

# Abuso sexual, manejo en la emergencia pediátrica

DR. STEPHEN LUDWIG<sup>1</sup>

**Palabras clave:** ABUSO SEXUAL INFANTIL

**Palabras chave:** MAUS-TRATOS SEXUAIS INFANTIS

## Introducción

El abuso sexual es una emergencia sicosocial difícil de manejar por el médico en la emergencia. El arte de identificar y manejar los casos de abuso sexual se ha desarrollado rápidamente en la última década. La mayoría de los centros de abuso de menores informan un aumento dramático de los casos de abuso sexual en niños. En algunas localidades los casos de abuso sexual han igualado los de abuso físico. De todos los tabúes sociales, el que prohíbe el incesto es uno de los más fuertes; esto hace muy difícil su reconocimiento ya que muchas veces es negado.

Al igual que en el abuso físico, el abuso sexual del niño genera un gran conflicto emocional en los profesionales de la salud del Departamento de Emergencia (DE). Es importante trabajar en forma multidisciplinaria con enfermería y asistentes sociales. Los efectos de este tipo de abuso son muy importantes, pero pueden no manifestarse con síntomas por muchos años. El diagnóstico oportuno, el manejo humanitario del tema y proporcionar un tratamiento a largo plazo son las metas del médico de emergencia. Muchos centros han adoptado estrategias de reconocimiento y registro de los episodios agudos (menos de 72 horas) de abuso sexual en el DE y están desarrollando programas de evaluación fuera de la emergencia.

Se define el abuso sexual como:

- 1) el empleo, uso, persuasión, inducción, chantaje o coerción de cualquier niño para que participe en, o ayude a cualquiera otra persona a participar en cual-

quier conducta sexual explícita, o cualquier simulación de dicha conducta, con el propósito de producir cualquier demostración visual, o

- 2) violación, o en casos de cuidadores o familiares: violación estatutaria, agresión sexual, prostitución u otra forma de explotación sexual del niño o incesto con niños.

El abuso sexual incluye acariciar los genitales del niño, coito, incesto, violación, sodomía, exhibicionismo y explotación comercial a través de la prostitución o la producción de materiales pornográficos. Muchos expertos creen que el abuso sexual es una de las formas de maltrato con mayor subregistro debido al secreto o "conspiración para el silencio" que tan frecuentemente rodea estos casos. El abuso sexual ha sido tradicionalmente del dominio de la policía o de otros agentes de la ley.

La incidencia real del abuso sexual es desconocida. Recientemente se ha registrado una tendencia en alza del número de casos reportados. En los EE.UU. el National Center on Child Abuse/Neglect estima que la incidencia anual de abuso sexual es entre 75.000 y 250.000 casos por año. La mayoría de los cálculos no incluye a los niños que son víctimas de la explotación pornográfica y de la prostitución infantil.

## Dinámica

El abuso sexual incluye muchos actos sexuales diferentes, perpetrados por diferentes actores, por diferentes

1. Director de Pediatría. Hospital de Niños de Filadelfia. EE.UU.  
Artículo original en inglés. Traducción: Dra. Dione Carrasco y Dra. Loredana Matrai  
Fecha de recibido: 17/9/01.  
Fecha aprobado: 1/10/01

**Tabla 1.** Identificación de abuso sexual

Signos y síntomas físicos	Trastornos de conducta
<b>Específicos</b>	
Lesiones genitales	Conocimiento inapropiado del comportamiento sexual adulto
Fisuras o laceraciones rectales	Masturbación compulsiva
Enfermedades de transmisión sexual	Curiosidad sexual exagerada
Embarazo	
<b>Inespecíficos</b>	
Anorexia	Miedos excesivos, fobias
Dolor abdominal	Temor a dormir solo, miedos nocturnos
Enuresis	Fugas
Disuria	Comportamiento agresivo
Encopresis	Intento de autoeliminación
Evidencia de abuso físico en área genital	Cualquier cambio brusco de conducta
Flujo vaginal	
Supuración uretral	
Dolor rectal	

razones. Entonces, ninguna teoría aislada puede explicar la dinámica. En un esfuerzo por simplificar las interacciones y hacerlas entendibles a la luz del comportamiento que se ve en el DE, el médico debe diferenciar entre abuso sexual intra o extrafamiliar. La categoría intrafamiliar incluye el incesto en todas sus formas así como abuso sexual de cualquier miembro de la familia, aunque no tenga vínculo legal con la víctima. El abuso sexual de una niña por el amante de su madre debe ser incluido en esta categoría. El abuso extrafamiliar ocurre entre adultos y niños, o adolescentes y niños que no tengan relación familiar.

La dinámica del abuso intrafamiliar es controvertida. Los profesionales están divididos en dos categorías, por lo menos. Un grupo sostiene que el abuso sexual es de responsabilidad única del perpetrador, generalmente un adulto varón. Para ellos el abuso resulta de la imposibilidad de ese individuo de controlar sus impulsos sexuales o de establecer relaciones adultas apropiadas. Este perpetrador es el pedófilo. El segundo grupo ve el problema más como una responsabilidad familiar. En este modelo la relación patológica entre los adultos se manifiesta en la actitud del padre (o equivalente) de buscar gratifica-

ción sexual con menores. Ellos señalan la participación pasiva de la madre en el abuso, incluso al punto de estar informada sobre el incesto y permitir que ocurra por largos períodos de tiempo.

Obviamente las dos teorías apuntan a estrategias de tratamiento diferentes. Según los primeros, la solución al problema es simplemente llevar al perpetrador masculino a la cárcel o a un hospital psiquiátrico y concentrar los esfuerzos en su rehabilitación. El segundo grupo indica terapia para todo el núcleo familiar para reordenar las relaciones, de modo que los adultos puedan satisfacer sus propias necesidades y los niños estén protegidos. Este grupo sostiene que si el varón adulto es removido de la familia, la madre encontrará un sustituto.

La dinámica del abuso extrafamiliar es menos conocida. En algunos casos la violación de un niño, al igual que la violación de un adulto, es un crimen de violencia. Esos ataques son desencadenados por furia extrema, y un niño puede ser elegido por ser una presa más fácil. Otros casos de abuso extrafamiliar se cree que puedan ser debidos a una malversación de la relación, aunque en estos casos las relaciones son más casuales. Quizás los casos más frecuentes de abuso extrafamiliar ocurren entre vecinos o entre la baby-sitter y el niño a cargo. En estos casos generalmente están involucrados perpetradores adolescentes.

La dinámica del abuso puede ser la de una relación de abuso de poder, una curiosidad sexual incontrolable, o la combinación de esos factores. Cuanto mayor sea la diferencia de edad entre el perpetrador y el niño, más compleja es la dinámica del abuso.

Por cierto, la exploración sexual que ocurre entre niños de la misma edad no es abuso sexual, aunque algunos padres desinformados así lo consideren.

## Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones de abuso sexual pueden aparecer a corto o mediano plazo luego de ocurrido el evento. Las manifestaciones pueden deberse a un hecho aislado o a una forma de abuso reiterado. Dependerán de la edad del niño y de su madurez. Las manifestaciones pueden dividirse en cuatro categorías, como se muestra en la tabla 1. Estas manifestaciones son hallazgos físicos específicos e inespecíficos y trastornos de conducta específicos e inespecíficos.

## Signos físicos específicos

Las lesiones en parte superior de muslos, parte inferior de abdomen o en los genitales son raras en los casos de abuso sexual en la infancia. El niño, en general, no es

**Tabla 2.** Enfermedades de transmisión sexual y la probabilidad que se deban a abuso sexual

Siempre	Frecuentemente	Posible
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	<i>Herpes simple</i>	Condiloma
Sífilis	<i>Clamidia trachomatis</i>	Escabiosis
	Trichomoniasis	Pediculosis
		<i>Gardenella vaginalis</i>

lastimado ya que se le utiliza para estimulación, masturbación o contacto genital no forzado. Sin embargo una lesión genital debe despertar la sospecha de abuso sexual. En el caso de niñas que presenten laceraciones vaginales, aunque sean mínimas, debe hacerse una historia cuidadosa. El traumatismo a horcajadas produce lesiones genitales y es la causa más frecuente de lesión genital en las niñas. En los varones el traumatismo accidental de pene puede ocurrir por los cierres de cremallera o por la caída del asiento del inodoro. Fuera de estos accidentes tan comunes, el médico de emergencia debe investigar la historia relatada. La niña prepúber que presenta un sangrado genital, puede tener una lesión vaginal no visible en el examen. Las lesiones accidentales siempre pueden visualizarse. Debe realizarse una consulta con ginecólogo o cirujano para identificar y reparar las lesiones no visibles.

La presencia de una enfermedad de transmisión sexual en un niño prepúber es un hallazgo específico de abuso sexual hasta demostrarse lo contrario. Los estudios de Branch y Paxton y otros mostraron que cuando se investigan cuidadosamente los casos de gonorrea en prepúberes, la causa de la infección fue por contacto sexual, más frecuentemente en la casa del niño o en la de algún familiar. La gonorrea puede ser genital, rectal u orofaríngea. Cuando la gonorrea se demuestra mediante cultivo debe ser considerado e investigado como abuso sexual, en acuerdo con los centros de control de enfermedades y prevención. La Academia Americana de Pediatría ha elaborado una guía de diagnóstico de la gonorrea. La gonorrea puede presentarse con síntomas inespecíficos como dolor, prurito, polaquiuria o enuresis. Estudios recientes indican que sólo en las niñas con flujo vaginal deben hacerse cultivos.

Los centros de control de las enfermedades y prevención indican en sus guías de tratamiento que “cualquier enfermedad de transmisión sexual en un niño debe ser considerada como evidencia de abuso sexual hasta demostrarse lo contrario”. Actualmente el conocimiento de las enfermedades de transmisión sexual es limitado. Cualquier enfermedad de transmisión sexual en un prepúber es sospechoso de abuso, sin embargo el conoci-

miento básico de transmisión de enfermedades coloca a estas infecciones en tres categorías (tabla 2). En la primera categoría están las enfermedades que virtualmente siempre son transmitidas por contacto sexual, por ejemplo sífilis e infecciones gonocócicas. En la segunda categoría están aquellas infecciones que generalmente son transmitidas sexualmente. Debe tenerse en cuenta, sin embargo que no existe información científica exacta. Por ejemplo, Kaplan investigó seis casos de herpes simple genital, pero sólo en cuatro casos se pudo probar abuso sexual. La tercera categoría incluye enfermedades que son sospechosas de abuso aunque puedan ser transmitidas por contacto no sexual.

La adolescente embarazada puede ser víctima de incesto. El médico debe tratar de obtener una historia exacta sobre la concepción. Frecuentemente el manejo de esta información puede lograrse averiguando cómo piensa la adolescente dar la noticia a sus padres o si consideró la posibilidad de aborto o adopción. Si la paternidad no es investigada, algunos casos de abuso sexual pueden no detectarse.

### Comportamiento específico

La manifestación clínica más común de abuso sexual es una historia positiva. El niño que cuenta detalladamente una historia clara de encuentro sexual con un adulto tiene una manifestación específica de comportamiento. La sospecha de abuso sexual puede basarse en el relato del niño exclusivamente, ya que los niños no inventan dichos alegatos. Los niños que no son víctimas de abuso desconocen detalles de los encuentros sexuales. Por lo tanto cuando un niño relata un encuentro sexual se le debe creer. Los detalles de la historia varían con la edad y con el desarrollo del lenguaje, pero incluso los niños de 3 o 4 años pueden hacer una declaración simple pero creíble sobre alguna persona tocando sus genitales.

Algunos niños manifiestan comportamientos en sus juegos o en sus conversaciones que indican que han sido expuestos a alguna experiencia sexual y quizás hayan sido abusados. Estos signos son menos específicos que una historia claramente relatada, pero son suficiente-

mente significativos como para requerir una correcta investigación. Por ejemplo el niño que relata un contacto urogenital puede estar demostrando una manifestación específica de comportamiento. Los niños que desean acariciar los genitales de sus padres como demostración de afecto son motivo de preocupación. Estos comportamientos son generalmente aprendidos. Todos los niños manifiestan curiosidad sexual y pueden practicar alguna forma de masturbación pero cuando alguna de estas conductas aparezca en exceso, merece investigación. El abuso sexual puede ser la causa.

Últimamente muchos videos, películas, libros y programas escolares se han desarrollado como herramientas para la prevención de situaciones de abuso sexual. Estos materiales instructivos promueven la discusión entre padres e hijos y permiten aclarar experiencias vividas por el niño en el pasado.

### Signos físicos inespecíficos

El médico debe tener el abuso sexual dentro de los diagnósticos diferenciales de distintas afecciones. El abuso sexual puede presentarse bajo la forma de dolor abdominal, de muslos o de genitales; disuria; dolor en la defecación; hematuria, etcétera. Puede manifestarse como un cambio en los hábitos, como frecuencia miccional, enuresis, constipación o encopresis; otras afecciones pueden incluir flujo vaginal o dolor de garganta crónico. Las causas de cualquiera de estas afecciones pueden ser muy variadas. Por ejemplo estudiando niños con enuresis el abuso sexual es una causa poco frecuente. Sin embargo los niños con abuso sexual son llevados al DE por afecciones no específicas. Si el abuso sexual no es considerado, éste va a pasar desapercibido.

### Trastornos de conducta inespecíficos

El grupo final de manifestaciones incluye cambios inexplicables en el comportamiento del niño. En este grupo están los cambios de comportamiento menores como miedos nocturnos o fobias, o los cambios mayores como ausentismo escolar o la fuga de los adolescentes. Muchos niños demuestran cambios en una o varias de las esferas importantes de sus vidas: en la casa, en la escuela o con sus pares. Un ejemplo de esto es el caso de una niña de cinco años que comenzó a evitar el contacto con su padre, y con otros parientes del sexo masculino, luego de una experiencia de abuso por parte de un hombre amigo de la familia. Un cambio brusco en el rendimiento escolar que no pueda ser explicado por la maestra, una retracción en lo social o el aislamiento pueden ser también manifestaciones inespecíficas en el comportamiento. Al

igual que las afecciones físicas no específicas, estos trastornos del comportamiento pueden ser debidos a otras causas. El abuso sexual produce trastornos del comportamiento en los niños con una edad suficiente como para entender lo equivocada y vergonzosa que es esa situación.

### Manejo

Las principales metas en el manejo del abuso sexual infantil son identificar y registrar el abuso y evitar fenómenos secundarios al mismo. Se considera fenómeno secundario al abuso sexual, el examen físico que algunas veces puede ser un equivalente de la violación para la mentalidad del niño. También deben ser evitadas algunas reacciones familiares o del equipo de salud que hagan sentir culpable al niño del abuso. En muchos centros se han elaborado pautas de atención para casos de abuso sexual. Si el abuso ocurrió en las últimas 72 horas o más y no hay síntomas agudos (por ejemplo sangrado, signos de enfermedades de transmisión sexual), el niño es derivado a un centro de agresión sexual. En los lugares que no existen dichos centros, la evaluación completa debe hacerse en el DE. Más adelante se ofrecen técnicas para la identificación de abuso sexual y para reunir documentación suficiente con propósitos legales de una manera que sea humana para el niño y pueda ser soportada por la familia.

### Entrevista a los padres

Los padres pueden presentar el problema de abuso sexual en forma directa o indirecta. Frente a un planteo directo (por ejemplo “ mi hijo ha sido abusado”), es importante controlar la situación con calma ya que el padre o la madre denunciante puede estar enojado/a y molesto/a. Puede ser necesario limitar lo que se habla frente al niño. En este tipo de casos la entrevista tiene que estar dirigida a calmar a los padres y a esclarecer la situación. En el caso de que la presentación sea indirecta, los padres traen al niño por síntomas no específicos o trastornos del comportamiento. En estos casos la entrevista debe ser dirigida a detectar un posible abuso sexual. Una vez abordado el tema del abuso sexual se pone en evidencia que los padres ya discutieron al respecto. En cualquiera de los casos es importante explorar la opinión de los padres y qué tipo de información tienen.

### Entrevista con el niño

El médico de la emergencia debe realizar siempre la his-

toria al niño, aparte de la historia realizada a los padres. Esta tarea es difícil por diferentes razones:

- 1) el desarrollo del lenguaje del niño;
- 2) el desarrollo sicossexual del niño;
- 3) la intención de no contaminar con el interrogatorio las evidencias importantes;
- 4) la aprensión del niño y de los padres y
- 5) lo embarazoso y difícil que puede ser para el médico discutir sobre temas sexuales con un niño.

El primer paso consiste en que el médico encuentre un lugar tranquilo y privado y determinar si el niño quiere que los padres estén presentes. Si es posible el médico debe diferir el examen para otro momento y lugar apropiado. Basado en la historia realizada a los padres, el médico podrá juzgar el estado emocional de los mismos. Este criterio puede ser útil para decidir si los padres deben estar presentes o no. Si los padres no están presentes en la entrevista, una tercera persona debe ser convocada (por ejemplo enfermera o asistente social). Comenzar la entrevista con otros temas, sin ser el abuso, tranquiliza al niño y permite que el médico tome coraje para hablar de este tema. Se pueden preguntar datos sobre el colegio, sobre sus padres y sobre su familia, buscando trastornos del comportamiento no específicos; esta conversación preliminar también ayudará a evaluar el desarrollo intelectual del niño.

Para iniciar el tema del abuso una manera es preguntar al niño porqué los padres lo trajeron a la consulta. Otra forma de aproximarse al tema en niños pequeños es usar un vocabulario común para referirse a sus genitales. Los niños manejan gran variedad de términos y pueden no entender las palabras “vagina” o “pene”. El médico puede llegar al tema de la entrevista más fácilmente usando un lenguaje común.

Si la historia realizada a los padres, y las circunstancias son creíbles, las preguntas deben dirigirse a obtener los detalles del abuso o bien pedirle al niño que lo describa. El médico por ejemplo puede preguntar directamente “...¿cómo fue que el tío Tommy te tocó?”, en lugar de, “...¿el tío Tommy te tocó?”, para evitar la contestación por sí o no, ya que es importante obtener los detalles. La historia es importante también para el médico para guiar el examen físico, juntar evidencias y para el tratamiento.

### SopORTE emocional

A lo largo de la entrevista y en todos los contactos con el niño debe respetarse su decisión de hablar o no del abuso. Para el niño es muy conflictivo revelar un secreto, especialmente un secreto de larga data. El paciente también puede sentir que con sus acciones está provocando un gran

alboroto emocional. Frecuentemente el niño tiene una relación con el perpetrador y percibe que si admite el abuso puede alterar o finalizar esa relación. Además el niño muchas veces no quiere “darle problemas” al perpetrador. Hay que reafirmar la importancia de lo que el niño ha revelado y focalizar la mala acción en el perpetrador. El niño puede haber sido amenazado para que no hable, por eso ofrecerle protección es importante.

### Examen físico

El examen físico puede ser muy traumatizante para el niño. Este debe ser realizado de una manera estándar, examinando todas las partes del cuerpo. La posición del niño dependerá de la edad y de su comodidad. Muchos niños pequeños quieren ser examinados en las faldas de sus padres. Para examinar los genitales de las niñas pequeñas se recomiendan dos posiciones: una es con las piernas separadas sobre la falda de la madre y la otra es en decúbito prono y con las rodillas tocando el tórax (rodillas sobre tórax).

En la niña prepúber sólo se examinarán los genitales externos. Si se evidencia algún sangrado vaginal es aconsejable realizar la exploración y eventual reparación bajo anestesia general en el block quirúrgico. El examen no debe realizarse en el DE. En una adolescente de sexo femenino debe realizarse un examen genital completo. Este examen debe ser modificado si nunca antes se le había colocado un espéculo y demuestra ser difícil hacerlo.

El examen del recto y de la orofaringe debe hacerse cuidadosamente, especialmente si la historia sugiere que ese es el lugar del contacto sexual. Otros hallazgos físicos que deben registrarse cuidadosamente son las contusiones, erosiones o laceraciones fuera del área genital. Los lugares más comunes para este tipo de lesiones son brazos, glúteos y muslos.

Si el examen físico resulta muy traumático para el niño, el médico se enfrenta a un difícil problema. Tiene que elegir entre traumatizar al niño o hacer un examen incompleto dejando evidencia sin registrar. Es un verdadero dilema y como tal la solución no está estipulada. Se debe evitar traumatizar al niño, ya sea física o emocionalmente. A menudo no hay evidencia física de abuso, así que si la historia es clara y suficientemente detallada puede ser suficiente. El concepto a seguir es “primum non nocere”.

### Recolección de la evidencia

El tipo de evidencia a recolectar, así como los métodos usados y los procedimientos para procesar esos datos, difieren según la localidad. A pesar de las particularida-

**Tabla 3.** Valoración global de probabilidad de abuso sexual**Clase 1: Sin evidencia de abuso**

- Examen físico normal, ausencia de historia, sin cambios de conducta, sin testigos.
- Hallazgos inespecíficos con otra causa probable, sin cambios en la conducta.
- Niño con riesgo de abuso sexual pero no proporciona historia y sin cambios de conducta específicos.

**Clase 2: Abuso posible**

- Clases 1, 2 y 3 en combinación con cambios de conducta significativos, especialmente conductas sexuales, pero el niño no brinda una historia de abuso.
- Presencia de condilomatosis o herpes (genital) en ausencia de historia de abuso y con examen normal.
- Existe una declaración del niño pero no es consistente ni detallada.
- Hallazgos de la clase 3 sin declaración de abuso.

**Clase 3: Abuso probable**

- Existe una descripción clara, detallada y consistente del niño con o sin otros hallazgos.
- Hallazgos de clase 4 o 5 en un niño con o sin historia de abuso, en ausencia de historia convincente de lesión penetrante accidental.
- Infección por *Chlamydia trachomatis* comprobada mediante cultivo (niños mayores de 2 años) en prepúberes. También por infecciones tipo 2 comprobadas o infección documentada por *Trichomonas*.

**Clase 4: Evidencia absoluta de abuso sexual**

- Hallazgo de esperma o líquido seminal en el cuerpo de un niño.
- Episodio de abuso sexual presenciado por un testigo (esto también se aplica a los casos de fotografías pornográficas o videos que se muestren como evidencia).
- Lesión por penetración intencional del orificio vaginal o anal.
- Cultivos positivos de *Neisseria gonorrhoeae* en un niño prepúber o serología positiva para sífilis adquirida.

Reimpreso con el permiso de Springer-Verlag, New York. Publicado en *Adolesc Pediatr Gynecol* 1992; 5: 73-5.

des de cada jurisdicción, deben seguirse algunos principios generales. Es importante crear un protocolo estándar de manera que, frente a un nuevo caso, el médico no tenga que reformular el procedimiento. El DE debe contar con un kit que contenga los elementos necesarios para la recolección de evidencia: tubos, portaobjetos, etcétera. La recolección de la evidencia debe ser hecha en presencia de otro profesional de la salud, ya sea enfermera o asistente social. El rótulo de las muestras debe hacerse de forma preestablecida con el nombre del paciente y el número del médico. Finalmente el protocolo debe incluir el procedimiento por el cual una persona determinada lleve las muestras al laboratorio, éstas sean recibidas y se deje constancia de ello. Estos detalles se vuelven importantes en el juicio. Por ejemplo puede ocurrir que un perpetrador no sea procesado por-

que el hospital no pueda asegurar que un cultivo positivo para gonococo pertenece a la víctima en cuestión.

## Diagnóstico diferencial

En todo caso de abuso el médico debe considerar la posibilidad de otro diagnóstico. Pueden existir otras explicaciones para una lesión genital, por ejemplo la caída accidental a horcajadas en la lesión genital. Otras alternativas son:

- 1) infecciones a estreptococo, *H. influenzae* y monilia;
- 2) malformaciones congénitas como hidrometrocolpos, hemangioma;
- 3) cuerpos extraños en recto y vagina y
- 4) afecciones dermatológicas como el liquen escleroso y atrófico, dermatitis de contacto, síndrome de Ehlers-Danlos.

Quizás el error que se comete más frecuentemente sea con el prolapso de la uretra, que aparece como una masa hemorrágica cubriendo la zona superior de la vagina.

## Documentación

En el DE se puede armar o destruir un caso de abuso, dependiendo de la recolección y procesamiento de la evidencia. En particular lo que el niño diga con sus propias palabras debe ser registrado cuidadosamente. Los registros no sólo ayudan a los policías y a los abogados, sino que ayudan al médico a revisar el caso retrospectivamente. En algunas jurisdicciones se permite la grabación en video de la entrevista con el paciente. Esta herramienta es de mucha ayuda para la víctima ya que no tiene que repetir la historia tantas veces. Cuando estos videos se muestran en la Corte también son de mucha ayuda.

## Diagnóstico

El diagnóstico de abuso sexual debe estar basado en el conjunto de la historia clínica, el examen físico y los hallazgos de laboratorio. Muchos centros han empezado a usar una cuarta clasificación, desarrollada por Adams y Harper (tabla 3) usando los hallazgos físicos descritos en la tabla 4.

## Denuncia

El abuso sexual es un crimen en la mayoría de las jurisdicciones, es por eso que todos los casos son denunciados a la policía. En algunas jurisdicciones, cuando el

**Tabla 4.** Clasificación propuesta para los hallazgos anogenitales en niños**Normal (clase 1)**

- Franjas periuretrales.
- Columnas o crestas intravaginales.
- Eritema aumentado en pliegues.
- Montículos himenales.
- Orificio himenal elongado en niñas obesas.
- Borde posterior del himen amplio (16-2 mm).
- Cambios estrogénicos (himen grueso y redundante).
- Diastasis de la margen anal a la hora 6 o 12.
- Montículo anal en la línea media.

**Hallazgos inespecíficos (clase 2)\***

- Eritema del vestíbulo o de tejidos perianales.
- Vascularización aumentada del vestíbulo o del himen.
- Adherencias de labios.
- Bordes himenales enrollados en la posición rodilla sobre tórax.
- Borde himenal angosto, por lo menos 1 mm.
- Supuración vaginal.
- Fisuras anales.
- Pliegues anales aplanados.
- Pliegues anales engrosados.
- Orificio anal abierto.
- Congestión venosa del tejido perianal.
- Ensuciamiento anal (soiling).

**Sospechoso de abuso (clase 3)†**

- Aumento del orificio del himen mayor de 2 desvíos estándar (Mc. Cann et al).
- Dilatación anal inmediata de 15 mm con instrumento no visible ni palpable en la ampolla rectal.
- Congestión venosa del tejido perianal inmediata.
- Pliegues anales distorsionados, irregulares.
- Borde posterior del himen menor de 1mm.
- Condiloma acuminado en el niño.
- Erosiones agudas o abrasiones en el vestíbulo o en los labios (sin compromiso del himen) o laceraciones perianales.

**Sugestivo de abuso/penetración (clase 4)**

- Combinación de dos o más hallazgos anales sospechosos o dos o más hallazgos sospechosos.
- Erosión en área perianal (debe considerarse la historia).

**Evidencia clara de lesión por penetración (clase 5)**

- Áreas con ausencia de tejido himeneal (por debajo de la hora 3 o 9 con la paciente en posición supina) que se confirma en la posición rodillas sobre tórax.
- Secciones o laceraciones del himen.
- Laceración del himen que se extiende en profundidad hasta el esfínter anal.

Modificado con autorización de Adams JA, Harper K, et al. *Pediatr* 1994; 94: 310-317.

\* Hallazgos que pueden ser causados por abuso sexual pero que pueden deberse a otras causas. La historia clínica es de vital importancia en la determinación.

† Los hallazgos deben alertar al examinador sobre la posibilidad de abuso sexual. Puede o no requerir el informe a los servicios de protección en ausencia de historia clínica.

abuso ocurre en la casa o durante la supervisión de los padres, una denuncia civil a una agencia CPS puede ser necesaria. Los padres deben ser informados al respecto tanto en la denuncia policial como en la civil o en ambas. El médico o la asistente social deben explicar a los padres las consecuencias de esas denuncias.

### Preparación de los padres

Además de notificar a los padres sobre las denuncias de abuso sexual, se les debe brindar una preparación adicional. Muchos piensan que la reacción de los padres frente a la acusación de abuso sexual puede producir, en el niño pequeño, manifestaciones tan importantes como el abuso en sí. El seguimiento a largo plazo de los niños víctimas de abuso sexual, muestran en la evolución una variedad de manifestaciones psicológicas y del comportamiento. Es necesario que los padres sean advertidos al respecto. Todos los padres se muestran enojados, alterados; algunos pueden estar descreídos, o decir “esto no me puede estar pasando a mí”. La reacción de los padres va a depender de si el abuso es intra o extra familiar. La consulta y la colaboración de la asistente social en este aspecto es esencial para el manejo.

### Hospitalización

Hay dos indicaciones de internación para los casos de abuso sexual en niños:

- 1) injuria severa que requiera tratamiento y
- 2) hogar inseguro.

Sin embargo, el manejo ambulatorio de las víctimas de abuso sexual es recomendable. Hay que evitar traumatizar aún más al niño. Si se trata de un perpetrador intrafamiliar del sexo masculino, éste debe abandonar la casa para cuando el niño regrese. Los niños que son hospitalizados debido a un hogar inseguro pueden creer que son echados de su casa por haberse portado mal. Otra consecuencia de la internación es la transmisión a los padres de la idea de que son incapaces de cuidar al niño. Ambos mensajes son perjudiciales para el niño.

### Tratamiento

Si el niño es internado o dado de alta del DE, en ambos casos se deben considerar tres aspectos adicionales:

- 1) profilaxis de la gonorrea;
- 2) estudio de HIV;
- 3) prevención del embarazo.

Si el abuso ha ocurrido en un plazo menor de 48 ho-

**Tabla 5.** Guía de tratamiento de la gonorrea

<b>Infección no complicada: endocervicitis, uretritis, proctitis o infección faríngea</b>	<b>Vulvovaginitis, uretritis, proctitis o faringitis</b>
Ceftriaxona 125 mg intramuscular x 1 dosis o Cefixime 400 mg vía oral x 1 dosis o Ciprofloxacina* 500 mg vía oral x 1 dosis o Ofloxacina 400 mg vía oral x 1 dosis Además Doxicilina† 100 mg vía oral 2 veces/día, 7 días o Azitromicina 1 g vía oral x 1 dosis	Ceftriaxona‡ 125 mg intramuscular x 1 dosis    Además Eritromicina 40-50 mg/k/día en dosis dividida por 7 días§

Modificado con autorización de Sung L, MacDonald NE. *Pediatr Rev* 1998;19: 13-6.  
 \* Las quinolonas no están aprobadas en niños menores de 18 años, embarazadas o en la lactancia.  
 † La doxicilina está contraindicada en el embarazo, y no hay datos de que el uso de la azitromicina sea seguro. En esos casos se recomienda sustituirla por amoxicilina 500 mg vía oral en tres dosis por siete días o eritromicina 500 mg en cuatro dosis por siete días, pero la eficacia es menor que la del tratamiento estándar para la no embarazada.  
 ‡ Puede ser considerada la cefixime 8 mg/Kg en una dosis, pero la información es limitada.  
 § En aquellos menores de 9 años se puede usar doxicilina 100 mg en dos dosis por 7 días en lugar de eritromicina.

ras previas a la consulta, se recomienda hacer profilaxis para la gonorrea. En este período el cultivo para *Neisseria gonorrhoeae* puede ser negativo aunque exista la infección. Cuando el abuso ha ocurrido en un plazo mayor de cuarenta y ocho horas previas a la visita, las opciones pueden ser: tratar a todos los niños en forma profiláctica o pedir exudado genital, anal y faríngeo y esperar el resultado del cultivo. Esta opción depende en parte de la credibilidad del laboratorio y en la posibilidad de tratamiento luego de obtenido los resultados.

El estudio de HIV es una preocupación de la mayoría de los padres de las víctimas de abuso sexual. Han habido casos de transmisión de HIV en niños abusados sexualmente. La realización de este test de rutina puede depender de la naturaleza del contacto sexual, del porcentaje de infección por HIV, de la posibilidad de hacerle el test al perpetrador y de las ansias de los padres. Todos los exámenes de HIV deben ser debidamente autorizados y notificar el resultado en forma apropiada.

La profilaxis del embarazo no debe realizarse en aquellas niñas que no hayan tenido la menarca. También dependerá de la naturaleza del abuso: si no hubo eyaculación la profilaxis no es necesaria. En la púber que no usa métodos anticonceptivos, en la que sí ocurrió penetración, debe realizarse profilaxis para el embarazo. Es importante también documentar que no existía un embarazo previo.

## Seguimiento

Todos los niños víctimas de abuso sexual deben ser seguidos cuidadosamente. El seguimiento puede comenzar en el hospital con un asistente social que controle

los síntomas del niño y la habilidad de la familia para sobrellevar esta situación. En algunas localidades existen grupos voluntarios de ayuda a la mujer violada que pueden ayudar al niño y a los padres. La derivación a centros de salud mental depende de:

- 1) los síntomas del niño;
- 2) organización familiar;
- 3) duración del abuso y
- 4) edad del niño.

Cuanto mayor sea el niño y más prolongado sea el abuso existen, en general, más probabilidades de tener o desarrollar un severo trastorno psicológico. Todos estos niños deben ser derivados a un centro de salud mental.

## Alegatos falsos y denuncias infundadas

Algunas veces el médico de emergencia es convocado a hacer un diagnóstico de abuso sexual sin los datos adecuados. Puede tratarse de dos situaciones: un alegato falso o una denuncia infundada. Los alegatos falsos pueden deberse a situaciones de padres separados en que el abuso sexual es usado por un adulto para inculpar a otro. Estas situaciones son muy difíciles de manejar en el DE. Además de obtener una historia detallada y realizar un examen físico para descartar una injuria aguda es conveniente derivar estos casos a centros de abuso infantil. Algunos falsos alegatos corresponden a historias de fin de semana en los cuales no se comprueban ni hallazgos físicos ni datos en la historia realizada al niño; se trata por lo general de situaciones de divorcio conflictivo y de disputas por la tenencia. Las consultas in-

fundadas a veces se deben a los medios de prensa que manejan el tema o discusiones públicas sobre casos de abuso sexual o en casos de padres que hayan sufrido abuso sexual en la infancia. Estas consultas deben ser derivadas a los centros de abuso infantil si la preocupación de los padres no fue aclarada.

**Key words:** CHILD ABUSE, SEXUAL

## Bibliografía recomendada

- Adams JA, Harper K, Knudson S, Revilla J.** Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: it's normal to be normal. *Pediatrics* 1994; 94: 310-7.
- Allard JE.** The collection of data from findings in cases of sexual assault and the significance of spermatozoa on vaginal, anal and oral swabs. *Sci Justice* 1997; 37(2): 99-108.
- Atabaki S, Paradise J.** The medical evaluation of the sexually abused child: lessons from a decade of research. *Pediatrics* 1999; 104: 178-86.
- Bays J, Jenny C.** Genital and anal conditions confused with child sexual abuse trauma. *Am J Dis Child* 1990; 144: 1319-22.
- Berkowitz CD.** Child sexual abuse. *Pediatr Rev* 1992; 13: 443-52.
- Branch G, Paxton R.** A study of gonococcal infections among infants and children. *Public Health Rep* 1965; 80: 4.
- Calam R, Horne L, Glasgow D, Cox A.** Psychological disturbance and child sexual abuse: a follow-up study. *Child Abuse Negl* 1998; 22: 901-13.
- Cheasty M, Clare AW, Collins C.** Relation between sexual abuse in childhood and adult depression: case-control study. *Br Med J* 1998; 316: 198-201.
- Christian CW, Singer ML, Crawford JE, Durbin D.** Perianal herpes zoster presenting as suspected child abuse. *Pediatrics* 1997; 99: 608-10.
- Christian CW, Lavelle JM, De Jong AR, Loiselle J, Brenner L, Joffe M.** Forensic evidence findings in prepubertal victims of sexual assault. *Pediatrics* 2000; 106: 100-4.
- American Academy of Pediatrics. Committee on Child Abuse and Neglect.** Gonorrhea in prepubertal children. *Pediatrics* 1998; 101: 134-5.
- American Academy of Pediatrics. Committee on Infectious Diseases.** Gonococcal infections. In: Report of the Committee on Infectious Diseases. 24th ed. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics, 1997.
- Cox RA.** *Haemophilus influenzae*: an underrated cause of vulvovaginitis in young girls. *J Clin Pathol* 1997; 50: 765-8.
- DeJong AR, Rose M.** Frequency and significance of physical evidence in legally proven cases of child sexual abuse. *Pediatrics* 1989; 84: 1022-6.
- De Jong AR, Rose M.** Legal proof of child sexual abuse in the absence of physical evidence. *Pediatrics* 1991; 88(3): 506-11.
- Finkel MA.** Anogenital trauma in sexually abused children. *Pediatrics* 1989; 84: 317-22.
- Fost N.** Ethical considerations in testing victims of sexual abuse for HIV infections. *Child Abuse Negl* 1990; 14: 5-7.
- Friedrich WN, Fisher J, Broughton D, Houston M, Shafran CR.** Normative sexual behavior in children: a contemporary sample. *Pediatrics* 1998; 101: e9.
- Giardino AP, Finkel MA, Giardino ER, et al.** A practical guide to the Evaluation of Sexual Abuse in the Prepubertal Child. Newbury Park: Sage, 1992.
- Goldberg CL, Yates A.** The use of anatomically correct dolls in the evaluation of sexually abused children. *Am J Dis Child* 1990; 144: 1334-6.
- Gutman LT, St Claire KK, Weedy C, Herman-Giddens ME, Lane BA, Niemeyer JG, et al.** Human immunodeficiency virus transmission by child sexual abuse. *Am J Dis Child* 1991; 145: 137-41.
- Kamarashev JA, Vassileva SG.** Dermatologic diseases of the vulva. *Clin Dermatol* 1997; 15: 53-65.
- Kaplan KM, Fleisher GR, Paradise JE, Friedman HN.** Social relevance of genital herpes simplex in children. *Am J Dis Child* 1984; 138: 872.
- Krugman RD.** Recognition of sexual abuse in children. *Pediatr Rev* 1986; 8: 25-30.
- McCann J, Voris J, Simon M.** Labial adhesions and posterior fourchette injuries in childhood sexual abuse. *Am J Dis Child* 1990; 144: 242-4.
- McCauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, DeChant HK, et al.** Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: unhealed wounds. *JAMA* 1997; 277: 1362-8.
- Obalek S, Jablonska S, Orth G.** Anogenital warts in children. *Clin Dermatol* 1997; 15: 369-76.
- Paradise J.** The medical evaluation of the sexually abused child. *Pediatr Clin North Am* 1990; 39(4): 839-62.
- Paradise JE, Rose L, Sleeper LA, Nathanson M.** Behavior, family function, school performance, and predictors of persistent disturbance in sexually abused children. *Pediatrics* 1994; 93: 452-9.
- Paradise JE, Rostain AL, Nathanson M.** Substantiation of sexual abuse charges when parents dispute custody or visitation. *Pediatrics* 1988; 81: 835-9.
- Peters JJ.** Children who are victims of sexual assault and the psychology of offenders. *Am J Psychother* 1978; 30: 398.
- Pettigrew J, Burcham J.** Effects of childhood sexual abuse in adult female psychiatric patients. *Aust NZ J Psych* 1997; 31: 208-13.
- Sgrio SM.** Sexual molestation of children. *Child Today* 1975; 18.
- Sinal SH, Lawless MR, Rainey DY, Everett VD, Runyan DK, Frothingham T, et al.** Clinician agreement on physical findings in child sexual abuse cases. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997; 151: 497-501.
- Starling SP.** Syphilis in infants and young children. *Pediatr Ann* 1994; 23(7): 334-40.
- Sung L, MacDonald NE.** Gonorrhea: a pediatric perspective. *Pediatr Rev* 1998; 19(1): 13-16.
- Sung L, MacDonald NE.** Syphilis: a pediatric perspective. *Pediatr Rev* 1998; 19(1): 17-22.
- Swanston HY, Tebbutt JS, O'Toole BI, Oates RK.** Sexually abused children 5 years after presentation: A case-control study. *Pediatrics* 1997; 100: 600-8.
- Widom CS, Ames MA.** Criminal consequences of child sexual victimization. *Child Abuse Negl* 1994; 18: 303-18.

**Correspondencia:** Stephen Ludwig  
E-mail: TROJAN@email.chop.edu