

## **ABUSO SEXUAL: Abordaje ginecológico**

El abuso sexual es una forma de abuso físico y psicológico. Comprende: violación, corrupción, prostitución, estupro, exhibiciones obscenas, así como manoseos, caricias, vouyerismo.

Es importante conocer las semejanzas y diferencias entre abuso y violación:

El **abuso sexual** es un proceso crónico, constituido por distintas etapas:

\* 1era. Etapa: de equilibrio familiar, constituida por una fase de seducción y una fase de intimación sexual y de secreto.

\* 2da. Etapa: de desequilibrio familiar, constituida por las fases de divulgación y represiva.

El abuso sexual (AS) incluye distintos tipos de acercamientos sexuales inapropiados por la incapacidad de la víctima para dar su consentimiento debido a su edad o a estar bajo coerción, tales como manoseos, exhibicionismo, manipulaciones de genitales, contacto orogenital, etc. Siempre involucra un secreto, es un acto de poder y puede ser llevado a cabo por un hombre o una mujer. En 90% de los casos el abusador es un conocido de la víctima que abusa de su confianza y de su afecto. Es más frecuente durante la infancia, muchas veces sin uso de fuerza física, y suele ser un proceso crónico, de larga data, que generalmente no deja secuelas físicas.

La **violación** o asalto sexual es un evento inesperado, perpetrado por una persona por lo general desconocida y se define como: la penetración carnal por medio de la fuerza o de amenazas sin consentimiento de la otra persona.

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 para el acto.

Estas dos situaciones, que si bien desde el aspecto del daño psíquico tienen igual gravedad, en la violación puede ser de mayor gravedad el daño físico.

Ambas situaciones por su contexto "violento", desestructuran al equipo de salud o al médico que asiste a la víctima, por lo cual es fundamental tener claro y protocolizado el manejo médico-legal.

Para el trabajo en esta temática se considera indispensable la tarea multi, inter y transdisciplinaria, ya que diversas áreas se ven involucradas, y ello redundará en beneficio, no solo de la víctima y su familia, sino también de los profesionales actuantes. La carga emocional que genera el estar comprometido en una temática tan horrorosa es muy difícil sostenerla en soledad y poder resolverla operativamente.

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

Las "señales de alerta" del ASI (Abuso Sexual Infantil) empiezan a ser más conocidas, de modo que los profesionales están menos propensos a considerar el relato de los niños como cuentos de fantasía. Además, el ASI es un área difícil para investigar, desde que el secreto, la vergüenza y la culpa se encuentran entre sus componentes.

## **ABORDAJE DE LA PACIENTE VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL**

Cada caso de abuso sexual es diferente y diferente será también su abordaje y las estrategias para el diagnóstico y tratamiento. Podemos encontrarnos con una adolescente víctima de una violación por parte de un desconocido en medio de un hecho de violencia física o con una niña que denuncia una situación abusiva intrafamiliar que sucede desde hace tiempo o que sucedió en un tiempo determinado 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 AS 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; en estos casos por lo general se encuentran involucrados niños pequeños y son de difícil resolución.

A fin de reducir la tensión de la paciente, el número de entrevistas y de entrevistadores debería ser el mínimo, los entrevistadores deben tener aptitudes y entrenamiento para preguntar y no deben ser devotos de una sola hipótesis.

Lo ideal sería contar con un equipo interdisciplinario integrado por un trabajador social, un profesional de psicopatología y un médico, todos con entrenamiento en la problemática, a fin de reducir el número de entrevistas y de evitar la consiguiente revictimización de la paciente.

En la entrevista hay varios factores que se debe tener en cuenta:

- 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
- La afectación personal que el hecho produce en el profesional que atiende a la niña no debe inferir en las preguntas o en 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 necesario 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, pero recordar que no es el médico quien debe dictaminar si ocurrió o no el abuso.
- Se debe realizar una evaluación del riesgo para la salud y/o la vida de la paciente y 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 la paciente a fin de lograr su cooperación y 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 de manera de obtener 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 de los mismos, ya que las lesiones recientes pueden cicatrizar o desaparecer con el tiempo y además evita la reexaminación de la niña.

En el AS intrafamiliar, que es lo más frecuente en niñas prepúberes, los signos físicos en 75% de los casos suelen ser escasos o nulos, siendo de mayor relevancia para el diagnóstico el relato de la niña, por lo que 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 severas y su registro, tanto de las lesiones genitales como extragenitales deben ser minuciosas.

Al finalizar el examen físico es importante hablar con la niña o la adolescente y con sus padres explicando los hallazgos del mismo y su significación futura, tratando 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 cuando el traumatismo es mínimo explicar que cicatriza sin secuelas visibles.

**Dra. Analía Tablado**  
**Médica Ginecóloga**  
**Presidente de la Soc. Arg. de Ginecología Infanto Juvenil**

## PROTOCOLO A.S.I. y VIOLACIÓN

### Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil

#### MARCO TEORICO

El abuso sexual infantil (A. S. I.) es una forma de abuso físico y psicológico y consiste en la utilización de un menor para satisfacer los deseos sexuales de un adulto. Incluye distintas formas de acercamientos sexuales inadecuados: 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. Muchas veces cuando se lo denuncia o relata, 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 bucofaringea) 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 manejo médico-legal del caso y abordar en forma interdisciplinaria a la víctima y su familia. Este es el motivo que nos ha llevado a este protocolo a fin de facilitar la entrevista, la recolección de datos y el seguimiento en los casos de A. S. I.

Debido a la posibilidad de implicancia legal en los casos de A. S. I. 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 profesional/es intervinientes. Consignar los datos del supuesto agresor, en el caso de que haya algún relato del niño o de su acompañante sobre el mismo, 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.

Indicar cuál ha sido el motivo por el cual se sospecha A. S. I.

- 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 A. S. I.

- Niña con sintomatología no específica y/o indicadores psicológicos de A. S. I.

## **ABORDAJE DE LA PACIENTE VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL Y VIOLACION**

Cada caso de abuso sexual es diferente, su abordaje y las estrategias para el diagnóstico y tratamiento. Podemos encontrarnos con una adolescente víctima de una violación por parte de un desconocido en medio de un 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 AS 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; en estos casos 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 .

Factores a tener presentes en la entrevista :

- 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 en 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 necesario 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, pero recordar que no es el médico quien debe dictaminar si ocurrió o no el abuso.
- Se debe realizar una evaluación del riesgo para la salud y/o la vida de la paciente y 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 y 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 de los mismos, ya que las lesiones recientes pueden cicatrizar, o desaparecer con el tiempo. El buen registro evita la reexaminación de la niña.

En el AS intrafamiliar, que es lo más frecuente en niñas prepúberes, los signos físicos en 75% de los casos suelen ser escasos o nulos, siendo de mayor relevancia para el diagnóstico el relato de la niña, por lo que 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 severas y su registro, tanto de las lesiones genitales como extragenitales deben ser minuciosas.

El examen físico comprende varios pasos.

1.- SIGNOS Y SINTOMAS EMOCIONALES: Descripción del aspecto general y emocional de la paciente. La ausencia de síntomas o manifestaciones de impacto no siempre pueden 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 FISICO GENERAL: Descripción de lesiones corporal, tales como eritemas, abrasiones, equimosis, hematomas, laceraciones, marcas de dientes, quemaduras, fracturas, etc. en todo el cuerpo del paciente. Revisar al niño en ropa interior, examinando la cara, la cabeza, el cuello, el torso y las extremidades en forma completa y minuciosa y registrar en el protocolo si existen signos físicos.

3.- EXAMEN GINECOLOGICO: 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 con la visualización directa o "a ojo desnudo" o, en forma ideal, con colposcopio, 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 un 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 ubicándolos en sentido horario y el diámetro de la hendidura himeneal (medida en mm).

Inspección de la zona perianal con la paciente en posición genupectoral .

Valorar el tono del esfínter anal, si hay dilatación del mismo, la presencia de lesiones traumáticas o condilomas perianales, la congestión o infundibulización de la zona perianal. En esta posición se puede 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 del mismo y su significación futura, tratando 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 cuando el traumatismo es mínimo explicar que cicatriza sin secuelas visibles.

### **Clasificación de los hallazgos anogenitales en niñas con sospecha de AS**

(Tomado de la clasificación realizada por Muram en 1988 con algunas modificaciones, de acuerdo con la clasificación de Adams de 1997).

- Categoría o Clase 1: Sin datos de AS

Examen genital normal. **(Recordar que la ausencia de signos físicos no invalida la posibilidad de A.S.)**

- Categoría o Clase 2: Hallazgos inespecíficos de AS (Abuso posible)

Signos físicos que podrían estar causados por AS 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 dos 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.

- Categoría o Clase 3: Hallazgos específicos de AS (Abuso probable)

Presencia de uno o más signos sugestivos de AS: desgarros recientes o cicatrizales del himen, aumento del diámetro del orificio himeneal para la edad, desgarrado 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 dos años. En la zona anal: desgarros 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.

- Categoría o Clase 4: Hallazgos de certeza de AS (Evidencia definitiva de AS)

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 *Neisseria gonorrhoeae*, serología positiva para sífilis o para HIV (descartada la transmisión vertical).

Abuso con testigos o la existencia de fotografías o videos que prueben el AS.

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 hs. 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*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas*, complejo Gamm 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 el método de ELISA o test de anticuerpos mono y policlonales por sonda de ADN. La utilización de hisopos uretrales pretratados y transportados en medio de Stuart permite la investigación de la *Neisseria*.

*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 LCR ( ligasa urinaria).

*Treponema 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. La tomas se realizan con cepillos especiales con antiDNAsa.

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

En toda paciente abusada sexualmente y/o violada debemos solicitar el test de HIV 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 HIV positivas, al igual que el recuento de CD4.

Es conveniente solicitar otros exámenes para detección de hepatitis B, C y D. Hepatitis B: se realiza con un análisis de sangre, se buscan antígenos de superficie (Ag HBs) y en pacientes vacunadas se les solicita el antígeno anticore.

Hepatitis C y D: Se solicita IgM e IgG.

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 tratamiento antiretroviral, dada su toxicidad), cultivo de orina )para búsqueda de gérmenes o de espermatozoides) y subunidad  $\beta$  HCG en las pacientes pre o posmenárquicas (para descartar embarazo anterior al momento de la agresión y de esta forma realizar una correcta elección del tratamiento a implementar).

## "Seguimiento serológico y detección secundaria de infecciones"

Agente infeccioso	Primera detección Momento de la 1º consulta	Repetir
• Virus del HIV	X	3 y 6 meses y al año*
• Virus de Hepatitis B, C, D	X	1 mes
• Virus de herpes y HPV	Si hay lesiones	3 meses**
• Grupo Gamm	X	3 meses
• Gonococo	X	1 mes
• Mycoplasma	X	3 meses
• Ureoplasma	X	3 meses

\*Recomendar desde el primer test de HIV, 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 infectante.

\*\*Antes de los tres meses y si hubiera síntoma.

Es importante recordar que además de coleccionar material para estudiar agentes infecciosos debemos recolectar 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 o -70C°, forma en que 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 a -70°.

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 Ag P30, presente en las secreciones prostáticas, pudiéndose realizar este estudio hasta 48 hs.

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 horas de ocurrido el hecho.

El tipo de toma a realizar y quien la realizará (medico forense, médico que recibe 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 conservarse en una bolsa 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.

\* Tratamiento de lesiones corporales y/o genitales

\* Vacuna antitetánica y plan antibiótico.

\* Antibioticoterapia preventiva para ETS. Se realiza con:

Ceftriaxona 250 mg I.M. dosis única + Doxiciclina 100 mg c/12 hs o 200 mg/día por 10 días

o Azitromicina 1 g V.O. dosis única o Ciprofloxacina 500 mg c/12 hs por 10 días + Metronidazol 2 g V.O. dosis única

Si se detectase *Treponema pallidum*: Penicilina benzatínica 2.400.000 U vía I.M. por mes durante 4 semanas.

\* Tratamiento preventivo de HIV (ideal antes de las 4 hs, pudiéndose extenderse hasta las 72 hs.). Se realiza sólo cuando el riesgo del contacto lo justifique.

Zidovurina (AZT) 2 comprimidos de 200 mg c/ 8 horas

Lamivudina (3TC) 1 comprimido de 150 mg c/12 horas por 30 días

Indinavir (IDV) 2 comprimidos de 200 mg. c/ 8 horas

Este tratamiento preventivo está en revisión, ya que algunos grupos de investigación consideran mejor el seguimiento con el test de HIV y si este se positiva se determina la iniciación del tratamiento mediante la evaluación del recuento de copias virales y el de CD4.

- \* Tratamiento preventivo de hepatitis B, Gamaglobulina hiperinmune 0,06ml/kg.(fco. ampolla de 3 y 5 ml) y con tres dosis de vacuna (la 2da. Dosis a los 30 días y la 3er. a los seis meses) y un refuerzo al año. En el caso que la paciente haya sido inmunizada previamente contra la hepatitis B se deben solicitar anticuerpos (antígeno de superficie)

\* Prevención de embarazo con anticoncepción de emergencia, dentro de las 72 hs. de ocurrida la agresión, con 150 g de Levonorgestrel, repartido en dos dosis (Inmedial N).

### **Tratamiento preventivo HIV en niños (por 30 días):**

AZT 180mg/m<sup>2</sup> cada 12 hs

3TC Lamivudina: 4 mg/kg/dosis cada 12 hs

Nelfinavir 60 mg/kg/dosis cada 12 hs ( Máximo 1250 gr cada 12 hs)

### **Antibioticoterapia preventiva para ETS**

#### **Niños de menos de menos de 45 kg de peso**

Ceftriaxona 125 mg IM dosis única + Azitromicina 20 mg/kg dosis única

ó Doxiciclina 100mg cada 12 hs vía oral por 7 días (contraindicada en menores de 7 años)

#### **Pacientes mayores de 9 años y de más de 45 kg de peso**

Ceftriaxona 125 mg IM dosis única ó

Ciprofloxacina 500mg vía oral dosis única ó

Cefixima 400 mg vía oral dosis única + Doxiciclina 100mg cada 12 hs vía oral por 7 días ó

Azitromicina 1 gr VO dosis única + Metronidazol 20 mg/kg /día vía oral (dosis máxima 2 g)

**Si se detecta Treponema:**

Penicilina G benzatínica 50.000UI/kg hasta 2.400.000 UI IM dosis única

\* Devolución a la niña y a su familia la significación de los hallazgos y su implicancia futura.

\* Apoyo psicológico de la víctima y su familia.\* Manejo interdisciplinario del caso.

\* En el 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).

# Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil

## PROTOCOLO DE A.S.I. y VIOLACIÓN

FECHA \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDO \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Escolaridad \_\_\_\_\_

Grupo Familiar conviviente \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDO DEL ACOMPAÑANTE \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Vínculo \_\_\_\_\_ Doc. Ident. \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

PROFESIONAL INTERVINIENTE \_\_\_\_\_

Título \_\_\_\_\_ N° de Matrícula \_\_\_\_\_

RELATO DEL ACOMPAÑANTE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

RELATO DE LA NIÑA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATOS DEL SUPUESTO AGRESOR \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Vínculo con la niña \_\_\_\_\_ ¿Convive? \_\_\_\_\_

FORMA DE LLEGADA A LA CONSULTA:

Demanda espontánea de la familia \_\_\_\_\_

Justicia: Tribunal \_\_\_\_\_ Causa N° \_\_\_\_\_

Derivación de la Escuela \_\_\_\_\_ Otro profesional \_\_\_\_\_

Otras \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA SOSPECHA DE A.S.I.:

- Relato de la niña de situación de abuso/ violación de antigua/ reciente data
- Sospecha de un tercero de situación de A.S.I.
- Niña con sintomatología no específica y/o indic. psicológicos de A.S.I.

TIEMPO TRANSCURRIDO del último episodio\_\_\_\_\_

¿Fue un episodio único?\_\_\_\_\_¿o reiterado?\_\_\_\_\_

¿Desde cuándo ocurren situaciones de A.S.I.?\_\_\_\_\_

EN CASO DE EPISODIO RECIENTE: ¿Se conservan ropa interior u otros elementos de prueba?\_\_\_\_\_¿Cuáles?\_\_\_\_\_

(Conservarlos en bolsas de papel rotuladas)

ANTECEDENTES: Clínicos\_\_\_\_\_

Quirúrgicos\_\_\_\_\_Ginecológicos: Menarca\_\_\_\_\_RM\_\_\_\_\_

FUM\_\_\_\_\_IRS\_\_\_\_\_MAC\_\_\_\_\_Otros\_\_\_\_\_

SIGNO Y SINTOMAS EMOCIONALES (¿Cómo se presenta la niña?)\_\_\_\_\_

EXAMEN FISICO GENERAL (En presencia de familiar o de otro profesional)

Descripción de lesiones corporales (eritemas, abrasiones, equimosis, hematomas, marcas de dientes, quemaduras fracturas, etc.)\_\_\_\_\_

EXAMEN GINECOLOGICO (En presencia de familiar o de otro profesional)

Realizado: con visualización directa / con colposcopio

(Consignar con precisión la presencia de lesiones y de ser posible dibujar en un gráfico u obtener imágenes fotográficas)

NORMAL ANORMAL DESCRIPCION

PERINE \_\_\_\_\_

LABIOS MAYORES \_\_\_\_\_

LABIOS MENORES \_\_\_\_\_

CLITORIS \_\_\_\_\_

URETRA \_\_\_\_\_

HIMEN \_\_\_\_\_

Características del himen

---

Diámetro del orificio himeneal \_\_\_\_\_

HORQUILLA \_\_\_\_\_

VAGINA \_\_\_\_\_

Secreción vaginal \_\_\_\_\_

ZONA PERIANAL \_\_\_\_\_

ESFINTER ANAL \_\_\_\_\_

Presencia de materia fecal en recto \_\_\_\_\_

Otras  
lesiones \_\_\_\_\_

---

#### TOMA DE MUESTRAS

**(Sólo ante la posibilidad o sospecha de violación o de contacto con secreciones del agresor)**

#### SANGRE

Solicitar: \* Serología para H.I.V.(ELISA), sífilis (VDRL o FTA-abs), Hepatitis B (AG HBs o Ag anticore en niñas vacunadas), hepatitis C y D (Ig M e Ig G)

\* Hemograma y hepatograma (en caso de tener que indicar trat. antiretroviral)

\* Cultivo de orina

\* Subunidad  $\beta$  HCG en niñas postmenárquicas

#### FLUJO VAGINAL

1.- Hisopado vaginal para extendido en fresco sobre portaobjeto

2.- Hisopado vaginal en medio de Stuart para cultivo de flujo vaginal

3.- Hisopado vaginal con hisopo y medio especial para *Chlamydia* y *Neisseria gonorrhoeae*

4.- Hisopado vaginal con hisopo estéril, secado del mismo con aire frío, colocación en frasco estéril rotulado y conservación entre -20 y -70° C para búsqueda de espermatozoides y det. de A.D.N. ( Se determinará quien toma la muestra de acuerdo a la Jurisdicción)

5.- Hisopado endocervical en pacientes con actividad sexual para búsqueda de *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia*

#### MUESTRAS DE SECRECIONES ANALES

## URETRALES

### DE CAVIDAD ORAL

**(Realizarlas ante la posibilidad o sospecha de contacto de esas zonas con secreciones del agresor)**

### MUESTRAS DE MANCHAS ORGANICAS

Recolección de superficies manchadas por raspado o hisopado con hisopo estéril embebido en solución fisiológica, secado con aire frío y colocado en frasco estéril rotulado (conservación entre -20 y -70° C)

### CONSERVACIÓN DE ELEMENTOS:

Se deberán guardar en bolsa de papel, para evitar la humedad ( bombachas u otros)

### RESULTADO DE LAS MUESTRAS \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

### CATEGORIZACION DE LOS HALLAZGOS

- \* Clase 1: Examen normal. Sin signos **físicos** de A.S.
- \* Clase 2: Hallazgos inespecíficos de A.S. (abuso posible o baja sospecha)
- \* Clase 3: Hallazgos específicos de A.S. (abuso probable o alta sospecha)
- \* Clase 4: Hallazgos de certeza de A.S. (evidencias definitivas de A.S.)

### TRATAMIENTO

**(Se realizará únicamente en las situaciones que el caso lo justifique: violación o sospecha de contacto de riesgo con las secreciones del agresor)**

- Tratamiento de las lesiones corporales y/o genitales
- Vacuna antitetánica y plan antibiótico
- Antibioticoterapia preventiva para E.T.S.
- Tratamiento preventivo para H.I.V. (antes de las 2 - 6 hs. se puede extender hasta las 72 hs. y sólo cuando el riesgo lo justifique)
- Tratamiento preventivo de hepatitis B (antes de los 15 días)
- Prevención del embarazo con anticoncepción de emergencia (antes de las 72 hs.)
- Devolución a la niña y/o a su familia la significación de los hallazgos y su implicancia futura
- Apoyo psicológico de la niña y de su familia
- Manejo interdisciplinario del caso

TRATAMIENTO INDICADO \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

SEGUIMIENTO \_\_\_\_\_

---

---