteger a sus hijos, por lo que el abuso puede perjudicar a varias generaciones. (1,8,10)

PRESENTACION CLINICA

Un niño que ha sido abusado sexualmente puede llamar la atención para solicitar atención médica principalmente por 3 situaciones. (1)

1. Cambios de comportamiento
2. Síntomas genitales o rectales
3. Denuncia un contacto sexual inapropiado

CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO

Los indicadores del comportamiento de un niño abusado sexualmente varían desde agresión, alteraciones del sueño y del apetito, alteraciones neuróticas o de la conducta, depresión, inseguridad, fobias, abuso de sustancias, problemas escolares y sociales con sus compañeros. Además la conducta sexual se vuelve inapropiada y puede encontrarse promiscuidad, prostitución, entre otras. Estos mismos aspectos pueden relacionarse a otras patologías o al estrés, no son específicos de abuso sexual pero deben documentarse. Es necesario diferenciar entre el abuso y el juego sexual normal. El abuso incluye más a menudo personas de diferente edad y género, actividades inconscientes de acuerdo al nivel de desarrollo del niño, elementos de coerción, fuerza o secreto, una respuesta negativa de la víctima y hallazgos de lesión física. En cambio el juego sexual normal típicamente se desarrolla en niños de la misma edad y género, incluye participación mutua y no se produce daño físico. (3,7,8)

SINTOMAS GENITALES O RECTALES

Los síntomas genitales o rectales que indican abuso sexual son los siguientes: trauma, sangrado o edema genital, anal o uretral, enfermedad de transmisión sexual o infección o secreción genital, vulvovaginitis, embarazo, disuria, infección recurrente de vías urinarias, dolor abdominal, dolor crónico genital o anal, cuerpo extraño en vagina o ano, enuresis, encopresis y sangrado

de paladar blando. Solo el embarazo, sífilis no congénita y gonorrea, son diagnósticos dependientes de abuso sexual. Por otra parte el sangrado genital es altamente sugestivo de abuso, si no existe antecedente de accidente, una historia adecuada u otra enfermedad orgánica. Otros síntomas genitales-rectales no son específicos de abuso sexual. (7,11,12,14)

REPORTE DEL ABUSO

La denuncia de abuso sexual es un proceso, por lo que la disposición y confianza que demuestre el adulto para escuchar al niño es el determinante más importante de la acusación. El miedo de incriminación, rechazo, castigo y la coerción obliga al niño a mantenerse en silencio y retardar la acusación. Los familiares que llegan a conocer del abuso permanecen al margen del problema para mantener a la "familia dentro de un entorno normal", y el niño frecuentemente vuelve a sufrir el abuso sexual. (1,6)

EVALUACION MEDICA

AMBIENTE

La historia médica y el examen físico de un niño en quien se sospecha abuso sexual requiere un abordaje sin prisa y tranquilo de preferencia la evaluación debe realizarla una persona experimentada es. Se debe de iniciar con una presentación adecuada y la explicación del papel el médico, colocarse al nivel de entendimiento del niño y discutir el propósito de la investigación, explicar claramente que la revisión incluye áreas privadas de su cuerpo, usando palabras que el niño conozca. (3,15)

ENTREVISTA CON EL NIÑO Y LOS PADRES

En estudios de casos legalmente comprobados de abuso sexual, la mayoría de las víctimas no presenta hallazgos físicos diagnósticos, por lo tanto la entrevista imparcial del niño a menudo es el punto más crítico de la evaluación diagnóstica. (1,3,6) Cualquier acusación espontánea por parte del niño durante la evaluación debe de ser cuidadosamente documentada, transcribiendo los términos exactos que el niño utilizó para describirla. Es preferible no repetir preguntas, pues el niño puede inferir que las preguntas se le repiten porque no le

creen, y puede modificar la historia. Preferiblemente la entrevista debe de ser con el paciente solo, en un ambiente confortable para él.

Situar al niño en su nivel y cuestionar acerca de sus amigos, su escuela, sus preferencias o intereses. Acerca del abuso, se debe cuestionar con preguntas abiertas que no sugieran respuesta, como: ¿Alguna persona te ha tocado en alguna parte de tu cuerpo donde no te guste? ¿Alguien te ha tocado alguna vez de una manera que no te guste? ¿Alguna persona te ha provocado dolor o te ha hecho sentir mal en alguna ocasión? ¿Alguien alguna vez te ha tocado tus partes privadas? ¿Qué ha pasado? Cuéntame más ¿Qué mas puedes recordar? Debido a que el juego sexual puede ser placentero para un niño es importante evitar cualquier insinuación de juicio, tono de voz o expresiones faciales; esto es imperativo principalmente en cuestiones que sugieran alguna respuesta en particular.

Cuando las preguntas abiertas se han completado, se procede a preguntas más específicas si el niño ha revelado el abuso sexual; si hubo dolor, sangrado, disuria, después del abuso, el nombre o sobrenombre del abusador, que ropa vestía el abusador, si el niño fue dañado, donde ocurrió el abuso, donde se encontraban sus padres, si el niño se lo platico a alguna persona. Observe y registre su comportamiento durante la entrevista, es vital registrarla con el máximo detalle. (6,3) Posterior a la entrevista del niño se debe platicar con los padres o encargados. La entrevista con los padres deberá incluir la historia médica, el examen físico, una historia familiar y social. Se discute específicamente que se trata de un abuso sexual, pero nunca enfrente del niño.

EXPLORACION FISICA

Los pediatras juegan un rol muy importante en el examen físico de un niño en quien se sospecha abuso sexual, desafortunadamente en la mayoría de los casos el examen genital no se incluye habitualmente en la revisión pediátrica general, por lo que hay poco conocimiento acerca de este tema y hallazgos completamente normales podrían confundir a un examinador con poco entrenamiento. Si el examen regular de los genitales de los niños se realizara los

pediatras ganarían experiencia en reconocer las variantes normales de la anatomía genital y podrían apreciar mejor los hallazgos anormales. La búsqueda se dirige a los signos relacionados al abuso o negligencia, debe practicarse con la mayor gentileza y asegurándole al niño que la exploración no será dolorosa, permitiendo la presencia de un familiar. Los padres deben de estar enterados de que en la mayoría de las veces la exploración genital no revela signos que apoyen el abuso sin que esto lo descarte, ya que después de 72 horas la mayoría de las heridas han sanado. Desgraciadamente el examen se realiza generalmente después de este periodo de tiempo. (6,811)

Como en cualquier examen físico se debe mostrar el máximo respeto al niño y entablar una plática que relaje al paciente durante el examen. La cortesía demuestra sensibilidad y facilita la cooperación y relajación durante el examen genital –rectal. En ningún momento el examen genital debe convertirse en un evento traumático. Se puede usar una lámpara de mano que ayude a magnificar las estructuras. Si es posible se debe realizar la documentación fotográficamente. Algunos niños como parte del abuso podrían haber sido usados para pornografía y podrían resultarles molestas las fotografías. Sin embargo estas también podrían ser de ayuda legal posteriormente. Sí la cooperación del niño es nula algunas veces esta indicada la sedación. (6,10,11)

El examen del paciente masculino debe llevarse a cabo en posición supina, el glande debe de ser examinado y si es posible retraer el prepucio. Las lesiones anales a menudo son difíciles de apreciar, pueden encontrarse abrasiones, equimosis, edema, y laceraciones, e inclusive engrosamiento de la piel en un abuso crónico, dilatación del esfínter anal, con pérdida del tono, y congestión venosa externa, o engrosamiento de los tejidos perianales. En el examen genital de las niñas es suma importancia la posición en que se explore las posiciones recomendadas es en decúbito supino con las piernas flexionadas y en contraposición y la llamada posición pecho rodilla estas dos posiciones son obligadas cuando se sospecha de abuso sexual. Algunos hallazgos como fisuras y engrosamiento de la piel perianal pueden ser encontrados en niños no abusados como en el niño constipado, anomalidades neurogénicas, los

repliegues en la línea media, áreas avasculares o diastasis anal son a menudo vistos en niños normales no abusados. Sin embargo las laceraciones en la línea media causados por abuso sexual se pueden resolver dejando áreas avasculares, las cuales no sería fácil diferenciar de los hallazgos normales. (11,13,14)

HALLAZGOS EN GENITALES SOSPECHOSOS DE ABUSO SEXUAL

Hay pocos hallazgos que pueden ser identificados como clara evidencia de penetración. Se ha demostrado que las lesiones himenales o del área perianal rara vez son resultado de lesiones no intencionales. La ausencia de tejido himenal por debajo de la línea horizontal de las 3 a 9 de las manecillas del reloj, confirmada en varias posiciones con una tracción adecuada, puede ser considerada como clara evidencia de trauma. Las áreas avasculares de la orquilla posterior han sido observadas en un cuarta parte de niñas prepubescentes no abusadas. (4) Puede haber variantes normales el himen anular se extiende los 360 grados de la circunferencia; un himen crescéntico la morfología más común tiene más tejido aproximadamente a las 10, 11, 1 y 2 de las manecillas del reloj. La apariencia del himen puede variar partiendo la edad de la paciente debido al efecto estrogénico. Además la apertura himenal tiene varias medidas dependiendo de la posición de la examinación, el grado de la relajación de la paciente y la edad Un amplio rango de apertura himenal es encontrado en niñas no abusadas, de esta manera, una significativa apertura himenal solo es validada si se encuentran defectos en el himen posterior en dos posiciones de examinación diferentes. Siempre se debe descartar trauma accidental, estas lesiones accidentales afectan más frecuentemente clítoris, hueso púbico, y estructuras labiales, usualmente las lesiones son asimétricas y no incluyen el himen por el contrario en la niña abusada los tejidos dañados son comisura posterior, fosa navicularis e himen posterior, por lo que el examen físico en niñas abusadas debe enfocarse a estructuras del vestíbulo posterior. (8,11,12)

INTERVENCION MEDICA

EXAMENES DE LABORATORIO

La prevalencia de enfermedades de transmisión sexual en niños abusados sexualmente no sobrepasa el 4% en series de Estados Unidos. (17) La mayoría de ellos son físicamente sanos. El diagnóstico específico de enfermedades de transmisión sexual varía. La gonorrea o sífilis que no es adquirida perinatalmente son diagnóstico definitivo de abuso sexual. Aunque *Chlamydia trachomatis* puede ser adquirida perinatalmente y persistir por varios meses, se encuentra más comúnmente en niños abusados sexualmente que en aquellos no abusados, las infecciones vaginales causadas por *Chlamydia trachomatis* pueden ser asintomáticas en los niños. Los condilomas acuminados pueden ser transmitidos a los infantes durante el baño o el nacimiento por el canal de parto, y puede persistir por largos periodos. Ambos virus Herpes tipo 1 y 2 pueden ser transmitidos sexualmente y causar infecciones genitales u orales. *Trichomona vaginalis* es rara en niños pero se ha relacionado a contacto sexual. La vaginosis bacteriana ocasionalmente es vista en niños seguidos de abuso sexual. (14,17,18)

El abordaje inicial para enfermedades de transmisión sexual es recomendado en adolescentes de alto riesgo sexualmente activos, las víctimas adolescentes deberían repetir estos exámenes en 2 semanas; víctimas de bajo riesgo podrían diferirse hasta 2 semanas después del abuso. Doce semanas después del abuso sexual los exámenes serológicos para infección por el virus de inmunodeficiencia humana hepatitis B y sífilis deberían realizarse.

PROFILAXIS PARA ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

Se debe de considerar profilaxis antibiótica para enfermedades de transmisión sexual en mujeres postpúberales actualmente el CDC (Center of diseases control) ofrecen lineamientos para la profilaxis después de abuso sexual; estos regímenes proveen tratamiento empírico para *Chlamydia*, gonococo, tricomoniasis o vaginosis bacteriana, también se debe considerar la vacunación contra Hepatitis B, si el paciente no está inmunizado.

Los lineamientos de CDC para abuso sexual son los siguientes

- ◆ Ceftriaxona 125 mg intramuscular una sola dosis
 - ◆ Metronidazol. 2 gramos vía oral una sola dosis
 - ◆ Doxiciclina 100mg vía oral por 7 días
- Considerar vacunación contra Hepatitis B si el paciente no está inmunizado

PROFILAXIS DE EMBARAZO

El riesgo de embarazo es del 2 al 4%. Este se puede prevenir ofreciendo dentro de las primeras 72 horas dos tabletas inmediatamente después del abuso y dos tabletas 12 horas después. Las reacciones adversas más frecuentes son náuseas y vómitos. Se deben de realizar un examen de embarazo 2 o 3 semanas después. (7)

COMPLICACIONES

Los efectos a corto plazo se definen arbitrariamente como aquellos que se presentan dentro de los dos primeros años los más comunes son miedos, alteraciones en el sueño o alimentación, depresión; las manifestaciones externas incluyen alteraciones en el rendimiento escolar, delincuencia, agresión, hostilidad y comportamiento antisocial,

La complicación a largo plazo más frecuentemente reportada es la depresión. Las víctimas de abuso sexual en la infancia pueden mostrar siendo adultos signos de ansiedad, estrés y autodestrucción, con muy baja autoestima que puede llegar al grado máximo de depresión que es el suicidio.(7,18)

PRONOSTICO

Las preguntas específicas que más comúnmente se le hacen al pediatra por parte de los padres son ¿Mi hijo va a ser homosexual? Y sobre esto la literatura refiere que no se ha visto una asociación clara entre homosexualidad y abuso sexual, ¿Mi hijo va a tener SIDA? Con relación a esto, el riesgo de la transmisión de VIH por abuso sexual es real pero muy bajo. Otros temas frecuentemente interrogados son la promiscuidad y la pérdida de la virginidad,

hay que ser muy cuidadosos a esta pregunta ya que algunas familias dan mucha importancia a la virginidad y al afirmarles que se perdió la virginidad podrían rechazar al niño. Habría que considerar que la niña pierde la virginidad solo cuando ella tenga relaciones con quien ella elija. El Pediatra debe estar preparado para estos temas y escuchar pacientemente dar retroalimentación es su mejor arma. (15)

Ante la importancia del abuso sexual en la sociedad, se realizó este estudio con el objetivo de analizar las características de los niños con abuso sexual que acuden al hospital.

III. OBJETIVO GENERAL

Identificar las características epidemiológicas del abuso sexual reportado en la consulta externa del Hospital Infantil de México.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Conocer los factores de riesgo para abuso sexual
2. Identificar las principales características del perpetrador
3. Identificar los principales hallazgos en los pacientes
4. Identificar los principales obstáculos para la intervención médica y legal
5. Proponer estrategias de manejo y abordaje

IV. MATERIAL Y METODOS

- a) **Diseño.** Se trata de un estudio retrospectivo para analizar las características de los pacientes con diagnóstico de abuso sexual en el HIM.
- b) **Periodo de estudio.** Se recabaron los expedientes clínicos de los pacientes atendidos con diagnóstico y sospecha de abuso sexual, de 1997 a 1999. El HIM es una institución de tercer nivel de atención, que recibe pacientes escasos recursos, sin derecho a seguridad social. Atiende en promedio 7500 pacientes anuales y brinda consulta de 20 especialidades, en el Hospital no se cuenta con Ministerio público.
- c) **Fuentes de información.** Se captaron los datos de los pacientes registrados con diagnóstico o sospecha de abuso sexual en la consulta externa de Adolescentes, Psiquiatría, Medicinas y Dermatología del Hospital Infantil de México.

- d) **Crterios de inclusión.** Pacientes menores de 18 años que se presenten en la consulta externa del hospital con diagnóstico o sospecha de abuso sexual, incluyendo aquellos con padecimientos de transmisión sexual sin origen determinado.
- e) **Crterios de eliminación.** Pacientes en los que después del estudio correspondiente no existe evidencia ni sospecha de abuso sexual.
- f) **Definiciones operacionales.**
- 1) Abuso sexual confirmado. Se considero si hubo hallazgos físicos con franca evidencia de abuso o penetración (laceración de himen, equimosis del himen, laceraciones perianales, ruptura del himen, aún cuando este cicatrizada), sin historia de accidente. Hallazgo de esperma o líquido seminal en el cuerpo del niño, embarazo, evidencia de sífilis adquirida después de nacimiento. Además se puede confirmar por testimonio del abuso, por confesión por el perpetrador o actos descritos por el niño, así como por evidencia en fotografías o videos, o por un testigo. Infección por VIH donde no se ha documentado otra vía de transmisión y el contacto sexual no fue consentido.
 - 2) Abuso sexual posible. Se considero al haber hallazgos no especificos al examen genital o variantes normales, (que pueden resultar de abuso sexual dependiendo del momento del examen) en combinación con: conducta sexual alterada. El niño es incapaz de relatar la historia de abuso, presencia de condiloma acuminado o lesiones ano -genitales de Herpes tipo 1 en ausencia de historia de abuso. Se considero también si el niño ofrece una declaración pero esta no es lo suficientemente detallada, no es acorde a su nivel de desarrollo o no es tan consistente.
(8)
 - 3) Familia.
Nuclear. Llamada también familia simple o básica es aquella constituida por el hombre, la mujer e hijos socialmente reconocidos, que habitan en un solo lugar.

Extensa. Hace referencia al conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de una familia nuclear.

Funcional. Es aquella en la que los roles sociales se cumplen, donde los lazos de comunicación e integración se establecen en un ámbito de cordialidad.

Disfuncional. Los límites son difusos y no se cumplen los roles sociales, no hay comunicación, existen problemas interiores y exteriores.

- a) **Análisis estadístico.** Los datos serán analizados mediante estadística descriptiva, utilizando frecuencias simples e intervalos de confianza en los casos necesarios.

V. RESULTADOS

Se revisaron los expedientes correspondientes a 1997-1999, con diagnóstico o sospecha de abuso sexual, en las consultas de adolescentes, dermatología, psicología y medicinas. Encontramos un total de 26 pacientes, dos casos fueron eliminados pues el estudio correspondiente descartó abuso sexual. Se logró confirmar el abuso en 14 pacientes (58.3%), mientras que en 10 niños (41.7%) se consideró el abuso como posible.

El 83.3% (20) de los casos ocurrió en niñas y sólo en cuatro casos (16.7%) en niños. Llama la atención que el 50% de los casos ocurrió en niños de 5 a 9 años, seguidos del grupo de 10 a 14 años, con 33% (Cuadro 1).

Dentro de los factores de riesgo en pacientes con abuso sexual, se puede observar en el cuadro 2 que tres casos tenía retraso mental y alteraciones neurológicas (12.5%), mientras que dos niños fueron no deseados (11%) En el 75% de los casos no se consignó ningún factor de riesgo.

El motivo de consulta por el que acudieron nuestros pacientes fue variado. En el 37.5% de los casos fue el mismo abuso por lo que los responsables de los niños solicitaron atención médica, en segundo lugar por condilomas (33.4%) seguidos de hematuria, dermatitis atópica, sangrado transvaginal y mal aprovechamiento escolar, lo que nos demuestra que tan variada podría ser la presentación de este problema.

Se detectaron otros tipos de maltrato simultaneos dentro de nuestro estudio. El más frecuentemente reportado fue el psicológico en cinco casos (30.8%), físico en dos casos (4.1%)y negligencia en uno en el resto de 16 casos (66.6%) no se reportó maltrato asociado, pero nosotros consideramos que todo niño abusado por ende conlleva un maltrato psicológico por lo que en realidad todo niño abusado debe abordarse considerando tambien maltrato psicológico.

En tres casos (12.5%) padres estaban enterados del abuso y el tiempo que tardaron en reportar el abuso vario de 6 meses a un año. Es preocupante que existan casos en que los padres permitan el abuso.

Los tipos de contacto o agresión ocurridos durante el abuso fueron coito en tres casos (12.5%) penetración anal en tres casos (12.5%) dos casos con contacto mano genital, en los 16 casos restantes no se especifica el tipo de contacto. es importante recordar que para considerar abuso sexual no necesariamente tiene que haber penetración, sino cualquier acto que satisfaga sexualmente al perpetrador (voyeurismo, pornografía) (3,8,)

En nuestro estudio se registraron siete pacientes en edad de menarca, de ellas solo dos tuvieron sospecha de embarazo, pero en ninguno se confirmo.

Los hallazgos en la exploración genital pacientes de femeninas mostró como lesión más frecuente la presencia de condilomas en vagina en ocho pacientes (33.3%); una de ellas requirió exploración con vaginoscopía y sedación por la cantidad de condilomas, El himen incompleto con disminución del tejido himenal y laceraciones fue el hallazgo más común así como presencia de carúnculas en cuatro pacientes (16.6%).

En la exploración de genitales en pacientes masculinos se encontró como única lesión la presencia de lesión perianal en un solo paciente (25%). En el resto de pacientes no se encontró ninguna lesión probablemente por la rapidez con que se recupera ese tejido y el tiempo de la revisión.

Los exámenes de laboratorio realizados fueron cultivo vaginal en 16 casos (66.6%) VDRL y examen general de orina en 15 pacientes (62.5%) y ELISA para VIH en 14 pacientes (58.3%). En ningún caso se aislaron microorganismo asociado a abuso sexual únicamente se reporto la prueba de ELISA fue reportada como reactivo con Western Blot negativo. *Chlamydia tracomatis* por inmunofluoresencia se realizo en dos casos que resultaron negativos la serologia para hepatitis B no se realizo a ningún paciente. . La frecuencia de infección por

virus de inmunodeficiencia humana esta relacionado hasta en un 33% de los casos de pacientes con abuso en quién se encuentra alguna enfermedad de transmisión sexual.

El seguimiento otorgado en consulta externa a pacientes con abuso sexual fue en un 66.6% de los casos por el Servicio de Psicología, en 41.5% en el Servicio de Dermatología y en 29.2% en el Servicio de Adolescentes. Como se puede apreciar el Servicio de Psicología atiende a la mayoría de los pacientes punto clave en el tratamiento de los mismos pacientes ya que la secuelas más frecuentes son psicológicas. En nuestro estudio encontramos que en seis casos (25%) se reportó depresión, en tres casos conducta sexual inapropiada, en 3 casos conducta agresiva y en tres casos problemas escolares en nueve pacientes no se reporto ninguna alteración psicológica.

El factor del medio socioeconómico mostró que 14 casos (58.4%) fueron de medio socioeconómico bajo y 10 casos (41.6%) fueron de clase media. Sabemos que el factor socio económico no tiene importancia en la frecuencia de del abuso sexual y que la ausencia de pacientes de clase alta puede deberse al tipo de población que se atiende

El abuso ocurrió más frecuentemente en primogénitos 13 casos (54.3%) y 25% en el segundo hijo. De los 24 casos se registraron dos casos que estaban bajo protección del ministerio público por encontrar datos de maltrato previos. En dos casos (8.3%) se reportó que había antecedente de abuso en los padres. Ambas eran mujeres y aparentemente no mostraban datos de alteración psicológica como depresión o falta de autoestima, complicaciones referidas en pacientes adultos que sufrieron abuso sexual de niños. Sin embargo el ciclo se repite.

Respecto a la identidad del agresor ésta se documento en 13 casos (54.1%) y en 10 casos (41.6%) el agresor fue un familiar, en 5 casos (20.8%) fue un primo, en tres casos los tios (30%) y en un caso el abuelo materno (4.1%) y en otro caso un hermano (4.1%) El agresor convive con el paciente en cuatro casos

(17%), el resto esta separado del agresor. La ocupación del agresor fue en siete casos estudiante (58.3%) en el resto no se especificaba. En solo un caso se registro que el agresor era adicto a las drogas, sin especificar más datos. Este dato es importante.

El niño comento la agresión a otras personas en 4 casos 17% (tía materna, maestra y vecinos) dato importante ya que ante una acusación espontánea del niño debe iniciarse inmediatamente el estudio para abuso sexual. Los padres se encontraban en su domicilio en el 4% de los casos, un caso la mamá se encontraba trabajando y el resto se ignoraba.

La acción legal se llevó a cabo en ocho casos (33.3%) mediante reporte de caso médico legal en ocho casos (33.3%) se reportó al ministerio público en ningún caso se reportó algún tipo de penalización al agresor.

Cuadro 1. Factores de riesgo en pacientes con abuso sexual

Factores de riesgo	No. de casos Probables	No. de casos confirmados	Total	Porcentaje
Retraso mental y alteraciones neurológicas	0	3	3	12.5
Malformaciones congénitas	0	1	1	4.1
Niño no deseado	0	2	2	8.3
Ninguno	4	14	18	75
Total	4	20	24	100

Cuadro 2. Motivo de consulta en casos de abuso sexual

Motivo de consulta	No. de casos	Porcentaje
Abuso sexual	9	37.5
Condilomas	8	33.4
Hematuria	2	8.4
Dermatitis atópica	1	4.1
Esofagitis	1	4.1
Sangrado transvaginal	1	4.1
Vulvovaginitis	1	4.1
Mal aprovechamiento escolar	1	4.1
Total	24	100

Cuadro 3. Tipo de contacto o agresión ocurrida durante el abuso

	No. de casos	%
Coito	3	12.5
Penetración anal	3	8.4
Contacto mano-genital	2	12.5
Se ignora	16	66.6
Total	24	100

Cuadro 4. Hallazgos en la exploración genital de pacientes con abuso

Tipo de lesiones	No. de casos	%
<i>Pacientes femeninas</i>		
Condilomas en vagina	8	40
Himen incompleto	5	25
Presencia de carunculas	4	20
Ningún hallazgo	3	15
Total	20	100
<i>Pacientes masculinos</i>		
Condiloma perianal	1	25
Ningún hallazgo	3	75
Total	4	100

Cuadro 5. Exámenes de laboratorio realizados

Tipo de examen	No. de exámenes	%
Cultivo vaginal	16	66.6
Examen general de orina	15	62.5
VDRL	15	62.5
ELISA para VIH	14	58.3
Examen de embarazo	2	8.3
<i>Chlamydia</i> por IF	2	8.3

Cuadro 6. Complicaciones psicológicas en los primeros dos años

Complicación	No de casos	%
Depresión	6	25
Conducta sexual inapropiada	3	12.5
Agresividad	3	12.5
Problemas escolares	3	12.5
Ninguno	9	37.5

Cuadro 7. Identidad del agresor

Identidad	No de casos	%
Primo	6	25.0
Tíos	3	12.5
Hermano	1	4.1
Abuelo	1	4.1
Vecino	2	8.2
Desconocida	11	45.8
Total	24	100.0

Figura 1. Distribución de los casos de abuso sexual por grupo de edad. Hospital Infantil de México 1997 - 1999

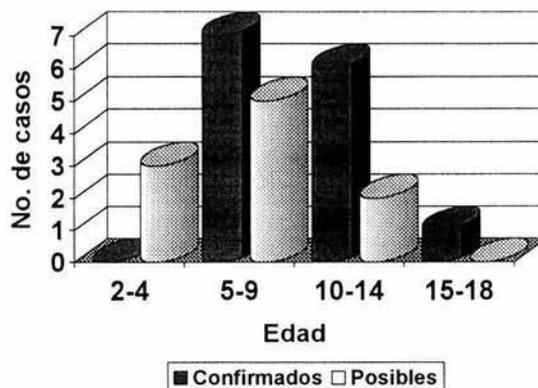


Figura 2. Tipos de maltrato adicionales en pacientes con abuso sexual

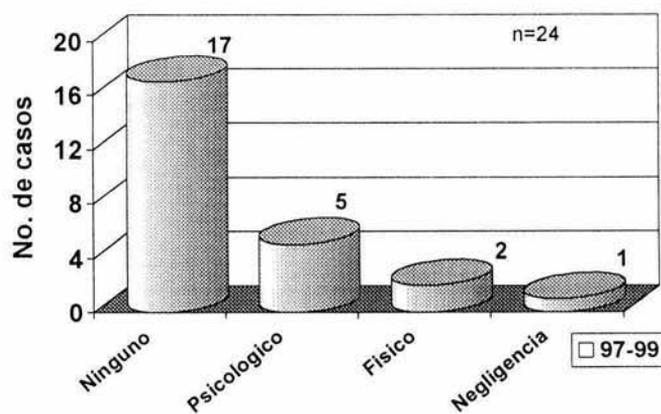


Figura 3. Frecuencia de abuso sexual previo

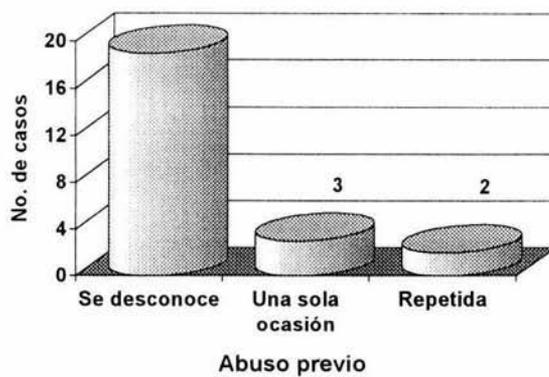


Figura 4. Nivel socioeconómico de los pacientes con abuso sexual atendidos en el HIM

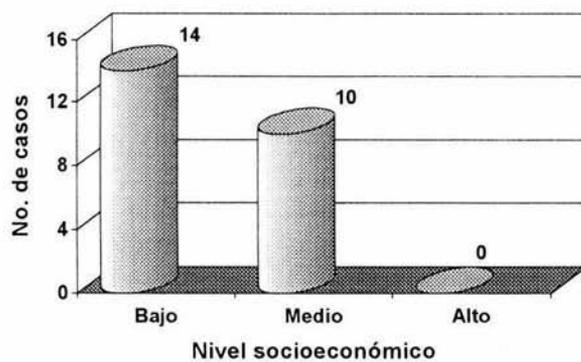


Figura 5.
Lugar ocupado en la familia

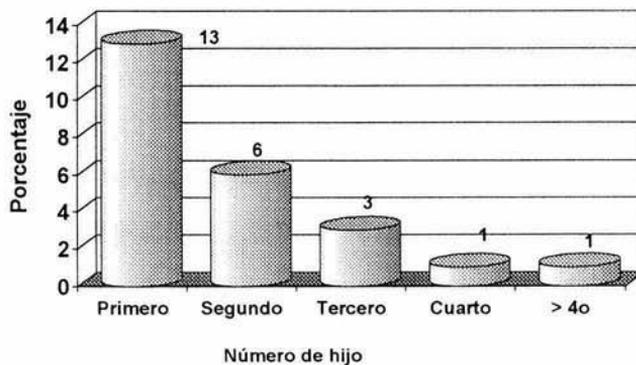
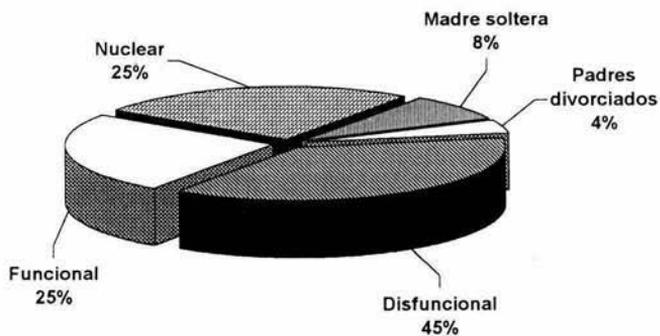


Figura 6. Tipo de familia en los pacientes con abuso sexual



VI. DISCUSION

Si se está produciendo abuso sexual en nuestra sociedad, la prioridad es detenerlo, dado que la duración parece ser un determinante significativo de la gravedad del efecto. La intervención médica debe ser multidisciplinaria y completa. Conseguir el apoyo de la familia y los amigos es un factor decisivo, pues le aportarán la seguridad de que el paciente no cometió ninguna falta y evitan el sentimiento de culpa.

Llama la atención dentro de los motivos de consulta la frecuencia elevada de condilomas como presentación de los casos de un abuso sexual. Aunque sabemos por la literatura que se ha registrado una incidencia incrementada de condilomas en niños, que refleja al mismo tiempo una prevalencia incrementada de la enfermedad ano-genital en adultos por virus papiloma humano. La presencia del virus del papiloma humano es ahora bien reconocido como complicación de abuso sexual pero también se ha demostrado transmisión por vía vertical (ascendente o perinatal) auto o hetero inoculación de contacto genital. Una clara historia prenatal de condilomas maternos genitales, atipia cervical, o cáncer cervical, apoya pero no provee más datos para comprobar la transmisión vertical. Los rangos estimados de tiempo para esta transmisión varía de seis semanas a varios años pero la posibilidad de que se presente después de dos a tres años es muy baja.

La transmisión casual ha sido propuesta que ocurra vía contacto con células epiteliales descamadas sobre fomites, al igual que una incidencia incrementada de condilomas plantares se ha relacionado con contacto de aguas contaminadas. Otro mecanismo propuesto es por auto o hetero inoculación especialmente en niños que usan pañales. Por todas estas controversias y la posible asociación entre abuso sexual y condilomas se han llevado a cabo estudios, que muestran rangos de abuso sumamente amplios del 4% al 91% por lo que la Academia Americana de Pediatría y el Comité sobre Abuso y Negligencia, recomiendan que todo niño con condilomas anogenitales que no

haya adquirido la infección perinatalmente debe ser, reportado al Servicio de trabajo social y evaluar la sospecha de abuso sexual (13,14).

Debido a las técnicas de que se valen los agresores, es muy poco frecuente que el niño abusado sexualmente también se presente con maltrato físico ya que como se ha mencionado el perpetrador es amable con el niño, gana su confianza y logra mantener su agresión en silencio. Sin embargo es notable en las valoraciones del Servicio de Psicología, que el niño abusado presenta alteraciones psicológicas de varios tipos, por lo que consideramos que el niño abusado sexualmente también es abusado psicológicamente. (4-16-17,18)

En cinco pacientes existía el antecedente de evento previo al abuso (20.8%) en 19 casos no se consigna este dato en el expediente. (79.2%)

Sabemos que la exploración genital de los pacientes es punto clave para llegar al diagnóstico de abuso sexual. La técnica de la exploración representa la parte más importante para recabar los datos debe alertarse al paciente sobre la posibilidad que se tomen muestras durante el examen. El niño puede elegir a un familiar para que lo acompañe durante la exploración. Es importante observar detenidamente el comportamiento del niño durante la exploración. Los hallazgos del examen dependen mucho de la posición del niño, las posiciones para explorar incluyen paciente en decúbito supino con piernas flexionadas en aposición, posición de decúbito supino lateral y posición genupectoral estas posiciones exponen mejor la cantidad de tejido himenal y apertura himenal. Así el examen genital femenino debe incluir muslos, labios mayores, labios menores, clítoris, uretra, tejido periuretral, himen, apertura himenal, fosa navicularis, orquilla y comisura posterior. En pacientes masculinos deberían ser examinados el meato uretral, muslos, pene, escroto y ano. Para el examen pélvico rara vez se requiere espejo vaginal; una indicación clara es un sangrado vaginal activo, no menstrual. El ano debe ser examinado en posición lateral posición pecho-rodilla separando gentilmente los glúteos; el sangrado rectal es una indicación para exploración armada (endoscopia). Todos los hallazgos himenales o anales deben ser reportados, usando las designaciones de las manecillas del reloj. Es de suma

importancia recalcar que nunca debe escribirse en el expediente "himen intacto", "no hay signos de penetración", o "no hay evidencia de abuso sexual" porque un examen físico normal no excluye el diagnóstico de abuso sexual incluyendo penetración o al contrario variantes normales nos podrían confundir con datos de abuso como son el himen crescentico, anular, cribiforme, septado. Hay que recordar que la apariencia himenal puede variar con el periodo de estrogenización con el que este cursando la paciente, y que la apertura himenal varía con la posición en que se explore, por lo se le dará valor a solo si se presenta una apertura himenal demasiado amplia y hay defectos de comisura u orquilla posterior en dos posiciones separadas. *"De tal manera que una exploración normal no puede excluir un abuso sexual. Por medio de estudios longitudinales se ha demostrado que este tipo de lesiones tiene una tasa de curación muy rápida con un rango de recuperación epitelial de 1 mm por cada 24 horas transcurridas. De tal manera que la regeneración completa tarda aproximadamente 72 horas en la mayoría de los casos"*. (7,11,12)

Todo niño abusado sexualmente debe ser evaluado para descartar enfermedades de transmisión sexual la incidencia de enfermedades de transmisión sexual entre niños abusado sexualmente es aproximadamente del 10 al 15%. La presencia de *Neiseria gonorrhoeae* debe de ser verificada con 2 o 3 estudios confirmatorios (degradación de carbohidratos, exámenes de substrato de enzimas o exámenes inmunológicos como el examen de anticuerpos fluorescentes) otras especies de *Neiseria* han sido identificados como. El condiloma acuminado es reconocido por su apariencia los tipos de virus papiloma humano 6,11,16 y 18, han sido reconocidos como los más frecuentemente relacionados con transmisión sexual. Sin embargo Otros vías de transmisión han sido reconocidas. Otros microorganismos como *Gardnerella vaginalis*, *Treponema pallidum*, Herpes virus Cándida, Hepatitis B, deben ser evaluados. Para determinar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana los exámenes deben repetirse por un tiempo variable (18)

Aunque la frecuencia en que se conoció la identidad del agresor es baja en nuestro estudio confirmamos que en la gran mayoría de los casos es un familiar. Cuando es alguien ajeno a la familia se identifica más frecuentemente un masculino no relacionado biológicamente. El caso mujeres solteras el perpetrador se gana la confianza del niño su amistad de tal manera que cuando el abuso se concreta el niño no realiza directamente la acusación puede ser por ello que para el reporte del abuso haya transcurrido un tiempo considerable. Un adulto abusado sexualmente de niño se encuentra como antecedente frecuentemente en los perpetradores, por lo que el apoyo psicológico al niño es importante para lograr que el niño no repita el ciclo y logre superar la experiencia del abuso. (18)

La acción legal sería nuestra última tarea como Pediatra ya que si se identifica a un niño abusado sexualmente y si no se retira de ese ambiente o compañía dañina el niño seguirá sufriendo el abuso y el daño será mayor.

El problema del abuso sexual no está integrado en los programas y currículum de los programas de residencia en pediatría, y se mantiene en la periferia de los programas de educación.

VII. CONCLUSIONES

1. La importancia del abuso sexual radica en su frecuencia, ya que representa del 5 al 25% de los casos de maltrato infantil en México.
2. El 50% de los casos ocurren en escolares de 5 a 9 años
3. El 80% de los pacientes afectados son niñas.
4. La entrevista y el examen genital incluyen puntos básicos para acercarse al diagnóstico. Sin embargo, nunca se podrá descartar abuso sexual con un examen genital normal.
5. La revisión debe realizarse en cuanto sea posible, pues el epitelio genital dañado se recupera rápidamente (1mm por cada 24 horas). Después de 72 horas, los hallazgos se pueden volver inespecíficos.
6. En el 42% de los casos, el agresor es un familiar.
7. El abordaje debe de ser multidisciplinario para ofrecer al niño una recuperación integral del problema lo antes posible.
8. Nunca deben obviarse exámenes para descartar infecciones por transmisión sexual, ya que pueden presentarse en el 10 al 15% de los casos.
9. El estándar de atención que se necesita para la evaluación médica y tratamiento de un niño abusado sexualmente, requiere de objetividad, conocimiento y perservancia.

VIII. REFERENCIAS

1. Glaser D, Frosh S. Sobre el abuso sexual en niños En: Abuso sexual en niños (Ed) Fundación familia y comunidad. 2ª edición.1998: 17-34.
2. Flores L. Características de niños hospitalizados por maltrato infantil en el Hospital Infantil de México "Federico Gómez" Tesis UNAM 1999.
3. Hymel KP and Jenny C . Child sexual abuse. Ped Rev 1996;7: 236-249.
4. Loredó-Abdalá A, Cisneros-Muñoz L, Raymundo-Rodríguez R, et al. Multidisciplinary care for the battered child. An appraisal of three years of action in Mexican children. Bol Med Hosp Infant Mex 1999; 56: 483-488
5. Santana-Tavira R. Sánchez Ahedo R. Herrera-Basto E. El maltrato infantil: Un problema mundial Salud pública de México 1998; 40; 58-65
6. Fraiser L. The pediatricians Role in child abuse Interviewing Ped Annals 1997;5 :306-311 Adams J. Sexual Abuse and Adolescents Ped Annals 1997; 5: 299-305
7. Hinds A AND Baskin L. Child sexual abuse: What the urologist needs to know The journal of urology 1999 162 516-523
8. Feldman W, Feldman E, Good J et al. Is childhood Sexual Abuse Really Increasing in Prevalence ? An analysis of the evidence Pediatrics 1991;88: 29-33
9. Jenny C. Pediatrics and Child Sexual Abuse: Where we ve Been and where we re going Ped Annals 1997;5: 284-286
10. Botash A. Examination for Sexual Abuse in Prepubertal Children:An update Ped Annals 1997; 5: 312-319
11. McCann J. Voris J. Perianal injuries Resulting From Sexual Abuse: A study longitudinal Pediatrics 1993; 91:390-397
12. Siegfried C. Frasier I. Anogenital Skin Diseases OF Childhood Ped Annals 1997;5:321-331
13. Larralde M, Iribarren M. Verrugas ano genitales en la infancia. Pediatría práctica 1999; 1:39-42

14. Wright E. Potential Liability in Cases of Child Abuse and Neglect. *Ped Annals* 1997;3:173-177.
15. Sirotank A. and Krugman R. Physical Abuse of Children: An update *Ped Rev* 1994;15:320-331.
16. Gellert A, Durfee M, Berkowitz K, Higgins K, Tubiolo V. Situational and sociodemographic characteristics of children infected with human immunodeficiency virus from pediatric sexual abuse *Pediatrics* 1993;91:
17. American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence Sexual Assault and the Adolescent *Pediatrics* Vol 94 No 5 Nov 1994
18. Loredó-Abdalá A, Trejo-Hernández J, Bustos-Valenzuela V, Carbajal-Rodríguez L, Reyes-Manzu J, Rodríguez Herrera-R, Sánchez-Velasquez A, El fenómeno de maltrato en los niños: Aspectos sociales y clínicos del síndrome *Bol Med Hosp. Infant Mex* 1998;55:410-415.
19. Alteimer W. Dad, Did you Take a Good Look at This Baby? *Ped Annals* 1997;5:270-271.

ANEXO 1. ESTUDIO SOBRE EL ABUSO SEXUAL EN LOS PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO

NOMBRE _____ No: _____
 EXPEDIENTE: _____ EDAD: _____ SEXO: Fem ___ Masc ___
 LUGAR DE ORIGEN: _____
 RESIDENCIA: _____
 TELEFONO: _____

ANTECEDENTES DEL PACIENTE

Marque si el paciente tiene alguno de los factores de riesgo:

Retraso mental _____ Alteraciones neurológicas Minusválido _____
 Malformaciones congénitas _____ Niño no deseado _____
 Hospitalización al nacer _____ Enfermedad crónica, especifique _____

Antecedentes personales patológicos, marque los que correspondan:

___ Inmunocompromiso Especifique _____
 ___ Enfermedad inflamatoria intestinal ___ Hemangiomas
 ___ Hemorroides ___ Absceso perirrectal
 ___ Infección estreptocócica perianal ___ Prolapso uretral
 ___ Líquen escleroso y atrófico
 ___ Traumatismo accidental de genitales

Somatometría

Peso _____ Kg. Percentil _____
 Talla _____ cm Percentil _____

CARACTERÍSTICAS DEL ABUSO SEXUAL

¿Fue el motivo de la consulta directamente el abuso sexual? Sí ___ No ___
 ¿El motivo de consulta fue otra causa? Sí ___ No ___ ¿Cuál (es)? _____

Tiempo transcurrido entre el abuso y la búsqueda de atención médica: ___ Horas

Tipos de maltrato adicionales encontrados:

___ Físico ___ Emocional o psicológico
 ___ Negligencia ___ Sx Munchausen por poderes
 ___ Mixto, especifique _____

Abuso en una sola ocasión o repetido Sí ___ No ___ Se desconoce ___

Lugar en donde ocurrió la agresión: Domicilio ___ Escuela ___ Lugar público ___

Otros: _____

El padre o la madre sabían del maltratado o abuso al paciente?

Sí ___ No ___ ¿Desde hace cuánto tiempo? _____

Señale cuál de los siguientes hechos ocurrieron durante el abuso:

Coito ___ Sodomía ___ Cunilingus ___ Felacio ___
 Contacto mano-genitales ___ Ninguno ___ Se ignora ___
 Otros _____

¿El agresor eyaculo? Sí ___ No ___ Se desconoce ___
 ¿El paciente perdió la conciencia? Sí ___ No ___ Se desconoce ___

Pacientes femeninas en pubertad: Edad de menarca _____
 Ultimo ciclo menstrual _____
 Duración del ciclo _____

Métodos anticonceptivos: Sí ___ No ___ Se desconoce _____
 ¿Se conoce la preferencia sexual del niño? Sí ___ No _____

Datos de importancia en la historia médica anterior: _____

Datos en la exploración física general de importancia, aparte de la exploración genital: _____

Exploración genital: (Marcar con NC, si no se consigna el dato en el expediente)

Femenino	Masculino
Vagina _____	Pené _____
Cervix _____	Escroto _____
Útero _____	Recto _____
Anexo _____	
Recto _____	

Marque cuáles de los siguientes estudios de laboratorio o gabinete se realizaron

___ Serología viral: Hepatitis _____
 Elisa para VIH _____
 VDRL _____

___ Chlamydia por inmunofluorescencia
 ___ Cultivo faríngeo
 ___ Cultivo vaginal o cervical
 ___ Examen urinario de embarazo
 ___ Búsqueda de sangre en heces
 ___ Papanicolau
 ___ Frotis en seco para búsqueda de esperma y fosfatasa ácida de labios, vagina/cervix ____, recto ____, vello púbico ____, ropa ____

___ Cultivo rectal
 ___ Examen general de orina
 ___ Examen sérico de embarazo
 ___ Cultivo uretral
 ___ Ultrasonido pélvico

Tratamiento recibido

Seguimiento Sí _____ No _____ (fechas, hallazgos)
 Por trabajo social _____
 Por psicología _____
 Por adolescentes _____
 Por dermatología _____

Por pediatría _____

Complicaciones Dentro de los primeros dos años:

Cambios en la personalidad Sí ___ No ___

___ Miedo interno	___ Alteraciones en el sueño
___ Alteraciones en la alimentación	___ Fobias
___ Depresión	___ Problemas escolares
___ Delincuencia	___ Agresión y hostilidad
___ Comportamiento antisocial	___ Conducta sexual inapropiada

___ Infecciones _____

___ Embarazo _____

Efectos a largo plazo:

___ Ansiedad

___ Alteraciones en el sueño

___ Problemas de disociación

___ Poca autoestima

___ Alteraciones en la alimentación

CARACTERÍSTICAS SOCIALES

Medio socioeconómico Alto ___ Medio-Alto ___ Medio ___ Bajo ___

Numero de hijo en la familia _____

Hijo deseado o no deseado Sí ___ No ___ Se desconoce ___

Tipo de familia. Funcional ___ Disfuncional ___

Extensa ___ Nuclear ___ Mixta ___ Incompleta ___

Madre soltera ___ Padres divorciados ___

Bajo tutela del Ministerio Público : Sí ___ No ___

Historia de maltrato o abuso en los padres: Sí ___ No ___ Se desconoce ___

DATOS SOBRE EL AGRESOR

Se identificó la identidad del agresor: Sí ___ No ___ Se desconoce ___

Especifique _____

El agresor es familiar Sí ___ No ___ Se desconoce ___

Especifique _____

El agresor es conocido de la familia: Sí ___ No ___ Se desconoce ___

Especifique _____

¿Participó alguien más en la agresión? Sí ___ No ___ Se desconoce ___

¿Donde se encontraban los padres cuando ocurrió? _____

¿Se lo comento el niño a alguien? Sí ___ No ___ Se desconoce ___

El agresor convive con el paciente: Sí ___ No ___ Se desconoce ___

Especifique _____

El agresor continúa en contacto con el paciente: Sí ___ No ___ Se desconoce ___

Edad del agresor: _____ años Sexo: Fem.: ___ Masc.: ___

Ocupación : _____ Escolaridad: _____

Uso de drogas : Sí ___ No ___ Se desconoce ___

Tabaquismo Sí ___ No ___ Se desconoce ___

Alcoholismo Sí ___ No ___ Se desconoce ___
¿Se conoce la preferencia sexual del abusador? Si ___ No ___ Se desconoce ___

ACCION LEGAL

Acción legal:

Reporte médico	Sí ___	No ___	Se desconoce ___
Reporte a Ministerio Público	Sí ___	No ___	Se desconoce ___
Penalización del agresor	Sí ___	No ___	Se desconoce ___

OBSERVACIONES

ANEXO 2. VALORACIÓN DE PACIENTES CON SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL

NOMBRE _____ No: _____
 EXPEDIENTE: _____ EDAD: _____ SEXO: Fem ___ Masc ___
 LUGAR DE ORIGEN: _____
 RESIDENCIA: _____
 TELEFONO: _____

ANTECEDENTES DEL PACIENTE

Marque si el paciente tiene alguno de los factores de riesgo:

Retraso mental ___ Alteraciones neurológicas ___ Minusválido ___
 Malformaciones congénitas ___ Niño no deseado ___
 Enfermedad crónica, especifique _____

CARACTERÍSTICAS DEL ABUSO SEXUAL

¿Fue el motivo de la consulta directamente el abuso sexual? Sí ___ No ___
 ¿El motivo de consulta fue otra causa? Sí ___ No ___Cuál (es) _____

Tiempo transcurrido entre el abuso y la búsqueda de atención médica: ___

Tipos de maltrato adicionales encontrados:

___ Físico ___ Emocional o psicológico
 ___ Negligencia ___ Sx Munchausen por poderes
 ___ Mixto, especifique _____

Abuso en una sola ocasión o repetido Sí ___ No ___ Sé conoce el lugar en
 donde ocurrió la agresión: Domicilio ___ Escuela ___ Lugar público ___
 Otro lugar _____

¿El padre o la madre sabían del maltratado o abuso al paciente?

Sí ___ No ___ ¿Desde hace cuánto tiempo? _____

Señale cuál de los siguientes hechos ocurrieron durante el abuso:

Coito ___ Sodomía ___ Cunilingus ___ Felacio ___
 Contacto mano-genitales ___ Ninguno ___ Se ignora ___
 Otros _____

¿El agresor eyaculo? Sí ___ No ___ Se desconoce ___
 ¿El paciente perdió la conciencia? Sí ___ No ___ Se desconoce ___

Pacientes femeninas en pubertad: Edad de menarca _____
 Ultimo ciclo menstrual _____
 Duración del ciclo _____
 Métodos anticonceptivos Sí No Se desconoce

Entrevista inicialmente con los padres investigue historia médica, dinámica familiar, e historia social.

Entrevista con el paciente(a solas) sitúe el niño a su nivel cuestione con preguntas abiertas ¿Alguna persona te ha tocado en alguna parte de tu cuerpo donde no te guste? _____

¿Alguna persona te ha tocado de alguna manera que no te guste? _____

¿Alguna persona te ha provocado dolor o te ha hecho sentir mal alguna vez ? _____

¿Qué ha pasado? Cuéntame más _____

¿Qué más puedes recordar? _____

Es importante evitar cualquier insinuación o juicio, tono de vos o expresiones. Posteriormente pase a preguntas más específicas si el niño revelo el abuso sexual interrogué: ¿Si hubo dolor? _____

¿Sí hubo sangrado? _____ ¿Sí hubo disuria? _____

¿ El nombre o sobre nombre del agresor? _____

¿ Qué ropa vestía? _____

¿ Sí el niño fue dañado? _____

¿ donde ocurrió el abuso? _____

¿ donde se encontraban sus padre? _____

Es muy importante notar la conducta del niño durante la entrevista

EXPLORACIÓN GENITAL

Previa explicación a los padres de que en la mayoría e los casos no se encuentra ningún hallazgo sin que esto descarte el abuso sexual.

PACIENTE FEMENINA.- Explore en posición decúbito supino con piernas en flexión y aposición, posición genupectoral y posición decúbito lateral.

Todos los hallazgos himenales o anales deberán hacerse usando las designaciones de las manecillas del reloj. (No consigne en el expediente términos como no hay evidencia de penetración o himen intacto ya que las lesiones de este tipo en 72 horas pueden sanar sin dejar cicatriz.

EXPLORE.

MUSLOS.- _____

LABIOS MAYORES _____

LABIOS MENORES _____

CLÍTORIS _____

APERTURA HIMENAL _____

URETRA _____

HIMEN _____

COMISURA POSTERIOR _____

ANO Y REGION PERIANAL _____

PACIENTE MASCULINO.

MUSLOS _____

MEATO URETRAL _____

PENE _____

ESCROTO _____

ANO _____

LABORATORIO

Realice exámenes para descartar infecciones de transmisión sexual

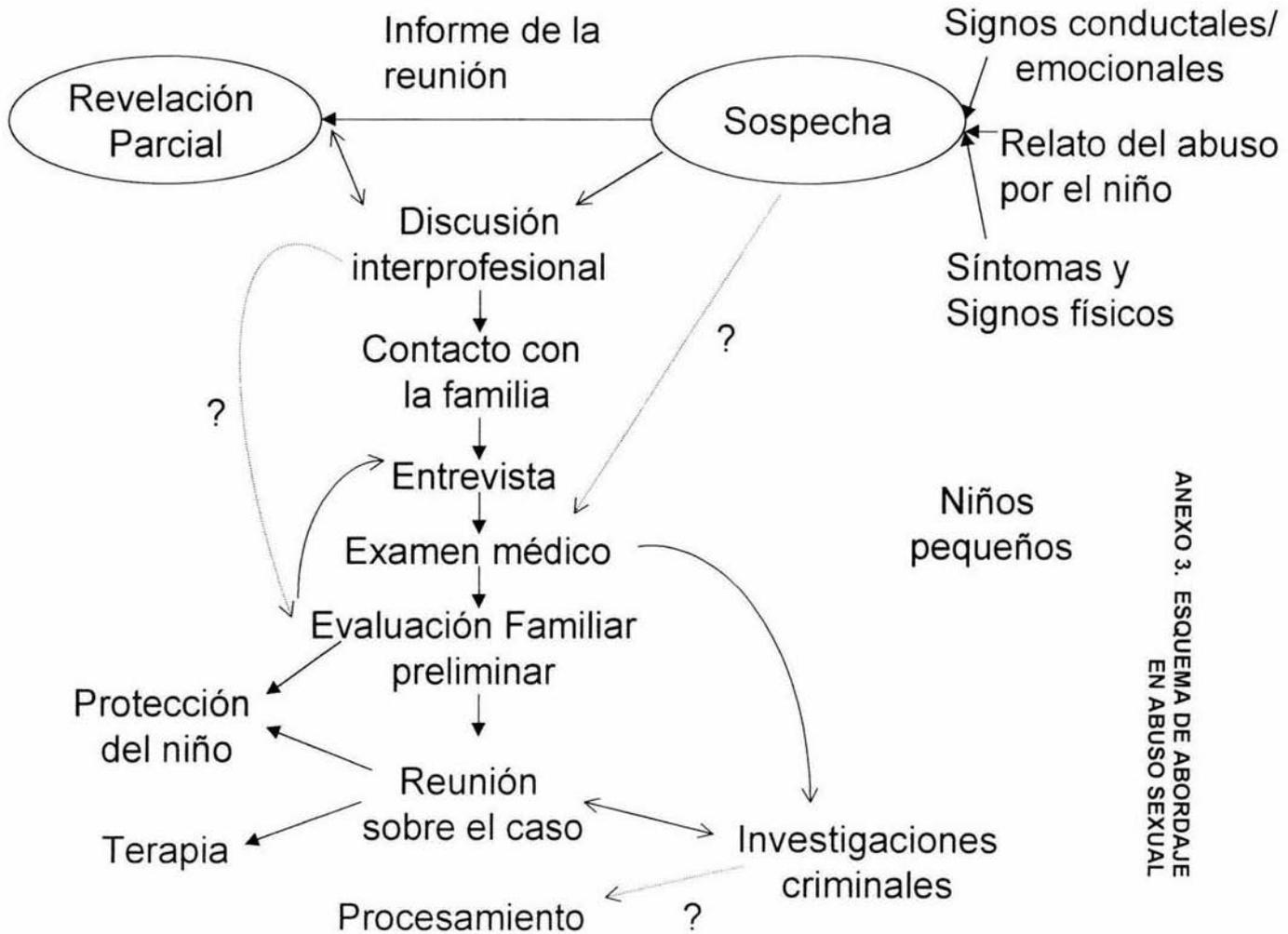
-
- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Serología viral: | Hepatitis _____ | |
| | | Elisa para VIH _____ | |
| | | VDRL _____ | |
| <input type="checkbox"/> | Chlamydia por inmunofluorescencia | | |
| <input type="checkbox"/> | Cultivo faríngeo | <input type="checkbox"/> | Cultivo rectal |
| <input type="checkbox"/> | Cultivo vaginal o cervical | <input type="checkbox"/> | Examen general de orina |
| <input type="checkbox"/> | Examen urinario de embarazo | <input type="checkbox"/> | Examen sérico de embarazo |
| <input type="checkbox"/> | Búsqueda de sangre en heces | <input type="checkbox"/> | Cultivo uretral |
| <input type="checkbox"/> | Papanicolau | <input type="checkbox"/> | Ultrasonido pélvico |
| <input type="checkbox"/> | Frotis en seco para búsqueda de espermatozoides y fosfatasa ácida de labios, vagina/cervix _____, recto _____, vello púbico _____, ropa _____ | | |

ABORDAJE

Inicie el abordaje multidisciplinario.

Reporte caso médico legal y retenga al niño hasta que sea valorado por el resto de los servicios.

Si es paciente en edad de menarca evalúe contracepción.



ANEXO 3. ESQUEMA DE ABORDAJE EN ABUSO SEXUAL

ANEXO IV. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE ABUSO SEXUAL

CONDICIONES DERMATOLÓGICAS

Liquen escleroso	Dermatitis del pañal
Dermatitis seborreica o atópica	Liquen simple crónica
Psoriasis	Pénfigo buloso
Congestión venosa perianal	Condilomas acuminados

CONDICIONES CONGENITAS

Fusión labial	Hemangioma
Defectos de la línea media	Línea vestibularis
Hiperpigmentación perianal	Diastasis anal

CONDICIONES ANALES

Enfermedad de Crohn	Constipación crónica
Prolapso rectal	Síndrome urémico-hemolítico
Tumor rectal	

INFECCIONES

Vaginitis estreptocócica	Celulitis perianal
Varicela	Candida

CONDICIONES URETRALES

Prolapso	Carúncula
Hemangioma	Sarcoma botroide
Ureterocele	

OTRAS

Enfermedad de Bechet
