

**TEMA 7 -2019:****Examen físico en abuso sexual infantil
en Europa, Estados Unidos y Latinoamérica**

Recibido: 05/01/2019

Aceptado: 15/04/2019

¹ Brenda Hernández Salazar² Giulliana Gutiérrez Campos³ Grettchen Flores Sandi¹ Escuela de Medicina, Universidad de Costa Rica. San Pedro, Montes de Oca, San José, Costa Rica. Correo: maulwurf.27@gmail.com² Escuela de Medicina, Universidad de Costa Rica. San Pedro, Montes de Oca, San José, Costa Rica. Correo: ggc711410@gmail.com³ Medicina Legal, Escuela de Medicina, Universidad de Costa Rica. San Pedro, Montes de Oca, San José, Costa Rica.**Resumen**

Según la Organización Mundial de la Salud el abuso sexual infantil tiene una prevalencia importante, debido a que 150 millones de niñas y 73 millones de niños han sido víctimas de alguna forma de abuso antes de cumplir los 18 años de edad en el 2002. Ello hace imprescindible realizar una correcta valoración médica y examen físico de las posibles víctimas, con el fin de recolectar muestras adecuadas y obtener una historia clínica veraz. El objetivo de este trabajo es comparar el abordaje del examen físico de abuso sexual infantil en Europa, Latinoamérica y Norteamérica con énfasis en las técnicas de exploración y el manejo médico. Entre las diferencias encontradas en los países evaluados está el orden en que se realiza el examen físico de las áreas extragenitales. A la vez es evidente que las tres regiones geográficas comparten la observación minuciosa del área genital con el uso de instrumentos, colorantes o fotografías.

Palabras clave

Abuso sexual, niños, Europa, Latinoamérica, Norteamérica, examen físico

Abstract

According to the World Health Organization, child sexual abuse has a high prevalence, due to the fact that 150 million girls and 73 million boys have been victims of some form of abuse before reaching 18 years of age in 2002. This makes it essential to carry out a correct medical and physical examination of the possible victims, in order to collect adequate samples and obtain a truthful clinical history. The objective of this work is to compare the approach of the physical examination of childhood sexual abuse in Europe, Latin America and North America with emphasis on the techniques of exploration and medical management. One of the differences found in the countries evaluated is the order in which the physical examination of the extragenital areas is performed. At the same time, it is evident that the three geographical regions share close observation of the genital area with the use of instruments, dyes or photographs.

Key words

Sexual abuse, children, Europe, Latin America, North America, physical examination

Introducción

El abuso sexual infantil es un problema frecuente y de gravedad, el cual posee un impacto en todas las sociedades y culturas. La definición más conocida del término fue establecida por la Academia Americana de Pediatría: “La práctica de un contacto físico o visual, cometido por un individuo en el contexto sexual, con violencia, engaño o seducción, ante la incapacidad del niño para consentir en virtud de su edad y diferencia de poder” ^[1]. Su prevalencia a nivel mundial ha sido estudiada por la Organización Mundial de la Salud, la cual estableció que 150 millones de mujeres y 73 millones de varones han sido víctimas de alguna forma de abuso sexual antes de cumplir los 18 años de edad en el 2002 ^[1]. A su vez, en un meta análisis de 323 estudios se estableció que hay 9,9 millones de niños que han sufrido de abuso sexual con una prevalencia de 12,7 % (mujeres 18 %, varones 7,6 %) ^[2]. Si se revisa con detalle esta prevalencia, se evidencia que en Estados Unidos aproximadamente 88 mil niños son víctimas de abuso sexual anualmente: 12 a 25% son mujeres y 8 a 10% son varones, mientras que en Costa Rica esta prevalencia es de 32,2% ^[3]. El objetivo del presente estudio es entonces comparar las técnicas y los hallazgos al examen físico descritos en Europa, Estados Unidos y Latinoamérica, con el fin de encontrar las diferencias y similitudes que hay entre las distintas regiones geográficas.

Metodología

Se estudiaron artículos de revisión cuyo tema principal fue el examen físico en abuso sexual infantil publicados entre 2007 y 2016. Con base en estos, se realizó una comparación entre los distintos abordajes médicos en Europa, Estados Unidos y Latinoamérica. Se utilizaron dos artículos alemanes como ejemplificación europea; dos costarricenses, uno mexicano y uno uruguayo en representación latinoamericana; y por último uno norteamericano.

Esta selección se hizo con base en el año de publicación, ya que se decidió emplear artículos que tuviesen como máximo 10 años de haberse dado a conocer y además, que se enfocaran en las técnicas empleadas en el examen físico de la víctima de abuso sexual, así como en las generalidades de la valoración médica que se debe seguir en estos casos. En cuanto a los países elegidos, la selección se basó

en la cantidad de información encontrada en todos los artículos previamente leídos; es decir, fueron los países que más investigación tenían con respecto al tema abordado.

1. Europa:

■ Generalidades del manejo médico

Los datos de la historia y el estado de salud son útiles para buscar y documentar hallazgos durante el examen físico del paciente, pues representan una guía para el médico tratante ^[2,4]. Con infantes es preferible iniciar el manejo de manera individual y mediante una relación de confianza ^[2]. Se debe procurar el uso de preguntas sencillas, no sugestivas a posibles respuestas ^[2]. Algunos requisitos básicos para un buen manejo médico son propiciar la calma, adoptar una actitud amable, abierta y sin prejuicios contra la víctima.

En los artículos se menciona que, a pesar de que sea normal el examen físico de un infante víctima de violencia sexual, siempre hay que observar las distintas consecuencias que esta podría originar (infecciones de transmisión sexual, embarazo, entre otros) ^[4]. El médico debe ejecutar una correcta toma de muestras y documentar e interpretar los datos según las normas y clasificaciones de cada país ^[4].

Los artículos alemanes establecen que el examen físico médico debe contar siempre con el consentimiento del menor y es necesario realizar un estudio de cuerpo entero, con énfasis en la zona anogenital. No obstante, existen varios factores que pueden modificar los hallazgos al examen físico como la cronicidad de las lesiones o la rapidez y capacidad de regeneración de los tejidos anogenitales. Por estas razones, es infrecuente encontrar hallazgos de abuso en el examen físico ^[4]. La historia clínica siempre es de suma importancia para la correlación de los hallazgos. Se menciona que no debería de realizarse un tacto vaginal o rectal en niños prepúberes, mientras que en adolescentes es posible; sin embargo, se puede omitir dependiendo del estado mental de la víctima ^[2].

Además del examen físico es necesaria la toma de muestras principalmente en búsqueda de esperma (prepubertad: 25 h, pubertad: 72 h) y se debe hacer pruebas sanguíneas para detectar narcóticos, pero solamente si es un evento agudo ^[2]. La palpación vaginal o anal se encuentra contraindicada ^[2].

■ Técnicas de exploración

Se menciona que en infantes pequeños y ansiosos se puede realizar el examen físico con un acompañante y colocándolo en sus regazos [4]. La inspección de la región anogenital en dicha población es posible llevarla a cabo con distintos posicionamientos: decúbito supino, genupectoral y decúbito lateral. Es de suma importancia, en el caso de las niñas, realizar además, la separación y tracción de labios, con tal de visualizar mejor el área genital [2]. Los hallazgos obtenidos pueden ser ordenados con base en la clasificación de Adams [2]:

- **Adams I:** hallazgos normales y explicables por otras razones médicas.
- **Adams II:** hallazgos sin significancia clara, sospecha de causa de abuso sexual.
- **Adams III:** hallazgos de lesiones que permiten el diagnóstico de un abuso sexual.

Los artículos recomiendan utilizar un colposcopio, pues permite visualizar lesiones intravaginales [4]. La posición genupectoral es la recomendada en víctimas que atraviesan la prepubertad [4]. A la hora de examinar la región anal se sugiere utilizar una posición de espalda, decúbito lateral o genupectoral y de ser necesario, se puede implementar un espéculo [2,4]. Por último se describe la importancia de una documentación extensa y detallada de los hallazgos, idealmente complementada con fotografías o esquematizaciones [4].

■ Lesiones encontradas

A pesar de que el abuso, agudo o crónico, haya sido con o sin penetración, los hallazgos anogenitales pueden ser normales. En un estudio se determinó que solo en 2 de 36 adolescentes embarazadas hubo un hallazgo de lesión por penetración y en 4 de ellas (11%), un hallazgo sospechoso, lo cual determina que “lo normal no significa que no ocurrió” y deja obsoleto el antiguo concepto de “virgo intacto”, en el que se decía que si no había lesión evidente se descartaba el abuso sexual [2].

En las niñas, se reporta que la frecuencia de hallazgos es de 5-10%. La mayoría de las lesiones se encuentran en la región del himen o introito posterior. El desgarramiento en los bordes del himen en la posición entre las 3 y 9 horas, que genera una muesca

en forma de V, es causado por una penetración y es visible principalmente en la posición fetal. Con el tiempo, esta lesión puede llegar a tener un aspecto en forma de U. En infantes los hallazgos son aún más infrecuentes (1-3%) y corresponden a fisuras o erosiones en glándula, desgarramiento del frenillo del glándula, petequias y sugilaciones [2].

Una problemática clave de las técnicas de exploración es la falta de método diagnóstico mundial que sea considerado como el gold standard. Actualmente los diagnósticos se basan en detalles de la persona afectada y criterios predefinidos [2].

2. Latinoamérica

2.1 Costa Rica y México

■ Generalidades del manejo médico

Los casos de infantes víctimas de violencia sexual deben ser considerados como urgencia médica y requieren de una atención inmediata (primeras 24-72 horas a partir de que ocurre el evento), ya que las consecuencias de una violación sexual pueden ocasionar no solo lesiones externas e internas sino también infecciones de transmisión sexual (ITS) como gonorrea, chlamydia, tricomonas, hepatitis B,VIH, entre otros [5,6].

Un artículo mexicano [5] especifica que si el paciente es atendido dentro de las primeras 72 horas, debe ser hospitalizado y es necesario realizar un examen físico completo, toma de muestras, iniciar esquema de tratamiento profiláctico y reportar a las autoridades. Lo anterior se debe a que las evidencias obtenidas disminuyen después de 72 horas desde la agresión [6].

En relación con lo expuesto anteriormente, se menciona en un artículo costarricense el tiempo de persistencia de material biológico y/o metabolitos de drogas y alcohol en el organismo de la víctima según el tipo de abuso sexual [6]:

- Posterior a una penetración vaginal digital: hasta 12 horas después del incidente.
- Penetración oral por un pene: alrededor de 2 días.
- Penetración anal por un pene: 3 días
- Penetración vaginal por un pene: 7 días.
- Fluidos seminales, tierra o fibras en la piel: hasta 2 días después o hasta 7 días si no hay lavado.

- Facilitados por drogas (alcohol en sangre u orina de la víctima): hasta 3 días.
- Facilitados por drogas (diferentes de alcohol en orina): un máximo de 14 días después.

Sin embargo, si el tiempo es mayor a las 72 horas (semanas o meses) la recomendación, antes que hospitalizar, es la de brindar atención en citas programadas [5]. Para la ejecución del examen se necesita el consentimiento del infante y de sus familiares. Durante el examen, el médico debe estar acompañado por algún integrante del personal de salud [5]. Se debe iniciar por las áreas extragenitales (extremidades, abdomen, tórax, cuello, faringe, cavidad bucal), luego el área paragenital (glúteos y muslos) y culminar en las áreas genital y anal [1].

■ Técnicas de exploración

Si bien es cierto que el examen físico debe ser realizado en un orden para evitar la omisión de datos cruciales, dicho orden varía según el artículo revisado. En uno de los artículos costarricenses se menciona que debe seguirse un orden céfalocaudal sin olvidar un detallado examen de las extremidades, ya que se pueden encontrar lesiones de autodefensa [6]. En cuanto a México, se concuerda con lo anterior y se agrega que el área genital es la última zona que se debe de explorar [5]. Mientras que otro de los artículos de Costa Rica explica que un examen físico debe ser realizado en orden de zonas iniciando por las extragenitales (extremidades, abdomen, tórax, cuello, faringe, cavidad bucal), luego el área paragenital (glúteos y muslos) y por último el área genital y anal [1].

Las posiciones mencionadas en todos los artículos son: decúbito supino con piernas en posición abducción y genupectoral. En uno de los artículos costarricenses se aclara que la posición recomendada varía según edad y sexo del paciente [1]:

- Víctimas prepúberes o niños mayores: posición supina con las piernas en abducción (“posición de rana”).
- Varones: se recomienda iniciar en posición supina para valorar el pene, los testículos, el escroto y el periné.

- Exploración anal: posición en decúbito lateral o genupectoral.

En caso necesario, se puede solicitar la ayuda del familiar, pero no se detalla lo anterior [1]. Una diferencia con los artículos costarricenses es que el abordaje mexicano, refiere que la colposcopia o rectoscopia no está indicada a menos que haya sospecha de una lesión interna o que exista un sangrado profuso. En caso de tener que realizarlo, el paciente debe ser examinado bajo sedación [5].

■ Lesiones encontradas

En los abusos crónicos es normal encontrar un examen físico sin alteraciones; a pesar de ello un examen sin hallazgos no descarta un abuso sexual [1], como también fue mencionado en los artículos alemanes.

2.2 Uruguay

La diferencia entre la información mencionada en los artículos de Costa Rica y México, es que este último país incluye una descripción de los distintos hallazgos según área:

- **Lesiones extragenitales:** aquellas que abarcan toda la superficie corporal restante. Son lesiones que ocurren durante la reducción o sujeción de la víctima. En otras palabras, cuando la víctima opone resistencia al abuso vinculado con mayor edad. El tipo de lesión va de las más superficiales a las más graves y profundas según el caso (excoriación, heridas por arma blanca o de fuego) [7].
- **Lesiones genitales:** son aquellas a nivel de labios mayores y menores, horquilla, introito, vagina, himen, pene o escroto. Dependen de la edad de la víctima y de las diferencias anatómicas del agresor. Hay diferencia entre los hallazgos según cronicidad y antigüedad [7].
- **Lesiones anales:** aquellas que se encuentran a nivel de pliegues y mucosa anal, desde erosiones a desgarros. Aunado a esto, también son visibles elementos que indican cronicidad tales como el hallazgo de epitelio más allá del margen anal, ciertos grados de borramiento de pliegues o ano con atonía [7].

3. Estados Unidos

■ Generalidades del manejo médico

La evaluación incluye tanto la historia del padre o del encargado como de la víctima si es posible. Sobre el manejo del médico, este debe procurar que la entrevista con la víctima se lleve a cabo sin la persona que está a su cargo, pero es preferible la compañía de un miembro del personal de salud. Este segundo profesional debe presentarse ante la víctima como el médico encargado de examinarla si esta así lo desea. Es vital documentar las palabras exactas empleadas por la víctima, pues muchos de los menores pueden ser imprecisos y rudimentarios a la hora de describir su anatomía, ya que no han desarrollado completamente sus habilidades de lenguaje. Es indispensable tratar de plantear preguntas abiertas como “¿me podría contar por qué está aquí?”, que le permitan al infante expresarse de forma más espontánea y libre, en vez de preguntar de forma guiada ^[8].

El examen físico incluye una inspección total pero enfocada en el área genital, de manera que busque traumas, secreciones, infecciones, entre otros. En algunas ocasiones se puede hacer uso de la anestesia para efectuar el examen, pero solo si la víctima tiene una cantidad considerable de heridas y tanto esta como su encargado consienten el procedimiento. De acuerdo con el abordaje norteamericano el tiempo de evaluación física es variable, pero es preferible hacerla en las primeras 72 horas post evento o si el niño presenta sangrado en el momento de la consulta, ya que podrían recolectarse mayor cantidad de pruebas forenses apropiadas. En el caso de que el contacto haya sido de más de 72 horas después y el infante esté asintomático, se puede programar un examen físico detallado con un especialista en abuso infantil o con el médico de atención primaria en una fecha posterior, siempre y cuando el paciente y la familia estén de acuerdo. Cabe destacar que este abordaje es más parecido al europeo que al latinoamericano ^[8].

■ Técnicas de exploración

Se menciona que la posición ideal es aquella en la que el infante se sienta más cómodo y que permita una visualización idónea a la exploración. Algunas de las técnicas empleadas son: posición de litotomía; genupectoral, la cual es la más recomendada; o en decúbito supino con piernas en abducción, la cual se conoce como “posición de rana” y es usada más que todo en infantes menores de 5 años. La víctima puede tomar esta última posición sobre el regazo de su encargado, lo cual le genera mayor tranquilidad al sentirse acompañado. Por su comodidad e idoneidad para la búsqueda de cuerpos extraños, las posturas más utilizadas son las dos últimas ^[8].

A su vez, se emplean otras técnicas útiles para visualización, como la separación y tracción de labios en el caso de la mujer y tracción del prepucio en varones para encontrar lesiones, cuerpos extraños o secreciones; uso de aplicadores de algodón y azul de toluidina como colorante para buscar lesiones anogenitales. Adicionalmente se utiliza una buena fuente de luz, lupa y si es necesario, cámara fotográfica o colposcopio. Si la víctima se encuentra muy nerviosa o incómoda, el deber del médico es detener la inspección en ese momento y reanudarla cuando el infante esté anuente a seguir, ya sea con el mismo médico o con otro profesional especializado en casos de abuso sexual ^[8].

■ Lesiones encontradas

En más del 95% de los casos, el examen físico no revela lesiones directas de contacto sexual, pero tal y como lo sugieren los abordajes europeo y latinoamericano, ello no descarta el abuso. En el caso de las niñas las lesiones en himen son las más comunes: desgarros parciales o completos en la fosa navicular y posterior, descarga vaginal purulenta y eritema tanto en labios como en cara medial de muslos. En los varones lo más común es sugilación en pene y escroto, excoriaciones en cara interna de muslos y quemaduras por inmersión en área genital. En la revisión anal para ambos sexos se encuentra, mayoritariamente, cicatrices perianales y laceraciones profundas del esfínter anal externo ^[8].

■ **Cuadro 1:** Comparación de la evaluación en abuso sexual infantil en diferentes regiones del mundo.

Área	Manejo médico	Técnicas de exploración	Lesiones
Europa	<ul style="list-style-type: none"> -Entrevistar víctima, preferiblemente de manera independiente -Solicitar consentimiento -Preguntas abiertas, no sugestivas. -Toma de muestra en prepubertad: menor a 25 h después del abuso sexual y menor a 72 h en etapa de pubertad. 	<ul style="list-style-type: none"> -Genupectoral: más recomendada en prepubertad -Inspección anal recomendada: posición de espalda, decúbito lateral o genupectoral -Tracción de labios o prepucio -Clasificación de Adams -Utilidad del espéculo tanto en exploración anal como vaginal - Fotografías 	<ul style="list-style-type: none"> -Mayoría de los casos sin hallazgos -Más común encontrar un examen alterado en víctimas femeninas que masculinas
Latinoamérica	<ul style="list-style-type: none"> -Solicitar consentimiento -Acompañarse por otro personal de salud o familiar -Toma de muestras tiene valor en las primeras 72 horas 	<ul style="list-style-type: none"> -Seguir un orden, ya sea cefalocaudal o por áreas -Genupectoral: posición más recomendada pero deben valorarse siempre la edad y el sexo del paciente. -Restringir uso de especuloscopia 	<ul style="list-style-type: none"> -Lesiones similares a las descritas en los artículos europeos.
Norteamérica (USA)	<ul style="list-style-type: none"> -Entrevista de víctima y encargado -Preguntas abiertas -Documentar palabras exactas - Acompañarse por otro personal de salud -Examen físico en las primeras 72 horas -Detenerse cuando el infante lo desee 	<ul style="list-style-type: none"> -Genupectoral: la más recomendada -Decúbito supino con piernas en abducción: menores de 5 años -Tracción de labios o prepucio -Colorantes como azul de toluidina - Lupas y colposcopios - Fotografías 	<ul style="list-style-type: none"> - Mayoría sin lesiones -Desgarros parciales de himen -Descarga vaginal purulenta -Sugilación de pene y escroto -Cicatrices perianales -Laceraciones de esfínter anal externo

Fuente: Elaboración propia a partir de fuentes consultadas. Abril, 2017.

Conclusiones

Se evidencia que hay puntos en común entre las distintas regiones geográficas, como el hecho de solicitar el consentimiento de la víctima, estar acompañado durante el examen físico, considerar la posición genupectoral como la preferencial o saber que la mayoría de los casos presentan un examen físico genital normal, entre otros; sin embargo se demuestra que las técnicas de exploración son las que más varían. En los artículos europeos, a diferencia de las otras regiones, se menciona el uso de la clasificación Adams para ordenar los hallazgos del examen físico. Además se menciona la utilidad de una especuloscopia durante el examen anal. Una diferencia significativa en los artículos estadounidenses con el resto es el uso de colorantes durante la exploración. Se evidencia que incluso autores de la misma región latinoamericana describen un distinto orden durante el abordaje del examen físico: mientras unos recomiendan un abordaje cefalocaudal otros prefieren una exploración por áreas. No todos los artículos enfatizan en la importancia de que la toma de muestras sea en las primeras 72 horas, a pesar de que constituye un conocimiento médico esencial. Esta recopilación de las distintas experiencias en el manejo de casos de violación sexual, pretende dar paso a la estandarización y optimización del protocolo por seguir.

Agradecimiento

Esta publicación está en el marco del proyecto de Trabajo Comunal Universitario: "TC-562 Prevención de la violencia sexual y vulnerabilidad de ITS/VIH/SIDA en personas menores de edad", adscrito a la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica y no existen conflictos de interés.

Referencias Bibliográficas

1. Sáenz MG, Umaña SV, Cerdas JV, Quirós, VD. *Abordaje del abuso sexual infantil: Combatiendo la revictimización*. Medicina Legal de Costa Rica. 2016; 33(1): 116-125.
2. Herrmann B, Banaschak S, Csorba R, Navratil F, Dettmeyer R. *Physical Examination in Child Sexual Abuse: Approaches and Current Evidence*. Deutsches Ärzteblatt International. 2014; 111(41): 692.
3. Singh MM, Parsekar SS, Nair SN. *An epidemiological overview of child sexual abuse*. Journal of family medicine and primary care. 2014; 3(4): 430.
4. Todt M, Maciuga A, Debertain AS. *Differenzialdiagnose sexueller Kindesmissbrauch*. Monatsschrift Kinderheilkunde. 2015; 163(1): 52-57.
5. García-Piña CA, Loredó-Abdalá A, Hernández JT, Muñoz AC. *Violación sexual en niños y adolescentes: una urgencia médica*. Acta Pediátrica de México. 2013; 34(5): 288-294.
6. Sánchez GA. *Valoración médico legal de la víctima de delito sexual*. Medicina Legal de Costa Rica. 2016; 33(1): 126-132.
7. Cano J. *Violencia doméstica. Abordaje en el primer nivel de atención: Enfoque médico legal del diagnóstico de abuso sexual*. Archivos de Pediatría del Uruguay. 2010; 81(3): 192-194.
8. Cabinum E. *Recognizing and Managing Child Sexual Abuse*. Pediatric Emergency Medicine Reports (PDMR). 2012; 17(9):105-115