

Abuso sexual infantil. Características de las consultas y manejo desde el servicio de urgencias

VICTORIA TRENCHS SAINZ DE LA MAZA¹, ANA ISABEL CURCOY BARCENILLA¹,
JESSICA ORTIZ RODRÍGUEZ¹, CRISTINA MACÍAS BORRÁS², LLUIS COMAS MASMITJA¹,
CARLES LUACES CUBELLS¹, JORDI POU FERNÁNDEZ¹

¹Servicio de Pediatría. ²Trabajo Social. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona, España.

CORRESPONDENCIA:

Carles Luaces Cubells.
C/ Passeig Sant Joan de Déu 2
08950 Esplugues de Llobregat
Barcelona, España
E-mail: cluaces@hsjdbcn.org

FECHA DE RECEPCIÓN:

25-1-2008

FECHA DE ACEPTACIÓN:

10-3-2008

CONFLICTO DE INTERESES:

Ninguno

Introducción: Los conflictos familiares podrían ser una de las causas del incremento de las consultas a urgencias por sospecha de abuso sexual. El objetivo de este trabajo es describir las características de los niños valorados en urgencias por sospecha de abuso sexual.

Método: Revisión retrospectiva de los casos valorados durante los primeros 7 meses de 2004.

Resultados: Se atendieron 48 consultas, dos por abuso agudo. La edad media fue de 6,8 (SD 3,6 años), 42 fueron niñas. En el 85,4% la exploración física fue normal. Se completó el estudio en la Unidad multidisciplinar específica en 37 pacientes, 25 tenían a los padres separados. En 10 niñas el diagnóstico fue de abuso. Todos los agresores fueron hombres, principalmente familiares. No se hallaron diferencias entre la conclusión de abuso y el sexo del paciente, la presencia de una exploración física normal y la situación de separación de los padres.

Conclusiones: En urgencias es difícil evaluar adecuadamente las consultas por abuso sexual. La mayoría no requieren actuación inmediata, y es imprescindible la actuación coordinada con Unidades multidisciplinarias especializadas, que confirman un tercio de los casos. Las niñas son las principales víctimas y el agresor, una persona conocida. [Emergencias 2008;20:173-178]

Palabras clave: Abuso sexual. Urgencias. Maltrato.

Introducción

El abuso sexual es una forma de maltrato infantil definida, desde el punto de vista médico, como la participación de un niño/a en actividades sexuales que no puede comprender, para las cuales no está preparado por su desarrollo y a las que no puede otorgar su consentimiento^{1,2}. Aunque ha existido siempre, en los últimos años ha aumentado la sensibilización sobre el tema y ha adquirido mayor importancia clínica y social, de manera que se han incrementado el número de casos declarados³, así como la proporción de pacientes que llegan a urgencias con una sospecha de abuso sexual. Una parte importante de estos últimos casos parecen relacionarse con desavenencias entre los progenitores del menor durante la tramitación de divorcios o separaciones; un conflicto del niño con uno de sus padres, un tras-

torno psiquiátrico del progenitor o el marco de una separación con problemas en cuanto a la tenencia y visita del menor pueden desencadenar denuncias infundadas. En urgencias existe la sensación que durante los fines de semana o periodos vacacionales se disparan este tipo de consultas, circunstancia que habitualmente causa intranquilidad en el facultativo. Hay que tener presente que la valoración de abuso no es fácil y que su diagnóstico presenta implicaciones legales que afectan no sólo a las víctimas y a sus familias, sino también a los profesionales que las realizan⁴. La imposibilidad, en la mayoría de ocasiones, de definir la veracidad de la historia clínica en una visita de urgencias implica la necesidad de establecer protocolos de actuación con el fin de asegurar la protección del menor ante posibles nuevos abusos y un estudio adecuado de todos los casos.

El objetivo de este trabajo es describir el resultado del estudio de un grupo de niños valorados en urgencias por sospecha de abuso sexual, teniendo en cuenta si existía una situación de separación de sus progenitores.

Método

Estudio retrospectivo de todos los niños valorados en urgencias por un posible abuso sexual entre el 1 de enero y el 31 de julio de 2004. Se recogieron las variables edad, sexo, vía de llegada (espontánea, remisión desde otro centro sanitario, acompañamiento policial), fecha de la visita (laborable, víspera, festivo), hallazgos físicos y necesidad de atención urgente de todos los pacientes.

Según el protocolo^{1,4} (Figura 1), los casos agudos, definidos principalmente como aquellos en que transcurren menos de 72 horas desde la agresión, fueron valorados inmediata y conjuntamente

por el médico forense, que inició los trámites judiciales pertinentes. Además, éstos y todos los demás casos fueron remitidos a la Unidad Funcional de Abuso al Menor (UFAM) de nuestro centro. Nuestro hospital es lugar de referencia de Cataluña sobre el abuso al menor y dispone de esta Unidad desde 1992. La UFAM está constituida por dos pediatras, dos psicólogas infantiles y una asistente social; recibe el soporte de la secretaría técnica del Servicio de Pediatría y, cuando es necesario, cuenta con la colaboración de otros servicios del hospital, como ginecología, dermatología o laboratorio. La valoración multidisciplinar del paciente es la que determina la conclusión diagnóstica, de la que es informada la familia y las autoridades competentes. Se trata de una conclusión consensuada, con cuatro únicas posibilidades diagnósticas⁴, divididas en dos grupos^{1,3}: 1) sin diagnóstico de abuso: no abuso y abuso compatible y, 2) diagnóstico de abuso: abuso muy probable y abuso seguro (Tabla 1).

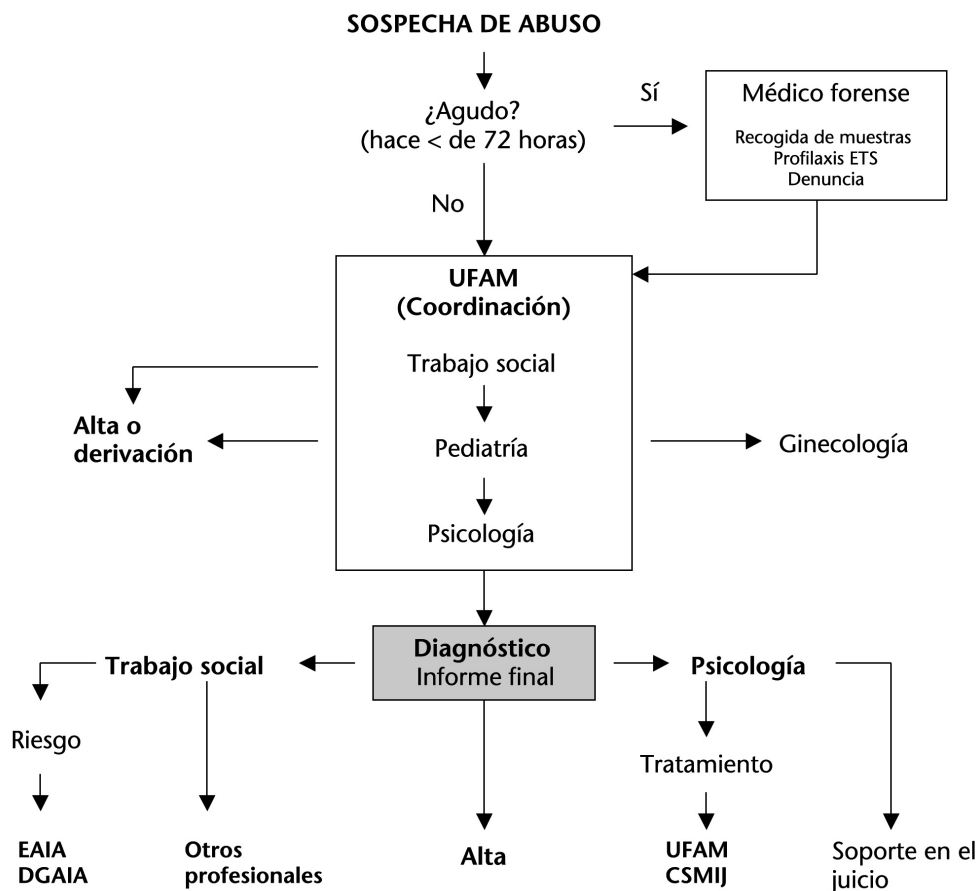


Figura 1. Protocolo de actuación ante las consultas por abuso sexual en urgencias y seguimiento en la Unidad Funcional de Abuso al Menor (UFAM). ETS: Enfermedad de transmisión sexual. EAIA: Equipos de Atención a la Infancia y Adolescencia. DGAIA: Dirección General de Atención a la Infancia y Adolescencia. CSMIJ: Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil.

Tabla 1. Clasificación de la conclusión diagnóstica de las consultas por abuso sexual

Conclusión	Definición
1. SIN diagnóstico de abuso	
No abuso	No se encuentran indicios de ningún tipo de actividad abusiva.
Abuso compatible	Los hallazgos pueden explicarse por un abuso pero también por otras causas diferentes.
2. Diagnóstico de ABUSO	
Abuso muy probable	La anamnesis, la exploración física o el estudio psicológico, o varios de ellos conjuntamente, hacen que se piense en abuso sexual aunque no hayan pruebas objetivas definitivas (enfermedad de transmisión sexual, embarazo...).
Abuso o contacto sexual seguro	Hay pruebas objetivas definitivas.

En todos los casos en que se completó el estudio por la UFAM, se recogieron datos acerca de la conclusión diagnóstica médica final y de la situación de separación conyugal en los padres.

Los datos extraídos se almacenaron y procesaron en una base de datos relacional Microsoft Access específica. Se tabularon variables cuantitativas y categóricas. Posteriormente se analizó con el programa estadístico SPSS 12.0, mediante la aplicación básicamente de pruebas para estudio de distribución de datos (Kolmogorov-Smirnov) y de comparación de datos cuantitativos (t de Student, U de Mann-Whitney) y cualitativos (Chi-cuadrado, tabla de contingencia, test exacto de Fisher). Los valores de P menores a 0,05 se consideraron significativos y los que se encontraban entre 0,05 y 0,1, como una tendencia.

Resultados

Durante el periodo de estudio se atendieron 48 consultas por sospecha de abuso sexual en el servicio de urgencias, que representaron el 0,1% de las 41.590 visitas totales realizadas, con un promedio de dos consultas semanales.

La edad media de los pacientes fue de 6,8 (DE 3,6 años), con un rango entre 1,5-16,8 años. Cuarenta y dos (87,5%) fueron niñas. La Figura 2 muestra la distribución según grupo de edad y sexo.

Treinta y cinco (72,9%) niños acudieron espontáneamente acompañados por familiares, 10 (20,8%) remitidos desde otro centro sanitario y 3 (6,3%) por la policía.

Once (22,9%) acudieron en festivo y 5 (10,4%) en víspera de festivo.

La exploración física fue normal en 41 casos (85,4%). De los 7 que la presentaron alterada, en dos se objetivó rotura himeneal, en otros dos condilomas perianales, en uno vulvovaginitis por *Trichomonas vaginalis*, en otro eritema vulvar y en el caso restante, una fisura perianal.

Dos pacientes (4,2%) consultaron por abuso sexual agudo y requirieron atención urgente, el resto, por sospecha de hechos acontecidos con anterioridad a las 72 horas previas a la visita.

Tras la primera valoración en la UFAM, 9 pacientes fueron dados de alta (18,7%): 4 por sospecha sin fundamento (uno presentaba una fisura perianal en contexto de estreñimiento) y 5 por seguir el estudio en otro centro (uno presentaba condilomas); 3 de los primeros y 4 de los segun-

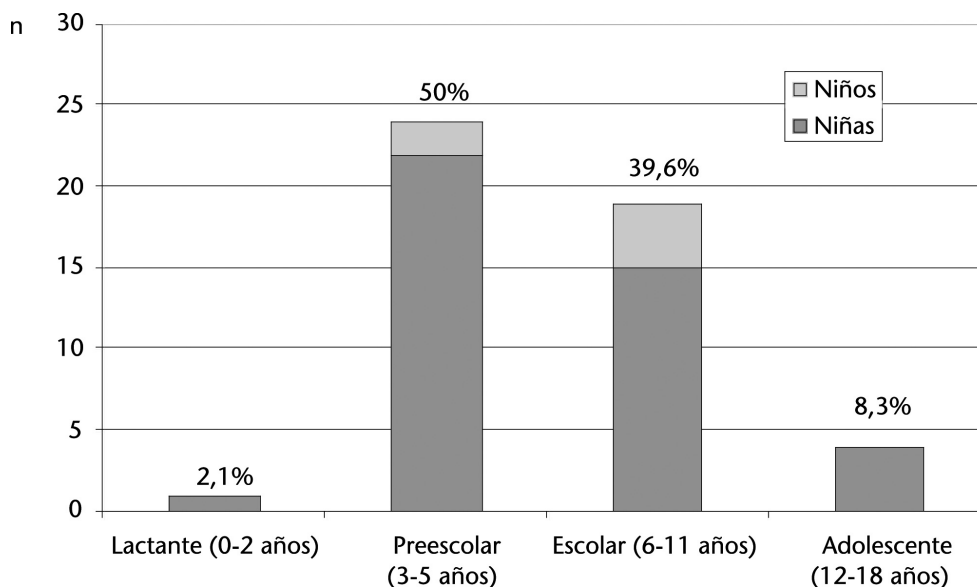


Figura 2. Distribución por sexo y edad (n = 48).

dos eran hijos de padres separados. Durante el periodo de seguimiento, 2 pacientes (4,2%) dejaron de acudir a visitarse y no pudo concluirse el estudio, lo cual se comunicó a las autoridades pertinentes.

La UFAM realizó un estudio completo de 37 pacientes, de los que 25 (67,6%) tenían a los padres separados.

En la Figura 3 se muestra la relación del niño con el presunto agresor.

La conclusión diagnóstica médica final de estos casos fue:

- Grupo 1. Baja probabilidad de abuso en 27 casos (73%): no abuso en 24 casos (64,9%), y compatible en 3 casos (8,1%).

- Grupo 2. Alta probabilidad de abuso en 10 casos (27%): muy probable en 8 casos (21,6%), y contacto sexual seguro en 2 casos (5,4%).

En el grupo de no abuso estaban tres de los niños con hallazgos físicos en urgencias (condilomas, eritema vulvar y vulvovaginitis) que se atribuyeron a otras causas diferentes del abuso. Entre los 10 diagnosticados de abuso, 2 presentaban rotura himeneal, y el resto, tenían una exploración física normal, pero el relato del menor tras la valoración psicológica fue considerado como creíble.

El 100% de los casos diagnosticados de abuso fueron niñas, con edades comprendidas entre los 4 y 16 años. Su edad media mostró una tendencia a ser superior a la del resto de pacientes estudiados (8,6 *versus* 6 años de los de sin diagnóstico; $p = 0,05$). Todos los agresores fueron hombres, principalmente familiares de las pacientes (Figura 3).

En el grupo 1, de los diagnosticados de no abuso, el porcentaje de familias separadas fue del 70,4%, mientras en el grupo 2, de los diagnosticados de abuso, lo fue del 60% ($p = NS$).

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre la conclusión de abuso y sexo del paciente, ni con la vía de llegada a urgencias, ni con la presencia de una exploración física normal, ni con la situación de separación de los padres (24% en los hijos de padres separados *versus* 33,3% en los que no lo eran). Tampoco se hallaron diferencias entre la frecuentación a urgencias en festivos y vísperas de padres separados o no.

Discusión

Este trabajo permite obtener una primera aproximación a la situación de las consultas por abuso

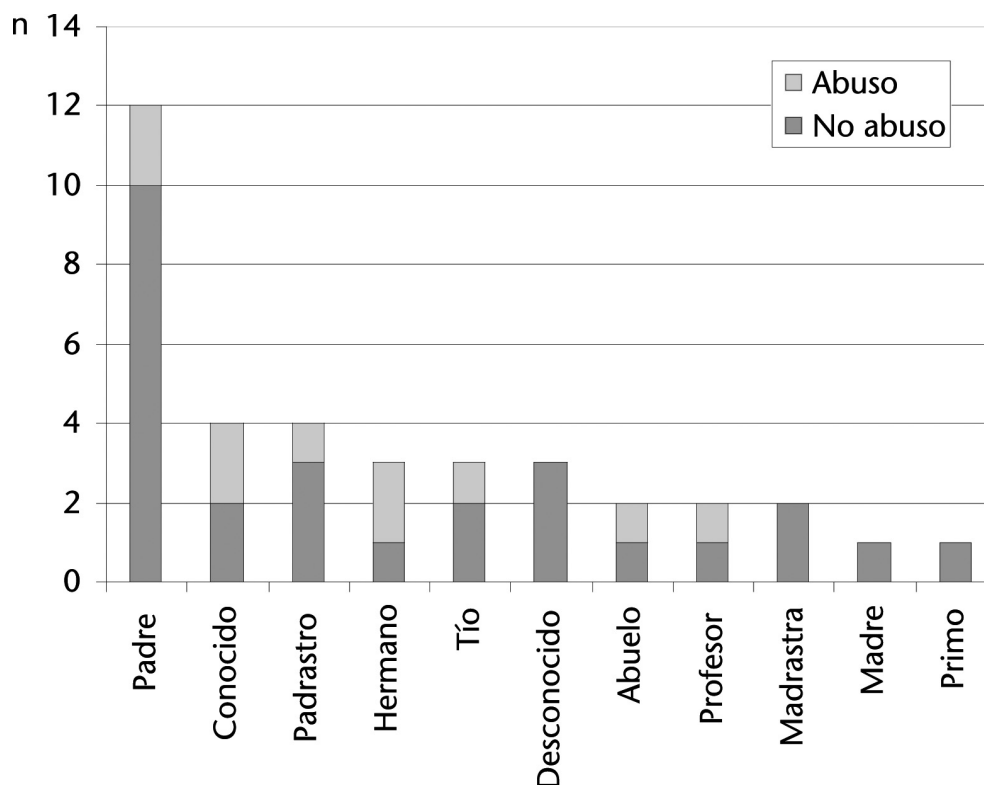


Figura 3. Relación entre el paciente y el presunto agresor, diferenciando la conclusión diagnóstica de abuso (n = 37).

sexual en los servicios de urgencias pediátricas de nuestro país. El número de visitas atendidas durante el periodo de estudio avalan la necesidad de protocolos bien establecidos para la valoración de este tipo de pacientes, así como de su difusión para el conocimiento de todos los pediatras.

El diagnóstico de abuso sexual es difícil, y más en niños, y la anamnesis es la principal fuente de información dado el escaso rendimiento de la exploración física (constatado en este estudio) y las pruebas complementarias^{2,5}. Cuando el abuso no es agudo, lo ideal es que la valoración sea realizada desde el primer momento por profesionales expertos en la materia, y evitar repetir preguntas y exploraciones para no perjudicar al niño. Generalmente la sospecha de abuso sexual se da en el marco de situaciones muy complejas, en las que se ve envuelto el niño, su familia y sus circunstancias, y es imprescindible una valoración por equipos multidisciplinarios. En estos equipos, además de pediatras y psicólogos, los trabajadores sociales tienen un papel fundamental⁶, y son claves en la acogida y acompañamiento de las familias durante el estudio, en la evaluación socio-familiar del paciente y en la coordinación de profesionales externos. El diagnóstico final no es fruto del criterio de un único profesional, sino de un acuerdo consensuado tras la valoración de los diferentes especialistas. Toda esta valoración requiere de un tiempo y tipo de personal del que los servicios de urgencias no disponen. Por tanto, dada la frecuencia de consultas por abuso sexual, deben tener la posibilidad de derivar a los pacientes a unidades especializadas para asegurar su valoración, unidades a dónde deberían remitirse también los niños con sospecha de abuso sexual de otros centros, y evitar de esta manera consultas inapropiadas a los servicios de urgencias (21% de la muestra) ya de por sí saturados.

En este trabajo se observa que la mayoría de consultas en urgencias fue por sospechas de abuso no agudo, por lo que el médico de urgencias actuó únicamente de enlace entre la familia y la UFAM. Ésta, tras una primera visita, pudo constatar que un 10,4% de los niños ya estaban siendo estudiados en otros centros por el mismo motivo, dato de gran interés, puesto que su detección evitó duplicar valoraciones perjudiciales para el menor implicado. Destaca que la mayoría de estas consultas, así como las que se catalogaron de "sin fundamento" y de "no abuso", afectaban a hijos de padres separados en una proporción muy superior a la existente en nuestra sociedad, estimada en el 30%^{7,8}, lo que hace suponer que en muchos casos fueron utilizadas con fines no relacionados

con el niño, sino con el litigio de los mayores. Este hecho respalda la intervención cauta³ de los profesionales en urgencias, que deben evitar dar diagnósticos apresurados y entrar en la polémica de los progenitores. Así como pudo confirmarse un elevado porcentaje de consultas en hijos de padres separados, no pudo constatarse que éstas se concentraran más en festivos o periodos vacacionales; o bien este dato era simplemente una apreciación subjetiva de los médicos de urgencias, o bien, el pequeño tamaño de la muestra y el corto periodo de tiempo estudiado no permitieron demostrarla.

Cuando analizamos los casos en que la UFAM emitió un diagnóstico, se observa que en casi una tercera parte se respaldó la sospecha de abuso y que todos fueron en niñas. El predominio de abusos en paciente de sexo femenino es una constante en diferentes series^{3,9,10}, y las edades entre las que se detectan, solapables. Así mismo, los agresores fueron en su mayoría conocidos de las víctimas, todos varones, hecho también descrito por otros autores³. Sin embargo, si se compara la proporción de consultas por abuso confirmadas al diagnóstico con otro estudio realizado en la misma UFAM³, se observa que es muy inferior (27% versus al 45%) mientras que la proporción de padres separados, superior (67,6% versus 46%). Cabe preguntarse, como se insinúa previamente, si estos dos hallazgos están relacionados; si son los conflictos entre los padres los que facilitan la emisión de sospechas infundadas, y éstas son más frecuentes en urgencias por la premura en obtener un informe más que en averiguar la situación del menor.

En conclusión, podemos destacar los siguientes puntos. Las características propias de las visitas en urgencias hacen difícil llegar al diagnóstico definitivo en muchas ocasiones. En general son consultas que no requieren de actuación inmediata. Estas consultas pueden presentarse cualquier día de la semana y es imprescindible la actuación coordinada con unidades multidisciplinarias especializadas para evitar duplicar estudios y determinar la certeza de las sospechas. Éstas se confirman en prácticamente un tercio de los pacientes. Las niñas son las principales víctimas y, el agresor, una persona cercana en la mayoría de ocasiones. La mayor frecuencia de consultas por abuso sexual en hijos de padres separados no se refleja en un mayor número de diagnósticos, sin embargo el médico de urgencias debe ser cauto y asegurar el estudio y seguimiento de todos los casos.

Bibliografía

- 1 Pou Fernández J. Abuso sexual en el Servicio de Urgencias. En: Tratado de urgencias de pediatría. Madrid: Ediciones Ergon, 2005; p. 767-72.
 - 2 Kellogg N, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics* 2005;116:506-12.
 - 3 Pou Fernandez J, Ruiz Espana A, Comas Masmitja L, Petitbo Rafat MD, Ibanez Fanes M, Bassets Marill J. Abuso sexual. Experiencia en una unidad funcional de abusos a menores. *An Esp Pediatr* 2001;54:243-50.
 - 4 Pou J, Comas L, Ruiz A, Arimany J. Abús sexual: procediment assistencial i mèdico-legal al servei d'urgències. *Pediatría Catalana* 2000;60:1-8.
 - 5 American Academy of Pediatrics. Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: Subject review. *Pediatrics* 1999;103:186-91.
 - 6 Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García E, Ruiz Díaz MA, Esteban J. Niños maltratados. El papel del pediatra. *An Esp Pediatr* 2000;52:548-53.
 - 7 Vallvé Ribera J. Las familias hoy: políticas familiares. Resumen de la ponencia realizado por el equipo de redacción del Ámbito María Corral el 12 de noviembre de 2001. En: <http://www.ua-ambit.org/jornadas2001/ponencias/j01-jovan-vallve.htm> [Consulta: 07 de octubre de 2006].
 - 8 Houle R, Solsona M, Treviño R. Divorcio y trayectorias familiares post-ruptura. ¿un fenómeno nuevo? [en línea]. <http://www.ced.uab.es/publicacions/PapersPDF/Text184.pdf#search=%22divorcios%20en%20catalunya%22> [Consulta: 07 de octubre de 2006].
 - 9 Moghal NE, Nota IK, Hobbs JC. A study of sexual abuse in an Asian community. *Arch Dis Child* 1995;72:346-7.
 - 10 Halpering DS, Bouvier P, Rey H. A coeur a contre-corps. Reghards pluriels sur les abus sexuels d'enfants. *Ginebra: Médecine et Hygiène* 1997;53-63.
-

Child sexual abuse. Patient characteristics and management from the emergency department

Trenchs Sainz de la Maza V, Curcoy Barcenilla AI, Ortiz Rodríguez J, Macías Borrás C, Comas Masmitja L, Luaces Cubells C, Pou Fernández J

Background: Family conflicts may be one of the reasons for the increase in visits for suspected child sexual abuse in Emergency Departments. The aim of the study was to report the characteristics of the children who present to Emergency Department with suspected sexual abuse.

Methods: Retrospective review of all the children evaluated for suspected sexual abuse in the Emergency Department during the first seven months of 2004.

Results: A total of 48 patients were attended two for acute sexual abuse. The mean age was 6.8 years (SD 3.6 years), 42 were girls. Physical examination was normal in 85.4%. The study was completed in the Multidisciplinary Abuse Unit in 37 patients; 25 of when had divorced parents. In 10 girls sexual abuse was established. All rapists were men, mainly relatives of the children. No differences were found in the diagnoses of abuse, patient sex, normal physical examination or the divorced state of the parents.

Conclusions: Confirmation of suspected sexual abuse in the Emergency Department is difficult. Most cases do not require immediate intervention and cooperation with a Multidisciplinary Abuse Unit is necessary. One third of child abuse suspicions are confirmed. The victims are mainly girls and the aggressors are usually persons close to the children. [Emergencias 2008;20:173-178]

Key words: Sexual child, abuse. Emergency Department. Violence.