



### Conceptos Generales

El abuso sexual infantil (ASI) es una forma de abuso físico y psicológico, que consiste en la utilización de un menor para satisfacer los deseos sexuales de un adulto. Incluye distintas formas de acercamiento sexual inadecuado: manoseos, caricias inapropiadas, exhibiciones obscenas, manipulación de los genitales del niño, inducción a que el niño manipule los genitales del agresor, contacto urogenital, sexo oral, corrupción, inducción a la prostitución, participación de niños en videos o fotografías pornográficas.

Abuso sexual no es sinónimo de violación y es importante conocer las semejanzas y diferencias entre ambos términos.

- El **abuso sexual** es un proceso crónico. Cuando se lo denuncia o relata, muchas veces ya tiene larga data. El agresor, por lo general, no utiliza la fuerza física, ya que en 90% de los casos es un conocido del niño que abusa de su relación de confianza. El 50% al 75% de los casos no deja signos físicos e incluye a distintos tipos de acercamientos sexuales inadecuados mencionados en el párrafo anterior. Siempre involucra un secreto, es un acto de poder sobre otro y puede ser llevado a cabo por un hombre o una mujer. Puede llegar a la penetración vaginal.
- La **violación o asalto sexual** es un evento inesperado, en general único, violento e impredecible. El agresor suele ser un desconocido. Se define como la penetración carnal (vaginal, anal o bucofaríngea) por medio de la fuerza o de amenazas sin consentimiento de la otra persona. La violación suele producir lesiones físicas y puede, a veces, poner en peligro la vida del agredido. También se considera violación a la penetración de una persona discapacitada (ya sea por enfermedad o intoxicación) o menor de 12 años, la cual por su condición o grado de madurez, no es capaz de dar consentimiento válido para el acto.

Tanto el abuso como la violación impiden la libertad de decisión para una actividad sexual con la suficiente madurez psicológica y biológica que contiene toda relación igualitaria.

Estas definiciones son tomadas desde el ámbito médico no legal. Ambas situaciones desestructuran al equipo de salud o al médico que asiste a la víctima. Es fundamental tener claro y protocolizado el enfoque médico-legal del caso y abordar en forma interdisciplinaria a la víctima y su familia. Debido a la posibilidad de implicancia legal en los casos de ASI, es de fundamental importancia registrar en forma clara y completa los datos de filiación del niño, del familiar o persona que lo acompaña y del o los profesionales intervinientes. Se consignan los datos del supuesto agresor, en el caso de que haya algún relato del niño o de su acompañante, y la forma por el cual el niño llegó a la consulta. Cuando la derivación haya sido desde una instancia judicial o policial, es necesario conservar el oficio donde se solicita la intervención del equipo de salud.

Copia N°:	Representante de la Dirección:	Fecha:
	<i>Revisó</i>	<i>Aprobó</i>
<i>Nombre</i>	Dr. Leonardo Gilardi	Dra. Patricia Giraldez
<i>Firma</i>		
<i>Fecha</i>	08/05	23/05



Asimismo, se indicará cuál ha sido el motivo por el cual se sospecha ASI:

- Relato de la niña: situación de abuso / violación / de antigua / reciente data (marcar con un círculo lo que corresponda)
- Sospecha de un tercero de situación de ASI
- Niña con sintomatología no específica y/o indicadores psicológicos de ASI

### **Abordaje de la Paciente Víctima De Abuso Sexual Y Violacion**

Cada caso de abuso sexual es diferente, así como su abordaje y las estrategias de diagnóstico y tratamiento. Podemos encontrarnos con una adolescente víctima de una violación por parte de un desconocido en medio de una hecho de violencia física, o con una niña que denuncia una situación abusiva intrafamiliar que sucede desde hace tiempo o con casos en los que el médico sospecha el abuso por la presencia de indicadores psicológicos y/o físicos sin mediar relato de la paciente.

Muchas veces, los profesionales de la salud se convierten en testigos espontáneos de hechos relatados por la paciente en el transcurso de una consulta por otra causa. Otras veces puede sentirse incómodo con la posibilidad de ASI y pasar por alto problemas evidentes. En general, la mayoría de los niños que revelan ASI dicen la verdad y es poco probable que inventen detalles concretos. Los casos más problemáticos son los que implican pleitos por la custodia de los niños en los casos de divorcio; por lo general, se encuentran involucrados niños pequeños y son de difícil resolución.

El número de entrevistas y de entrevistadores deberá ser el mínimo a fin de reducir la tensión de la paciente y, al mismo tiempo, evitar su revictimización. Los entrevistadores deben tener aptitudes y entrenamiento para preguntar; lo ideal sería contar con un equipo interdisciplinario integrado por un trabajador social, un profesional de psicopatología y un médico, todos con entrenamiento.



<b>Factores a Tener Presentes en la Entrevista</b>
Es más importante escuchar que hablar
Se debe evitar el estilo interrogativo o confrontativo, tratando de tener una actitud receptiva respecto del relato de lo sucedido
El impacto personal que el hecho produce en el profesional que atiende a la niña no debe influir en las preguntas o el vínculo con la paciente, evitando comentarios que coarten la libre expresión de la paciente y tratando de no influir en forma inductora o reprobatoria
La entrevista debe ser tranquila y sin prisas, tratando de establecer un vínculo de confianza entre la paciente y el profesional
Es necesaria la presencia de un adulto de la confianza de la niña en caso de prepúberes (preferentemente la madre) y, en el caso de adolescentes, darle a elegir a la paciente si quiere realizar la entrevista sola o con un adulto de su confianza
Se debe hacer un registro textual, amplio y minucioso de los dichos de la niña, con su vocabulario y sin interpretaciones, recordando que el primer relato de los hechos es de vital importancia
Todos los datos se deben recopilar y registrar en forma detallada, a fin de documentar lo sucedido y obtener la evidencia médico-legal adecuada. Recordar que <b>no</b> es el médico quien debe dictaminar si ocurrió o no ocurrió el abuso
Se debe realizar una evaluación del riesgo para la salud y/o la vida de la paciente; en el caso de que se sospeche que la niña está en riesgo, decidir su internación como medida de protección

### **Examen Físico**

La exploración física se debe realizar en un ambiente relajado, con la presencia de la madre o de algún adulto de la confianza de la paciente, tratando de tranquilizar a fin de lograr su cooperación. Nunca debe ser realizado “por la fuerza”. Es conveniente contar con un ayudante para la recolección de las muestras.

Los datos obtenidos se deben registrar en forma prolija y minuciosa: son evidencias legales en el caso de tener que elevarlos a la justicia. De existir signos físicos compatibles con ASI, es posible graficarlos en un dibujo de los genitales u obtener un registro fotográfico, ya que las lesiones recientes pueden cicatrizar o desaparecer con el tiempo. El buen registro evita la reexaminación de la niña.

En el ASI intrafamiliar (lo más frecuente en niñas prepúberes), los signos físicos suelen ser escasos o nulos en 75% de los casos, siendo de mayor relevancia para el diagnóstico el relato de la niña; por lo tanto, se debe tener siempre presente que **la ausencia de signos físicos no invalida el relato de la víctima.**



En el caso de las adolescentes es más frecuente el episodio agudo (la violación perpetrada por un desconocido o por una persona que ella consideraba de su confianza, en un hecho único y violento). En estas situaciones las lesiones físicas suelen ser más graves y el registro de las lesiones genitales y extragenitales debe ser minucioso.

El examen físico comprende varios pasos:

1. **Signos y síntomas emocionales:** descripción del aspecto general y emocional de la paciente. La ausencia de síntomas o manifestaciones de impacto no siempre puede entenderse como una falta de afectación. Muchas veces se trata de un proceso latente o de conductas sobreadaptadas que ubican al niño o niña en una situación de extrema fragilidad. La ausencia de manifestaciones inmediatas o muy evidentes en sus conductas no significa que el daño no ha ocurrido, o que los niños no han sido afectados por el maltrato.
2. **Examen físico general:** descripción de lesiones corporales, tales como eritemas, abrasiones, equimosis, hematomas, laceraciones, marcas de dientes, quemaduras, fracturas, etc. en todo el cuerpo del paciente. Se revisa al niño en ropa interior, examinando la cara, la cabeza, el cuello, el torso y las extremidades en forma completa y minuciosa, con registro en el protocolo si existen signos físicos.
3. **Examen ginecológico:** se debe realizar en presencia del familiar acompañante o de la persona de confianza de la niña, o en su defecto, en presencia de otro profesional de la salud. Consiste en la visualización del perineo en busca de lesiones traumáticas “a ojo desnudo” o, en forma ideal, con colposcopio y con la paciente en posición ginecológica.

De haber iniciado relaciones sexuales, se completa con especuloscopia. Se buscarán lesiones traumáticas (hematomas, laceraciones, equimosis, eritema vulvar), condilomas, secreciones vulvares y vaginales, húmedas o secas. Se realizará examen minucioso de todas las estructuras perineales y del himen, detallando sus características (anular, falciforme o semilunar, velamentoso, etc.); si hay desgarros, escotaduras, engrosamientos o irregularidades, se los ubicará en sentido horario. Se informará el diámetro de la hendidura himeneal en mm.

#### *Inspección de la Zona Perianal con la Paciente en Posición Genupectoral*

Se valora el tono del esfínter anal y su eventual dilatación, la presencia de lesiones traumáticas o condilomas perianales, la congestión o infundibilización de la zona perianal. En esta posición se pueden corroborar además las características del himen, ya visualizadas en la posición ginecológica.

Al finalizar el examen físico, es importante hablar con la niña o la adolescente y con sus padres, explicando los hallazgos y su significación futura; se tratará de tranquilizarlos, ya que muchos asumen que la niña “está lesionada para siempre”. Cuando existen lesiones, se debe explicar el tratamiento y el seguimiento y que, cuando el traumatismo es mínimo, cicatriza sin secuelas visibles.

<b>Clasificación de los Hallazgos Anogenitales en Niñas con Sospecha de ASI</b> Tomada de la clasificación realizada por Muram (1988) con algunas modificaciones, de acuerdo con la clasificación de Adams (1997)
<i>Categoría o Clase 1: Sin datos de ASI</i>
<b>Examen genital normal (recordar que la ausencia de signos físicos no invalida la posibilidad de ASI)</b>
<i>Categoría o Clase 2: Hallazgos Inespecíficos de ASI (Abuso Posible)</i>
Signos físicos que podrían estar causados por ASI o por otra causa: vulvitis, lesiones por rascado, aumento de la vascularización del introito vaginal, fisuras en la piel o abrasiones en la horquilla vulvar, coalescencia de labios menores, presencia de secreción o flujo vaginal, presencia de condilomas en niña menor de 2 años. En la zona anal: presencia de hiperpigmentación o eritema perianal, apéndices cutáneos perianales, disminución de los pliegues perianales, congestión venosa, fisuras anales, dilatación anal con materia fecal en la ampolla rectal.
<i>Categoría o Clase 3: Hallazgos Específicos de ASI (Abuso Probable)</i>
Presencia de uno o más signos sugestivos de AS: desgarros recientes o cicatrizales del himen, aumento del diámetro del orificio himeneal para la edad, desgarramiento de la mucosa vaginal, marcas de dientes u otros signos traumáticos como laceraciones o equimosis en la vulva, presencia de gérmenes de transmisión sexual, condilomas en niñas mayores de 2 años. En la zona anal: desgarramientos superficiales o profundos, cicatrices o tunelización, laxitud del esfínter anal, presencia de condilomas o de otros gérmenes de transmisión sexual, dilatación anal mayor a 20 mm sin materia fecal en la ampolla rectal.
<i>Categoría o Clase 4: Hallazgos de Certeza de ASI (Evidencia Definitiva de ASI)</i>
Presencia de espermatozoides o líquido seminal en el cuerpo de la niña. Embarazo (por coito no consensuado) Evidencia del uso de la fuerza brusca o traumatismo penetrante, tal como la laceración del himen hasta la base o “hendidura completa” Cultivos positivos para <i>Neisseria gonorrhoeae</i> , serología positiva para sífilis o para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH, descartada la transmisión vertical) Abuso con testigos o la existencia de fotografías o videos que prueben el ASI. Confesión del supuesto agresor de los hechos que describe.



### **Toma de Muestras**

Se tomará cultivo del material para su observación en fresco de todas las áreas que han sido agredidas (boca y/o faringe, ano, vagina, uretra) dentro de las 48 h de haber ocurrido el hecho, o en su defecto, si la paciente consulta con sintomatología genitourinaria (disuria, tenesmo vesical, flujo, úlceras, dolor varias semanas o meses después del hecho).

La toma de material se realiza con un doble objetivo: detectar infecciones y recoger material que pertenezca al agresor, como pueden ser restos de semen o presencia de espermatozoides. Los cultivos se colocan en medios especiales para detección de *Chlamydia trachomatis*, *Treponema pallidum*, *N. gonorrhoeae*, *Trichomonas*, complejo GMM y *Mycoplasma*:

- **Gonococo:** se toma muestra de endocérvix (en las pacientes activas sexualmente), uretra, ano y faringe. Se estudia en forma directa por coloración de Gram, o por métodos de ELISA o pruebas de anticuerpos monoclonales y policlonales por sonda de ADN. La utilización de hisopos uretrales pretratados y transportados en medio de Stuart permite la investigación de este germen.
- **Chlamydias:** se toma de uretra, endocérvix, vagina y orina. Se cultiva en líneas celulares de McCoy y HELA o se estudia por ELISA, inmunofluorescencia directa e indirecta con sonda de ADN. En orina se estudia por técnicas de ligasa urinaria.
- **T. pallidum:** se toman muestras de uretra, vagina, ano y/o úlceras si las hubiera. Se puede realizar un examen con el microscopio de fondo oscuro en el material obtenido de las úlceras. En sangre se estudia por las pruebas de FTA-ABS, HTP y VDRL.
- **Trichomonas:** se toma hisopado de uretra, vagina y ano. Se conserva en medio de Stuart.
- En el caso del HPV y Herpes, frecuentemente se realiza un seguimiento a largo plazo. Se estudia con pruebas de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y, si hay lesiones, pueden biopsiarse. Las tomas se realizan con cepillos especiales con anti-DNAse.

De los lugares agredidos, también es importante realizar un extendido en fresco buscando espermatozoides. Se aspira el material y se lo conserva refrigerado entre -20°C y -70°C para realizar estudio de ADN. También pueden hallarse espermatozoides en las muestras de orina y flujo vaginal, o en el examen en fresco del flujo.

En toda paciente abusada sexualmente y/o violada se solicita el *test* de VIH por ELISA, con previa autorización del adulto responsable, o en su defecto del juzgado de menores interviniente. La carga viral sólo se solicita en las pacientes VIH positivas, al igual que el recuento de linfocitos CD4 positivos.

Es conveniente solicitar exámenes para detección de hepatitis B (antígeno de superficie) y C y (anticuerpos IgG específicos).

A toda persona abusada y/o violada se le debe solicitar la siguiente rutina de laboratorio: hemograma, hepatograma (en el caso de tener que indicar terapia antirretroviral, dada su toxicidad), cultivo de orina (para búsqueda de gérmenes o de espermatozoides) y subunidad beta-HCG (para descartar embarazo anterior al momento de la agresión y, de esta forma, realizar una correcta elección del tratamiento a implementar).

Seguimiento y Detección de Infecciones Secundarias		
<i>Agente</i>	<i>Primera Detección</i>	<i>Propuesta de Repetición</i>
VIH	Primera consulta	3, 6 y 12 meses (*)
Hepatitis B, C, D	Primera consulta	1 mes
Herpes virus y papiloma virus	Si hay lesiones	3 meses (**)
Grupo Gamm	Primera consulta	3 meses
Gonococo	Primera consulta	1 mes
Micoplasma	Primera consulta	3 meses
Ureaplasma	Primera consulta	3 meses
(*) Recomendar desde el primer <i>test</i> de VIH, en toda paciente sexualmente activa, la utilización de preservativo para poder definir si el contacto en el momento del abuso y la violación fue el evento infectante.		
(**) Antes de los 3 meses si hubiera síntomas.		

Es importante recordar que, además de coleccionar material para estudiar agentes infecciosos, debemos reunir muestras y examinar toda secreción que se puede observar en las zonas agredidas. El material aspirado con pipeta debe ser colocado en frascos debidamente tratados con anti ADNasa y pueden ser congelados a -20°C ó -70°C; se los puede conservar por años, bien rotulados. La conservación de estas muestras es importante para estudiar, si fuera necesario el ADN, con el fin de identificar al agresor o para determinar paternidad con la muestra de semen. También puede tomarse la muestra con hisopo estéril seco o humedecido con solución fisiológica, secado por aire frío y colocado en tubo estéril, rotulado, conservándose luego a -20°C a -70°C. Parte de este material aspirado puede ser observado en forma directa buscando espermatozoides. El semen que se encuentre tanto en vagina como en región genital o paragenital se puede visualizar con la luz de Wood.

A las secreciones obtenidas de la región vaginal o anal se les puede realizar la detección del antígeno P30, presente en las secreciones prostáticas, pudiéndose realizar este estudio hasta 48 h después de ocurrido el hecho. La fosfatasa ácida es otra prueba para determinar presencia de semen en el material y tiene 50% de positividad dentro de las primeras 12 h de ocurrido el hecho.

El tipo de toma a realizar y quien la realizará (médico forense, médico que recibe a la/el paciente) se fijará de acuerdo a las normas vigentes a cada jurisdicción. La ropa que se conservara, es aquella que pueda haber estado en contacto con posibles fluidos; se prefieren bolsas de papel para que la humedad no la perjudique.

### Tratamiento

Se realizará únicamente en las situaciones que el caso lo justifique, es decir ante una violación o cuando haya sospecha o posibilidad de contacto de riesgo con las secreciones del agresor:

#### Adultos

- Tratamiento de lesiones corporales y/o genitales
- Vacuna antitetánica.
- Antibioticoterapia preventiva para infecciones de transmisión sexual:
  - ceftriaxona 250 mg (dosis única intramuscular) + doxiciclina 100 mg cada 12 h o 200 mg/día por 10 días, o
  - azitromicina 1 g (dosis única por vía oral), o
  - ciprofloxacina 500 mg cada 12 h por 10 días + metronidazol (2 g, dosis única oral)
- Si se detectase *T. pallidum*: penicilina benzatínica 2.400.000 UI intramusculares durante 4 semanas.
- Tratamiento preventivo de VIH (idealmente antes de las 4 h), sólo cuando el riesgo del contacto lo justifique:
  - Zidovudina (AZT): 2 comprimidos de 200 mg cada 8 h por 30 días
  - Lamivudina (3TC): 1 comprimido de 150 mg cada 12 h por 30 días
  - Opcional: Indinavir (IDV) 2 comprimidos de 200 mg cada 8 h
- Este tratamiento preventivo está en revisión, ya que algunos grupos de investigación consideran más apropiado el seguimiento con el *test* de VIH; si éste se positiviza, se determina iniciación del tratamiento con evaluación del recuento de copias virales y el de linfocitos CD4+.
- Tratamiento preventivo de hepatitis B: gammaglobulina hiperinmune 0.06 ml/kg + 3 dosis de vacuna (0, 1 y 6 meses), con refuerzo al año. En el caso que la paciente haya sido inmunizada previamente contra la hepatitis B se deben solicitar anticuerpos contra el antígeno de superficie.
- Prevención de embarazo: anticoncepción de emergencia, dentro de las 72 h de ocurrida la agresión, con 150 g de levonorgestrel.

### Niños

Tratamiento preventivo contra VIH por 30 días: AZT 180 mg/m<sup>2</sup> cada 12 h + 3TC 4 mg/kg/dosis cada 12 h + nelfinavir 60 mg/kg/dosis cada 12 h (hasta 1250 g cada 12 h)

Prevención de infecciones de transmisión sexual:

- Niños de menos de 45 kg:
  - Ceftriaxona 125 mg (dosis única intramuscular) + azitromicina 20 mg/kg (dosis única), ó
  - Doxiciclina 100 mg cada 12 h por vía oral por 7 días (contraindicada en menores de 7 años)
- Pacientes mayores de 9 años y de más de 45 kg:
  - Ceftriaxona 125 mg (dosis única intramuscular), ó
  - Ciprofloxacina 500 mg (dosis única por vía oral), ó
  - Cefixima 400 mg (dosis única por vía oral) + doxiciclina 100 mg cada 12 h por vía oral por 7 días, ó
  - Azitromicina 1 g por vía oral en dosis única + metronidazol 20 mg/kg /día por vía oral (dosis máxima de 2 g)
- Si se detecta *T. pallidum*: penicilina benzatínica 50.000UI/kg (hasta 2.400.000 UI) en dosis única intramuscular.
- Devolución a la niña y a su familia acerca de la significación de los hallazgos y su implicancia futura.
- Apoyo psicológico de la víctima y su familia.
- Manejo interdisciplinario del caso.
- En caso de tener que comunicar a la justicia, elaborar el informe correspondiente, firmado por el profesional actuante y por el responsable del área (o por el director de la institución) y enviar en sobre cerrado (no entregar en mano a la paciente ni al familiar).

### Bibliografía

1. Manual de Ginecología Infanto Juvenil. 2da Edición ampliada y actualizada. Ed. Ascune. SAGIJ 2003
2. Rozansky, C. Importancia para la justicia de los exámenes periciales no jurídicos en caso de ASI. Revista SAGIJ- Vol.13 N° 1 – 2006
3. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Algunas reflexiones sobre violencia intrafamiliar
4. Adams JA. Evolution of a classification scale: Medical evaluation of suspected child abuse. 2001
5. Emmans J y col. Ginecología en pediatría y la adolescente. México: Mc Graw-Hill Interamericana. 2000:579-613