

Estudio clínico ginecológico en niñas y adolescentes que sufrieron abuso sexual

Selene Sam Soto,* Eduardo Gayón Vera,** Corina A. García Piña***

RESUMEN

A pesar de un importante subregistro, el abuso sexual es un problema social y de salud pública en el mundo. En México, la prevalencia estimada de violencia sexual en mujeres es de 17.3%, la mitad de los casos en menores de 15 años. La valoración ginecológica de niñas y adolescentes que sufrieron abuso sexual suele realizarse de forma tardía por la demora en la denuncia. El ginecólogo o pediatra son los especialistas que más a menudo realizan el examen del área genital en niñas en quienes se sospecha el abuso, por lo que debe conocerse el tema para realizar un adecuado diagnóstico, reunir información sobre lo sucedido y dar a la paciente tratamiento y seguimiento médico y psicológico oportuno. No obstante el bajo riesgo de adquirir una infección de trasmisión sexual, es importante valorar la prescripción de tratamiento preventivo, además de prevenir embarazos no deseados mediante la anticoncepción de urgencia. Hoy se hacen grandes esfuerzos mediante programas preventivos contra el abuso sexual, las infecciones de trasmisión sexual y los embarazos no deseados, problemas graves en niñas y jóvenes mexicanas que deben constituir una parte fundamental de las políticas públicas en materia de salud sexual.

Palabras clave: abuso sexual, adolescencia, infecciones de trasmisión sexual.

ABSTRACT

In spite of a very important under-registration, sexual abuse represents a social and public health problem worldwide. In Mexico, estimated prevalence of sexual abuse in women is 17.3%, half of them in youngsters under 15 years old. Most of cases have a late gynecological evaluation, due to a delay in a formal complaint. Gynecologist or pediatrician are the specialists who most frequently perform the genital examination of girls suspected of sexual abuse, due to this a complete knowledge of the topic is necessary in order to make an accurate diagnosis, register the physical findings and give prompt medical and psychological treatment as well as follow up to the patient. Despite the low risk of acquiring a sexually transmitted infection, it is important to evaluate the use of prophylactic treatment and the prevention of unwanted pregnancy with emergency contraception. Big efforts are being made by preventive programs on sexual abuse, sexually transmitted infections and unwanted pregnancy, all of which are serious problems in Mexican children and youths, and should constitute a fundamental part of the public politics on sexual health.

Key words: sexual abuse, adolescence, sexually transmitted infections.

RÉSUMÉ

Malgré un important sous-registre, l'abus sexuel est un problème social et de santé publique partout dans le monde. Au Mexique, la prévalence estimée de violence sexuelle chez des femmes est de 17.3%, la moitié des cas chez des mineures de 15 ans. La valorisation gynécologique des filles et des adolescentes qui ont subi abus sexuel est d'habitude réalisée de manière tardive à cause du délai de la dénonciation. Le gynécologue ou pédiatre sont les spécialistes qui le plus fréquemment réalisent l'examen de la zone génitale chez les filles suspectes d'avoir subi abus, raison pour laquelle on doit connaître le sujet afin de réaliser un diagnostic adéquat, recueillir information sur ce qui s'est passé et donner à la patiente le traitement et suivi médicaux et psychologiques opportuns. Nonobstant le faible risque d'acquérir une infection de transmission sexuelle, il est important de valoriser la prescription du traitement préventif, outre que prévenir

* Médico adscrito al Servicio de ginecología de la infancia y la adolescencia.

** Jefe del Servicio de ginecología de la infancia y la adolescencia.

*** Médico investigador, adscrito a la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado.

Instituto Nacional de Pediatría, México, DF.

Correspondencia: Dra. Selene Sam Soto. Servicio de ginecología de la infancia y la adolescencia. Instituto Nacional de Pediatría.

Insurgentes Sur 3700-C, colonia Insurgentes Cuicuilco, CP 04530, México, DF. E-mail: selenesams@hotmail.com
Recibido: abril, 2008. Aceptado: abril, 2008.

Este artículo debe citarse como: Sam SS, Gayón VE, García PCA. Estudio clínico ginecológico en niñas y adolescentes que sufrieron abuso sexual. Ginecol Obstet Mex 2008;76(7):404-16.

La versión completa de este artículo también está disponible en: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

des grossesses non souhaitées au moyen de la contraception d'urgence. Aujourd'hui on fait de grands efforts à l'aide de programmes de prévention contre l'abus sexuel, les infections de transmission sexuelle et les grossesses non souhaitées, problèmes graves chez des filles et des jeunes mexicaines qui doivent constituer une partie fondamentale des politiques publiques en matière de santé sexuelle.

Mots-clés: abus sexuel, adolescência, infections de transmission sexuelle.

RESUMO

Apesar de um importante sub-registro, o abuso sexual é um problema social e de saúde pública no mundo. Em México, a prevalência estimada da violência sexual em mulheres é de 17,3%, a metade dos casos em menores de 15 anos. A valorização ginecológica em crianças e adolescentes que sofreram abuso sexual parece ser realizada de forma tardia pela demora da denúncia. O ginecologista ou o pediatra são os especialistas mais indicados para realizar o exame da área genital de meninas o qual se suspeita ter sido vítima de abuso sexual, pelo que se deve conhecer o assunto para realizar o adequado diagnóstico, reunir informação sobre o sucedido e oferecer a paciente o tratamento e seguimento médico e psicológicos adequados. Não obstante, o baixo risco de adquirir uma doença sexualmente transmitida, é importante valorizar a prescrição do tratamento preventivo, além disso, prevenir uma gravidez não desejada mediante pastilhas de emergência. Hoje se faz grandes esforços mediante programas de prevenção contra o abuso sexual, doenças sexualmente transmitidas e as gestações não desejadas, graves problemas em crianças e jovens mexicanas, que se devem constituir uma parte fundamental das políticas públicas em matéria de saúde sexual.

Palavras-chave: abuso sexual, adolescência, doenças sexualmente transmitidas.

A pesar de que hay un subregistro importante, las estadísticas mundiales indican que el abuso sexual es un problema social y de salud pública grave que afecta a la población general, sin importar edad, sexo, nivel socioeconómico ni distribución geográfica. Particularmente en menores de edad, su frecuencia se ha elevado en los últimos años, por aumento real en la cantidad de agresiones sexuales o del número de denuncias. El abuso sexual infantil es más frecuente en niñas, hasta 75% de los casos; sin embargo, cada vez se eleva más la cantidad de casos reportados en niños. En un alto porcentaje el agresor es un familiar o conocido, y la sospecha o denuncia de abuso sexual, sobre todo en niñas, es tardía, lo que dificulta el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.

Uno de los principales problemas para el diagnóstico es la complejidad de la evaluación ano-genital: el himen tiene grandes variaciones morfológicas normales y anormales que dificultan el diagnóstico inequívoco de penetración; por esto es importante que el médico que enfrenta esta problemática se familiarice con la anatomía ano-genital normal de niñas y adolescentes, y así pueda elaborar diagnósticos más precisos y objetivos.

En España y Estados Unidos se reporta que entre 20 y 25% de niñas, y 10 y 15% de niños, sufre algún tipo de abuso sexual antes de los 17 años. En México, una encuesta nacional de 2003 a 26,042 mujeres con edad media de 35 años, encontró una prevalencia de 21.5% para algún tipo de violencia física, y de 17.3% de violencia sexual. Cerca de la mitad sufrió la agresión antes de los 15 años de edad, que fue más frecuente en mujeres de menor escolaridad, en quienes

no vivían en casa propia y en quienes vivían con mayor hacinamiento. Hasta 70 o 90% de las víctimas reconoció a su agresor, y en la mitad fue un familiar. En estudios trasversales el abuso sexual se ha relacionado con conductas de riesgo para la salud, como: consumo de drogas, alcoholismo, ideas suicidas, inicio temprano de la vida sexual y mayor riesgo de embarazos no planeados.^{1,2}

DEFINICIONES

El *abuso sexual infantil* se define como la participación de niños y adolescentes, física o psicológica, o ambos, inmaduros, en actividades sexuales que no comprenden a cabalidad, para las que no son capaces de dar su consentimiento o en las que se violan las estructuras sociales o familiares. De acuerdo con la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría (CAINM-INP), el *abuso sexual infantil* se define como la interacción sexual, que puede o no ser física, entre un niño y un individuo de edad mayor, quien lo utiliza en forma violenta, con engaño o seducción, para su estimulación sexual, la del menor o la de otros. Se incluye en estas definiciones: el contacto dígito-genital, oro-genital, genital-genital, la introducción de objetos, la penetración vaginal o rectal, el exhibicionismo, las caricias o la manipulación genital y la observación de los genitales.^{3,4}

VALORACIÓN CLÍNICA INICIAL

El objetivo de la valoración clínica inicial es reunir información sobre lo sucedido, obtener las pruebas necesarias y dar

a la paciente un adecuado seguimiento médico, psicológico y legal; por esto los datos obtenidos deben registrarse en forma detallada. En todos los casos se requiere una historia clínica cuidadosa y completa, con especial atención a los antecedentes de traumatismos u operaciones quirúrgicas ano-genitales, problemas conductuales o cognoscitivos de inicio súbito (enuresis, encopresis –pérdida involuntaria de heces–, conducta sexualizada, trastornos del sueño, intentos suicidas, alcoholismo, adicciones, fugas frecuentes del hogar, etc.), antecedente de maltrato físico y alteraciones del entorno familiar, además de enfermedades orgánicas que puedan confundir el diagnóstico (de Behcet, de Crohn, etc.). Debe registrarse la fecha y hora de la agresión, si hubo violencia, pérdida de la conciencia, la cantidad de agresores, si hubo penetración, eyaculación, etc. Siempre deberá realizarse exploración física completa con revisión cuidadosa de la cavidad oral. Todas las lesiones visibles deben describirse de forma puntual y clara (abrasiones, laceraciones, contusiones, mordidas, etc.). Cuando sea posible deben realizarse esquemas o tomarse fotografías con autorización de la paciente y de la madre o del familiar responsable.

EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA⁴⁻⁷

La exploración ginecológica de las pacientes que sufrieron abuso sexual, idealmente, debe realizarse dentro de las 72 horas posteriores al evento, ya que la cicatrización de las heridas por regeneración de las mucosas y epitelios es rápida. Cuando hay lesiones graves o sangrado activo, de inmediato debe evaluarse a la paciente en el área de urgencias o el consultorio médico, para mantenerla estable y valorar la necesidad de algún procedimiento quirúrgico. La exploración siempre debe realizarse en compañía de la madre o algún familiar responsable y una enfermera, y siempre con delicadeza para evitar que el propio examen constituya otra agresión.

Las dos posiciones más utilizadas en la exploración genital infantil femenina son: la supina (o en ancas de rana) y la genupectoral. En la primera, la paciente coloca las rodillas separadas y los pies juntos, y quien explora utiliza la punta de los dedos índice y pulgar para separar suavemente los labios mayores, o bien, retraer firme y gentilmente la porción inferior de éstos, hacia fuera y ligeramente abajo. Cuando en esta posición la observación es insuficiente, se coloca a la niña en posición genupectoral,

con la cabeza sobre sus brazos y apoyando su peso sobre las rodillas separadas, esto permite una mejor observación de la vagina (figuras 1 y 2).



Figura 1. Exploración en posición supina.



Figura 2. Exploración en posición genupectoral.

En las adolescentes, la exploración puede hacerse en posición de litotomía, con los estribos ajustables, y con un espejo vaginal pequeño humedecido en solución salina. La valoración sistemática del área ano-genital es importante, si es posible con un colposcopio, que permite la observación amplificada de los tejidos con iluminación propia, muestra detalles morfológicos no visibles a simple vista y permite tomar fotografías, un excelente medio para obtener pruebas que podrían utilizarse en un proceso legal, y de gran ayuda para el diagnóstico de infecciones de transmisión sexual. Si no se dispone del colposcopio, la exploración puede auxiliarse de una lupa para observar los genitales externos,

y de un otoscopio para observar el introito y el conducto vaginal. Se pueden delimitar los bordes del himen con un hisopo húmedo o con una sonda Foley, calibres 12 o 14, con globo de 5 a 10 mL. Una vez introducida la sonda en la vagina se llena el globo con agua hasta su máxima capacidad y se extrae suavemente, lo que permite observar mejor el borde himenal.

En la nota médica siempre deberá referirse la configuración del himen y las características de sus bordes, si se encuentra intacto o si tiene lesiones recientes o antiguas ya cicatrizadas. En algunos casos, la penetración del himen puede de ocasional distensión sin desgarro o dejar escasas pruebas residuales, sobre todo en el caso de himen laxo.



Figura 3. Himen semilunar, no estrogenizado, íntegro.

Los tipos de himen más frecuentes son: semilunar o con borde posterior, anular o circunferencial y redundante, en el cual es difícil observar los bordes. En este caso es muy útil la maniobra de Valsalva, que consiste en que la paciente puje, con lo cual se observa la ampliación del introito vaginal y la delimitación de los bordes del himen.

Menos a menudo pueden encontrarse anomalías congénitas del himen, como: himen imperforado, microperforado o tabicado. Además, éste sufre modificaciones anatómicas constantes desde la lactancia hasta la adolescencia: las recién nacidas tienen un himen completo y grueso debido a las hormonas maternas; en la infancia es delgado e hipervasculizado, y en la pubertad nuevamente se engruesa por influencia hormonal (figuras 3 a 5).

La medición del orificio del himen puede ayudar a orientar el diagnóstico de penetración vaginal, y debe incluirse en la valoración sistemática; sin embargo, como dato único no constituye un criterio diagnóstico absoluto. Debe medirse en dirección horizontal, mientras se separan los labios lateralmente, sin realizar la maniobra de Valsalva. Durante los primeros cinco años de vida, un diámetro superior a 6 mm es anormal y puede sospecharse penetración; entre cinco y nueve años se admite 1 mm más por año, y un diámetro mayor de 1.0 cm en cualquier niña de nueve años o mayor sin entrar a la pubertad (estadio II de Tanner) sugiere penetración.



Figura 4. Himen fimbriado, estrogenizado, con desgarro antiguo a las 7:00 de la carátula.



Figura 5. Himen semilunar, no estrogenizado con laceración en el pliegue labio-himenal izquierdo.

Los signos de traumatismo agudo por abuso sexual comprenden: hematomas, abrasiones, laceraciones (figuras 5 y 7), desgarros del himen (figuras 4, 6 y 8), heridas cortantes, eritema, irritación vulvar, etc. Debe describirse el sitio exacto de la lesión, ya sea en los labios mayores, menores, el clítoris, la horquilla posterior, el periné, área perianal, etc. En niñas y adolescentes la horquilla posterior es muy susceptible a las lesiones.

En niñas con sangrado persistente y sospecha de desgarros vaginales o cervicales que requieran reparación quirúrgica, debe realizarse especuloscopia vaginal con anestesia. En caso de heridas profundas que pudieran haber perforado o lesionado el intestino debe realizarse laparotomía exploradora. En ausencia de lesiones clínicas claras puede usarse la tinción con azul de Toluidina o Lugol, colorantes nucleares que ayudan a resaltar las microlaceraciones, que aparecerán como finas líneas coloreadas, a diferencia de la piel normal queratinizada que no se colorea.

El examen proctológico también debe realizarse de forma cuidadosa: debe consignarse la tonicidad del esfínter anal, que puede estar disminuida, con salida espontánea de materia fecal (encopresis). Cuando es posible, se recomienda manometría o electromiografía del esfínter

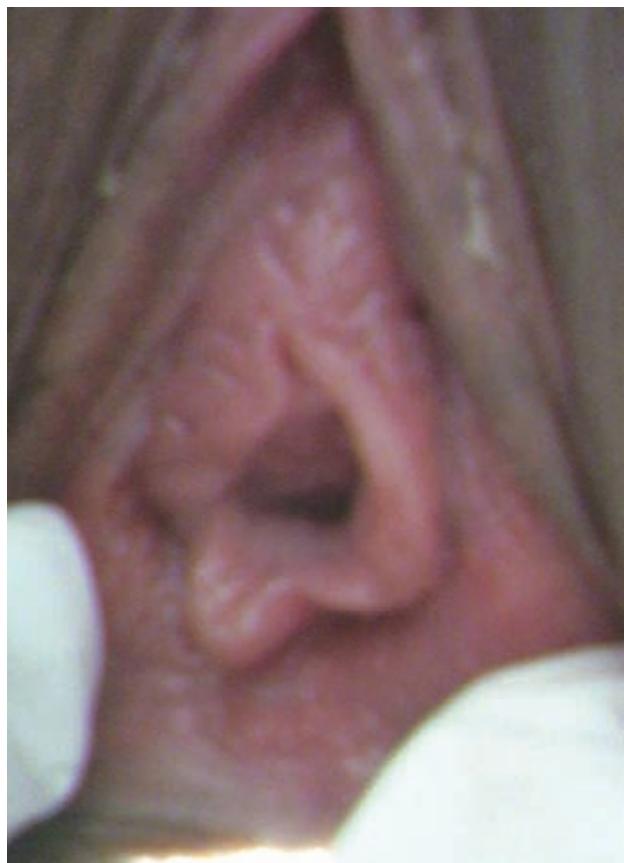


Figura 6. Desgarro cicatrizado a las 8:00 en el borde posterior del himen.



Figura 7. Laceración en la porción anterior del labio menor izquierdo.

anal. En caso de lesión rectal debe realizarse el tacto cuidadoso en busca de una posible rotura de la mucosa o



Figura 8. Desgarro cicatrizado a las 7:00 h del himen.

algún cuerpo extraño que requieran tratamiento quirúrgico de urgencia.

En las adolescentes que acuden de forma tardía a la revisión, se harán la palpación abdominal y los tactos vaginal y abdominal. Si se sospecha embarazo se determinará la fracción β de hCG en sangre y se obtendrá el ultrasonido pélvico.

El diagnóstico definitivo de abuso sexual es difícil porque en la mayor parte de los casos las heridas son típicamente menores y aparecen sólo como pequeñas abrasiones o laceraciones, y porque en muchos la exploración física es tardía. Si la exploración ano-genital se realiza en las primeras 72 horas, sólo en 15% de las niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual se encuentran lesiones, y sólo en 2% datos clínicos que confirman el diagnóstico de abuso sexual con penetración. El diagnóstico definitivo es multidisciplinario y requiere de todos los datos obtenidos, incluidos: resultados de laboratorio, indicadores conductuales y pruebas legales.

REGISTRO DE LOS HALLAZGOS

Los hallazgos anormales deben registrarse cuidadosa mediante dibujos o esquemas en los que se señalen los sitios de las lesiones, ya sea con el sistema de las manecillas del reloj o el de los cuatro cuadrantes. De ser posible deben

tomarse fotografías de las áreas vulvar, perineal, perianal y de todas las lesiones encontradas (figuras 9 a 13).



Figura 9. Condilomas vulvares.

Para valorar la posibilidad de abuso sexual más objetivamente conviene clasificar a las pacientes según los hallazgos ano-genitales encontrados. Hay dos clasificaciones muy utilizadas para su descripción en pacientes en quienes se sospecha abuso sexual: la de Muram y la de Joice Adams,^{7,8} esta última es muy utilizada en pediatría pero no en ginecología, debido a que no permite establecer, sin lugar a dudas, si los hallazgos son concluyentes, por lo que aquí se sugiere usar la clasificación de Muram (cuadro 1).

PROCEDIMIENTO EN INFECCIONES DE TRASMISIÓN SEXUAL

En Estados Unidos, el Centro para la Detección y Control de Enfermedades de Atlanta estima que el riesgo de adquirir una infección de trasmisión sexual en niñas y adolescentes que sufren abuso sexual es bajo (3.2%), dato que ha sido corroborado por diversos informes. También es posible que en una evaluación inicial no se encuentren

Cuadro 1. Clasificación de Muram para el tratamiento a pacientes en quienes se sospecha abuso sexual

- Categoría 1.** Genitales aparentemente normales
- Categoría 2.** Hallazgos no específicos, anomalías que podrían deberse a abuso sexual
- Inflamación, excoriación
 - Secuelas de una mala higiene o infección inespecífica
 - Enrojecimiento
 - Aumento del flujo vaginal
 - Pequeñas fisuras o laceraciones cutáneas
 - Aglutinación de labios menores
- Categoría 3.** Hallazgos específicos
- La existencia de una o más de las siguientes anomalías es muy sugerente de abuso sexual
 - Laceraciones recientes o cicatrizadas del himen y la mucosa vaginal
 - Amplificación de la abertura himeneal más de 1 cm de diámetro
 - Proctoepisiotomía
 - Indentaciones en la piel que sugieren marcas dentales
- Categoría 4.** Hallazgos definitivos de abuso sexual
- Prueba clara de traumatismo penetrante
 - Hendiduras completas en el borde posterior del himen
 - Ausencia de himen
 - Carúnculas mirtiformes
 - Lesión perianal que afecta el esfínter anal externo
 - Presencia de esperma

Modificado de: Muram D. The medical evaluation of sexually abused children. J Pediatr Adolesc Gynecol 2003;16(1):5-14.

datos de alguna de estas infecciones, pero en evaluaciones posteriores sí, de aquí la importancia del adecuado seguimiento (cuadro 2).⁹

La Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud en México reportó, en 2005, 173 casos de gonorrea urogenital en la población general de 15 a 19 años. Entre las principales causas de morbilidad en esta población, en el mismo año, la candidiasis urogenital es la décima causa de enfermedad (22,898 casos y tasa de 211.76 por 100,000 habitantes) y la tricomoniasis urogenital la decimoséptima causa de morbilidad (10,791 casos y tasa de 99.79 por 100,000 habitantes) en este grupo; lo que refleja una alta prevalencia de estas infecciones en nuestra población adolescente y hace sospechar un importante subregistro de otras infecciones de transmisión sexual.¹⁰

A pesar de que en México la principal vía de transmisión del VIH-SIDA es la sexual (85.1%), según datos del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH-SIDA (CENSIDA), dicha transmisión es muy baja en



Figura 10. Condilomas anales.

Cuadro 2. Prevalencia de infecciones de transmisión sexual en 1,538 niñas (1 a 12 años) valoradas por abuso sexual en 10 años

Infección de transmisión sexual	Prevalencia (%)
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	2.8 a 3.1
<i>Chlamydia trachomatis</i>	1.2 a 0.8
Virus del papiloma humano	0 a 1.8
<i>Treponema pallidum</i>	0 a 0.1
Herpes simple, <i>Trichomonas vaginalis</i> o infección por VIH	0

Modificado de: Siegel RM, Schubert CJ, Myers PA, Shapiro RA. The prevalence of sexually transmitted diseases in children and adolescents evaluated for sexual abuse in Cincinnati: rationale for limited STD testing in prepubertal girls. Pediatrics 1995;96(6):1090-4.

menores de 15 años. Durante el 2001 no se registraron casos nuevos y desde 1983 hasta 2000 sólo hay 28; en el 2005 se reportaron seis casos nuevos en dicha población y 191 en adolescentes entre 15 a 19 años. La probabilidad de transmisión del VIH mediante coito anal no protegido



Figura 11. Condilomas perianales.

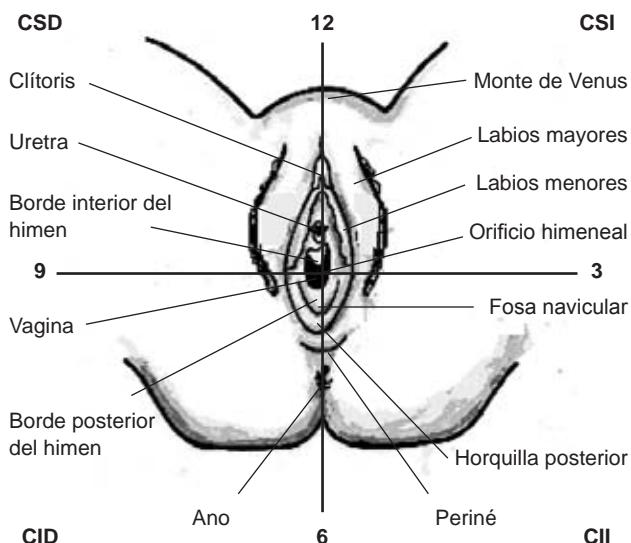


Figura 12. Esquema de los genitales externos femeninos. CSD, cuadrante superior derecho; CSI, cuadrante superior izquierdo; CID, cuadrante inferior derecho; CII, cuadrante inferior izquierdo.

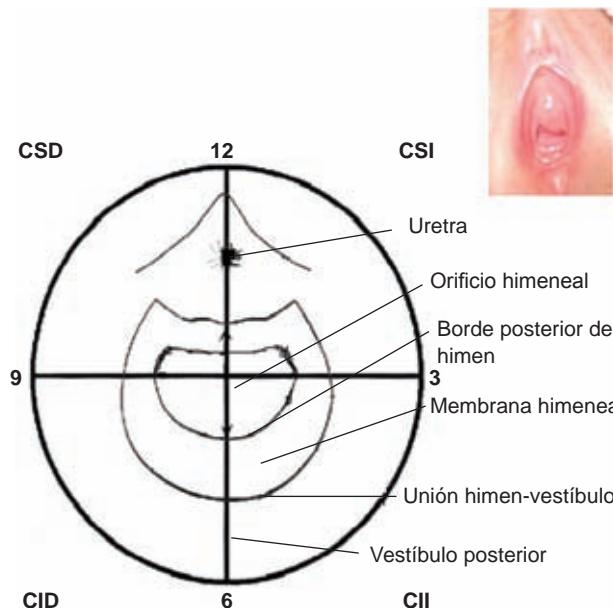


Figura 13. Esquema del himen dividido en cuadrantes. CSD, cuadrante superior derecho; CSI, cuadrante superior izquierdo; CID, cuadrante inferior derecho; CII, cuadrante inferior izquierdo.

con una persona infectada es de 0.008 a 0.032 y mediante coito vaginal es de 0.0005 a 0.0015; por tanto, debe individualizarse para cada paciente, sobre todo si el agresor es desconocido, tiene antecedentes de riesgo o pertenece a una población de alto riesgo (homosexuales, prostitutas, etc.); debe evaluarse la necesidad de tratamiento preventivo con antivirales según las recomendaciones de los Centros Estadounidenses de Control de Enfermedades (CDC, *Centers for Disease Control*).^{11,12}

Cuando se crea conveniente descartar alguna infección de transmisión sexual deberán tomarse muestras para cultivos, iniciales o controles. Si hubo contacto oro-genital también deben cultivarse muestras de la cavidad oral. Si la paciente estuvo inconsciente durante la agresión, se toman muestras de la vagina, el recto y la cavidad oral.

Pruebas diagnósticas¹²⁻¹⁵

Para identificar infecciones de transmisión sexual como: gonorrea, sífilis, herpes genital, SIDA o VPH, deben considerarse los criterios de los Centros de Control de Enfermedades y el tiempo de incubación de cada enfermedad al momento de tomar la muestra. Dichos centros recomiendan que la decisión de hacer las pruebas diagnósticas en niñas y adolescentes que sufrieron abuso

sexual debe individualizarse conforme los siguientes factores:

- a) Si se sospecha o hay certeza de que el agresor tiene una infección de trasmisión sexual o está en riesgo de tenerla (homosexuales, prostitutas, etc).
- b) Si el niño o la niña tiene signos o síntomas que sugieren infección de trasmisión sexual.
- c) Si en la comunidad hay alta prevalencia de infecciones de trasmisión sexual.

Una vez que se decide hacer las pruebas diagnósticas para infección de trasmisión sexual deberá cumplirse con esta normatividad:

- 1) Cultivos para *Neisseria gonorrhoeae* de faringe, vagina y ano.
- 2) Cultivos para *Chlamydia trachomatis* de vagina y ano.
- 3) Examen en fresco y cultivo vaginal para *Trichomonas vaginalis*.
- 4) Búsqueda específica de condiloma acuminado en las regiones oral, genital y perianal.
- 5) Cultivo de virus del herpes simple en las lesiones ulcerosas.
- 6) Pruebas serológicas para sífilis, VIH y hepatitis B.
- 7) Congelación de una muestra de suero para determinaciones serológicas futuras.

La programación de los exámenes debe basarse en los antecedentes de la agresión; si el contacto inicial es reciente deberán tomarse cultivos iniciales y una semana después, y permitir que trascurra el tiempo suficiente para la incubación de los agentes infecciosos y la recolección de muestras adicionales. Se requiere una consulta de seguimiento a las 12 semanas para tomar muestras de suero, tiempo suficiente para que se desarrollen los anticuerpos contra *Treponema pallidum*, VIH y virus de la hepatitis B. Los resultados de las pruebas para el virus de la hepatitis B deben interpretarse con cuidado, ya que puede trasmitirse por vía sexual y no sexual.

Luego del diagnóstico de alguna infección de trasmisión sexual, la probabilidad de que haya sido adquirida por dicha vía varía, algunas se transmiten exclusivamente por vía sexual y pueden orientar el diagnóstico de abuso sexual, como se muestra en el cuadro 3.

Cuadro 3. Diferentes infecciones de transmisión sexual y su probabilidad de contagio por contacto sexual

Infección de trasmisión sexual	Contagio por contacto sexual
Gonorrea, sífilis, <i>Chlamydia</i>	Diagnóstica. Descartar trasmisión perinatal y confirmar mediante cultivo o serología
Condiloma acuminado	Sospechosa. Descartar trasmisión perinatal
VIH/SIDA parenteral	Diagnóstica. Descartar trasmisión perinatal
Tricomonas vaginales, herpes virus tipos I y II	Altamente sospechosa
Vaginosis bacteriana	No concluyente. Descartar sexo oral

Modificado de: American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect y Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children. Pediatrics, 1999.

Otras pruebas diagnósticas^{15,16}

Para determinar si hubo abuso sexual con penetración, sobre todo en los casos de hímenes laxos o complacientes, pueden utilizarse algunas pruebas que detectan espermatozoides, y en ellas las muestras deben obtenerse en las 48 horas posteriores a la agresión y hacerse en dos portaobjetos, uno se fija con *citospray*, e irá directo al laboratorio de referencia del Ministerio Público, y la otra se examinará de inmediato con un montaje húmedo. La ausencia de espermatozoides no constituye prueba suficiente contra el abuso sexual, pues hasta en 50% de las muestras no hay espermatozoides por disfunción sexual, oligospermia, azoospermia, antecedente de vasectomía del agresor, uso de condón o insensibilidad de las técnicas utilizadas.

Para identificar al agresor puede utilizarse la determinación de ADN con pruebas moleculares como: reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en espermatozoides, restos de vello dejados en la víctima o examen de células epiteliales encontradas bajo de las uñas de la víctima, si se defendió. El médico forense es quien principalmente usa estas pruebas.

EXPERIENCIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

En el Instituto Nacional de Pediatría, en los últimos cinco años, se ha evaluado clínicamente a 107 niñas menores de 19 años de edad con diagnóstico probable de abuso

sexual (75% de todos los casos, 25% en niños); a todas se les evaluó pediátrica, nutricional y psicológicamente, y se asesoró legalmente a sus padres en el Centro de Atención Integral al Niño Maltratado. En el Servicio de Ginecología de la Infancia y la Adolescencia se les hizo una evaluación ginecológica completa, que incluyó: exploración ano-genital bajo visión colposcópica, evaluación del riesgo de adquirir infecciones de trasmisión sexual y apoyo para la prevención de embarazo.

En 18 (16.8%) de las 107 niñas evaluadas de forma integral se descartó el diagnóstico de abuso sexual; en las 89 restantes hubo algún tipo de abuso sexual, 17 (19%) con hallazgos ano-genitales de abuso sexual y 72 (81%) con hallazgos inespecíficos o exploración normal. En 13% de las 17 niñas en las que hubo alteraciones se comprobaron lesiones ano-genitales específicas de abuso sexual, correspondientes a la categoría 3 de la clasificación de Muram, y en 6% los hallazgos fueron definitivos o de categoría 4.

En más de 80% de los casos la víctima reconoció a su agresor: en 64% el agresor fue un familiar (padre, 19%; tíos, 13%, y padrastro, 12%), en 20% el agresor fue un conocido o amigo, sólo en 8% el agresor fue un desconocido (cuadro 4). La alta frecuencia de abuso sexual sin penetración (tocamientos, frotamientos, etc.) y el hecho de que en la mayor parte de los casos el agresor fue un familiar, sin duda se reflejan en la demora de la denuncia y en el bajo porcentaje de los hallazgos definitivos encontrados.

En el Instituto Nacional de Pediatría la prevalencia de infecciones de trasmisión sexual es baja, no hay registros de sífilis primaria ni de infección genital por *Neisseria gonorrhoeae* en niñas prepúberes en quienes se sospecha abuso sexual. Existen reportes aislados de *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, herpes genital o VPH en adolescentes con antecedente de abuso sexual. En la mayoría

de los niños con VPH es más probable que el contagio fuese perinatal, o por auto o heteroinoculación, que por vía sexual, como informan varias investigaciones sobre la relación entre condilomatosis infantil y verrugas cutáneas.^{17,18} La trasmisión por contacto sexual en niños también se ha estudiado, y la presencia de este virus se ha relacionado con abuso sexual. Un estudio realizado en Montreal, Canadá, en un hospital pediátrico, incluyó a 72 pacientes menores de 12 años con verrugas ano-genitales (65% niñas y 36% niños), a los que se hizo biopsia y prueba de PCR para tipificación. Del total, en 12 (6.6%) se encontraron datos por los que se sospechó abuso sexual y sólo en 6 (8.4%) se confirmó este diagnóstico. Los serotipos encontrados en estos pacientes fueron el 6, 11 y 16.¹⁹ Smith y colaboradores evaluaron a 5,506 pacientes entre uno y 18 años de edad en los que se sospechaba abuso sexual, y encontraron condilomas ano-genitales sólo en 17 (0.3%).²⁰ En el Instituto Nacional de Pediatría, entre 2000 y 2005, se evaluaron clínicamente 78 niños y niñas que acudieron por condilomas ano-genitales, y sólo en tres casos se confirmó el diagnóstico de abuso sexual (3.8% de todos los casos).²¹ Los informes sobre el modo de trasmisión en niños son contradictorios; sin embargo, siempre que se les encuentren condilomas debe indagarse la posibilidad de abuso sexual, sin importar la edad.

TRATAMIENTO^{12-16,22}

Deben considerarse todos los problemas médicos existentes, o que se puedan prevenir, debidos el abuso sexual, como: heridas traumáticas sanguíneas, tratamiento preventivo de infecciones de trasmisión sexual, evitar embarazos no deseados, asegurar el bienestar emocional de las pacientes y notificar el caso al Ministerio Público, cuando así se requiera.

Cuadro 4. Hallazgos ano-genitales en pacientes con antecedente de abuso sexual en el Instituto Nacional de Pediatría

Hallazgos clínicos genitales	Clasificación de Muram	n (%)	
Normal	Categoría	Hallazgos	
Laceraciones del himen	Categoría I	normales	72 (81)
Dilatación anal y de los pliegues	Categoría 3	específicos	5 (6)
Hendidura completa del himen	Categoría 3	específicos	5 (6)
Ausencia de himen	Categoría 4	definitivos	3 (3)
Prolapso rectal	Categoría 4	definitivos	2 (2)
Laceraciones ano-rectales que se extienden al esfínter externo	Categoría 3	específicos	1 (1)
Total	Categoría 4	definitivos	1 (1)
		89 (100)	

En la mayor parte de los casos el riesgo de contagio de una infección de trasmisión sexual es bajo (< 3%), por lo que no se recomienda el tratamiento preventivo de rutina; sin embargo, cada caso debe individualizarse. En ocasiones los padres muestran gran angustia y preocupación por la posibilidad de contagio de una infección de trasmisión sexual, lo que indicaría prescribir el tratamiento preventivo. Si se decide administrar el antimicrobiano profiláctico en adolescentes, se recomienda la mezcla de tres medicamentos en dosis única: ceftriaxona (500 mg a 1 g intramusculares), azitromicina (1 g por vía oral) y metronidazol (2 g por vía oral). En el caso de menores de 12 años deberán ajustarse las dosis según el peso: ceftriaxona, 125 a 250 mg; azitromicina, 20 mg/kg de peso, y metronidazol, 7.5 mg/kg de peso cada ocho horas durante siete días. Con esta combinación se cubre un gran espectro antimicrobiano que incluye: *Treponema pallidum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, *Gardnerella vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Haemophilus ducreyi* y *Calymmatobacterium granulomatis*.

Para el virus de la hepatitis B, en ausencia de serología positiva contra hepatitis B, puede aplicarse la vacunación inicial (HBIG), 0.25 mL en menores de 10 años y 0.5 mL en adolescentes, por vía intramuscular en la región deltoidea y, de preferencia, en las primeras 72 horas después de la agresión; las dosis se repiten entre uno y dos meses, y cuatro y seis meses después de la dosis inicial.

Para el VIH no se recomienda un tratamiento profiláctico sistemático, por la baja probabilidad de trasmisión en una sola relación sexual; sin embargo, debe individualizarse con base en los riesgos potenciales y a criterio y decisión del médico y de la propia afectada, en cuyo caso se indicará, en las primeras 72 horas luego de la exposición, zidovudina (250 mg orales cada 12 horas) y lamivudina (150 mg orales cada 12 horas) durante cuatro semanas. Tampoco se recomienda administrar tratamiento preventivo sistemático contra el virus del herpes simple, a menos que se sepa que el agresor tiene una lesión genital ulcerosa, en cuyo caso se administrará aciclovir, famciclovir o valaciclovir durante diez días.

Aunque aún se requieren estudios acerca del tratamiento preventivo contra el virus del papiloma humano, en los casos de abuso sexual se recomienda aplicar la vacuna profiláctica tetravalente en niñas y adolescentes con y sin antecedente de abuso sexual, para prevenir las lesiones ocasionadas por los tipos virales más frecuentes (verrugas genitales, displasias y carcinoma cervicouterino). En caso

de niños que sufrieron abuso sexual y tienen verrugas genitales, deberá iniciarse el tratamiento con cremas o geles de aplicación tópica como primera elección (5 fluoracilo, imiquimod, etc.); en adolescentes el tratamiento dependerá de las características de la lesión, de su localización y de los antecedentes de riesgo (inicio de la vida sexual activa, promiscuidad, inmunodeficiencia, etc.).²³

A las adolescentes debe ofrecérseles anticoncepción de emergencia, dos dosis de 0.75 mg de levonorgestrel cada doce horas por vía oral, en las primeras 72 horas posteriores al suceso.

Todos los casos de abuso sexual requieren valoración y terapia psicológica.

ASPECTOS LEGALES

La ley protege al menor en contra del presunto agresor. Cuando las víctimas son menores de edad, están obligados a hacer la denuncia sus representantes legales, padres o tutores, el Ministerio Público o quienes se desempeñen en organismos asistenciales, educativos, de salud o de justicia y, en general, quienes desde el ámbito público o privado conozcan de situaciones de violación o sospechen seriamente que pueden existirlas. La denuncia y el registro de cada caso es de carácter obligatorio. Las funciones específicas de la Secretaría de Salud y la Procuraduría de Justicia de cada entidad federativa son básicas en el abordaje completo de cada caso.

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana (NOM-190-SSA1-1999, *Criterios para la atención médica de la violencia familiar, Artículo 6.17*):

En aquellos casos en donde no prevalezca una urgencia médica, una vez que la o el usuario involucrado en la situación de violencia haya recibido los primeros auxilios médicos y sea su voluntad, será canalizado a la Agencia del Ministerio Público o a la Agencia Especializada correspondiente en caso de que se presuma violación, abuso sexual, estupro, hostigamiento sexual o sus equivalentes, debiendo ser acompañado, en su caso, por personal del servicio de trabajo social, siempre y cuando el traslado no implique riesgo para la integridad de la usuaria o el usuario.

Artículo 6.18:

En los casos en que se valore que existe una urgencia médica que ponga en peligro la vida, el órgano o la función, por lesión

directa del área genital, la exploración clínica o armada de la misma, podrá realizarla el médico de primer contacto, en caso de no contar con médico especialista, en presencia de un familiar o su representante legal y un testigo no familiar, que puede ser personal médico, previa sensibilización de la o el usuario, respetando los sentimientos y la confidencialidad del caso. Al mismo tiempo, o después de proporcionar los primeros auxilios, se deberá dar aviso al Ministerio Público para que se haga llegar del apoyo pericial que corresponda. La condición de urgencia y los hallazgos deberán quedar debidamente registrados en el expediente clínico.

Todos los prestadores de servicios de salud de los sectores público, social y privado deben observar, obligatoriamente, esta norma.

Para realizar la denuncia es necesario valorar el tipo de agresión sexual:

- *Denuncia por violación.* Se establece la existencia de agresión mediante la determinación de contacto vaginal, anal u oral.
- *Denuncia por abuso sexual, tocamientos o penetración antigua.* Acción de connotación sexual con o sin hallazgo físico detectable, se determina sobre todo mediante la anamnesis y la evaluación del médico, el equipo de salud mental o ambos.

De manera ideal, el peritaje debiera hacerse en el consultorio, centro de salud u hospital de referencia, para evitar una segunda o tercera exploraciones, reducir significativamente los trámites y atender todas las necesidades en un solo lugar. Los autores proponen instrumentar un programa integral para el abuso sexual que incluya: el peritaje, la capacitación continua sobre violencia sexual a los profesionales de la salud (sobre todo en las especialidades de ginecología y pediatría) y la difusión de las guías sobre violencia sexual, un recurso importante para los prestadores de salud de primer contacto.

PREVENCIÓN

La supervisión y vigilancia constantes de los padres es fundamental para prevenir toda forma de maltrato físico, incluido el abuso sexual; se requiere orientarlos para que inicien esta labor en el hogar. Entre las medidas preventivas se incluyen: enseñar a los niños a no guardar secretos, a reconocer la diferencia entre las caricias sanas e insanas,

y a estimularlos para que confíen en denunciar cualquier situación que consideren incómoda o anormal en su relación con sus pares o con individuos de mayor edad: maestros, compañeros, familiares, vecinos, amigos, etc. También es importante que en las escuelas existan programas sobre prevención del abuso sexual desde edades tempranas. En adolescentes se requiere, además, el conocimiento de estrategias sobre cómo evitar una violación en una cita, en fiestas o lugares públicos. Es importante que estas pacientes reciban asesoría oportuna sobre métodos anticonceptivos y prevención de infecciones de trasmisión sexual.

Existen muchas asociaciones, nacionales e internacionales, como la Academia Estadounidense de Pediatría (*American Academy of Pediatrics*) en combinación con el Comité Nacional para la Prevención del Abuso Infantil (*National Committee for Prevention of Child Abuse*), el Colegio Estadounidense de Ginecología y Obstetricia (*American College of Obstetricians and Gynecologists*), el Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, la Asociación para el Desarrollo Integral de Personas Violadas (ADIVAC), el Instituto Nacional de las Mujeres (INMujer), la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría (CAIN-INP), etc., que realizan grandes esfuerzos para evitar el abuso sexual mediante programas de capacitación al personal de salud para la identificación oportuna y el tratamiento de la violencia familiar y el abuso sexual, y programas preventivos difundidos ampliamente mediante folletos, talleres, pláticas, etc., dirigidos a padres, niños, niñas, adolescentes y maestros, que incluyen recomendaciones e información sobre medidas básicas de seguridad personal y conocimiento de los mecanismos usados por los adultos para agredirlos, así como programas que ayudan a las mujeres jóvenes a discutir sobre sexualidad, control de la natalidad, prevención de violaciones e infecciones de trasmisión sexual.

Se recomienda que esta información se entregue por escrito a las víctimas de abuso sexual desde la primera visita, para alentárlas a que no dejen de asistir a sus citas subsecuentes y puedan, a su vez, difundir la información a sus pares para prevenir situaciones de riesgo.^{24,25}

CONCLUSIONES

Para poder incidir de forma favorable en los factores que condicionan el abuso sexual a menores, se requiere un diagnóstico inicial confiable para planear estrategias, programar los recursos humanos y materiales requeridos,

y evaluar los progresos logrados. La prevención del abuso sexual, las infecciones de trasmisión sexual y los embarazos no planeados en jóvenes mexicanas, debe constituir una parte fundamental de las políticas públicas en materia de salud sexual, por lo que esta población debe tener acceso a la información en forma clara y precisa para evitar riesgos. Aún son incipientes las iniciativas y se requieren muchas más, no sólo de las instituciones públicas mediante programas gubernamentales, sino de la sociedad y de las organizaciones nacionales e internacionales pertinentes.

REFERENCIAS

1. Valdez RR. La opinión del personal de salud sobre la violencia hacia las mujeres. *Violencia contra las mujeres 2003. Un reto para la salud pública. Informe ejecutivo de la Encuesta Nacional de Violencia Contra las Mujeres*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2004;p:26.
2. Olaiz G, Rojas R, Valdez R, Franco A, Palma O. Prevalencia de diferentes tipos de violencia en usuarias del Sector Salud en México. *Salud Publica Mex* 2006;48(supl 2):S221-S31.
3. Perea-Martínez A, Loredo-Abdalá A, Monroy-Villafuerte A. El abuso sexual: del silencio ignominioso a una realidad estigmatizante. En: Loredo-Abdalá A, editor. *Maltrato en niños y adolescentes*. México: Editores de Textos Mexicanos, 2004;pp:75-102.
4. Emans SJ, Laufer MR, Goldstein DP. *Pediatric and adolescent gynecology*, 4th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1997;pp:751-94.
5. Adams JA. Medical evaluation of suspected child sexual abuse. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2004;17(3):191-7.
6. Bernard D, Peters M, Makoroff K. The evaluation of suspected pediatric sexual abuse. *Clin Ped Emerg Med* 2006;7(3):161-9.
7. Muram D. The medical evaluation of sexually abused children. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2003;16(1):5-14.
8. 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(3):310-7.
9. Siegel RM, Schubert CJ, Myers PA, Shapiro RA. The prevalence of sexually transmitted diseases in children and adolescents evaluated for sexual abuse in Cincinnati: rationale for limited STD testing in prepubertal girls. *Pediatrics* 1995;96(6):1090-4.
10. Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud de México, 2007. [Consultado en enero de 2008] Disponible en: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/dge.htm>
11. Registro Nacional de Casos de SIDA. Dirección General de Epidemiología, SSA. [Consultado en enero de 2008] Disponible en: <http://www.ssa.gob.mx/conasida>
12. Workowski KA, Levine WC. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. Centers for Disease Control. May 10/MMWR 2002;51(RR06);1-80.
13. Lane WG. Diagnosis and management of physical abuse in children. *Clin Fam Pract*. 2003;5(2):493-9.
14. OMS. Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS, 2005;pp:1-96. Disponible en: www.who.int/hiv/pub/sti/STIguidelines2003_es.pdf
15. Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/039ssa202.html>
16. Norma Oficial Mexicana NOM-190 SSA1-1999, para la prestación de servicios de salud, Criterios para la atención médica de la violencia familiar. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/190ssa19.html>
17. Obalek S, Misiewica J, Jablonska S, Favre M, Orth G. Childhood condyloma acuminatum: association with genital coetaneous human papillomaviruses. *Pediatr Dermatol* 1993;10(2):101-6.
18. Gutman LT, Herman-Giddens ME, Phelps WC. Transmission of human genital papillomavirus disease: comparison of data from adults and children. *Pediatrics* 1993;91(1):31-38.
19. Marcoux D, Nadeau K, McCuaig C, Powell J, Oigny LL. Pediatric anogenital warts: a 7 year review of children referred to a tertiary-care hospital in Montreal, Canada. *Pediatr Dermatol* 2006;23(3):199-207.
20. Smith EM, McCune KK, Horbach N, Dattel BJ. Incidence and clinical correlates of human papillomaviruses disease in a pediatric population referred for evaluation of sexual abuse. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 1993;6:20-24.
21. Hornor G. Ano-genital warts in children. Sexual abuse or not? *J Pediatr Health Care* 2004;18(4):165-70.
22. Gayón-Vera E, Sam-Soto S. Infecciones de transmisión sexual en niñas en situación de calle. En: Casanova-Román G, Ortiz-Ibarra FJ, Reyna-Figueroa J, editores. *Infecciones de transmisión sexual*. México: Alfil, 2004;pp:333-54.
23. Sam Soto S, Gayón Vera E. Guía práctica para el abordaje y manejo de lesiones ano-genitales por virus de papiloma humano en adolescentes. *Acta Pediatr Mex* 2006;27(3):151-6.
24. Venegas Ochoa U, Muñoz Pérez E, Navarro Solares A. Violencia contra la mujer y medicina familiar. *Ginecol Obstet Mex* 2007;75:373-8.
25. Collado Peña S. Violencia familiar: una aproximación desde la ginecología y obstetricia. *Ginecol Obstet Mex*. 2005;73:250-60.