

Admisión hospitalaria por abuso sexual infantil. Centro Hospitalario Pereira Rossell 2010–2014

Admission to hospital due to child sexual abuse. Pereira Rossell Hospital Center 2010 - 2014

Carolina Veirano¹, Carlos Zunino², Soledad Pandolfo³, Alejandra Vomero³, Juan Guerrero¹, Laura Gurin¹, Loreley García⁴, Walter Pérez⁵

Resumen

Introducción: el abuso sexual (AS) de niñas, niños y adolescentes (NNA) constituye un problema relevante, cuya detección ha aumentado en los últimos años.

Objetivos: describir las características epidemiológicas del AS en NNA que egresaron del Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell (HP-CHPR) y conocer la conducta adoptada en relación a la norma impulsada por el Ministerio de Salud en casos de AS agudo.

Metodología: estudio descriptivo, retrospectivo que incluyó a los menores de 15 años con diagnóstico de AS al egreso de cuidados moderados del HP-CHPR desde junio de 2010 a junio de 2014.

Resultados: se incluyeron 156 pacientes, media de edad 8,1 años, 78% sexo femenino. La media de estadía hospitalaria fue de 8,3 días. El AS fue intrafamiliar en 54%, siendo el responsable más frecuente la pareja de la madre. El 48% fueron

episodios reiterados. El 25% fueron AS agudos. El 71% presentaba uno o más factores de riesgo. Se constataron signos específicos de AS en el 20% de los casos e inespecíficos en el 38%. El 45% de las historias incluía el registro de denuncia judicial. En los casos de AS agudo se evaluó el cumplimiento del tratamiento antirretroviral profiláctico, de la toma de muestras exudado vaginal, rectal u oral, la cobertura para ITS y la prevención del embarazo, que se cumplió irregularmente.

Conclusiones: el tipo de abuso más frecuente fue intrafamiliar, reiterado y dirigido a niñas y adolescentes de sexo femenino y no presentaban elementos específicos de abuso. La norma recomendada para AS agudo por el Ministerio de Salud se cumplió irregularmente.

Palabras clave: Abuso sexual infantil
Factores epidemiológicos

1. Residente Pediatría. CHPR.

2. Asistente Clínica Pediatría. Asistente Unidad Académica de Bioética. Facultad de Medicina. UDELAR.

3. Prof. Adj. Clínica Pediatría. Facultad de Medicina. UDELAR.

4. Prof. Agda. Clínica Pediatría. Facultad de Medicina. UDELAR.

5. Prof. Clínica Pediatría. Facultad de Medicina. UDELAR.

Hospital Pediátrico. CHPR.

Trabajo inédito.

Declaramos no tener conflictos de intereses.

Estudio aprobado por Comité de Ética CHPR.

Fecha recibido: 19/07/2016

Fecha aprobado: 26/06/2017

Summary

Introduction: *childhood and adolescent sexual abuse (CSA) is a relevant problem that has increased in recent years.*

Objectives: *to describe the epidemiological characteristics of childhood and adolescent sexual abuse (CSA) of patients who were discharged from the Pereira Rossell Hospital Center (CH-PRHC) and to learn about the behavior adopted in connection with the recommendations by the Ministry of Health in cases of severe SA.*

Method: *descriptive, retrospective study including children and adolescents younger than 15 years old diagnosed with SA who were released from intermediate care at the CH – HPRC between June 1, 2010 and May 30, 2014.*

Results: *n = 156, mean age 8.1 years old, 78% female. Average hospital stay was 8.3 days. In 54% of cases somebody within the family was responsible for the SA, the mother's partner being the most frequent one; repeated episodes 48%; oral, vaginal and/or anal penetration 6%; 25% of cases were severe; 71% of cases evidenced one or more risk factors; specific signs of SA were found in 20% of cases, being these non-specific in 38% of them. 45% of medical records proved there had been a police report. In the cases of severe SA, fulfilment of prophylactic antiretroviral treatment, taking of vaginal, rectal or oral samples, STD coverage and prevention of pregnancy was assessed.*

Conclusions: *the most frequent kind of sexual abuse was intrafamily child sexual abuse (CSA), which occurred more than once and happened to girls and female adolescents, who did not present abuse-specific elements. There was uneven observation of the recommendations by the Ministry of Health.*

Key words: Sexual child abuse
Epidemiologic factors

Introducción

El AS es una forma grave de violencia infantil. Constituye una severa violación a los derechos de los niños, niñas y adolescentes (NNA), en particular a sus derechos a la protección y al desarrollo contemplados en la

Convención sobre los Derechos del Niño⁽¹⁾. En los últimos años su prevalencia está en aumento en todo el mundo⁽²⁾. En Uruguay las situaciones de violencia que viven NNA incluyendo el AS, constituyen un problema muy relevante, advirtiéndose en los últimos años un aumento de las denuncias, lo que refleja también una mayor visualización de este problema a nivel social. El Sistema Integral de Protección a la Infancia y Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV) es un organismo estatal que enfrenta articuladamente la problemática de la violencia en su conjunto y específicamente la violencia dirigida contra niños, niñas y adolescentes mediante la gestión intersectorial e interinstitucional. En el año 2013 atendió 1319 situaciones de maltrato y abuso hacia NNA, lo que corresponde a tres nuevas situaciones diarias⁽³⁾. Durante el año 2014 se registraron 1728 denuncias, lo que representa casi 5 nuevas situaciones por día de maltrato y/o abuso sexual infantil, que corresponden a un incremento de 31% respecto al año 2013⁽⁴⁾.

El diagnóstico de abuso sexual constituye un desafío. Tanto el subdiagnóstico como el sobre-diagnóstico pueden ocasionar graves consecuencias, lo que requiere que el equipo de salud debe estar capacitado para el manejo de estas situaciones⁽⁵⁾. Es necesario evaluar cada caso en particular determinado su riesgo y adoptar la conducta acorde⁽⁵⁻⁷⁾. El AS puede determinar importantes daños psíquicos que perturban el desarrollo afectivo, moral y social con secuelas graves a largo plazo⁽⁸⁾. Además de estos gravísimos perjuicios, puede producir infecciones de transmisión sexual (ITS) de diversas etiologías prevenibles o tratables si se realiza de forma oportuna la profilaxis o el tratamiento postexposición en los casos indicados⁽⁹⁾. Los últimos estudios epidemiológicos publicados en esta institución son de 2005⁽¹⁰⁾.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo incluyendo a todos los menores de 15 años con diagnóstico de abuso sexual al egreso de cuidados moderados del HP-CHPR durante el período 1/6/2010 a 30/5/2014.

Para la selección de los casos se buscó en la base de datos informatizada del CHPR (Pediasis) los pacientes con diagnóstico primario al egreso con código CIE 10: Z61.4 (problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona dentro del grupo de apoyo primario) y Z61.5 (problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona ajeno al grupo de apoyo primario). Las variables analizadas desde la historia clínica fueron: edad, sexo, tipo de abuso, probable abusador, práctica sexual implicada, factores de riesgo para sufrir AS, signos y síntomas físicos específicos e inespecíficos de AS, conducta inicial adoptada y días de hospitalización. Se

utilizó la definición de abuso sexual infantil de la Academia Americana de Pediatría (AAP). La misma lo considera como *la práctica de un contacto físico o visual, cometido por un individuo en un contexto sexual; con violencia, engaño, o seducción, ante la incapacidad del niño de consentir en virtud de su edad y diferencia de poder*. Se incluyeron todas las formas de abuso consideradas en las guías del Comité de abuso y negligencia infantil de la de la AAP⁽⁹⁾.

Se consideró AS intrafamiliar al incesto en todas sus formas y al de cualquier allegado aun sin vínculo familiar sanguíneo⁽¹¹⁾. Se consideró intradomiciliario cuando el abusador convivía con la víctima. Se trató de un episodio agudo cuando ocurrió durante las 72 horas previas a la consulta⁽¹¹⁾.

Los factores de riesgo considerados fueron: *retardo del desarrollo, disfunción familiar, falta de un referente familiar, presencia de personas en el hogar sin parentesco*^(12,13). En este trabajo se consideró disfunción familiar si existían divorcios controvertidos, violencia intrafamiliar y cambios próximos en la composición familiar⁽¹³⁾.

Se consideraron síntomas y signos físicos específicos a las infecciones de transmisión sexual y el embarazo. Los síntomas y signos inespecíficos considerados fueron anorexia, dolor abdominal, enuresis, disuria, encopresis, flujo vaginal, supuración uretral, dolor rectal. Los trastornos de la conducta evaluados fueron: conocimiento inapropiado del comportamiento sexual adulto, masturbación compulsiva, curiosidad sexual exagerada, miedos excesivos, fobias, terrores nocturnos, fugas, comportamiento agresivo, intento de autoeliminación y cambios bruscos de conducta⁽¹⁴⁾. La existencia del *relato espontáneo* por parte del NNA fue considerado en algunos casos como un elemento sugestivo de abuso, sin embargo, el testimonio (como prueba que sirve para confirmar la verdad o la existencia de una cosa) es un hecho infrecuente, sobre todo si se trata de abuso intradomiciliario. La espontaneidad puede disiparse ante la reiteración del interrogatorio, sobre todo en casos de reiterada negación de la víctima; o corresponder a respuestas inducidas, adoctrinamiento por parte de adultos o a la necesidad de complacer a la autoridad, representada en estos casos por el equipo de salud⁽¹⁴⁾.

De los múltiples aspectos del abordaje multidisciplinario que se realizan habitualmente en los pacientes que sufren abuso sexual, solo se incluyeron en este trabajo los aspectos epidemiológicos y aquellos sugeridos por la norma del Ministerio de Salud del año 2007 con el fin de valorar su cumplimiento. No se incluyeron los abordajes psicológicos ni sociales que formaron parte del apoyo a los pacientes y su entorno familiar más cercano. Se des-

taca que durante la internación de estos pacientes se realizó el abordaje de salud mental y trabajo social en todos ellos.

Los aspectos de la norma de salud pública considerados incluyeron:

- Test de embarazo y prevención del mismo considerando en aquellas adolescentes de sexo femenino mayores de 12 años.
- Tratamiento antirretroviral profiláctico.
- Extracción de muestras para estudio de ITS, (exudado oral, vaginal y/o rectal).
- Cobertura para *Treponema pallidum*, *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Gardnerella vaginalis* y *Trichomonas vaginalis*.

Las variables cuantitativas se expresaron con medias y rangos. Las variables cualitativas se describieron en frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Para el análisis de los datos se utilizó EPI INFO 7.0.

El estudio fue autorizado por la Dirección del HP-CHPR y aprobado por el Comité de ética de esta institución. Se tomaron los recaudos necesarios para anonimizar los datos.

Resultados

En la base de datos se encontraron 169 NNA con diagnóstico al egreso de abuso sexual, (3,7 cada 1000 egresos en el período de estudio). Se incluyeron 156 pacientes. Se descartaron 13 casos por falta de historia clínica.

La media de edad fue 8,1 años (rango 1-14). El 37% (58 casos) eran mayores de 10 años y se consideraron adolescentes. El 78% eran de sexo femenino. En la tabla 1 se muestra la distribución de los casos según tipo de abuso.

De los casos donde constaba el dato, el 60% (75/124) fueron AS intradomiciliarios de los cuales el 37% (46) constituyeron episodios reiterados. El 40% fueron abusos intradomiciliarios. En el 37% de los casos extradomiciliarios el abusador era conocido de la familia de la víctima. En el 71% existía el registro de algún factor de riesgo para sufrir abuso sexual (tabla 2).

En el 35% de los casos se consignó el relato del abuso por parte del niño. El 16% presentó una ITS. La tabla 4 describe la etiología de las ITS. En ningún caso se halló transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana ni hepatitis B.

El 38% (59 pacientes) presentaba síntomas considerados inespecíficos, siendo los más frecuentes los cambios de conducta (tabla 5).

El registro de denuncia judicial estaba presente en el 45% de los casos. La media de estadía hospitalaria fue de 8.3 días (rango 1-88 días).

Tabla 1. Distribución según tipo de abuso y abusador. (N=156)

	Abusador	n (%)
Intrafamiliar n=84	Padrastra	29 (34,6%)
	Padre	16 (19%)
	Hermano	13 (15,5%)
	Tío	13 (15,5%)
	Abuelo	11 (13%)
	Abuela	1 (1,2%)
	No se registra	1 (1,2%)
	Total	84 (100%)
Extrafamiliar n= 52	Abusador desconocido	32 (61,5%)
	Abusador conocido	20 (38,5%)
	Total	54 (100%)
Sin registro n = 20		

Tabla 4. Aislamientos de las muestras de exudados vaginal, oral y/ rectal. (N= 25)*

Etiología de infección de transmisión sexual	n (%)
<i>Chlamydia trachomatis</i>	18
Virus del papiloma humano (VPH)	6
<i>Treponema pallidum</i>	4
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	3

* En seis pacientes se aisló más de un germen.

Del total de casos estudiados, el 25% fueron clasificados como abusos agudos, de los cuales el 80% eran de sexo femenino. En la tabla 6 se describe la conducta inicial en estos casos y su adecuación a la norma del Ministerio de Salud en ese momento

Discusión

El abuso sexual en NNA presenta características distintas del adulto. En esta serie la mayoría de las víctimas eran niñas o adolescentes de sexo femenino, que sufrieron abusos reiterados, intradomiciliarios y perpetrados por personas conocidas. La mayoría de las prácticas sexuales no implicaron penetración. La mayoría consultó luego de varios días luego del abuso (más de 72 horas) y

Tabla 2. Factores de riesgo. (N=156)*

Factores de riesgo	n (%)
Retardo mental	29 (18%)
Disfunción familiar	73 (46%)
Falta de referente	17 (10%)
Presencia extraños en hogar	34 (21%)
Otros	32 (20%)
Sin registro	45 (28%)

Hay NNA que tienen más de un factor de riesgo.

Tabla 3. Síntomas y signos específicos de abuso. (N=156)*

Hallazgo	%
ITS	25 (16%)
Lesiones genitales	5 (3%)
Gravidez	1 (1%)
Sin registro	77 (49%)

Tabla 5. Síntomas y signos inespecíficos de abuso. (N=156)*

Síntoma y/o signo inespecífico	n (%)
Cambios en la conducta	50 (32%)
Enuresis	6 (4%)
Encopresis	3 (2%)
Sin registro	104 (64%)

* Algunos NNA tienen más de un síntoma y/o signo inespecífico registrado.

no presentaban estigmas en el examen físico. Este patrón predominante coincide con datos nacionales e internacionales⁽¹⁰⁾.

Las niñas sufren la violencia sexual con mayor frecuencia que los niños y su mayor vulnerabilidad es en gran parte producto de la influencia de relaciones de poder basadas en el género establecidos en la sociedad⁽¹⁵⁾. En esta revisión de casos, el 28% de las víctimas eran de sexo masculino lo que corresponde a un porcentaje simi-

Tabla 6. Conducta inicial en los abusos agudos (N: 39)

Conducta inicial	Sí	No	Sin registro	Observaciones
Tratamiento antirretroviral profiláctico	9	18	12	Correspondía en 22 casos
Muestras exudado vaginal, rectal u oral	39	0	0	
Cobertura para <i>Treponema pallidum</i> , <i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Gardnerella vaginalis</i> y <i>Trichomonas vaginalis</i> .	16	12	11	
Prevención del embarazo	6	3		Correspondía en 9 casos

lar al destacado por SIPIAV que según el informe del año 2015 el abuso es tres veces más frecuente en la mujer⁽⁴⁾. En general existe una relación de desigualdad en las relaciones de poder que lleva al AS, siendo las mujeres y NNA debido a su situación de mayor vulnerabilidad. En oportunidades los adultos plantean los maltratos “como una forma de educación o como necesarios para el desarrollo sano de la sexualidad de las víctimas”⁽¹⁶⁾. Esto puede ser uno de los motivos de la postergación en manifestar el abuso, perpetuando la violencia. Cuando el AS es extra domiciliario es más frecuente que se trate de un episodio único, como se advirtió en esta serie.

El diagnóstico de AS no es sencillo. La mayoría de las situaciones de AS no incluyen penetración vaginal o anal, aunque el examen físico normal tampoco lo descarta completamente^(14,17). En esta serie el 9% incluía penetración durante el abuso. La historia clínica que incluya una entrevista completa y examen físico exhaustivo es un pilar para la valoración diagnóstica. En todos los casos la historia debe incluir los factores de riesgo reconocidos como signos y síntomas específicos e inespecíficos de abuso⁽¹⁸⁾. En este estudio se encontraron omisiones en el registro de algunas de las variables estudiadas. Para mejorar esta situación se requiere mayor capacitación del equipo de salud en esta área. La elaboración de una historia clínica codificada específica podría mejorar la calidad de los registros clínicos.

Un elemento que permite la orientación diagnóstica es el hallazgo de una ITS⁽¹⁴⁾. Muchas de las ITS presentan otras formas de transmisión diferente a la sexual, por lo que su especificidad como signo de AS es variable y no alcanza con el diagnóstico etiológico. Las ITS de mayor especificidad son sífilis, gonorrea y clamidiasis, que fueron las identificadas con mayor frecuencia en este estudio. Otras clasificaciones, agrupan a las diferentes ITS según la probabilidad de haber sido ad-

quiridas o no por contacto sexual⁽¹⁴⁾. La adquisición de una ITS secundaria a un abuso sexual depende de muchos factores como la prevalencia de estas enfermedades en la población, el tipo del contacto físico, injurias a nivel del tracto genital, el grado de maduración sexual de la víctima y la contagiosidad de cada germen⁽¹⁷⁾. Los NNA que sufren AS están en riesgo de contraer ITS, incluyendo la infección por el VIH⁽¹¹⁾. Aproximadamente, cinco de cada cien que sufren AS adquieren una ITS como resultado de la agresión^(7,17,18). En esta serie el porcentaje fue mayor (16%). El aislamiento más frecuente fue *Chlamydia spp* como lo describe la literatura^(7,17). El profesional que asiste a NNA debe estar alerta a los elementos inespecíficos que orienten a un probable abuso. En esta serie los trastornos de la conducta fueron los más encontrados. Estos son signos de alarma de gran jerarquía. El abuso sexual constituye un intenso trauma psíquico con consecuencias devastadoras en la estructuración de la personalidad y con efectos a largo plazo. Es común que muchos casos de AS salgan a la luz durante el tratamiento psicológico de trastornos de conducta, si son adecuadamente abordados^(11,19). Es importante identificar los factores de riesgo para sufrir abuso. Los encontrados con mayor frecuencia en esta serie fueron: retraso en el desarrollo, disfunción familiar y presencia de extraños en los hogares. Todo factor que anule al niño como sujeto de necesidades y conflictos, representa un factor de riesgo para AS, incluyendo las discapacidades y el desamparo afectivo. Las circunstancias familiares disfuncionales generan desprotección emocional⁽¹³⁾. A pesar de que este estudio se realizó en un solo centro asistencial, lo que constituye un sesgo por la alta frecuencia de situaciones de vulnerabilidad social, la desprotección emocional es una característica que puede ocurrir en cualquier estrato socioeconómi-

co. Las situaciones de AS se presentan en todas las clases socioeconómicas del entorno de NNA⁽¹³⁾. En los abusos agudos se requiere tomar algunas conductas iniciales para disminuir los riesgos y daños que pudo haber causado el abuso.

En este trabajo se utilizó la pauta del año 2007 para evaluar el manejo inicial en los abusos agudos, la que fue actualizada en 2015 luego de finalizado el periodo del presente estudio.

La profilaxis con antibióticos para ITS en los niños que sufren abuso sexual antes de la pubertad es controvertida. Algunos autores la recomiendan basándose en que se ha demostrado el riesgo de infección en estos niños. Quienes no la recomiendan argumentan que la incidencia de ITS en niños prepúberes es baja y el riesgo de diseminación al tracto genital superior en una niña es poco considerable. La profilaxis no es discutida luego de la pubertad sobre todo si consultan dentro de las 72 horas tras la agresión⁽¹⁸⁾. El MSP recomienda su uso a todas las edades. En esta serie se realizó exudados en busca de ITS en todos los casos, pero no a todos se le realizó la profilaxis o el tratamiento pautado. Es importante que los pacientes cuenten con el resultado de los exudados al egreso o durante el seguimiento post alta en el primer nivel de atención. Uno de los puntos críticos al analizar pautas para prevención de ITS es la prevención del contagio del VIH. La incidencia de niños que adquieren VIH debido a abuso sexual es discutida, aunque existen datos publicados que alertan sobre la misma^(20,21). En este estudio no se halló ningún caso de transmisión de VIH. En caso de abuso sexual único en niños el riesgo de transmisión es desconocido, pero se cree que es mayor que en los adultos, debido al mayor trauma de la mucosa, la inmadurez y el epitelio vaginal fino^(21,22). La transmisión luego de un único contacto sexual en el que existe intercambio de secreciones y/o sangre es bajo, pero no es nulo; en caso de exposición sexual receptiva pene-ano es entre el 0,1 y el 3% y en caso de exposición sexual vaginal receptiva entre el 0,1 y el 0,2% y el riesgo es aún menor si la exposición es oral receptiva^(18,21,23).

La profilaxis post exposición (PEP) de VIH es una forma de prevención secundaria para reducir el riesgo de transmisión, que está bien establecida para la exposición ocupacional y la misma ha sido bien aceptada en la exposición no ocupacional, como el abuso sexual. La utilización de PEP puede prevenir la infección por VIH, pero hay datos limitados en cuanto a su uso en niños. Según el CDC se debe utilizar profilaxis posexposición dentro de las 72 horas post AS, idealmente antes de las 2 horas⁽²²⁾ ajustando según el riesgo de exposición. La realización de PEP debe ser discutida para ca-

da caso particular y si es aceptada requiere tratamiento durante 28 días, con diversas drogas⁽²⁴⁾. Los efectos adversos deben ser explicados, la mayoría pueden ser manejados y raramente son severos. La decisión de realizar PEP debe manejar riesgo y beneficios de la misma⁽²⁴⁾. En el caso de AS sobre niñas o adolescentes que ya tuvieron su menarca, debe prestarse atención al riesgo de embarazo. En este sentido, las situaciones que requieren intervención inmediata son: las agresiones ocurridas en menos de 72 horas, los casos de AS crónico con la última agresión en las últimas 72 horas, casos donde existe riesgo de perder pruebas, aparición reciente de síntomas sugestivos y la necesidad de instaurar un tratamiento inmediato. En esta serie se consideró en todos los casos que correspondía la profilaxis del embarazo o la realización de test de embarazo en mayores de 12 años. Sin embargo se considera oportuno realizarlo en todas aquellas adolescentes con Tanner 3 o mayor como se indica en la pauta actual. Este dato no es registrado con frecuencia en las historias clínicas lo que no permitió considerarlo. También es importante individualizar su indicación según la práctica sexual y uso de métodos anticonceptivos. Se considera también pertinente realizarla si existen dudas de lo sucedido.

La atención terapéutica de las víctimas de AS debe abordar además del tratamiento de las lesiones físicas y de la patología infecciosa, todos los problemas psicológicos y sociales derivados de este. Se debería realizar un estudio prospectivo para evaluar cumplimiento de nueva pauta que promueve el MSP desde hace menos de un año.

Frente a la sospecha de AS se debe decidir si el NNA requiere hospitalización. Existen dos indicaciones claras de ingreso hospitalario: injuria severa que requiera tratamiento y hogar inseguro⁽¹¹⁾, por lo que es importante recabar el dato de si el abuso es intra o extra domiciliario. La denuncia es un punto crucial durante el proceso asistencial de estos NNA. Según el estudio de Russell y Bolen, la mayoría de las víctimas de abuso nunca lo denuncian⁽¹¹⁾. Sin embargo luego de evaluada la situación deberá realizarse la denuncia si los responsables del NNA no la hicieran. En el presente estudio, se encontró registro de la denuncia en menos de la mitad de los casos. Se debe incorporar este aspecto a la asistencia integral de las situaciones de abuso. La denuncia, junto con la intervención del equipo de salud, cumple una función protectora frente al riesgo actual en que se encuentra el paciente y preventiva al evitar nuevos daños⁽¹³⁾. Se debe realizar en el momento oportuno y no apresurarse evitando generar mayores daños.

La hospitalización deberá ser lo más corta posible. Cuanto menor tiempo de hospitalización exista, será menos perjudicial. La internación puede en ocasiones

ser considerada como un castigo por haber relatado el hecho de AS. Asimismo puede ser interpretada por los padres como que son incapaces de cuidarlos⁽¹¹⁾. En esta serie el tiempo medio de estadía hospitalaria fue 8,3 días, mayor a la hallada en el estudio nacional del año 2005⁽¹⁰⁾. Sería de interés estudiar los motivos que expliquen este aumento de días en la estadía hospitalaria. Se debe jerarquizar el seguimiento extrahospitalario y utilizar las redes sociales disponibles.

El abuso sexual debe reconocerse como un problema de salud con un impacto perjudicial y estigmatizante en la calidad de vida de quienes lo sufren, y que debe prevenirse a través de estrategias de salud pública. Es necesario la implementación de medidas que apunten a la sensibilización masiva, prevención y detección temprana de dichas situaciones. Se trata de un evento complejo que sólo puede ser abordada por un grupo interdisciplinario con conocimiento en el tema, para no incurrir en largas hospitalizaciones, tratamiento innecesario y mal conducido, que pueden causar iatrogenia y vulnerar los derechos de los NNA. Es fundamental la formación de recursos humanos que logren identificar y abordar de forma oportuna los casos de sospecha de abuso sexual de manera dirigida hacia la población infantil.

Conclusiones

La variante más frecuente de AS fue el dirigido a niñas y adolescentes de sexo femenino, intrafamiliar y reiterado.

En la mayoría de los casos no existen síntomas o signos específicos de abuso. Entre los elementos inespecíficos, los cambios en la conducta fueron los más frecuentes.

La disfunción familiar, el retraso en el desarrollo y la presencia de extraños en el hogar fueron factores de riesgo frecuentes en esta serie.

La norma recomendada por el Ministerio de Salud para los casos de abuso agudo se cumplió en forma irregular.

Referencias bibliográficas

1. Ley N° 17.823. Código de la Niñez y Adolescencia. Publicada D.O. 14 set/004, Nro. 26586. Disponible en: www.parlamento.gub.uy/leyes/ley17823.htm. [Consulta: 12 marzo 2016].
2. **Jiménez MT, Aragón J, Hurtado F, Loño J.** Abuso sexual infantil: desafío multidisciplinar. Un abordaje integral del problema para mejorar su detección y la atención a la víctima. *Acta Pediatr Esp* 2013; 71(10):302-14.
3. **Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay.** Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia: informe de gestión 2013. Montevideo: SIPIAV, 2014. Disponible en: <http://www.inau.gub.uy/index.php/component/k2/item/1944-sipiav> [Consultado: 12/3/16].
4. **Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay. Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia.** Informe de gestión 2014. Montevideo: SIPIAV, 2015. Disponible en: <http://www.inau.gub.uy/index.php/component/k2/item/1944-sipiav>. [Consulta: 12 marzo 2016].
5. **Vivas S, Satriano R, Lojo R.** Abuso sexual. En: Bello O, Sehabiague G, Prego J, De Leonardis D. *Pediatría: urgencias y emergencias*. 3 ed. Montevideo: Bibliomédica, 2009: 1251-60.
6. **Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia.** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Mapa de ruta para la prevención y la atención de situaciones de maltrato y abuso sexual infantil en el sector salud. Montevideo: MSP, 2009. Disponible en: http://www.bibliotecaunicef.org/doc_num.php?explnum_id=27 [Consulta: 12 marzo 2016].
7. **Jenny C, Crawford JE; Committee on Child Abuse and Neglect; American Academy of Pediatrics.** The evaluation of children in the primary care setting when sexual abuse is suspected. *Pediatrics* 2013; 132(2):e558-67. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/132/2/e558.full.pdf>. [Consulta: 12 marzo 2016].
8. **Green A.** The impact of physical, sexual and emotional abuse. In: Noshpitz JD. *Handbook of children and adolescent psychiatry*. New York: John Wiley & Sons, 1997:202-12.
9. **American Academy of Pediatrics. Committee on Child Abuse and Neglect.** Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. *Pediatrics* 1999; 103(1):186-91. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/103/1/186.full.pdf> [Consulta: 12 marzo 2016].
10. **Bellinzona G, Decuadro M, Charczewski, Rubio M.** Maltrato infantil y abuso sexual: análisis retrospectivo de las historias clínicas de niños internados en el Centro Hospitalario Pereira Rossell en el período 1/1998-12/2001. *Rev Méd Urug* 2005; 21(1):59-67.
11. **Ludwig S.** Abuso sexual, manejo en la emergencia pediátrica. *Arch Pediatr Urug* 2001; 72(Supl 1):S45-54.
12. **Sociedad Argentina de Pediatría. Comité de Salud Mental. Grupo de Trabajo sobre Violencia Familiar.** ¿Qué hacer cuando se sospecha que un niño es abusado sexualmente? *Arch Argent Pediatr* 2007; 105(4):357-67. Disponible en: <http://sap.org.ar/docs/profesionales/consensos/v105n4a14.pdf> [Consulta: 12 marzo 2016].
13. **Rodríguez H.** Evaluación médico/legal del abuso sexual infantil: revisión y actualización. *Cuad Méd Forense* 2010; 16(1-2):99-108. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfv/v16n1-2/revision10.pdf> [Consulta: 12 marzo 2016].
14. **Agencia de Comunicación para la Infancia y la Adolescencia Voz y Vos. El Abrojo.** Niñez y adolescencia en la prensa escrita uruguaya: monitoreo de medios. Informe de resultados 2010-2013. Montevideo: Voz y Vos, 2014.
15. **Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.** Maltrato infantil: una dolorosa realidad puertas adentro. *Desafíos* 2009; (9):1-12. Disponible en: [http://www.unicef.org/lac/Boletin-Desafios9-CEPAL-UNICEF\(1\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Boletin-Desafios9-CEPAL-UNICEF(1).pdf). [Consulta: 12 marzo 2016].

16. **Batista M, Lacasa C, Navarro G.** Maltrato y abuso sexual en la infancia y adolescencia. Montevideo: Red Uruguaya contra la Violencia Doméstica y Sexual, 2013. Disponible en: <http://violenciadomestica.org.uy/publicaciones/Lib2%20Maltrato%20y%20Abuso-L.pdf>. [Consulta: 12 marzo 2016].
17. **García O, Mur A.** Abuso sexual en la infancia: prevención de las enfermedades de transmisión sexual. *An Pediatr*, 2001; 54(3):267-71.
18. **Goyal MK, Mollen C, Hayes K, Molnar J, Christian C, Scribano P, et al.** Enhancing the emergency department approach to pediatric sexual assault care: implementation of a pediatric sexual assault response team program. *Pediatr Emerg Care* 2013; 29(9):969-73.
19. **Rodríguez H.** Abuso sexual de niñas y niños. Montevideo: Bibliomédica, 2007:127-43.
20. **Schaaf H.** Human immunodeficiency virus infection and child sexual abuse. *S Afr Med J* 2004; 94(9):782-5. Disponible en: <http://www.ajol.info/index.php/samj/article/viewFile/134579/124212>. [Consulta: 12 marzo 2016].
21. **Ellis JC, Ahmad S, Molyneux E.** Introduction of HIV post-exposure prophylaxis for sexually abused children in Malawi. *Arch Dis Child* 2005; 90(12):1297-9.
22. **Benn P, Fisher M, Kulasegaram R; BASHH; PEPSE Guidelines Writing Group Clinical Effectiveness Group.** UK guideline for the use of post-exposure prophylaxis for HIV following sexual exposure (2011). *Int J STD AIDS* 2011; 22(12):695-708. Disponible en: <http://www.bhiva.org/documents/guidelines/pepse/pepse2011.pdf>. [Consulta: 12 marzo 2016].
23. **González V, Gutiérrez S, Quian J.** Profilaxis para evitar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana: protocolo de manejo frente a abuso sexual o accidente con agujas en niños y adolescentes. *Arch Pediatr Urug* 2014; 85(4):242-5.
24. **Centers for Disease Control and Prevention.** 2010 STD treatment guidelines. Atlanta, GA: CDC, 2010. Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/sexual-assault.htm#a2>. [Consulta: 11 noviembre 2014].

Correspondencia: Dr. Carlos Zunino.
Correo electrónico: careduzunino@gmail.com