



GUÍAS
CLÍNICAS
SVPP



GUÍAS
SVPP
CLÍNICAS

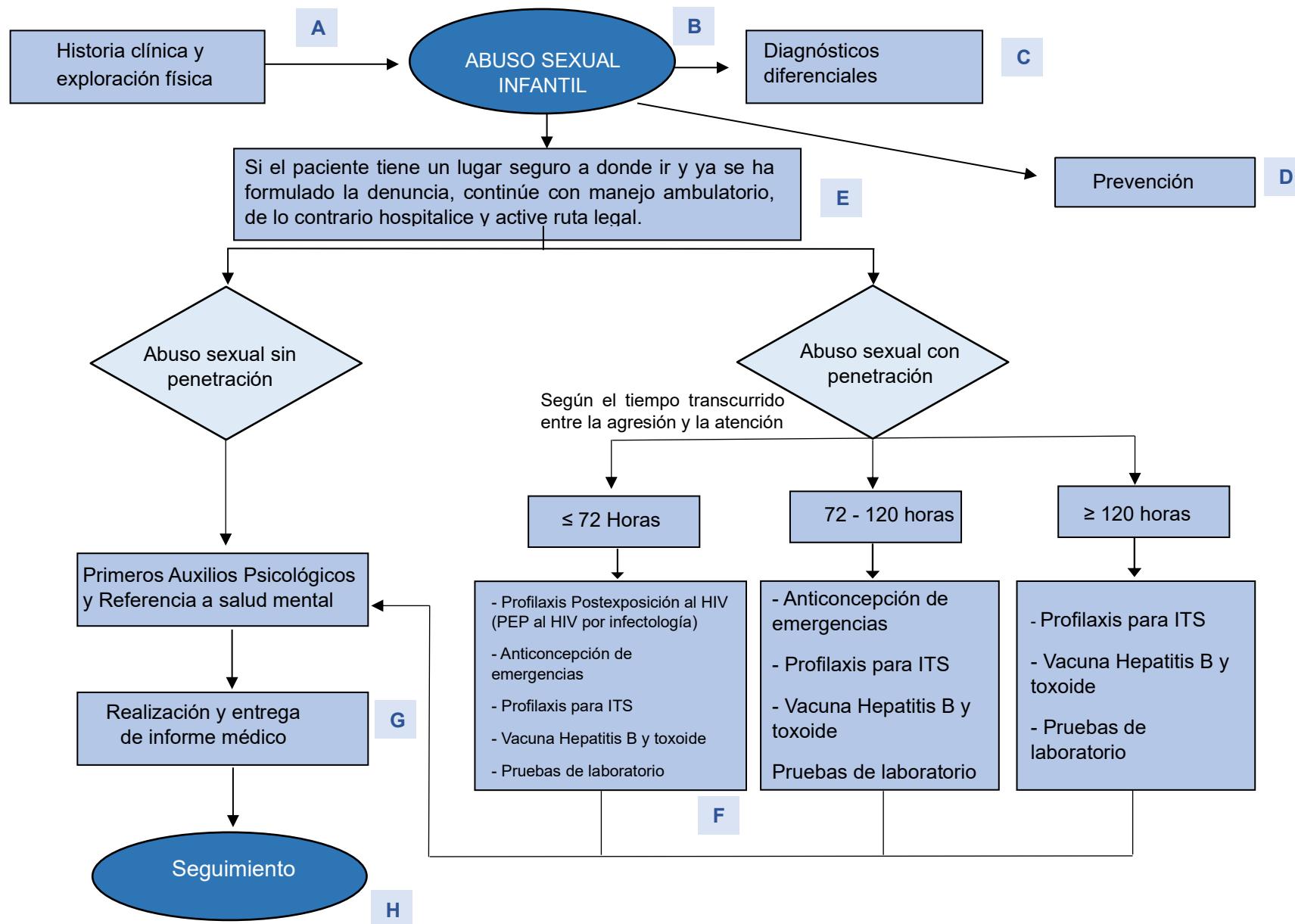
TITULO: Abuso Sexual Infantil

AUTOR

¹ Priscila Rodríguez Le Maitre

¹ Adjunto del servicio de Ginecología InfantoJuvenil del Hospital de Niños Dr. José Manuel de los Ríos. Caracas

Cómo citar este artículo: Rodriguez Le M P. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Abuso Sexual Infantil. 2025 (en línea) consultado el dd/mm/aaaa. Disponible en [en](#)





B: ABUSO SEXUAL INFANTIL

El abuso sexual infantil ocurre cuando un niño participa en actividades sexuales que no puede comprender, para las cuales no está preparado en su desarrollo y **no puede dar su consentimiento**. No se requiere resistencia física por parte de la víctima para demostrar la falta de consentimiento.

A: HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO

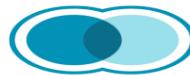
En la atención a víctimas de Violencia Sexual, se deben tener en cuenta los siguientes Principios Rectores:

- **Interés superior del niño/a:** Todas las decisiones deben priorizar la protección y el bienestar de la víctima.
- **Enfoque centrado en la víctima:** Respeto, empatía, escucha activa y evitación de la revictimización.
- **Confidencialidad y privacidad:** Protección estricta de la información de la víctima.
- **Trabajo en red y multidisciplinario:** Coordinación con servicios legales, psicosociales y de protección.
Contextualización: Adaptación a las limitaciones y recursos disponibles

La sospecha de Abuso Sexual en la infancia puede surgir a partir de algún hallazgo al examen físico o conductual, por lo cual es importante conocer los indicadores específicos e inespecíficos:

Indicadores físicos específicos:

- Desgarros recientes o cicatrices del himen.
- Diámetro del himen mayor que 1 cm.
- Desgarro de la mucosa vaginal.
- Dilatación anal y esfínter anal hipotónico.
- Sangrado por vagina y/o ano.
- Dolor, golpes, quemaduras o heridas en la zona genital o anal.
- Semen en la boca, los genitales o la ropa.
- Ropa interior rasgada, manchada o con sangre.
- Enfermedades de transmisión sexual e infecciones genitales.
- Embarazo.



Indicadores físicos inespecíficos: Son trastornos orgánicos que pueden explicarse también por otras causas distintas. Suelen vincularse a situaciones estresantes o generadoras de malestar emocional, su presencia puede ser indicadora de una sospecha de violencia sexual:

- Trastornos psicosomáticos sin causa orgánica: cefalea, abdominal.
- Conductas regresivas como la enuresis y encopresis en niños y niñas que ya habían conseguido el control de esfínteres, digito succión.
- Infecciones urinarias repetidas sin causa orgánica o externa identificable.
- Inflamaciones, enrojecimiento y lesiones de rascado en la zona genital no asociadas a lesiones específicas de violencia sexual.

Para la realización de la historia clínica se deben incluir los siguientes datos: Fecha y hora del suceso (si se conoce). Relato de la víctima (sólo si ésta desea o puede hablar de lo sucedido) y relato del acompañante.

Durante el examen físico se debe evaluar la necesidad de atención médica urgente, tratar las lesiones y/o heridas que puedan presentarse y recordar que la ausencia de lesiones no descarta la agresión.

C: DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

- 1) Otras causas de genitorragia como: Traumatismo genital, Prolapso de mucosa uretral, tumor vaginal
- 2) Vulvovaginitis
- 3) Condiciones dermatológicas

D: PREVENCIÓN

Nivel Comunitario

- **Promoción de entornos seguros:** Se debe trabajar para crear espacios públicos y comunidades donde los niños se sientan seguros. Esto incluye la iluminación adecuada de parques y calles, la supervisión de áreas de juego y la promoción de la denuncia de cualquier situación de riesgo.
- **Educación pública:** Desarrollar campañas de concientización para la población en general, informando sobre los signos de abuso, cómo actuar ante una sospecha y la importancia de un ambiente protector.



Nivel familiar y de cuidadores

- **Fortalecimiento de las habilidades parentales:** Ofrecer programas que eduquen a los padres y cuidadores sobre la crianza positiva, la comunicación abierta con los niños y la creación de un ambiente de confianza. Esto les ayuda a establecer límites saludables y a estar atentos a las necesidades y comportamientos de sus hijos.
- **Educación sobre seguridad:** Enseñar a los padres a hablar con sus hijos sobre las partes del cuerpo que son privadas, el concepto de "toque inapropiado" y la importancia de decir "no" y buscar ayuda si alguien los hace sentir incómodos.
- **Supervisión adecuada:** Promover la supervisión responsable de los niños, tanto en el hogar como en otros entornos.

Nivel Individual (niños y adolescentes)

- **Educación sobre seguridad personal:** Impartir programas educativos adaptados a la edad de los niños y adolescentes para enseñarles sobre la anatomía, el consentimiento, la diferencia entre un "toque bueno" y uno "malo", y la importancia de confiar en sus instintos y expresar sus sentimientos.
- **Desarrollo de habilidades de afrontamiento:** Enseñarles a identificar situaciones de riesgo y a desarrollar habilidades para resistir y reaccionar de manera segura, como gritar, huir y buscar la ayuda de un adulto de confianza.
- **Identificación de adultos de confianza:** Promover que los niños identifiquen y sepan a quién pueden acudir en caso de emergencia, ya sea un maestro, familiar o consejero.

E: RUTA LEGAL

Cuando una víctima de abuso sexual infantil llega a la consulta, el pediatra debe seguir un protocolo claro para la activación de la ruta legal. Existen dos escenarios principales:

1. **La víctima llega con una orden de un ente legal (como el Consejo de Protección):** En este caso, ya existe una denuncia formal. La atención médica se puede gestionar de forma ambulatoria, siempre y cuando la víctima tenga un lugar seguro al cual regresar.
2. **No existe una denuncia previa:** Es responsabilidad del **personal de salud activar la ruta legal**. Para ello, se debe seguir el protocolo establecido:
 - **Notificar a Trabajo Social:** El médico debe entregar un informe detallado con los hallazgos clínicos.



- **Coordinación con el Consejo de Protección:** Trabajo Social se encarga de contactar al Consejo de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (CPNNA) de la localidad. El CPNNA dictará una medida de protección (que, en muchos casos, es una medida de internación para garantizar la seguridad de la víctima).
- **Formalización de la denuncia:** Con la guía del CPNNA, el representante legal de la víctima debe formalizar la denuncia ante el Ministerio Público.
- **Finalización del proceso:** Una vez completado el tratamiento médico y las evaluaciones psicológicas, y si la víctima ya tiene un lugar seguro, el CPNNA puede revocar la medida de internación y autorizar el alta.

Este protocolo asegura que, además de la atención médica, se active el sistema de protección legal para salvaguardar el bienestar del menor. **En caso de no conocer la ruta legal en su localidad puede llamar y notificar al 0800Fisca00.**

F: Profilaxis post-exposición (PEP) al HIV: Iniciar lo antes posible (En las primeras 72 horas post-exposición). Indicado por el servicio de infectología del centro.

- **Anticoncepción de emergencia:** si la agresión ocurrió en las últimas 120 horas en niñas púberes administrar Levonorgestrel 1,5 mg (actualmente se consiguen en la farmacia con este nombre antes mencionado; también puede encontrarse con otros nombres comerciales CercioraT, Postinor 2).

- **Profilaxis para ITS:** Tratamiento empírico de ITS

Sífilis: ≥ 35 kg Penicilina benzatínica 2,4 millones UI IM dosis única o Azitromicina 2 g VO dosis única.

< 35 kg Penicilina benzatínica 50 mil/Kg UI IM dosis única (máximo 2,4 millones UI) o Azitromicina 20 mg/kg VO dosis única (máximo 1 g)

Gonorrea: ≥ 35 kg Ceftriaxona 250 mg IM dosis única o Cefixima 400 mg dosis única.

< 35 kg Ceftriaxona 125 mg IM dosis única o Cefixima 8 mg/kg/día VO dosis única (máximo 400 mg).

Clamidiasis: ≥ 35 kg Azitromicina 1 gr VO dosis única o Eritromicina 500 mg cada 6 horas por 7 días o Doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 7 días (contraindicada en el embarazo).

< 35 kg Azitromicina 20 mg/kg VO dosis única (máximo 1 g) o Eritromicina 50 mg/Kg/día cada 6 horas por 7 días (máximo 2 g/día)

Tricomoniasis: ≥ 35 kg Metronidazol 2 gr VO dosis única (evitar en el primer trimestre del embarazo) o Tinidazol 2 gr VO dosis única.

< 35 kg Metronidazol 15 mg/kg dosis única (máximo 2 g) o Metronidazol 7,5 mg/kg cada 12 horas dos dosis (máximo 2 g/día).

- **Vacunación:** Tétanos, hepatitis B y contra Virus del Papiloma Humano (si aplica).

- **Pruebas de laboratorio:** (**no contar con alguna de las siguientes pruebas no contraindica el inicio de la terapia:**) **ITS:** HIV al momento de la primera consulta y en caso de resultar positiva no iniciar PEP al HIV y referir a infectología para confirmar diagnóstico e iniciar tratamiento. VDRL, HBsAg, Ag HCV. levonorgestrel) si la agresión ocurrió en los últimos 5 días en niñas púberes). **Prueba de embarazo:** Beta-HCG cualitativa.

G: INFORME MÉDCO: es un documento de gran valor **médico-legal**, y se debe incluir lo siguiente:

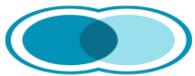
Datos de identificación:



- **Datos del paciente:** Nombre completo, edad, sexo, fecha y hora de la atención. En el caso de menores de edad, se debe incluir también el nombre, Cédula de Identidad y vínculo de la persona que lo acompaña.
- **Identificación del profesional:** Nombre completo, número de colegiado y especialidad de quien realiza el informe.
- **Fecha, hora y lugar de la evaluación:** Es fundamental registrar la fecha y hora exactas de la llegada del paciente al servicio y del inicio de la evaluación.
- **Relato de los hechos: (relato de la víctima y relato del acompañante)** Se debe escribir cómo se toma conocimiento del hecho (por relato espontáneo del menor, por la persona que lo acompaña, por las autoridades, etc.). Se debe incluir el **motivo de la consulta** de forma textual, registrando el relato del paciente y del acompañante, incluyendo la fecha y hora del presunto abuso, el lugar, el tipo de agresión (penetración, tocamientos, etc.), el número de agresores y la relación con el agresor (si se conoce). (Sólo si la víctima desea hablar de lo sucedido).
- **Examen físico** El examen debe ser sistemático, completo (céfalo-caudal) y realizado de forma respetuosa, explicando cada paso al paciente (y a sus acompañantes en el caso de menores). **El examen debe ser descriptivo, no conclusivo.**
- **Descripción general:** Estado de ánimo, vestimenta, estado de higiene.
- **Examen de piel y mucosas:** Se deben buscar y describir detalladamente **todas las lesiones** (hematomas, escoriaciones, laceraciones, quemaduras, etc.), no solo en las áreas genitales. Es crucial documentar su **tamaño, ubicación, color y tipo**.
- **Examen genito-anal:**
 - **En niñas prepúberes:** Se debe realizar una observación externa, evitando instrumentación interna (espéculo), a menos que sea estrictamente necesario por sangrado o sospecha de cuerpo extraño y deberá hacerse exploración bajo sedación por especialistas. Se describe la vulva, labios menores y mayores, introito vaginal, uretra e himen.
 - **En adolescentes:** Se describe genitales externos e internos (sólo si está indicado el examen con espéculo).
 - **En niños:** Se describe el pene y el escroto.
 - **En todos los casos:** Se examina la región perianal y anal, describiendo el tono del esfínter anal y cualquier lesión.
- **Toma de muestras:** Se debe documentar la toma de cualquier muestra (hisopados, sangre, orina), especificando el lugar de donde se obtuvo, la fecha, hora y el nombre del profesional que la recolectó, sólo si se garantiza la cadena de custodia.
- **Conclusiones:** Se deben resumir los hallazgos más relevantes del examen físico
- **Diagnósticos adicionales:** Cualquier otro diagnóstico clínico (por ejemplo, una infección de transmisión sexual o un embarazo) debe ser documentado.
- **Tratamiento médico:** Se debe documentar cualquier tratamiento o profilaxis administrada.
- **Derivaciones:** Se debe especificar a qué servicios se refiere al paciente (psicología, trabajo social, medicina forense, ginecología, etc.).

H: SEGUIMIENTO

- **2 semanas:**
 - Examinar cualquier lesión para una curación adecuada.



- Documentar la curación, en comparaciones con las lesiones iniciales.
 - Verificar que el/la paciente haya completado el curso de cualquier medicamento administrado para las ITS y su tolerancia.
 - Obtener cultivos y extraer sangre para evaluar ITS.
 - Discutir los resultados de cualquier prueba realizada.
 - Prueba de embarazo si está indicado.
 - Recordar a los y las pacientes que regresen para recibir sus vacunas contra la hepatitis B en 1 mes y 6 meses, la dosis de refuerzo de toxoide tetánico y pruebas de VIH a los 3 y 6 meses o para hacer un seguimiento con su proveedor de atención médica habitual, siempre y cuando así lo deseen, tomando en consideración que la realización de pruebas de HIV es un acto que requiere del pleno consentimiento de el/la paciente.
 - Hacer citas de seguimiento.
 - Evaluar el estado emocional y el estado mental de él/la paciente, y fomentar el asesoramiento si aún no lo han hecho.
- **3 meses**
 - Prueba de VIH. Asegúrese de contar con asesoramiento previo y posterior a la prueba.
 - Discutir resultados.
 - Extraer sangre para la prueba de sífilis si no se administraron antibióticos profilácticos previamente.
 - Evaluar el estado emocional y el estado mental de el/la paciente y alentarle a buscar asesoramiento si aún no lo han hecho.
 - **6 meses**
 - Prueba de VIH. Asegúrese de contar con asesoramiento previo y posterior a la prueba hacer una referencia apropiada.
 - Discutir resultados.
 - Administrar la tercera dosis de la vacuna contra la hepatitis B.
 - Evaluar la salud emocional del/la paciente y referir según sea necesario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cabrera J, Sanjuán C, Barroso L. Módulo 2: Indicadores de violencia sexual contra la infancia [Internet]. Save the Children, 2020 [citado 18 ago 2025]. Disponible en: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2020-09/ManualFormativo_Modulo2.pdf
2. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Protocolo Nacional para el Manejo Clínico de la Violencia Sexual. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud; 2020. Disponible en: <https://venezuela.unfpa.org/es/publications/protocolo-nacional-para-el-manejo-cl%C3%ADnico-de-la-violencia-sexual>
3. Casas-Muñoz A, Carranza-Neira J, Intebi I, Lidchi V, Eisenstein E, Greenbaum J. Abordaje de la violencia sexual infantil: un llamado a la acción para los profesionales de América Latina. 2023; 47: 1-5, doi:10.26633/RPSP.2023.54

4. World Health Organization (WHO). Clinical management of rape survivors: developing protocols for use in refugee and other low-resource settings. 2004.
5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. 2021.
6. UNICEF. Guía para el manejo de casos de violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes. 2017.
7. American Academy of Paediatrics. Council on Child Abuse and Neglect. Evaluation of the Sexually Abused Child. *Pediatrics*. 2018;141(3): e20173737.
8. Finkelhor D, Jones LM, Shattuck, A, Turner H. Sexual abuse in the lives of children and adolescents: an analysis of the National Survey of Children's Exposure to Violence. *Child Abuse & Neglect*. 2017; 65:1-12.
9. Salvador Sánchez L, Rodríguez Conesa N, Sánchez Ramón S, Rey Novoa M. La violencia sexual y su abordaje en el sistema de salud. *Atenc Primaria*. 2024;56 (11):102837. doi: 10.1016/j.aprim.2023.102837.