

ATENCION INMEDIATA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL

Dres. L. Campmany, R. Martinitto, D. Mecikovsky, P. Zagalsky, A. Zlotoglor, R. Bologna

El término abuso sexual incluye cualquier forma de actividad sexual forzada o inapropiada (incluye violación, abuso deshonesto y estupro).

Violación implica la penetración vaginal, oral o anal por el ofensor (el Código Penal dice "...acceso carnal por cualquier vía").

En la atención inmediata del paciente víctima de abuso sexual deberá contemplarse:

- 1) La evaluación y el tratamiento de las posibles lesiones físicas y psicológicas.
- 2) La prevención de las enfermedades de transmisión sexual.
- 3) La posibilidad, en los casos pertinentes, de la anticoncepción de emergencia.
- 4) Los procedimientos requeridos para la recolección, documentación y preservación de la evidencia disponible.
- 5) Los aspectos médico-legales.

1) La evaluación y el tratamiento de las lesiones físicas y psicológicas requerirá, en ocasiones, la participación de un equipo multidisciplinario integrado por pediatras, cirujanos, ginecólogos, especialistas en salud mental, servicio social, etc.

2) La prevención de las enfermedades de transmisión sexual.

Aproximadamente el 5% de los niños abusados sexualmente adquiere una enfermedad de transmisión sexual. Los distintos factores que influyen son:

- la prevalencia regional de enfermedades de transmisión sexual en la población adulta el número de ofensores.

- el tipo y frecuencia de contactos físicos entre el abusador y el niño.
- Infectividad de los distintos microorganismos involucrados (por ejemplo, para el virus HIV en contactos heterosexuales sin protección, en una relación anogenital oscila entre 0.5 a 3.1% si la receptora es la mucosa vaginal puede ser de 0.5 a 0.15%).
- Susceptibilidad aumentada a la infección por las características del epitelio vaginal en las niñas prepúberes (más fino, más permeable, ectopía cervical en las adolescentes).

Evaluación frente a la sospecha de un abuso sexual

Microorganismo	Estudio
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	cultivo rectal, faucial, uretral o vaginal
<i>Clamidia trachomatis</i>	cultivo rectal y uretral
<i>Treponema pallidum</i>	campo oscuro de la lesión; tests serológicos a las 6, 12 y 24 sem.
HIV	serología del abusador y serología del niño basal y a las 6, 12 y 24 semanas
Hepatitis B	antígeno de superficie del VHB del agresor y del niño basal a las 6, 12 y 24 semanas
Vaginosis bacteriana	cultivo de la secreción vaginal
Papilomavirus	biopsia de la lesión
<i>Trichomonas vaginalis</i>	cultivo de la secreción vaginal
<i>Pediculus capitis</i>	identificación de los huevos o ninfas

A las pacientes en período post-puberal se les debería practicar todos los estudios diagnósticos, debido a la posibilidad de infección asintomática previa.

Profilaxis post-exposición luego de un ataque sexual

Cuando se decide realizar profilaxis, según los factores de riesgo señalados, la misma se debe implementar dentro de las 72 hs. de/ episodio.

Las pacientes con historia de menarca previa, deberán ser testeadas con test de embarazo previo a cualquier tratamiento antibiótico o antirretroviral a instituir.

El riesgo de transmisión del virus de HIV, posterior a un único asalto sexual, que implica transferencia de secreciones y/o sangre, es bajo pero existe.

La profilaxis con zidovudina y lamivudina debería ser considerada para pacientes víctimas de un ataque sexual, en donde se constata la presencia de secreciones genitales y que consultan dentro de las 48 horas de ocurrido el hecho, especialmente si el ofensor tiene el hábito de drogadicción endovenosa. Respecto a la consideración del agregado o no del inhibidor de proteasa al régimen, depende de la presencia y/o exposición a sangre o de otras circunstancias que confieran mayor riesgo. Se recomienda utilizar un esquema ampliado en caso de constatar evidencia de:

- Penetración y/o eyaculación genital, anal u oral.
- Ofensor con serología para HIV positiva conocida.
- Abuso por más de un ofensor.

Profilaxis para infección por HIV

Esquemas recomendados

Existen dos regímenes para la profilaxis post-exposición:

- Básico: AZT 180 mg/m² dividido en 2 dosis más 3TC 4 mg/kg/día.
- Ampliado: AZT más 3TC más un inhibidor de proteasa Ej. Nelfinavir 60 mg/kg/ día dividido en 2 dosis.

Para el inicio de esta profilaxis antirretroviral es necesario solicitar el consentimiento informado o desestírniento.

Profilaxis luego de un ataque sexual para:

Gonococo

- Cefixime: 8 mg/kg V.O.(dosis máxima: 400mg).
- Ceftriaxone: 125 mg.IM.única dosis.
- Ciprofloxacina: 500 mg V.O. única dosis en adolescentes.
- Ofloxacina: 400 mg V.O: única dosis en adolescentes.

Más:

Clamidia trachomatis:

- Azitromicina: 20 mg/kg V.O. (máximo 1 gramo), única dosis.

- Eritromicina: 50 mg/kg/día cada 6 horas V.O. por 10 a 14 días.
- Doxiciclina: 100 mg c/ 12 horas V.O. por 7 días (solo mayores de 8 años).

Más

Prevención de hepatitis B:

Iniciar o completar el esquema de vacunación de hepatitis B (0, 1 y 2 meses ó 0,1 y 6 meses).

Más

Trichomoniasis y vaginosis bacteriana:

- Metronidazol: 15 mg/kg/día cada 8 horas V.O. por 7 días.
- Metronidazol: 2 gr. V.O. única dosis (mayores de 45 kg).

3) Evaluar la anticoncepción

En el caso de niñas postmenárgicas, víctimas de grave agresión sexual (violación), deberá plantearse a los adultos responsables y a la menor (dependiendo de su capacidad de comprensión) la implementación de anticoncepción de emergencia.

Levonorgestrel 0.75 mg (Imediat N[®]): el primer comprimido se toma lo antes posible y el segundo 12 horas mas tarde.

4) Procedimientos para recolección, documentación y preservación de la evidencia disponible

La evidencia prueba realidades o hechos en forma imparcial. Deberá realizarse en forma metódica la detección, documentación y secuestro de la evidencia física.

- Descripción narrativa.
- Inspección de la víctima.
- Evaluación de la evidencia física.
- Recolección.
- Registro.
- Señalización.
- Preservación de la evidencia.

La **descripción narrativa** debe ser lo más minuciosa posible, siendo ideal la documentación fotográfica.

La **inspección preliminar** es el paso más importante, ya que permite un plan organizado de acción y evita cualquier actividad física que afecte a la evidencia.

La evaluación de la evidencia física

El paciente debe ser acostado en una camilla con sábana y desvestido en su totalidad, debe ser revisado en presencia del adulto a cargo que lo trajo y 2 profesionales. Se deben describir las lesiones encontradas en forma detallada: ubicación, número, color, etc.

Se pueden encontrar:

- **Pelos:** cualquier pelo (cabello humano o animal) encontrado en un cuerpo es importante para su probable vinculación con el ofensor. Deben ser conservados en **frasco seco**.

-Sangre: cualquier mancha sospechosa líquida o seca debe ser conservada en forma seca para ser analizada. En el laboratorio médico legal puede determinarse grupo sanguíneo, serología, ADN, etc.

Cada evidencia debe ser guardada, sellada, rotulada y firmada en condiciones adecuadas de acuerdo al material que se trate.

- Las prendas de vestir se conservan en forma separada, en bolsas de papel madera; las manchas en forma seca para que no puedan ser absorbidas.
- Las secreciones en frascos y tubos secos y estériles, también sellados, rotulados y firmados.
- La evidencia fotográfica, negativo y copia deben ser tratados con la misma forma de preservación y conservación que cualquier otra evidencia física.

6) Aspectos médico legales

- El abuso sexual debe considerarse una patología de alta complejidad y alto riesgo, que requiere, salvo excepciones, abordaje multidisciplinario (pediatría, salud mental, medicina legal, servicio social, enfermería, servicio jurídico, etc).
- Para lograr tal abordaje el paciente necesitará en numerosas ocasiones ser internado.
- Debe constar en la Historia Clínica, el examen semiológico completo, con la descripción de las lesiones (características, localización, número, tamaño, tiempo aproximado de evolución y, de ser posible, probable objeto y/o mecanismos productores de las mismas).
- Escribir en la Historia Clínica los motivos de sospecha de abuso sexual en tiempo verbal potencia, sin señalar algún probable agresor.

Desde el punto vista legal

- Deberán entenderse dentro del marco de la ley de Protección contra la Violencia Familiar (ley 24.417/94 y su decreto reglamentario 235/96) a aquellos menores que se asistan como presuntas víctimas de abuso sexual, **cuando lo sean por acción u omisión de algún integrante de su grupo familiar y/o encargado de su cuida-**

do. Estos casos son de **denuncia obligatoria** y no dependen de la voluntad de los representantes legales del paciente. Lo mismo ocurre cuando el niño abusado carece de representantes legales.

- Cuando el abuso no ha sido provocado por acción u omisión de algún integrante del grupo familiar, la denuncia es decisión de los padres o cuidadores del menor.
- La normativa establece un **plazo de 72 hs** para efectuar la correspondiente denuncia. Dicho plazo podrá ser extendido, de existir causales fundadas, a juicio del equipo de salud interviniente.
- Se recomienda hacer la denuncia judicial a través de los defensores de Menores e Incapaces en la Ciudad de Buenos Aires. En algunos casos, cuando el domicilio del paciente sea en la Pcia. podrá hacerse en los Juzgados de Menores correspondientes.
- Ante la negativa de los familiares a internar al paciente o fuga, comunicarse con el Defensor de Menores o Juzgado Civil de guardia, para los pacientes residentes en la Ciudad de Buenos Aires y/o Tribunales de Familia para los residentes en el conurbano. De no ser posible la comunicación desde el Hospital, hacerlo a través de la Comisaría correspondiente.
- Ante casos de extrema gravedad, en situaciones con real peligro para la vida del niño/adolescente, si no es posible la denuncia ante el defensor o el Juzgado Civil de turno, el médico podría evaluar efectuarla ante la Fiscalía, la Cámara en lo Criminal o la autoridad policial.
- Dejar constancia de todo lo actuado en la Historia Clínica.

LECTURA RECOMENDADA

- Manual de Criminalística. Dr. Carlos Guzmán (2004).
- Asesoramiento de la adolescente sobre métodos anticonceptivos. Mary E. Rirnza. Pediatrics in Review. Vol 25 N° 3 Mayo 2004.
- Diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual entre los adolescentes. G. Burstein y P. Murria. Pediatrics in Review. Vol 24 N° 9 Noviembre 2003.
- Diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual entre los adolescentes. G. Burstein y P. Murria. Pediatrics in Review. Vol 24 N° 10 Diciembre 2003.
- Guía para el Uso de Métodos Anticonceptivos. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Ministerio de Salud de la Nación.