



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

TESIS

"EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE
TERCER NIVEL, EN LA ATENCIÓN MÉDICA DE ABUSO
SEXUAL INFANTIL"

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:

PEDIATRÍA

PRESENTA

DRA. MAYRA ELIZABETH MUÑIZ LOZANO

DIRECTORAS DE TESIS:
DRA. MARIA OFELIA MENDOZA ROJAS
DRA. JESSIE ZURITA CRUZ
DRA. JUANA SERRET MONTOYA



Ciudad de México, Febrero 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

HOJA DE FIRMAS

DRA. REBECA GÓMEZ CHICO VELASCO
DIRECTORA DE ENSEÑANZA Y DESARROLLO ACADÉMICO

TUTORAS ACADÉMICAS:



DRA. MENDOZA ROJAS MARÍA OFELIA
MÉDICA ADSCRITA A MEDICINA DEL ADOLESCENTE

M.C. ZURITA CRUZ JESSIE
ASESORA METODOLÓGICA



CO-TUTOR

M. C. SERRET MONTOYA JUANA
MÉDICA ADSCRITA A MEDICINA DEL ADOLESCENTE



DEDICATORIAS

A mis padres Alicia y Nicolás por inculcarme la necesidad de la educación continua, por darme la oportunidad de hacer lo que más me gusta y amo. A mi extensa familia materna y paterna porque con sus pequeños detalles, estoy en el mejor Instituto de Pediatría.

A mi esposo Alejandro Betanzos Gómez, porque no deja de impulsarme, motivarme y en los momentos más difíciles me recuerda que lo mejor de uno está para el bien de los demás.

A mis directoras de tesis por transferir sus conocimientos y organizar las ideas para realizar este proyecto que se ha consolidado con cada uno de sus consejos.

CONTENIDO

RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN	6
EPIDEMIOLOGIA.....	7
FACTORES DE RIESGO.....	8
EVALUACIÓN POR POSIBLE ABUSO SEXUAL INFANTIL	8
ABORDAJE DIAGNÓSTICO DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL	9
TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
JUSTIFICACIÓN.....	15
OBJETIVO GENERAL	16
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
PACIENTES, MATERIALES Y MÉTODOS.....	17
CRITERIOS DE SELECCIÓN	17
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.....	17
DESCRIPCIÓN DE VARIABLES.....	19
PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO	20
CONSIDERACIONES ÉTICAS	21
RESULTADOS	22
DISCUSIÓN.....	28
CONCLUSIÓN.....	33
LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	34
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36
ANEXOS.....	39

RESUMEN

Introducción: El abuso sexual de niños y adolescentes es un problema común potencialmente perjudicial para su desarrollo físico y salud psicológica a largo plazo. Es de importancia que los médicos tengan las herramientas clínicas y paraclínicas para sospechar abuso sexual infantil e iniciar el abordaje médico para que el manejo sea lo antes posible para la víctima y evitar secuelas a mediano y largo plazo.

Objetivo: Describir en pacientes pediátricos con abuso sexual los hallazgos clínicos, en qué medida se identifican infecciones de transmisión sexual (ITS) y si recibieron atención psicológica.

Métodos: En expedientes de pacientes con abuso sexual infantil (ASI) atendidos en el Hospital Infantil de México Federico Gómez del 2012 al 2016 se revisaron las características sociodemográficas, elementos diagnósticos y tratamiento recibido.

Resultados: En 41 pacientes, del sexo femenino 68% y masculino 32%, afectando más de 1 a 10 años. Los signos cardinales fueron relatoría de abuso sexual (44%), cambios de conducta (39%), condilomas (27%) y lesiones genitales recientes (15%), el principal perpetrador fue un familiar. El 88% recibió atención psicológica y el 27% recibió atención dermatológica por condilomas.

Conclusión: El abuso sexual infantil predominó en mujeres como se reporta en la literatura internacional, pre púberes. El diagnóstico clínico se sospechó por relatoría consistente con otros estudios, a la exploración se encontró principalmente lesión genital, no se identificó ITS además de condilomas, la atención fue multidisciplinaria principalmente con atención psicológica.

INTRODUCCIÓN

El abuso sexual infantil (ASI) es un problema común que es potencialmente perjudicial para su desarrollo físico y salud psicológica a largo plazo. La Organización Mundial de la Salud (OMS), define el abuso sexual infantil como “una acción en la cual se involucra a un menor en una actividad sexual que él o ella no comprende completamente, para la que no tiene capacidad de libre consentimiento o su desarrollo evolutivo (biológico, psicológico y social) no está preparado o también que viola las normas o preceptos sociales. Los menores pueden ser abusados sexualmente tanto por adultos como por otros menores que tienen, en virtud de su edad o estado de desarrollo, una posición de responsabilidad, confianza o poder sobre la víctima, con el fin de gratificar o satisfacer a la otra persona”¹.

De acuerdo a la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) se reporta que México ocupa el primer lugar, a nivel mundial, en abuso sexual, violencia física y homicidio de menores de 14 años, con 4.5 millones de infantes como víctimas de este ilícito, lo más grave es que sólo 2% de los casos son conocidos². En el 2003 la encuesta Infantil y Juvenil reveló que el 3.5% de 3,095,340 niños y adolescentes, sufrieron abuso sexual dentro del seno familiar o en la escuela. En la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría (CAINM-INP) la frecuencia del problema es de 14%³.

Dada la naturaleza aguda y crónica de la agresión sexual, los proveedores de medicina suelen ser los primeros en dar atención a una víctima, por lo que es fundamental que tanto pediatras como médicos generales, puedan obtener historias precisas, identificar y documentar lesiones, recopilar pruebas cuando sea apropiado o remitirse a un departamento de urgencias para su recolección y planificar las necesidades de seguimiento de estos pacientes⁴. El cuidado de las víctimas de agresión sexual aguda puede ser un desafío diagnóstico, inclusive por las importantes consecuencias psicológicas-legales del evento, la posterior atención médica y la recolección de pruebas. Se tiene evidencia de que aquellos niños con abuso sexual tienen mayor riesgo de desarrollar trastorno de estrés postraumático, trastorno de ansiedad, depresión, baja autoestima y fobias sociales⁵.

En el Hospital Infantil de México Federico Gómez el cuál es un hospital pediátrico de tercer nivel, se cuenta con el área de consulta de Adolescentes, donde son referidos los pacientes con sospecha de abuso sexual para dar abordaje diagnóstico con atención

multidisciplinaria. Al carecer de estadísticas en población como la nuestra, se realiza esta investigación para revisar la atención a los casos de abuso sexual infantil en un hospital pediátrico de tercer nivel, revisando de los expedientes los datos demográficos de los pacientes, los signos y síntomas identificados, los recursos paraclínicos utilizados, en qué medida se identificaron infecciones de transmisión sexual y si recibieron algún manejo.

EPIDEMIOLOGIA

Las agresiones sexuales a los menores de edad constituyen un fenómeno identificado cada vez más frecuente, aunque su verdadera incidencia no es del todo conocida, debido al subregistro de casos. La medición exacta de la prevalencia del abuso sexual infantil es entorpecida por varios problemas metodológicos, como ocurre con la definición de abuso sexual infantil, varía según los estudios, términos de la edad utilizada para definir la infancia, si se incluye el abuso entre compañeros, así como los tipos de actos considerados como abuso sexual sin contacto^{5,6}.

Otros factores, como la cultura y el género, también pueden influir en la voluntad de informar sobre las experiencias del abuso sexual infantil. Fontes y Plummer proporcionaron varios ejemplos de barreras potenciales a la divulgación, incluyendo los papeles de modestia; tabúes y vergüenza; contextos sexuales que normalizan el abuso sexual y factores estructurales como las barreras del idioma y el estatus migratorio⁷.

Se conoce que las víctimas son niñas en el 70-80%, incluyendo todos los grupos de edad, con un pico en la edad pre-púber. Los adolescentes constituyen al menos el 25% de las víctimas de abusos sexuales y tienden a ser victimizados por sus compañeros. Otros sectores afectados son los aquellos con discapacidad cognitiva y sensorial (invidentes, discapacidad en comunicación), pues quien perpetra el acto asume que no va a ser denunciado¹.

En el 2014 el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) estima que más de 1 de cada 10 niñas sufrieron abuso sexual en su infancia⁸. En Estados Unidos de América aproximadamente 88,000 niños son víctimas de ASI anualmente; 12 a 25% son niñas y 8 a 10% son varones. Cifras similares se describen en España, en pacientes menores de 17 años de edad⁹. En México, no existe un sistema coordinado entre instituciones públicas o procuradurías (organizaciones gubernamentales) y organizaciones no gubernamentales, para tener cifras confiables sobre ASI; sin embargo, hay estudios sobre su frecuencia. El

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) informa que se denuncian, en promedio, dos casos al día de ASI; en el año 2002 hubo un total de 1,123 denuncias. La Procuraduría General de la República (PGR) informó que entre 1997 y 2003 se denunciaron 53,000 agresiones sexuales contra menores de edad; ello equivale a 7,600 por año (21 casos por día). La Encuesta Infantil y Juvenil del año 2003, reveló que, de 3,095,340 niños y adolescentes, el 3.5% señalaron haber sufrido algún tipo de abuso sexual dentro del seno familiar o en la escuela. En la CAINM-INP la frecuencia del problema es de 14%³.

FACTORES DE RIESGO

Algunos niños tienen ciertas características que los hacen más propensos a ser abusados sexualmente. El abuso sexual infantil ocurre a menudo junto con otras formas de abuso o negligencia y en ambientes familiares en los cuales puede haber un bajo apoyo familiar y/o alto estrés, como pobreza alta, baja educación de los padres, ausencia o monoparentalidad¹⁰. La violencia o el bajo nivel de cuidador. La disfunción marital, evidenciada por separación parental y violencia doméstica, está asociada con mayor riesgo de abuso sexual. Los niños impulsivos, con necesidades emocionales y con problemas de aprendizaje o físicos, problemas de salud mental o consumo de sustancias pueden estar en mayor riesgo. El riesgo de abuso sexual infantil también parece aumentar en la adolescencia. El atractivo físico, el temperamento o la madurez física podrían aumentar el riesgo. Los jóvenes fuera del hogar pueden estar particularmente expuestos, inicialmente como una condición que conduce a su situación fuera del hogar y luego como consecuencia de situaciones como la vida callejera violenta. En muchos países los niños que viven en entornos de conflicto y postconflicto también corren un riesgo mayor de abuso sexual infantil, atribuible a la ruptura de las estructuras de protección normales o como acto de guerra. Algunos de los niños que corren un riesgo especial en este entorno, son los niños no acompañados que han sido separados de sus familias y pueden carecer de protección adecuada; los niños detenidos, niños soldado, niños con discapacidades, niños trabajando⁵.

EVALUACIÓN POR POSIBLE ABUSO SEXUAL INFANTIL

Hay dos circunstancias comunes donde está indicado realizar investigaciones relacionadas con la sospecha de abuso sexual infantil: cuando existe una situación aguda donde presuntamente ocurrió una agresión sexual y cuando la agresión sucedió mucho tiempo

antes de que el paciente fuera traído ante el clínico por otras razones ajenas a la agresión. Existe por lo menos tres circunstancias diferentes donde no hay evidencias claras ni directas de que ha ocurrido un episodio de abuso sexual, pero donde está indicado que el médico realice algún tipo de investigación para descartar o confirmar este hecho ocurrido posiblemente mucho tiempo atrás¹¹.

- a. Cuando el menor presenta un síntoma que podría estar directamente relacionado con la posibilidad de abuso sexual, pero donde el paciente es llevado a consulta por manifestar signos tales como flujo vaginal, lesiones genitales, etc..
- b. Cuando el menor sufre de un síntoma que no está directamente relacionado con el posible abuso sexual, como se observa en casos de dolor abdominal¹² inexplicable, encopresis o problemas de conducta.
- c. Cuando el menor no manifiesta ningún síntoma, pero un hallazgo incidental a la exploración física por motivos médicos no relacionados con abuso sexual lo sugiere.

A estas tres posibilidades podría añadirse una cuarta: cuando no hay síntomas sugestivos de abuso, pero el clínico llega a saber que éste ha ocurrido por la revelación extemporánea del propio paciente o de otro miembro de la familia, sin que esto sea el motivo por el que el menor es traído a la consulta¹¹.

ABORDAJE DIAGNÓSTICO DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

La forma de presentación del ASI puede ser diversa. A veces, acudirán al médico para una valoración por un posible abuso, porque el niño lo ha relatado o ha sido visto. En otras, a partir de un síntoma concreto (dolor anal, secreción vaginal) o por la presencia de otros síntomas inespecíficos que pueden conducir a la sospecha de un abuso.

España y Argentina son países que han establecido protocolos para la atención de ASI, sin embargo, el abordaje diagnóstico no está bien establecido y es variado de acuerdo a la literatura que se lea, así como son escasos los estudios realizados en población mexicana¹³. En general los objetivos principales cuando se identifica la presencia de un caso sospechoso de ASI es⁹:

- a. Identificar todas aquellas lesiones o circunstancias que requieran tratamiento médico, quirúrgico o psicológico.
- b. Investigar o diagnosticar las posibles enfermedades de transmisión sexual, para instaurar tratamiento y tomar las medidas preventivas necesarias.

- c. Establecer el tratamiento necesario. Evaluar el riesgo de un posible embarazo para tomar las medidas que correspondan.
- d. Asegurar la protección del menor.
- e. Documentar de la forma más extensa y precisa posible, todos los hallazgos que puedan tener un valor judicial, para colaborar con las autoridades judiciales.

Anamnesis

El pediatra debe estar preparado para realizar una entrevista básica con un niño acerca de una experiencia de abuso suele ser difícil, principalmente cuando el médico tiene poca experiencia. En el anexo 1, se mencionan las recomendaciones por la Academia Americana de Pediatría (AAP) para una adecuada anamnesis¹⁴.

Los síntomas de abuso sexual se pueden clasificar de acuerdo al tipo de afección como físico, sexual, de conducta y emocional, identificándose en diferente frecuencia entre niños y adolescentes. Una revisión exhaustiva de los síntomas incluye la evaluación de dolor abdominal, sangrado o descarga genital y disuria, indicadores de infección o lesión y dolor en el momento del abuso. La evaluación de los síntomas psicológicos pasados o presentes debe incluir la evaluación del comportamiento sexualizado en niños más pequeños y síntomas de depresión, ansiedad u otras preocupaciones en todos los pacientes¹⁵.

Exploración física

En la exploración física, los exámenes normales se han informado en el 6% a 99% de los niños remitidos para la evaluación de abuso sexual. Debido a la curación que puede ser rápida y completa, los signos anogenitales son más propensos a encontrarse cuando el examen se realiza dentro de los primeros 2 o 3 días de sucedido el abuso¹⁶.

El propósito de un examen físico después de una agresión sexual es documentar lesiones que pueden haber sido sostenidas durante el abuso. Además, el examen puede proporcionar al niño una sensación de seguridad de que, a pesar del abuso, su cuerpo es normal y saludable. Como tal, el examen debe ser visto como una experiencia necesaria, pero potencialmente positiva. La exploración física de acuerdo a la guía para la atención del abuso sexual infantil por el Instituto Nacional de Pediatría se encuentra en el anexo 2³. El examen anogenital debe ser precedido por un examen físico general exhaustivo. La naturaleza y el proceso del examen deben ser explicado al niño en un lenguaje apropiado para su edad antes del examen¹⁷. Un cuidador apropiado debe estar presente. La mayoría de los niños querrán tener un padre del mismo sexo en el consultorio durante el examen¹⁴.

Los exámenes genitales y anales son una parte necesaria del examen físico de todos los pacientes de agresión sexual; si el niño no puede cooperar y el examen es urgente, puede considerarse el control del dolor o la sedación. El uso de batas y cortinas adecuadas puede proteger el pudor del niño y hacer que el niño se sienta menos vulnerable¹⁸. La documentación del examen físico debe incluir descripciones escritas de las lesiones, diagramas detallados y fotografías de las lesiones¹⁹.

Para clasificar los hallazgos anogenitales, diferentes autores desarrollaron escalas de clasificación que intentan relacionar los hallazgos con la probabilidad de su origen abusivo. La clasificación de Muram fue realizada en 1988 (Anexo 3)²⁰ y modificada por Adams en 1992 y 1994¹⁴. La escala desarrollada por Adams ha sido popular como un esquema comprensivo de categorización para analizar e interpretar los hallazgos (Anexo 4).

Los médicos también deben tener una revisión secundaria de los hallazgos físicos encontrados en el paciente con ASI, ya sea con un médico experimentado en exámenes anogenitales, revisando las fotografías o remitiendo al niño a un centro especializado en abuso infantil. Los estudios han demostrado que existe un mejor acuerdo en la interpretación de los hallazgos de los exámenes cuando los médicos han tenido una amplia experiencia y educación en la evaluación del abuso sexual infantil. Todos los médicos, principalmente pediatras deben adquirir experiencia en el examen anogenital de niños y adolescentes^{21, 22}.

El riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual (ITS) es bajo 3.5%. El Centro Americano para el Control de Enfermedades (CDC) afirma que el diagnóstico de una enfermedad de transmisión sexual en un niño más allá del período neonatal sugiere abuso sexual^{18,23}.

Cada caso debe ser evaluado individualmente para el riesgo de ITS. Los factores que deben llevar al médico a considerar la detección de ITS son los siguientes¹⁴.

- a. El niño ha experimentado penetración oral, genital o del ano, así como evidencia de eyaculación.
- b. El niño ha sido abusado por un extraño.
- c. El niño ha sido abusado por un perpetrador conocido por estar infectado con una ITS o con alto riesgo de ITS
- d. El niño tiene un hermano u otro pariente en el hogar con una ITS.
- e. El niño vive en un área con una alta tasa de ITS en la comunidad.
- f. El niño tiene signos o síntomas de ITS.

- g. El niño ya ha sido diagnosticado con ITS.
- h. El paciente o el padre piden la prueba de ITS

Las pruebas de infección de transmisión sexual deben incluir pruebas para búsqueda de *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, *Treponema pallidum* y virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH)²⁴.

Las pruebas de ITS de seguimiento pueden repetirse dentro de 1 a 2 semanas del abuso. Las pruebas serológicas para la sífilis y la infección por VIH pueden repetirse 6 semanas, 3 meses y 6 meses después de la agresión si los resultados de la prueba inicial eran negativos y la infección en el agresor no podía ser descartada¹⁹.

Las pruebas de embarazo también deben ser realizadas en cada adolescente en el momento del abuso y de nuevo en la visita de seguimiento si el paciente no ha experimentado la menstruación en el momento de la visita de seguimiento²⁵.

Por otro lado, las víctimas de abuso sexual de adolescentes son más propensas a consumir alcohol o drogas que las víctimas adultas. Más del 40% de las víctimas y agresores adolescentes han reportado el uso de drogas o alcohol inmediatamente antes de una agresión sexual. Además, han aumentado los índices de violación facilitada por fármacos con el uso de drogas anticonceptivas (por ejemplo, flunitrazepam, rohypnol, fhdroxibutirato, ketamina). Por lo tanto, las pruebas de drogas deben ser consideradas si un paciente aparece intoxicado, no parecen recordar detalles de la agresión, informes de drogas facilitadas, incluyendo el alcohol. Además, se debe recordar a los pacientes que incluso si el uso de drogas es voluntario, es importante proporcionar antecedentes de intoxicación antes del abuso. Si se sospecha un ataque asistido por fármacos, se debe realizar un examen toxicológico¹⁹.

TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL

El centro de atención de los pacientes con sospecha de abuso sexual, debe ser capaz de evaluar al niño de manera individual para la idoneidad de la profilaxis antirretroviral contra el VIH, post exposición para las ITS y del embarazo²⁶.

Profilaxis de infecciones de transmisión sexual

La incidencia de ITS en niños es baja después de un abuso sexual; los pacientes pre púberes parecen estar en menor riesgo de infección que los adolescentes o adultos. Sin embargo, la profilaxis debe considerarse en pacientes pre púberes con síntomas de ITS, lesión aguda o evidencia de transferencia de líquidos en el examen, o si el paciente y / o

los padres lo solicitan. Si se ofrece profilaxis, se deben proporcionar antibióticos empíricos para tratar infecciones por *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y *Trichomonas vaginalis*^{23, 27}.

Profilaxis del Embarazo

La prevención del embarazo y la anticoncepción de emergencia deben ser abordadas con cada paciente puberal y deben incluir riesgos de fallo profiláctico. A las niñas puberales se les debe ofrecer anticoncepción de emergencia dentro de las 120 horas de ocurrida la agresión si han sido penetradas vaginalmente o han tenido contacto genital con el líquido eyaculado. Las píldoras anticonceptivas de emergencia con progestina son las más favorables en términos de seguridad, efectos adversos y eficacia. Se puede ofrecer un total de 1,5 mg de levonorgestrel tomado de una sola vez o 0,75 mg dos veces por 12 horas, ya que ambos regímenes han demostrado tener eficacia similar sin un aumento de los efectos adversos. La anticoncepción de emergencia se ha citado hasta un 90% de eficacia en la prevención del embarazo, con una mayor eficacia cuanto antes se tomen relaciones sexuales sin protección. Como las náuseas y los vómitos pueden ser efectos adversos de la anticoncepción de emergencia, también se puede ofrecer un antiemético al paciente¹⁹.

Profilaxis del VIH

No se recomienda universalmente la profilaxis del VIH. Varios factores influyen en la recomendación médica para la profilaxis post-exposición al VIH (PEP). Estos incluyen la probabilidad de que el agresor tenga el VIH, cualquier característica de exposición que pueda aumentar el riesgo de transmisión del VIH, el tiempo transcurrido después del evento y los beneficios-riesgos potenciales asociados con la PEP. Aunque la seroconversión del VIH ha ocurrido en personas en quienes el único factor de riesgo conocido fue la agresión sexual o el abuso sexual, la frecuencia de esta ocurrencia es probablemente baja²⁷.

Las circunstancias específicas de un abuso sexual, como sangrado u otra evidencia de lesión, podrían aumentar el riesgo de transmisión del VIH en casos de penetración vaginal, anal u oral²³.

La profilaxis post exposición es más efectiva cuanto antes posterior al abuso, hasta 72 horas²⁵. Habitualmente se recomiendan 2 inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa y 1 inhibidor de la transcriptasa inversa no nucleósidos o inhibidor de la proteasa durante 4 semanas. La prueba del VIH debe repetirse a las 6 semanas, 3 meses y 6 meses^{19,28}.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El abuso sexual infantil es un fenómeno global que abarca países, continentes y clases socioeconómicas. En el 2006 la OMS estimó que 150 millones de niñas y 73 millones de niños han sido víctimas de alguna forma de abuso sexual antes de cumplir los 18 años de edad¹¹.

La implicación médica en el diagnóstico y tratamiento del abuso sexual infantil tiene un papel bien definido dentro de un concepto multidisciplinario.

El pediatra debe tratar de asegurar que las víctimas de agresión sexual reciban atención médica, psicosocial, recuperar información forense y documentación de lesiones, así como la prevención del embarazo e ITS; además de referirlos a servicios sociales o psicoterapéuticos y / o asociaciones son extremadamente útiles para la víctima. La experiencia en la atención de abuso sexual infantil en otros países ha apoyado a tratar de seguir un protocolo en el diagnóstico y manejo de este grupo de pacientes, sin embargo, esto puede variar de acuerdo a las características sociales y culturales de cada país.

En el hospital pediátrico de tercer nivel, Hospital Infantil de México Federico Gómez se cuenta con consulta externa de Medicina del Adolescente, donde se ofrece atención médica a pacientes con abuso sexual infantil, dado que existe escasa información sobre el abordaje diagnóstico y terapéutico en poblaciones con características semejantes a las nuestras, surgen las siguientes preguntas:

- 1. ¿Cuál es la experiencia en el diagnóstico de abuso sexual infantil en un hospital pediátrico de tercer nivel?**
- 2. ¿Cuál es la experiencia en el manejo terapéutico de abuso sexual infantil en un hospital pediátrico de tercer nivel?**

JUSTIFICACIÓN

El abuso sexual infantil se ve influenciado por situaciones sociales y culturales en consecuencia el diagnóstico suele ser difícil, principalmente cuando el médico tiene poca experiencia.

En las áreas sin centros de atención especializada para abuso sexual, el pediatra general es a menudo el profesional más conocedor de la comunidad con respecto a la evaluación y la entrevista de los niños. Por lo que es importante que se eduquen sobre cómo entrevistarles y cómo realizar los exámenes genitales y anales de los niños. Obtener suficiente información para tomar las decisiones apropiadas sobre la presentación de informes a la autoridad o referirse a clínicas pediátricas especializadas en evaluaciones de abuso. Así que el pediatra juega un papel importante en el cuidado de los pacientes que presentan ASI, pues funcionan como defensores de la salud infantil y cumplen un papel vital en la identificación de los niños víctimas de abuso sexual. Por lo tanto, es fundamental conocer la problemática para definir con mayor facilidad si el menor requiere de atención especializada por abuso sexual, se descarta la sospecha de abuso sexual o mantener en vigilancia para complementar elementos que aseguren el diagnóstico. El pediatra debe ser considerado principalmente un proveedor de atención de la salud para los niños, debe priorizar garantizar la salud y el bienestar de sus pacientes.

Surge el interés por analizar y publicar la experiencia en la atención médica de los pacientes con ASI, vistos en consulta externa de Medicina del Adolescente, del Hospital Infantil de México Federico Gómez del 2012 al 2016 teniendo en cuenta que llegar al diagnóstico es tarea difícil, al presentar sintomatología ambigua y amplia, donde el abordaje y el tratamiento es individualizado de acuerdo al caso.

De acuerdo a lo registrado en los expedientes de los pacientes con ASI se indaga la incidencia anual de los casos que fueron atendidos del 2012 al 2016, las características demográficas, los signos y síntomas identificados, así como los estudios diagnósticos del abordaje, la existencia de infecciones de transmisión sexual en estos pacientes y si recibió atención psicológica.

OBJETIVOS GENERALES

1. Describir la experiencia en el diagnóstico de abuso sexual infantil en un Hospital Pediátrico de tercer nivel
2. Describir la experiencia en el manejo terapéutico de abuso sexual infantil en un Hospital Pediátrico de tercer nivel

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las características demográficas de los pacientes con diagnóstico de ASI
2. Describir los signos y síntomas de ASI que presentaron los pacientes.

PACIENTES, MATERIALES Y MÉTODOS

Lugar donde se realiza el estudio: Consulta externa del Servicio de Medicina del adolescente y hospitalización en el periodo de 2012 al 2016 en el Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Tipo de estudio: Cohorte retrospectiva.

Población de estudio: Pacientes enviados al Hospital Infantil de México que en el diagnóstico final se haya identificado la presencia de abuso sexual infantil

Criterios de selección

Criterios de Inclusión

- a. Pacientes con atención en la consulta externa de Medicina del Adolescente del 2012 al 2016 con diagnóstico de abuso sexual infantil.
- b. Expedientes que incluyan nota por abuso sexual infantil, de la clínica de Medicina del Adolescente.

Criterios de eliminación

- a. Expedientes incompletos

Descripción general del estudio

1. Se solicitó en el área de estadística del Hospital Infantil de México, la base de datos de los pacientes atendidos en la consulta externa de Medicina del Adolescente del 2012 al 2016 con diagnósticos de abuso sexual infantil, maltrato y condilomas.
2. Con la base de datos, de acuerdo al número de expediente se solicitaron los expedientes en archivo. Se incluyeron aquellos con diagnóstico de abuso sexual infantil.
3. Al revisar los expedientes se identificó la demografía del paciente: sexo, edad, residencia, origen de residencia y sus diagnósticos médicos.
4. Se registraron los signos y síntomas que indican diagnóstico de abuso sexual infantil como: **Conducta** (cambio en hábito de alimentación, autolesión, hiperactividad, bajo rendimiento escolar, etc.). **Emocionales** (miedo, agresividad, vergüenza, ansiedad,

etc.). **Físicos** (lesiones traumáticas genitales recientes o antiguas como laceraciones, equimosis, cicatrices, condilomas en paciente >2años, flujo vaginal). **Sociales** (retraimiento escolar, déficit en habilidades sociales), entre otros.

5. A partir del diagnóstico de ASI se verificaron los estudios paraclínicos realizados: citología cervical, cultivo vaginal, cervical, urinario, orofaríngeo, colposcopia, pruebas de amplificación de ácidos nucleicos (*Neisseria Gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*), cultivo para *Trichomonas vaginalis*, VDRL (Pruebas treponémicas y no treponémicas), ELISA para VIH, Western blot VIH, entre otros.
6. De acuerdo a los resultados de laboratorio y a la clínica se registrarán las infecciones de transmisión sexual asociadas al ASI: sífilis, infección por virus de papiloma humano, infección por virus hepatitis B, infección por el VIH, tricomoniasis.
7. Según los hallazgos por clínica y paraclínicos se revisará el tratamiento y/o profilaxis que recibieron los pacientes por el diagnóstico de ASI: biopsias, antibióticos, antivirales, anticonceptivos, vacunas u otros.
8. Conforme a los expedientes, se registrará si los pacientes recibieron la atención de otras especialidades para su tratamiento como Psicología, Dermatología, otros.
9. Captura y codificación de datos obtenidos de los expedientes en paquete de office Excel.
10. Análisis de datos en paquete de office, Excel.

DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Variables de investigación				
Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Cantidad de años y meses cumplidos desde el nacimiento hasta la fecha de la atención médica por ASI	Cuantitativa Continua	Meses
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina	Género del paciente masculino o femenino	Cualitativa Nominal Dicotómica	Masculino Femenino
Residencia	Lugar donde reside	Lugar en el que habita	Cualitativa Nominal Politómica	Estados de la República Mexicana
Origen de la referencia médica	Sitio en dónde se origina la solicitud de consulta	Origen de referencia a consulta inicial	Cualitativa Nominal Politómica	Domicilio Referido extra HIM Interconsulta HIM
Signos y síntomas de ASI	Fenómenos que se produce en un sujeto por abuso sexual	Hallazgos físicos, conductuales o emocionales sugestivos de ASI	Cualitativa Nominal Politómica	Conducta (cambio en hábito de alimentación, autolesión, hiperactividad, bajo rendimiento escolar, etc.) Emocionales (miedo, agresividad, vergüenza, ansiedad, etc.) Físicos (lesiones traumáticas genitales recientes o antiguas como laceraciones, equimosis, cicatrices, condilomas en paciente >2años, flujo vaginal) Sociales (retramiento escolar, déficit en habilidades sociales) Otros
Infecciones de transmisión sexual detectadas	Infecciones que transmiten de una persona a otra a través del contacto sexual	Presencia de gérmenes de transmisión sexual evidenciados por exámenes de laboratorio (bacterias, virus, parásitos) y/o clínicamente.	Cualitativa Nominal Politómica	Sífilis Hepatitis B VIH Tricomoniasis Virus de papiloma humano Otras
Atención psicológica	Atención a pacientes dónde se estudian los procesos mentales, las sensaciones, las percepciones y el comportamiento del ser humano, en relación con el medio ambiente físico y social que lo rodea.	Asistencia psicológica otorgada a pacientes con ASI	Cualitativa Nominal Dicotómica	Otorgada No otorgada

Estudios paraclínicos para ITS	Análisis o instrumento de laboratorio con la finalidad de examinar a un enfermo.	Estudios de laboratorio, gabinete o patología para diagnosticar ITS	Cualitativa Nominal Politémica	Citología cervical Cultivo vaginal, cervical, urinario u oro faríngeo Colposcopia Pruebas de amplificación de ácidos nucleicos (<i>Neisseria gonorrhoeae</i> y <i>Chlamydia trachomatis</i>) Cultivo <i>Trichomonas vaginalis</i> VDRL (Pruebas treponémicas y no treponémicas) ELISA para VIH, Western blot VIH Otros
Tratamiento o profilaxis de ITS	Conjunto de medidas para aliviar o curar una enfermedad o aquello que se utiliza para prevenir una enfermedad o infección.	Prevención o acción para curar o evitar enfermedades de transmisión sexual	Cualitativa Nominal Politémica	Biopsias Antibióticos Antivirales Anticonceptivos Vacunas Otros

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Captura de los datos con codificación para su análisis estadístico descriptivo, las variables cualitativas se presentan como porcentajes y números absolutos, mientras que las variables cuantitativas como medianas y valores mínimo y máximo, finalmente procesando con paquete de office Excel.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación es considerada de riesgo mínimo puesto que se emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivo, sin intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, como se menciona en la Ley general de salud en materia de investigación para la salud, en el capítulo I “De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”, artículo 17. Se realizará revisión de expedientes clínicos de pacientes atendidos en el área de consulta externa de Medicina del Adolescente por abuso sexual infantil del 2012 al 2016, manteniendo el anonimato de su identidad.

RESULTADOS

En la consulta externa de Medicina del Adolescente del 2012 al 2016 se atendieron 59 pacientes con diagnósticos de abuso sexual infantil, maltrato y condilomas, de los cuales fueron encontrados 51 expedientes, excluyendo 10 pacientes al no contar con sospecha o diagnóstico de abuso sexual infantil, finalmente se realizó recolección de datos a 41 pacientes.

Los pacientes incluidos tuvieron una mediana para la edad de 7 años, de acuerdo a rangos de edad (Tabla 1) con un porcentaje igual entre pacientes del rango de edad de 1 año a 5 años 11 meses (n=15, 37%) y escolares de 6 años a 10 años 11 meses (n=15, 37%), predominando el género femenino (n= 28, 68%) en comparación con el masculino (n=13, 32%).

Tabla 1. Distribución de pacientes de acuerdo a intervalo edad y sexo

Rango de edad (años)	FEMENINO		MASCULINO		Total general	Total general
	n	%	n	%	n	%
1-5	10	36%	5	38%	15	37%
6-10	9	32%	6	46%	15	37%
11-15	6	21%	2	15%	8	20%
16-18	3	11%	0	0%	3	7%
Total	28	100%	13	100%	41	100%

El desarrollo puberal de acuerdo al Tanner púbcico y mamario se encontró que de 28 mujeres, el 68% (n=19) se ubicaron en estadio I mientras que en el sexo masculino de los 13 hombres el 77% (n=10) se encontró en Tanner estadio I.

De acuerdo al CDC (Centers for Disease Control and Prevention) el percentil de índice de masa corporal de la población predominó en el rango saludable (61%, n=25), con bajo peso (7%, n=3), sobrepeso (27%, n=11) y obesidad (5%, n=2), de estos pacientes el 9% previo al abuso sexual ya se conocía con una alteración nutricional.

En cuanto al lugar de origen, la mayoría de los pacientes fueron de la Ciudad de México en 51% y 46% del Estado de México, respectivamente. La proveniencia de los pacientes

atendidos fueron tanto de una institución (46%) como provenientes de domicilio (44%). De los pacientes evaluados dos terceras partes (68%) no presentaron enfermedades de base (Tabla 2).

Tabla 2. Características generales de 41 pacientes con diagnóstico de abuso sexual infantil atendidos en el servicio de Medicina del Adolescente			
		n=41	
	Edad	Mediana 7 (Min 2-Máx16)	
		Frecuencia	(%)
Sexo	Femenino	28	68%
	Masculino	13	31%
Estado de nutrición		Score Z del IMC	(%)
	Bajo peso	<-2	7%
	Peso adecuado	>-1 y <+1	61%
	Sobrepeso	>+1	27%
	Obesidad	>+2	5%
Estadio de Tanner vello púbico	I	29	71%
	II	5	12%
	III	2	5%
	IV	5	12%
	V	0	0%
Residencia	Ciudad de México	21	51%
	Estado de México	19	46%
	Querétaro	1	5%
Origen de la Referencia	Domicilio	18	44%
	Otra institución	19	46%
	Interconsulta hospitalaria	4	10%

El perpetrador más frecuente fue una persona cercana para el menor en el 76% (n=31), siendo el principal perpetrador un familiar en el 61% (n=25) y perpetrador desconocido el 24% (n=10), en la tabla 3 se describen de acuerdo al parentesco.

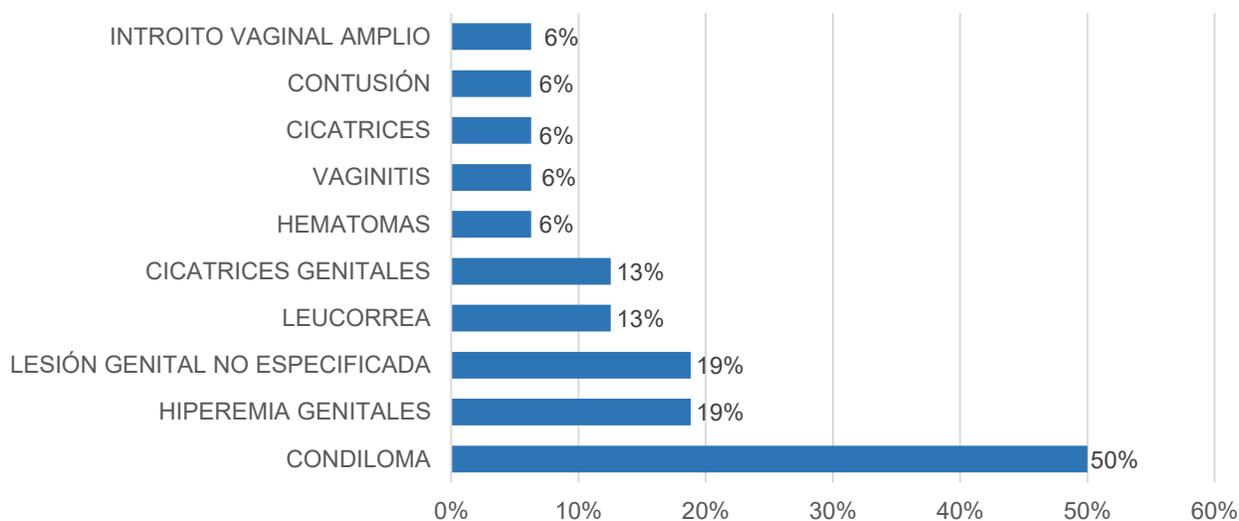
Perpetrador	n=41	Porcentaje
Familiar	25	61%
Desconocido	10	24%
Profesor (a)	3	7%
Compañero	2	5%
Conocido	1	2%

Los signos y síntomas de los pacientes atendidos por abuso sexual fueron múltiples, en el 61% (n=25) se encontró más de un síntoma o signo. Los 5 signos y síntomas más frecuentes identificados por la familia fueron: relatoría de abuso sexual (44%), cambios de conducta (39%), condilomas (27%), lesiones genitales recientes (15%) y flujo vaginal (15%), los hallazgos encontrados en un porcentaje menor de fueron: enuresis 7% (n=3), bajo rendimiento escolar 5% (n=2), vergüenza 5% (n=2), ansiedad 5% (n=2), síntomas urinarios como disuria y poliaquiuria 5% (n=2), hipersexualidad 5% (n=2); autolesión 2% (n=1), terror nocturno 2% (n=1), hipersomnia 2% (n=1), cefalea 2% (n=1), insomnio 2% (n=1) y replica de acto sexual 2% (n=1). (Tabla 4).

Tipo	Signo o síntoma	n=41	Porcentaje
De conducta	Cambios de conducta	16	39%
	Cambios en alimentación	3	7%
	Autolesión	1	2%
	Bajo rendimiento escolar	2	5%
Emocionales	Manifiesta abuso sexual	18	44%
	Miedo	5	12%
	Vergüenza	2	5%
	Ansiedad	2	5%
Físicos	Condilomas	11	27%
	Lesiones genitales recientes	6	15%
	Flujo vaginal	5	12%
	Lesiones genitales antiguas	3	7%
	Enuresis	3	7%
	Urinarios (disuria, poliaquiuria)	2	5%
	Terror nocturno	1	2%
	Hipersomnia	1	2%
	Cefalea	1	2%
	Insomnio	1	2%
Sexuales	Hipersexualidad	2	5%
	Replica acto sexual	1	2%

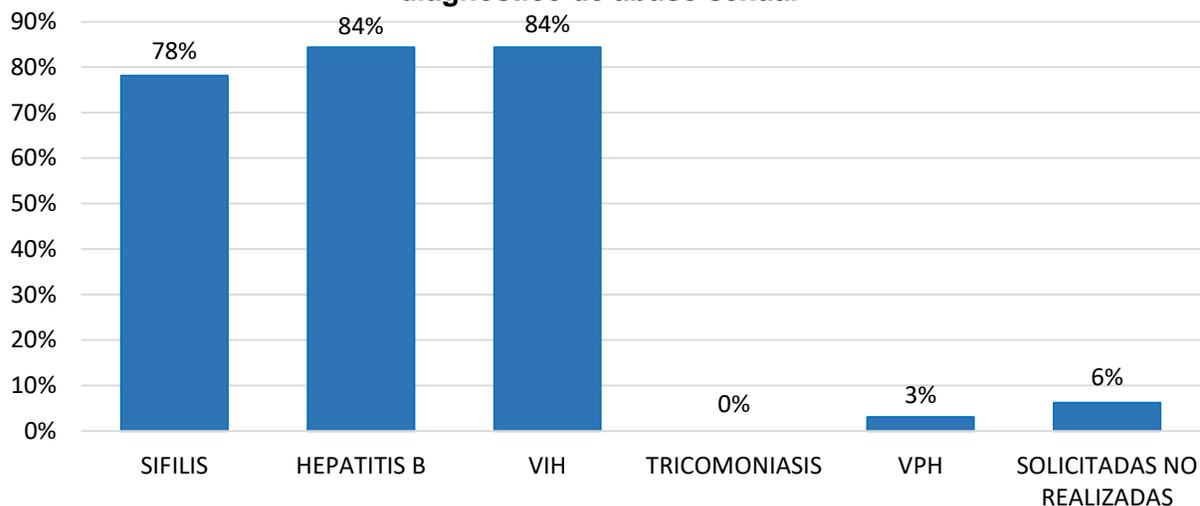
De acuerdo a la descripción de exploración física en la primera consulta de Medicina del Adolescente no se encontró ningún hallazgo en el 60% (n=25), 16 pacientes (39%) presentaban algún hallazgo relacionado al abuso sexual y de estos casos el 88% (n=14) con lesión genital, el 19% (n=3) con lesión no genital y el 13% (n=2) tanto con lesión genital como no genital. El principal hallazgo fue condiloma en el 50% (n=8), seguida de lesión genital no especificada 19% (n=3), hiperemia genitales 19% (n=3), leucorrea 13% (n=2), cicatrices en genitales 13% (n=2), introito amplio 6% (n=1), vaginitis 6% (n=1) y las alteraciones físicas (no genitales) asociadas al abuso sexual fueron: cicatrices 6% (n=1), contusión 6% (n=1) y hematomas 6% (n=1). Gráfica 1.

Gráfica 1. Hallazgos en la exploración física en 16 pacientes con diagnóstico de abuso sexual



Los laboratorios para identificación de infección de transmisión sexual (ITS) que se solicitaron durante la valoración en Medicina del Adolescente fueron principalmente tres pruebas, dirigidas para la detección de sífilis, hepatitis B y virus de inmunodeficiencia humana. Los estudios solicitados fueron VDRL, serologías para hepatitis B y ELISA para VIH. Gráfica 2.

Gráfica 2. Porcentaje de laboratorios para ITS en 41 pacientes con diagnóstico de abuso sexual



De los 41 pacientes solo el 80% (n=33) de pacientes se realizaron pruebas de tamizaje o diagnósticas para el tratamiento oportuno de infecciones de transmisión sexual encontrando que la batería de estudios principales fue VDRL (82%, n=27), coproparasitoscopico (73%, n=24), urocultivo (70%, n=23), otros estudios realizados se observan en la tabla 5.

Tabla 5. Porcentaje de estudios realizados en 41 pacientes con abuso sexual infantil

Prueba	n=33	Porcentaje
VDRL	27	82%
Coproparasitoscopico	24	73%
Urocultivo	23	70%
Cultivo orofaríngeo	22	67%
Examen general de orina	19	58%
Elisa para VIH	13	39%
Cultivo vaginal	9	27%
Biopsia dérmica	2	6%
Papanicolaou	0	0%
Colposcopia	0	0%
NAAT	0	0%
Cultivo T. Vaginalis	0	0%

Los pacientes con sospecha de virus de papiloma humano, de acuerdo a la clínica por presentar condilomas fue el 39% (n=16), sin embargo en la revisión de expedientes se careció de resultados de biopsia o PCR para VPH.

TRATAMIENTO

A los pacientes se les ofreció atención médica multidisciplinaria, de los cuales el 15% (n=6) refirió haber iniciado atención Psicológica en otra institución fuera del HIM FG. Al ser atendidos en esta institución recibieron como principal atención interconsultas de subespecialidades pediátricas en el 98% (n=40) y tratamiento dérmico (27%, n=11), siendo candidatos pequeños porcentajes a: biopsias (2%, n=1), antibióticos (2%, n=1), antiparasitarios (2%, n=1), antivirales (2%, n=1) y anticonceptivos (2%, n=1). De acuerdo a los motivos de envío, las principales especialidades pediátricas interconsultadas fueron: Psicología, Psiquiatría y Dermatología. Siendo uno de los pilares del tratamiento el apoyo psicológico, se envió al 100% a Psicología, recibiendo atención el 88% (n=36) considerando también aquellos pacientes que recibieron atención extra HIM (15%, n=6) y en el 12% (n=5) fue enviado sin embargo no acudió de acuerdo a las notas de seguimiento encontradas en el momento de la revisión del expediente. Las interconsultas concedidas se otorgaron al detectar comorbilidades como: caries dentales 5% (n=2), alteración en el lenguaje 2% (n=1), obesidad 2% (n=1), desnutrición 2% (n=1), alteración visual, retraso en el lenguaje y neurodesarrollo 2% (n=1), rinitis 2% (n=1) y una adolescente con masa en mama 2% (n=1).

SEGUIMIENTO

De acuerdo a la condición actual al momento de la revisión de expedientes (octubre y noviembre 2017), de los 41 pacientes el 22% (n=9) continua en seguimiento en Medicina del Adolescente o alguna otra subespecialidad del Hospital Infantil de México, han sido dados de alta del servicio de Medicina del Adolescente el 34% n=14) y la mitad (49%, n=20) de la población fue citado sin acudir o sin registro de nota de seguimiento.

El 22% (n=9) de los pacientes en las consultas de seguimiento se documentó que presentaron manifestaciones de secuelas por abuso sexual a mediano plazo, de ellos con trastorno depresivo (12%, n=5), trastorno de ansiedad (5%, n=2), cutting (5%, n=2), bajo rendimiento escolar (2%, n=1) y trastorno del lenguaje (2%, n=1).

DISCUSIÓN

Hallazgos principales

- El abuso sexual se presentó con mayor frecuencia en el sexo femenino, en ellas el rango de edad más afectado fue de 1 a 5 años y en el sexo masculino de 6 a 10 años.
- Los signos y síntomas que orientaron a sospechar de abuso sexual infantil fueron: relatoría del abuso sexual, cambios de conducta, condilomas, lesiones genitales y flujo vaginal.
- Los estudios solicitados por abuso sexual infantil fueron principalmente VDRL, hepatitis y ELISA para VIH, sin embargo los más realizados fueron VDRL, coproparasitoscópico, urocultivo y cultivo orofaríngeo. No se encontró ningún caso con infección de transmisión sexual además de condilomas.
- Además de su valoración en Medicina del Adolescente, el principal tratamiento fue la intervención por Psicología y el tratamiento dérmico en pacientes con condilomas.
- Las secuelas a mediano plazo en pacientes con abuso sexual infantil fue trastorno depresivo.

Los pacientes atendidos en el quinquenio establecido en nuestro estudio eran en su mayoría procedentes de la Ciudad de México y del Estado de México, en el 46% eran referidos a su vez de una institución del área metropolitana, lo cual es acorde a lo reportado con la literatura en la que se menciona que los adolescentes de escuelas públicas y aquellos que viven en las ciudades capitales tienen más probabilidades de ser abusados²⁸.

Como se menciona en la literatura internacional se carece de datos reales sobre la prevalencia del abuso sexual infantil, sin embargo se reporta predominio en el sexo femenino, lo cual coincide con nuestro estudio, con una relación de dos mujeres por cada hombre. Romano y De sugieren varias razones por las cuales los varones pueden ser menos probables que las mujeres para divulgar estas experiencias. Estos investigadores describen al abuso sexual femenino como mayor reconocimiento y revisiones, generando información acerca de una mayor prevalencia en las mujeres, sin embargo los niños pueden ser más renuentes a buscar apoyo debido a las normas de género que refuerzan la autosuficiencia, lo que a su vez conduce a una subestimación continua del problema de abuso sexual masculino^{30,31}. A diferencia de lo encontrado por Pou Fernandez & cols. en

Barcelona²¹ y Almonte & cols. en Chile⁶, el pico de incidencia en mujeres no predomina en pre púber, en este estudio prepondero el sexo femenino de 1 a 5 años como en y en el sexo masculino de 6 a 10 años.

De los casos reportados, la vía de llegada para valoración fue tanto de domicilio como referido por una institución, lo que muestra que a pesar de que el perpetrador haya sido cercano al menor, aun así fue revelado el abuso sexual, sin encubrir o limitar la atención. Los perpetradores como conocidos por sus víctimas se encontró en un porcentaje alto (76%), al igual que en otras revisiones de casos como en Kadoma distrito de Zimbabue donde los perpetradores fueron conocidos en el 74%³², en Sivas ciudad de Turquía la mayoría de los abusadores eran un amigo, un familiar o una persona conocida por el niño³³ y en Cuba en una revisión de 10 años el perpetrador fue un familiar o conocido en el 60%²². Este es un resultado perturbador, dado que la víctima puede haber sido abusada por alguien a quien ama o en quien confía como lo menciona Campos F. & cols. al señalar que la mayoría de los actos son cometidos por personas conocidas por la víctima: (ex) novio (25.6%), familiares (19.3%), amigos (19.2%) y padres (10.5%)²⁹.

Para el diagnóstico, el interrogatorio debe sugerir una revisión exhaustiva de síntomas de manifestaciones a corto y mediano plazo del abuso en niños y adolescentes, se pueden considerar de acuerdo al tipo físico, de conducta, emocional, sexual y social, de acuerdo a la clasificación de Echeburúa & Corral (Anexo 5)³⁴. Encontramos que se presentan múltiples signos o síntomas en el 61%, el principal motivo por el cual el paciente con abuso sexual infantil es atendido, es cuando el paciente relata haber sido abusado y presenta cambios de conducta como en los hallazgos clínicos en Kadoma donde se encontraron cambios de comportamiento en 25 pacientes (31%)³², la relación al mecanismo de cómo se descubrió el abuso es también compatible a lo encontrado por Pou Fernandez & cols. en 2001 donde el relato directo de la víctima fue el más frecuente, quienes argumentan que es un acto importante considerando que el abusador impone el secreto bajo amenazas, razón por la cual muchos abusos se perpetúan en tiempo²¹.

En el examen físico cuando se sospecha de abuso sexual se acepta que muchos niños no tienen signos físicos ni síntomas incluso después de una convincente historia de contacto o abuso penetrativo. Los exámenes normales se han informado en el 6% a 99% de los niños remitidos para el momento de la evaluación de abuso sexual, debido a que la curación

puede ser rápida y completa, los signos anogenitales son más propensos a encontrarse cuando el examen es dentro de 2 o 3 días posteriores al abuso. La relación entre la presencia de signos, la edad del niño y la naturaleza de cualquier objeto penetrante no está clara³⁵. En los hallazgos clínicos de este estudio, de los 19 pacientes con afección independientemente del tiempo posterior al abuso sexual, se presentaron con lesión genital el 74% (n=14), con lesión no genital en 16% (n=3) y con ambos tipos de lesión en el 11% (n=2), al encontrar un alto índice de lesiones genitales se confiere a que en la búsqueda de pacientes con sospecha de abuso sexual se incluyeron aquellos con condilomas y sospecha de abuso sexual de los cuales representan cerca de un tercio de la cohorte de estudio (27%), al igual que J. Pou Fernández en la revisión de un año en niños con abuso sexual²¹, compartimos que la existencia de condilomas acuminados no es rara en los niños y por esta razón se clasifico este hallazgo como compatible con abuso sexual con otros datos como la historia clínica para corroborar el diagnóstico.

Si bien las infecciones de transmisión sexual (ITS) no son comunes en niños prepuberales evaluados por abuso, el principal conjunto de laboratorios solicitados a pacientes con abuso sexual infantil fueron estudios para sífilis, hepatitis B y VIH, sin embargo se carece de la solicitud de otras pruebas de confirmación útiles como lo pudo haber sido el abordaje para virus de papiloma humano. En cuanto a los estudios realizados predomino VDRL, coproparasitoscopico, urocultivo y cultivo orofaríngeo, estos estudios tienen en común su fácil acceso, sin embargo se menciona que el cultivo de todos los sitios para todos los organismos no se recomienda si el niño está asintomático¹⁴.

Las pruebas de infección de transmisión sexual deben incluir pruebas de *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, sífilis y VIH³⁶. Las mujeres adolescentes también deben someterse a pruebas de detección de *Trichomonas vaginalis*, aunque sean asintomáticas, y someterse a una evaluación de la vaginosis bacteriana si son sintomáticas. Sin embargo, la prueba para *Trichomonas vaginalis* y vaginosis bacteriana no está indicada en pacientes prepúberes sintomáticos. La prueba del virus del herpes simple debe realizarse si un paciente es sintomático con vesículas presentes. Si es posible, se recomienda realizar pruebas de ITS antes del tratamiento profiláctico. Las pruebas de *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* pueden realizarse mediante pruebas de amplificación de ácidos nucleicos (NAAT), si están disponibles, o mediante cultivo. Las pruebas serológicas para la sífilis y la infección por VIH pueden repetirse 6 semanas, 3

meses y 6 meses después de la agresión si los resultados de la prueba inicial eran negativos y la infección en el agresor no es descartada¹⁹.

A todos los pacientes púberes se les debe ofrecer profilaxis de ITS al correr mayor riesgo de contraer enfermedad¹⁴ y profilaxis del embarazo en el caso de mujeres, ya que existe una alta prevalencia de ITS dentro de este grupo de edad y un bajo índice de seguimiento entre esta población de pacientes y en los pacientes prepuberales la profilaxis de ITS generalmente no se recomienda, se realizará únicamente en las situaciones que el caso lo justifique, es decir ante una violación o cuando haya sospecha o posibilidad de contacto de riesgo con las secreciones del agresor. Cuando exista una exposición de alto riesgo (persona seropositiva, hombre que tiene relaciones sexuales con un hombre, usuario de drogas intravenosas, trabajador sexual comercial, alguien del área de alta prevalencia de infección por VIH, en penetración anal y en presencia de lesiones genitales) considere la inmunoglobulina y profilaxis posexposición virus inmunodeficiencia humana, especialmente si se sabía que el agresor era seropositivo²⁵. En lo que respecta a esta revisión no se ha consignado en la revisión de expedientes más de un caso en el que se haya otorgado tratamiento antibiótico y retroviral, ya que fue el único caso atendido como un abuso agudo.

El desarrollo de enfoques preventivos y terapéuticos que proporcionan la rehabilitación psicológica y la integración del individuo en la sociedad se vuelve de extrema relevancia²⁹, por lo que el apoyo psicológico se ofreció a todos los pacientes que acudieron sin embargo el 12% no acudió a su valoración y la mitad de la población de manera importante discontinuó su seguimiento al no asistir a consulta en Medicina del Adolescente.

El abuso sexual es la forma de maltrato que más interfiere en la vida del menor y puede originar gran cantidad de alteraciones mentales, aumenta el riesgo de desarrollar trastorno de estrés postraumático, trastorno de ansiedad, depresión, baja autoestima, fobias sociales y conductas autodestructivas³⁷. Hasta un 64% de niñas abusadas tiene un diagnóstico psiquiátrico siendo los más comunes: trastorno oposicional desafiante, trastorno de ansiedad, TDAH, depresión, reacciones fóbicas, déficit intelectual y social^{1,33}. El abuso sexual en los niños también se asocia con un mayor riesgo de ideación suicida, intentos de suicidio, abuso de sustancias, múltiples parejas sexuales e infecciones de transmisión sexual^{1,25,26}. En el seguimiento del 22% se han manifestado estas alteraciones con predominio de trastorno depresivo, sin subestimarse a los pacientes que han llevado

seguimiento por ansiedad, cutting y bajo rendimiento escolar. Esto puede estar también relacionado a que sean polivictimias ya que tienen seis veces más probabilidades de presentar depresion y ansiedad³⁸.

CONCLUSIÓN

El abuso sexual infantil es un evento común con repercusiones físicas y psicológicas importantes, su variedad de presentación lo vuelve complejo tanto para su evaluación como para su terapéutica.

- a) En los pacientes pediátricos con ASI atendidos en un hospital de tercer nivel del 2012 al 2016, el sexo femenino predominó 2:1 del masculino, siendo preescolares y escolares predominantemente
- b) Para el diagnóstico de abuso sexual infantil se tomó en cuenta tanto la historia clínica como en la exploración física encontrando principalmente la relatoría del abuso sexual, cambios de conducta, condilomas y lesiones genitales.
- c) Los estudios para infecciones de transmisión sexual no se realizaron de acuerdo con los estándares internacionales y no se detectaron infecciones de transmisión sexual además de condilomas.
- d) Recibieron tratamiento psicológico principalmente y aquellos con condilomas también tratamiento dérmico, al ser una unidad de referencia es escasa la atención en eventos agudos. Para la prevención de secuelas a mediano y largo plazo, la atención debe de ser temprana y multidisciplinaria para una gestión integral que incluya apoyo psicológico a la víctima y a la familia.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

De acuerdo a la base de datos ofrecido por parte del área de estadística de la institución se cuenta con un subregistro de los casos atendidos por abuso sexual en la consulta externa de Medicina del Adolescente, comparando con el registro con que se cuenta en el dicha división, considerando que no se toman en cuenta aquellos pacientes que cuentan con más de un diagnóstico, así como los pacientes que se registran en fase de pre consulta y al no contar con un número de registro no se reconoce como un caso más atendido.

De los 59 de expedientes que se buscaron, no se encontraron 8 de expedientes confirmando un menor número de casos.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Tabla 2. Cronograma de actividades

MES	ENE 2017	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE 2018	FEB	MAR	ABR
Elaboración y aceptación de proyecto																
Arqueo bibliográfico																
Elaboración marco teórico																
Identificación de casos 1ª vez ASI																
Recolección de datos																
Procesamiento y análisis de datos																
Revisión tesis																
Entrega tesis																

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Franco, A., & Ramírez, L. (2016). Abuso sexual infantil: perspectiva clínica y dilemas ético-legales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(1), 51-58.
2. Figueroa, Héctor. (2016). México tendrá su día contra el abuso sexual infantil, tras escalada de casos. 8/03/17, de Excelsior Sitio web: <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2016/03/29/1083535>
3. García-Piña, C. A., Loredó-Abdalá, A., & Gómez-Jiménez, P. M. (2009). Guía para la atención del abuso sexual infantil. *Acta Pediátrica de México*, 30(2), 94-103.
4. FUPAVI (2013). Senado de la República, 08.02.17, disponible en: <http://www.fundacionenpantalla.org/articulos/pdf/s/situacion-infancia-mexico-2014.pdf>.
5. Herrmann, B., & Navratil, N. (2004). Sexual abuse in prepubertal children and adolescents. *Pediatric and Adolescent Gynecology*, 7, 77-105.
6. Almonte, C., Insulsa, C., & Ruiz, C. (2002). Sexual abuse in children and adolescents of both sexes. *Revista Chilena Neuro-psiquiatría*, 40 (1) 22-30.
7. Fontes, L. A., & Plummer, C. (2010). Cultural issues in disclosures of child sexual abuse. *Journal of child sexual abuse*, 19(5), 491-518.
8. Berlinerblau, V. (2016). Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes: Una guía para tomar decisiones y proteger sus derechos. *UNICEF*
9. Fernández, J. P., García, I. J., & López, L. G. (1996). Abuso sexual infantil. Nuestra experiencia de un año. *An Esp Pediatr*, 45, 245-248.
10. Cummings, M., Berkowitz, S. J., & Scribano, P. V. (2012). Treatment of childhood sexual abuse: an updated review. *Current psychiatry reports*, 14(6), 599-607.
11. Saucedo-García, J. M. (1999). Identificación del abuso sexual en pediatría. *Gac Med Mex*, 135(3), 261-266.
12. De Tychev, C., Laurent, M., Lighezzolo-Alnot, J., Garnier, S., & Vandelet, E. (2015). Prevalence of sexual abuse in childhood: some critical methodological reflections. *Journal of child sexual abuse*, 24(4), 401-411
13. Ortega, M. Á. F., Terrés, B. E. V., Bannack, M. E. D., Quintanilha, E. G., Ramírez, M. D. P. P., Ortega, V. S., & Kirienko, A. D. (2001). La experiencia de un programa de atención a la violencia en una unidad de primer nivel para población abierta. *Rev Fac Med UNAM*, 44(2), 49-54.

14. Jenny, C., Crawford-Jakubiak, J. E., & Committee on Child Abuse and Neglect. (2013). The evaluation of children in the primary care setting when sexual abuse is suspected. *American Academy of Pediatrics*, 132(2), e558-e567.
15. Leetch, A. N., Leipsic, J., & Woolridge, D. P. (2015). Evaluation of child maltreatment in the emergency department setting: an overview for behavioral health providers. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 24(1), 41-64.
16. Frothingham, T. E., Barnett, R. A., Hobbs, C. J., & Wynne, J. M. (1993). Child sexual abuse in Leeds before and after Cleveland. *Child Abuse Review*, 2(1), 23-34.
17. Leetch, A. N., & Woolridge, D. (2013). Emergency department evaluation of child abuse. *Emergency medicine clinics of North America*, 31(3), 853-873.
18. Girardet R. G., Lahoti S, Howard L. A., et al. (2009) Epidemiology of sexually transmitted infections in suspected child victims of sexual assault. *Pediatrics*. 124(1):79– 86
19. Mollen, C. J., Goyal, M. K., & Frioux, S. M. (2012). Acute sexual assault: a review. *Pediatric emergency*, 28(6), 584-590.
20. Tablado, A.. (2007). Abuso sexual infantil. Argentina: *Ascune Hnos*.
21. Fernández, J. P., España, A. R., Masmitjá, L. C., Fanes, M. I., & Marill, J. B. (2001, January). Abuso sexual. Experiencia en una unidad funcional de abusos a menores. *In Anales de Pediatría*, 54(3), 243-250
22. Peláez Mendoza, J., & Juncal Hernández, V. (2009). Abuso sexual en niñas y adolescentes: Experiencias de 10 años. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 35(1), 0-0.
23. Rogstad, K. E., Wilkinson, D., & Robinson, A. (2016). Sexually transmitted infections in children as a marker of child sexual abuse and direction of future research. *Current opinion in infectious diseases*, 29(1), 41-44.
24. Sonneveld, L. P., Brilleslijper-Kater, S. N., Benninga, M. A., Van Konijnenburg, E. M. H., Sieswerda-Hoogendoorn, T., & Teeuw, A. H. (2013). Prevalence of child sexual abuse in pediatric patients with chronic abdominal pain. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, 56(5), 475-480.
25. Cybulska, B. (2013). Immediate medical care after sexual assault. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 27(1), 141-149.
26. Veenema, T. G., Thornton, C. P., & Corley, A. (2015). The public health crisis of child sexual abuse in low and middle income countries: An integrative review of the literature. *International journal of nursing studies*, 52(4), 864-881

27. Seña, A. C., Hsu, K. K., Kellogg, N., Girardet, R., Christian, C. W., Linden, J., & Hammerschlag, M. R. (2015). Sexual assault and sexually transmitted infections in adults, adolescents, and children. *Clinical infectious diseases*, 61(8), S856-S864.
28. Preer, G., Sorrentino, D., & Newton, A. W. (2012). Child abuse pediatrics: prevention, evaluation, and treatment. *Current opinion in pediatrics*, 24(2), 266-273.
29. Campos Fontes, L. F., Canozzi Conceição, O., & Machado, S. (2017). Violência sexual na adolescência, perfil da vítima e impactos sobre a saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(9), 2919-2928
30. Romano, E., & De Luca, R. V. (2001). Male sexual abuse: A review of effects, abuse characteristics, and links with later psychological functioning. *Aggression and Violent Behavior*, 6(1), 55-78.
31. Murray, L. K., Nguyen, A., & Cohen, J. A. (2014). Child sexual abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics N Am*, 23(2), 321-337.
32. Tapesana, S., Chirundu, D., Shambira, G., Gombe, N. T., Juru, T. P., & Mufuta, T. (2017). Clinical care given to victims of sexual assault at Kadoma General Hospital, Zimbabwe: a secondary data analysis, 2016. *BMC infectious diseases*, 17(1), 602.
33. Butun, C., Yildirim, A., Ozer, E., Yilmaz, E., & Sari, S. A. (2017). A nonrandom sample of 55 sexual abuse cases in Sivas. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 23, 4360-4365.
34. Echeburúa, E., & Corral, P. D. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de medicina forense*, (43-44), 75-82.
35. Hobbs, C. J. (2012). Physical evidence of child sexual abuse. *European journal of pediatrics*, 171(5), 751-755.
36. Seth, R., & Srivastava, R. N. (2017). Child Sexual Abuse: Management and prevention, and protection of children from Sexual Offences (POCSO) Act. *Indian pediatrics*, 54(11), 949-953.
37. Demirci, E. (2018). Non suicidal self-injury, emotional eating and insomnia after child sexual abuse: Are those symptoms related to emotion regulation?. *Journal of forensic and legal medicine*, 53, 17-21.
38. Mossige, S., & Huang, L. (2017). Poly-victimization in a Norwegian adolescent population: Prevalence, social and psychological profile, and detrimental effects. *Plos one*, 12(12), 1-14.

ANEXOS

Anexo 1. Directrices para entrevistar al paciente con sospecha de abuso sexual, AAP¹⁴

1. Si el niño revela espontáneamente el abuso, es importante que la persona que oye la revelación responda diciéndole al niño que está bien hablar de ello con los adultos. Si el niño comienza a hacer una revelación y el médico le dice, no a la persona a la que debería decirle esto, "el niño puede ser reticente a revelar en otro momento".

2. El niño debe ser separado del padre para la entrevista si es posible. Los padres pueden influir de manera sutil o no tan sutil en las declaraciones del niño. La separación de los padres es particularmente importante si el padre es un sospechoso o si apoya al sospechoso, para evitar que el niño se sienta intimidado o amenazado. El padre estará más tarde presente para el examen si esa es la preferencia del niño.

3. Si el pediatra no ha establecido ya una relación con el paciente, debe dedicar un tiempo a hablar de temas no amenazantes, como la escuela, los amigos o las mascotas. Es difícil que un niño se le haga preguntas dolorosas o embarazosas sin sentirse seguro y apoyado por el adulto haciendo las preguntas.

4. Los pediatras deben decirles a los niños que es su trabajo como médicos mantener a los niños sanos y que está bien que los niños hablen sobre temas difíciles o incómodos con sus médicos.

5. El pediatra no debe hacer preguntas importantes o sugerentes. Es importante comenzar con preguntas generales abiertas sobre los gustos y disgustos del niño o sobre las personas de la familia del niño. A continuación, pregunte acerca de las cosas que el niño está preocupado o confundido, o acerca de las cosas que le han sucedido al niño que han sido desagradables o estresantes. Una pregunta nunca debe sugerir una respuesta. Ejemplos de preguntas abiertas incluyen lo siguiente: "¿Hay algo que te molesta?" "Dime por qué estás aquí hoy." Ejemplos de preguntas incorrectas son las siguientes: ¿Quién ha tocado tus partes privadas? -Sé que el tío Joe te ha hecho daño." La toma de la historia también debe ser interpelada con ciertos mensajes terapéuticos como "es bueno decir", que muchos niños experimentan abuso y que los niños nunca son responsables del abuso.

6. El lenguaje apropiado de desarrollo debe ser utilizado con el niño. Los términos y conceptos entendidos por un niño de 12 años son muy diferentes de los entendidos por un niño de 4 años. Sea consciente de los términos que el niño usa para los genitales y el ano. Los padres deben preguntar con antelación cuáles son los términos que la familia usa para las partes privadas y las actividades del baño.

7. Cualquier descripción de abuso dada por el niño debe ser registrada palabra por palabra (usando comillas) en el expediente médico, usando el propio idioma del niño, y debe atribuirse al niño. Cuando sea práctico, la respuesta debe ser registrada junto con

la pregunta. Por ejemplo, "Cuando se le preguntó por qué no llevaba ropa interior, el paciente respondió a eso. . . "O" Sin mi pregunta, el niño declaró eso. . . "Se deben tomar notas cuidadosas durante la entrevista.

8. El niño no debe ser instado o coaccionado para hablar de abuso. Se debe permitir que el niño hable sobre él, si él o ella desea, pero nunca debe haber una expectativa que el niño debe divulgar al profesional. El niño no debe ser recompensado después de una revelación. (Por ejemplo, "Dime qué pasó con tío Joe, y luego puedes regresar con tu madre" no es una declaración apropiada). El niño que ha sido abusado para dar una revelación puede ser experimentado por el niño como revictimización y pérdida de control, por lo que puede empeorar una experiencia ya dolorosa.

9. El pediatra debe recordar que se trata de una entrevista médica y que él o ella está obteniendo la información necesaria para tomar las decisiones de diagnóstico y tratamiento apropiadas. Si el niño hace una revelación inicial al pediatra, es probable que el niño sea entrevistado nuevamente por otro profesional adulto. A los padres ya los niños se les puede decir esto antes de que empiece la entrevista.

10. El pediatra debe ser solidario y empático. Tratar al paciente con el mismo respeto y cuidado dado a todos sus pacientes. Si el niño le informa sobre el abuso, muéstrele la preocupación apropiada; no actúe sorprendido, indignado o despectivo.

11. Se debe utilizar un lenguaje adecuado para entrevistar a los niños. Los traductores deben usarse si es necesario, y el uso del niño de palabras para describir las partes del cuerpo debe ser entendido.

12. Si el pediatra registra su impresión de las emociones del niño durante el examen o la entrevista, estas impresiones subjetivas deben identificarse como tales (por ejemplo, "Fue mi impresión que el niño parecía agitado"). Del mismo modo, si se hace una observación que pueda afectar a la veracidad de la historia, debe identificarse claramente como algo separado de los hechos (por ejemplo, "he observado que el niño y su madre usaban palabras idénticas al responder a esta misma pregunta. La posibilidad de que las respuestas hayan sido ensayadas").

El entrevistador debe confirmar claramente, en la medida de lo posible, el tipo de contacto (genital-genital, oral-genital, etc.) y / o la penetración ocurrieron y si el eyaculado estaba presente. Las preguntas sobre la pérdida de conciencia o los períodos de "apagón" pueden sugerir un asalto facilitado por drogas.

Anexo 2. Exploración física, INP³

- Obtener consentimiento informado de los familiares antes de realizar cualquier procedimiento (exploración física, toma de muestras, de fotografías o de ambas).

- Informar al paciente de acuerdo a su edad y al familiar, en qué consiste la exploración genitoanal; con mayor razón si se emplea un colposcopio u otro instrumento.

- Durante la exploración física, deben estar presentes la madre u otro familiar y la enfermera, independientemente del sexo del paciente o del médico. Se sugiere que el familiar pueda proporcionar apoyo y comodidad al paciente; esta persona es idealmente una persona seleccionada por el niño y no debe estar asociada con el evento de abuso sexual, para conferir seguridad y distracción durante el examen. El miembro entrenado del personal médico puede ayudar en los procedimientos de examen y sirve como un testigo imparcial del examen. Si se trata de un adolescente, se solicitará su consentimiento para que permanezca el familiar; la enfermera debe estar presente, que como miembro entrenado del personal médico puede ayudar en los procedimientos de examen y sirve como un testigo imparcial del examen.

- La información que se brinde al paciente debe tener en cuenta la edad, el desarrollo y las características de su personalidad; utilizando un lenguaje comprensible e intentando establecer una relación cálida y de confianza que disminuya su temor. Antes de realizar la exploración, es recomendable que el menor sea evaluado y preparado por el equipo de salud mental.

- Hay que explorar al paciente de manera ordenada por zonas: extra-genital (cavidad oral, faringe, cuello, tórax, abdomen, extremidades); paragenital (muslos, glúteos) y finalmente área genitoanal.

- Posición para exploración genital: En pre púberes se utiliza la posición supina con las piernas en abducción o "posición de rana". Se puede utilizar la misma posición con ayuda de la madre. También se utiliza la posición de rodilla-pecho (genupectoral) para mejor visualización igual que en los púberes, como se puede observar en la figura 1. En varones la revisión se inicia en posición supina para examinar pene, testículos, escroto y periné. Para visualizar la región anal se usa la posición supina-lateral/rodilla-pecho o genupectoral. También se puede solicitar la ayuda del familiar.

- En caso de encontrar lesiones se deben describir detalladamente y con dibujos. La localización de las lesiones se debe describir de acuerdo a las manecillas del reloj, en donde la uretra indica la posición de las 12 horas y la región anal las 6 horas. Los resultados serán catalogados en base a clasificaciones establecidas¹².

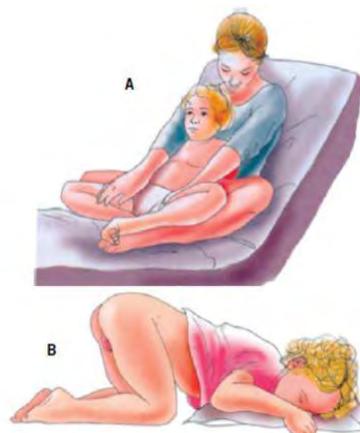


Figura 1. A) Posición de rana en brazos de la madre. B) Posición en genuflexión para explorar los genitales (bola de cañón)²¹

Anexo 3. Clasificación de los Hallazgos Anogenitales en Niñas con Sospecha de ASI Tomada de la clasificación realizada por Muram (1988) con algunas modificaciones, de acuerdo con la clasificación de Adams (1997)²⁰

Categoría o Clase 1: Sin datos de ASI

Examen genital normal (recordar que la ausencia de signos físicos no invalida la posibilidad de ASI)

Categoría o Clase 2: Hallazgos Inespecíficos de ASI (Abuso Posible)

Signos físicos que podrían estar causados por ASI o por otra causa: vulvitis, lesiones por rascado, aumento de la vascularización del introito vaginal, fisuras en la piel o abrasiones en la horquilla vulvar, coalescencia de labios menores, presencia de secreción o flujo vaginal, presencia de condilomas en niña menor de 2 años. En la zona anal: presencia de hiperpigmentación o eritema perianal, apéndices cutáneos perianales, disminución de los pliegues perianales, congestión venosa, fisuras anales, dilatación anal con materia fecal en la ampolla rectal.

Categoría o Clase 3: Hallazgos Específicos de ASI (Abuso Probable)

Presencia de uno o más signos sugestivos de AS: desgarros recientes o cicatrízales del himen, aumento del diámetro del orificio himeneal para la edad, desgarro de la mucosa vaginal, marcas de dientes u otros signos traumáticos como laceraciones o equimosis en la vulva, presencia de gérmenes de transmisión sexual, condilomas en niñas mayores de 2 años. En la zona anal: desgarros superficiales o profundos, cicatrices o tunelización, laxitud del esfínter anal, presencia de condilomas o de otros gérmenes de transmisión sexual, dilatación anal mayor a 20 mm sin materia fecal en la ampolla rectal.

Categoría o Clase 4: Hallazgos de Certeza de ASI (Evidencia Definitiva de ASI)

Presencia de espermatozoides o líquido seminal en el cuerpo de la niña. Embarazo (por coito no consensuado) Evidencia del uso de la fuerza brusca o traumatismo penetrante, tal como la laceración del himen hasta la base o “hendidura completa” Cultivos positivos para *Neisseria gonorrhoeae*, serología positiva para sífilis o para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH, descartada la transmisión vertical). Abuso con testigos o la existencia de fotografías o videos que prueben el ASI. Confesión del supuesto agresor de los hechos que describe.

**Anexo 4. Guías de 2005-2008 para la atención médica de niños evaluados por sospecha de abuso sexual:
Declaración de consenso y revisión de la antigua «clasificación Adams»¹⁴**

I. Hallazgos documentados en recién nacidos o comúnmente vistos en niños no abusados

(La presencia de estos hallazgos generalmente no confirma ni descarta la clara revelación de abuso sexual)

Variantes normales

1. Bandas periuretrales o vestibulares
2. Crestas o columnas intravaginales
3. Golpes himenales o montículos
4. Restos septales
5. Línea vestibularis (área avascular de la línea media)
6. Escotadura / hendidura himenal en la mitad anterior (superior) de la llanta himenal (niñas prepúberes), paciente supino
7. Escotadura o hendidura superficial o superficial en el borde inferior del himen
8. Cresta himenal externa
9. Variantes congénitas en apariencia de himen, incluyendo crescentico, anular, redundante, septado, cribiforme, microperforado, imperforado
10. Diástasis anal (área lisa)
11. Brote de piel perianal
12. Hiperpigmentación de la piel de labios menores o tejidos perianales en niños de color
13. Dilatación de la abertura uretral con aplicación de tracción labial
14. "Himen espeso" (efecto del estrógeno, borde plegado del himen, edema de la infección, o hinchazón del trauma; comparar con el examen de seguimiento)

Hallazgos causados comúnmente por otras condiciones médicas

15. Eritema del vestíbulo, pene, escroto o tejidos perianales (irritantes, infección o trauma *)
16. Aumento de la vascularidad del vestíbulo y el himen (debido a irritantes locales, o patrón normal en el estado no estrogenizado)
17. Adhesión labial (puede deberse a irritación o rozamiento)
18. Descargas vaginales (varias causas infecciosas y no infecciosas, se deben tomar cultivos)
19. Friabilidad de la parte fourchette posterior o de la comisura (irritación, infección o tracción en los labios mayores)
20. Excoriaciones / sangrado / lesiones vasculares (liquen escleroso, eczema o seborrea, vaginal / perianal, estreptococo del grupo A, prolapso uretral, hemangiomas)
21. Falla de la fusión de la línea media (ranura perineal)
22. Fisuras anales (generalmente debido a estreñimiento, irritación perianal)
23. Congestión venosa, o agrupación venosa en el área perianal (usualmente debido al posicionamiento del niño; también visto con estreñimiento)
24. Los pliegues anales aplastados (pueden deberse a la relajación del esfínter externo o al hinchamiento de los tejidos perianales debido a infección o trauma *)
25. Dilatación anal parcial o completa inferior a 2 cm (antero-posterior), con o sin deposiciones visibles

* El examen de seguimiento es necesario antes de atribuir estos hallazgos al trauma

II. Hallazgos indeterminados: datos insuficientes o contradictorios de estudios de investigación (Puede requerir estudios adicionales / evaluación para determinar la

importancia, estos físicos / de laboratorio. Las conclusiones pueden apoyar la clara revelación de abuso sexual por parte de un niño, pero debe ser Interpretado con precaución si el niño no revela; reportar a Servicios de Protección Infantil en casos indicados)

Hallazgos de la exploración física

26. Las muescas o hendiduras profundas en el borde posterior / inferior del himen, en contraste con las transecciones [véase 41]

27. Huecos profundos o hendiduras completas en el himen a las 3 o las 9 en niñas adolescentes

28. Borde liso, no interrumpido, de himen entre las 4 y las 8 horas, que aparece menos de 1 mm amplio; examinado en la posición prono-rodilla-pecho, o usando agua para 'flotar' el borde de la Himen, niño en posición supina

29. Las lesiones similares a las verrugas en el área genital o anal (la biopsia y la tipificación viral está indicada en ciertos casos)

30. Lesiones vesiculares o úlceras en el área genital o anal (causas infecciosas y no infecciosas, cultivos, serología y / o pruebas de amplificación de ácidos nucleicos)

31. Marcado, dilatación anal inmediata a un diámetro antero posterior de 2 cm o más; ausencia de otros factores predisponentes tales como estreñimiento crónico, sedación, anestesia, neuromuscular

Lesiones con etiología confirmada: especificidad indeterminada para transmisión sexual

32 *. Condiloma genital o anal acuminado en el niño; ausencia de otros indicadores de abuso

33 *. Herpes tipo 1 o 2 en el área genital o anal en un niño sin otros indicadores de abuso sexual

* El informe a los servicios de protección de la niñez es recomendado por las Pautas 2005 del AAP; en contraste con el

Versión 2005-2007 de las "Directrices" no recomendadas en la versión 2008

III. Hallazgos diagnósticos de trauma y / o contacto sexual

Los siguientes hallazgos apoyan la revelación de abuso sexual, si uno es dado, y son altamente sugestivas de abuso incluso en ausencia de una divulgación, a menos que se describa el accidente por el niño y / o el cuidador

Se recomienda que la foto documentación de calidad diagnóstica de los resultados obtenidos y revisado por un proveedor médico experimentado antes de concluir que representa un trauma agudo o curado, también se recomiendan exámenes de seguimiento

Traumatismo agudo a los tejidos genitales / anales externos

34. Laceraciones agudas o hematomas extensos de labios, pene, escroto, tejidos perianales o perineo

(Puede ser de traumatismo accidental sin testigo o de abuso físico o sexual)

35. La laceración reciente de la parte posterior, que no implica el himen (debe diferenciarse de la adhesión labial dehiscencia o el fracaso de la fusión de la línea media; también causado por lesiones accidentales o relaciones sexuales consensuales en adolescentes)

Lesiones residuales (curativas). Estos hallazgos son difíciles de evaluar a menos que una lesión aguda haya sido previamente documentada en la misma ubicación

3⁶. Cicatriz perianal (rara, puede haber otras afecciones médicas: enfermedad de Crohn, lesiones accidentales o procedimientos médicos previos)

37. Cicatrización de la cúpula o fosa posterior (áreas pálidas en la línea media también pueden deberse a línea vestibularis o adherencias labiales)

Lesiones indicativas de traumatismo penetrante de fuerza contundente (...) o de una lesión de compresión abdominal / pélvica, si se da esa historia)

38. Laceración (parcial o completa) del himen, aguda

39. Equimosis (moretones) en el himen (ausencia de un proceso infeccioso conocido o coagulopatía)

40. Las laceraciones perianales que se extienden profundamente hacia el esfínter anal externo (no debe confundirse con fracaso parcial de la fusión de la línea media)

41. Transición himenal, un área entre las 3 y las 9 en el borde del himen donde parece haber sido desgarrada hasta o casi hasta la base, de modo que parece que prácticamente no hay tejido himenal

En ese lugar debe ser confirmado usando técnicas adicionales de examen, tales como un hisopo, globo del catéter de Foley (solamente adolescentes), o agua para flotar el borde del himen

Este hallazgo también se ha referido como una "fisura completa" en adolescentes sexualmente activos y mujeres adultas jóvenes

42. Se pierde el segmento del tejido himenal

Área en la mitad posterior (inferior) del himen, más ancha que una sección, con ausencia de tejido himenal que se extiende hasta la base del himen.

La presencia de infección confirma el contacto de la mucosa con las secreciones corporales infectadas e infecciosas,

contacto con más probabilidades de haber sido de naturaleza sexual

43 *. Cultivo confirmado positivo para gonorrea (de área genital, ano, garganta) más allá del período neonatal

44 *. Diagnóstico confirmado de sífilis, si la transmisión perinatal está descartada

45. Infección por *Trichomonas vaginalis* en un niño mayor de 1 año de edad; organismos identificados por cultivo o en las secreciones vaginales por examen en húmedo (por un técnico experimentado o clínico)

46 *. Cultivo positivo de los tejidos genitales o anales para *Chlamydia*, si el niño es mayor de 3 años en el tiempo del diagnóstico y la muestra se realizó mediante cultivo celular.

47 *. Serología positiva para el VIH, en caso de transmisión perinatal, transmisión de productos sanguíneos y la contaminación de la aguja ha sido descartada

* Considerado diagnóstico de transmisión sexual según las pautas de la AAP 2005

Diagnóstico del contacto sexual

48. Embarazo

49. Espermatozoides identificados en especímenes tomados directamente del cuerpo de un niño

Anexo 5. Principales manifestaciones a corto y mediano plazo del abuso sexual en niños y adolescentes

Tipos	Síntomas	Periodo evolutivo
Físicos	Problemas del sueño: pesadillas, insomnio, somnolencia	Infancia y adolescencia
	Pérdida de control de esfínteres: enuresis, encopresis	Infancia
De conducta	Cambios en los hábitos de alimentación: hiporexia, alimentación compulsiva, anorexia, bulimia.	Infancia y adolescencia
	Consumo de drogas o alcohol	Adolescencia
	Huidas del hogar	Adolescencia
	Conductas autolesivas o suicidas	Adolescencia
	Conductas hiperactivas	Infancia
	Bajo rendimiento escolar	Infancia y adolescencia
Emocionales	Miedo generalizado	Infancia
	Hostilidad y agresividad	Infancia y adolescencia
	Culpa y vergüenza	Infancia y adolescencia
	Depresión	Infancia y adolescencia
	Ansiedad	Infancia y adolescencia
	Baja autoestima y sentimientos de estigmatización	Infancia y adolescencia
	Rechazo de su cuerpo	Infancia y adolescencia
	Desconfianza y rencor hacia los adultos	Infancia y adolescencia
Trastorno de estrés postraumático	Infancia y adolescencia	
Sexuales	Conocimiento sexual precoz inapropiado para su edad	Infancia y adolescencia
	Masturbación compulsiva	Infancia y adolescencia
	Excesiva curiosidad sexual	Infancia y adolescencia
	Conductas exhibicionistas	Infancia y adolescencia
	Agresión sexual hacia otros menores	Infancia y adolescencia
	Rechazo a las caricias, besos o al contacto físico	Infancia y adolescencia
	Problemas de identidad sexual	Adolescencia
Sociales	Déficit en habilidades sociales	Infancia y adolescencia
	Retraimiento escolar	Infancia y adolescencia
	Aislamiento	Infancia y adolescencia
	Conductas antisociales	Infancia y adolescencia

*Modificado de E. Echeburúa, P. de Corral. Emotional consequences in victims of sexual abuse in Childhood³⁴