

## ANEXO

### PROTOCOLO ABUSO SEXUAL INFANTO-JUVENIL

#### MARCO TEORICO

El abuso sexual infanto juvenil (A.S.I.J.) es una forma del ejercicio abusivo de poder consistente en la utilización de un niño/a o adolescente para satisfacer los deseos sexuales de otra persona que produce connotaciones psicológicas y físicas adversas en el niño/a y/o adolescente que lo padece.

Se define como abuso sexual infantil a "la participación de niños/as -dependientes o de desarrollo inmaduro- y adolescentes en actividades sexuales que no son capaces de comprender ni de prestar consentimiento o que violan los tabúes sociales de los roles familiares"

Para un adecuado abordaje de la temática, es importante distinguir que mientras la "violación" es siempre un "abuso sexual", un "abuso sexual" no siempre es una "violación".

Entre el 50% y el 75% de los casos el abuso sexual no deja signos físicos e incluye a distintos tipos de acercamientos sexuales inadecuados, siendo el manoseo, el exhibicionismo y el sexo bucofaringeo las formas de abuso más frecuentes. Es un acto de poder sobre otro/a y puede ser llevado a cabo por cualquier persona.

La violación es un evento inesperado, único, violento e impredecible, que se define como el acceso carnal (vaginal, anal o bucofaringeo) 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.

Todo efector de salud que tiene contacto con un/a niño/a o adolescente involucrado en una situación de abuso sexual debe considerar, que el niño es portador de una "experiencia traumática" que en muchos casos es de larga data y que puede tener un fuerte temor a hablar de ello.

Al ser el abuso sexual una situación sumamente compleja donde se conjugan diversos factores bio-psico-sociales y legales es de fundamental importancia que el abordaje sea siempre interdisciplinario.

#### MARCO LEGAL

*A los efectos de este Protocolo se entenderá que el abuso sexual infantil es un delito donde el/la victimario satisface sus impulsos o deseos sexuales con un niño de cualquier sexo aprovechándose de las debilidades, ignorancia o inexperiencia del menor, mediante engaño, violencia, amenaza, abuso coactivo, intimidatorio o una relación de dependencia, con falta de consentimiento de la víctima por su sola condición de niño, afectándose su reserva y/o integridad sexual, implicando para éste una experiencia traumática en la mayoría de los casos, que puede perjudicar su desarrollo evolutivo normal y, que además, está previsto y reprimido por el Código Penal.*

Es necesario considerar que cuando un niño/a o adolescentes es víctima de cualquier delito de abuso sexual, no solo deben resguardarse todos los derechos inherentes a cualquier

persona, sino además, deberá ponerse en práctica el "plus de derecho", que contiene principios rectores que deben observarse. Ellos son:

**Interés superior del niño:** ésta garantía está vinculada a la máxima satisfacción, integral y simultánea de "todos" y "cada uno" de los derechos reconocidos a niños/as y adolescentes a través del sistema legal vigente, procurando la menor restricción posible de los mismos.

**Garantía de prioridad absoluta:** esta garantía está relacionada con el derecho de preferencia que posee el niño/a o adolescente en la atención integral proporcionada por los servicios públicos. A su vez, debe garantizarse que la problemática de los niños/as o adolescentes sea considerada en forma prioritaria en la formulación y ejecución de las políticas públicas.

**Derecho a opinar y a ser oído:** implica no solo la posibilidad de que el niño/a o adolescente opine libremente en todos los asuntos que le conciernen y en aquellos que tiene interés, sino también que dicha opinión sea debidamente tenida en cuenta, considerando su madurez y desarrollo. En este sentido y tratándose de situaciones de ASIJ se destaca que en el Ámbito de Salud de la CABA, el Decreto Reglamentario N° 2316/GCBA/05 modificador del Art. 4 Inc. h) de la Ley Básica de Salud presume, que *"...todo/a niño/a o adolescente que requiere atención en un servicio de salud está en condiciones de formarse un juicio propio y tiene suficiente razón y madurez para ello, en especial tratándose del ejercicio de derechos personalísimos"*.

**Derecho a ser respetado, a la integridad, a la dignidad, a la intimidad y a la privacidad:** referido principalmente a la obligación de brindar a niños/as y adolescentes la comprensión necesaria, el protagonismo activo en el goce y ejercicio de sus derechos, el respeto por la autonomía de sus valores, ideas y creencias, su integridad biopsicosocial y a no ser objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida personal o familiar.

Tomando en consideración estas premisas, los efectores de salud que aborden situaciones de abusos sexuales en población infanto-juvenil deberán considerar que el objetivo primordial es velar por la "Salud Integral del Niño/a o Adolescente" víctima de estos delitos. Por tanto, sus acciones deberán estar dirigidas hacia la atención de la salud de estos promoviendo su recuperación, dejando, en la medida de lo posible, aquellas cuestiones que hacen a la denuncia e investigación de la comisión del delito en el organismo administrativo de protección de derechos local, por tratarse de cuestiones de naturaleza jurisdiccional, que escapan al ámbito de competencia de la política pública en materia de salud.

En tal sentido, las comunicaciones y denuncias legales que los profesionales de la salud consideren necesario realizar ante situaciones de ASIJ, deberán cumplimentarse conforme a lo establecido en el Dictamen emanado por la Asesoría Gral. Adjunta de Menores e Incapaces de la Ciudad de Bs. As, que obra en Resolución N° 1956-SSSS-06 del Ministerio de Salud del GCBA (BO N° 2562).

## **ABORDAJE INICIAL DEL EQUIPO DE SALUD EN SITUACIONES DE ABUSO SEXUAL INFANTO-JUVENIL**

Cada caso de abuso sexual es singular, como así también su abordaje y las estrategias para el diagnóstico y el tratamiento.

Podemos encontrarlos con situaciones vinculadas a la demanda de asistencia frente a la sospecha que plantea el adulto acompañante del niño/a ó adolescente.

En otras oportunidades los mismos profesionales pueden observar en la atención de los niños/as y/o adolescentes, indicadores específicos o inespecíficos compatibles con posible abuso sexual. O escuchar directamente el relato que el niño/a o adolescente hace del abuso del cual fuera víctima.

En este sentido al/a niño/a se le plantea entonces una disyuntiva de difícil resolución:

- a) no hablar del hecho o
- b) *brindar su relato sobre lo acontecido* y consecuentemente exponerse a la posible ruptura de los lazos familiares, a la falta de credibilidad de las personas a quienes relate la situación, y a posibles represalias.

Por tal motivo y debido a la complejidad que presentan estas situaciones para un adecuado abordaje integral, se deberá contar con un equipo interdisciplinario integrado por médico/a, psicólogo/a, psiquiatra/a, trabajador/a social y abogado/a, los que deberán capacitarse a efectos de conocer la problemática.

## 1) PROCEDIMIENTO DEL EQUIPO DE SALUD MENTAL:

### ENTREVISTAS:

Los/as entrevistadores/ras deben tener aptitudes y entrenamiento para sostener un diálogo que permita un intercambio rico en contenidos y lo más esclarecedor posible, respetando los derechos y necesidades del niño/a o adolescente.

Debe recordarse que el niño/a o adolescente puede presentarse espontáneamente solo o acompañado de un referente adulto. En el caso de que el niño/a o adolescente se presente solo a la consulta, el profesional efectuará la entrevista de rigor y deberá valorar si el niño/a - conforme a su edad y desarrollo evolutivo- se encuentra en condiciones de formarse un juicio propio y tiene suficiente razón y madurez para ello.

Si el niño/a viene acompañado por un adulto referente, el profesional realizará la entrevista con el adulto y en lo inmediato entrevistará al niño/a, en lo posible a solas, debiendo priorizar su relato a efectos de permitir el ejercicio del derecho a opinar y ser oído.

En el caso de adolescentes que se presentes acompañados por un adulto referente, el profesional deberá consultarle si prefiere mantener la entrevista a solas.

### Entrevista inicial con el Niño/a ó Adolescente víctima de A.S.I.J:

A los fines de evaluar el estado emocional del niño/a o adolescente víctima de A.S.I.J, durante el relato y realizar acciones de contención adecuadas se recomienda que el mismo sea atendido por un psicólogo o un psiquiatra perteneciente al equipo.

Aspectos a tener presente en la entrevista:

- Disponer de un lugar adecuado que respete la intimidad y privacidad del/la niño/a o adolescente durante las entrevistas.
- Si ellos/as lo desean, podrán ser acompañados en la entrevista por alguna persona de su confianza (sea adulto/a o adolescente, independientemente de la edad).
- Se debe evitar el estilo interrogativo o confrontativo, tratando de tener una actitud receptiva respecto del relato de lo sucedido.
- En la entrevista el profesional debe estar atento a obtener información que permita conocer el nivel de desarrollo alcanzado por el niño/a ó adolescente y los desórdenes emocionales que pudieran advertirse. La ausencia de manifestaciones inmediatas o evidentes en sus conductas no significa que el daño no ha ocurrido, o que los niños/as o adolescentes no han sido afectados por el abuso.
- En algunos casos el/la niño/a relata la situación de abuso a los demás profesionales intervinientes, como por ejemplo ginecólogo, pediatra, etc. durante los exámenes físicos. Dichos profesionales deberán evitar realizar un interrogatorio, forzándolo a relatar lo que no desea. En tal sentido el/la profesional deberá estar atento/a ante la posible manifestación de parte del/la niño/a o adolescente de datos vinculados a los siguientes elementos (recordando que en el caso de que el/la niño/a o adolescente se refiera a ellos resulta de suma importancia registrarlos por escrito):

- Cómo y cuando comenzó el abuso, tipo de agresiones sufridas (vaginal, anal, bucofaríngea u otra).
- Aclarar si se utilizaron armas u otros elementos.
- Progresión de las actividades abusivas.
- Presencia de testigos u otras personas que supieran del abuso, las circunstancias que condujeron a revelarlo, la reacción de la familia u otros adultos significativos ante la revelación.
- Identidad del abusador. (si no es posible obtenerla, hacer una descripción de sus características físicas)
- Actos realizados después de la agresión: aseo personal, toma de alimentos o medicamentos, cambio de ropa, etc.
- Antecedentes personales de agresiones. Lesiones anteriores y si necesitaron asistencia médica consignar los efectores.

Toda esta información será recabada y tendrá como objetivo principal brindar una adecuada atención integral de la salud al niño/a o adolescente ante la situación de abuso de la que fuera víctima.

- Se debe hacer un registro textual, amplio y minucioso de los dichos del niño/a, ó adolescente 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.
- El diagnóstico final se confeccionará con los aportes que surjan de las evaluaciones psicológico-siquiátricas, médicas, sociales y legales de los profesionales intervinientes.
- Se garantizará la integridad física y psíquica del niño/a evitando, en lo posible que permanezca en contacto con el/la agresor/a. Para ello se debe evaluar conjuntamente con el niño/a o adolescente, las redes de contención y protección en cada caso, acudiendo a redes familiares, comunitarias y asistenciales. En caso de que estas redes no garanticen la integridad física y psíquica del/a niño/a o adolescente, se deberá evaluar la posibilidad de aplicar una "medida de protección excepcional", que deberá ser previamente autorizada por el Consejo de Derechos de Niñas/as y Adolescentes, conforme el procedimiento establecido de la Ley Nacional N° 26.061 en sus artículos 39 y 40.

#### **Entrevista con el adulto referente del Niño/a ó Adolescente.**

Cuando un niño/niña o adolescente concorra acompañado por un adulto referente, la entrevista con el adulto, será realizada por el/los profesionales del equipo interdisciplinario, que deberán ser dos como mínimo, con el fin de:

- recabar información complementaria.
- valorar el riesgo en el que se encuentra.
- evaluar el resguardo que merece en consecuencia.

Es de fundamental importancia:

- Registrar en forma clara y completa los datos de filiación del niño/a o adolescente, del familiar o referente adulto que lo acompaña, así como dirección y T.E. Del igual modo se registrarán los nombres de los profesionales intervinientes.
- Indicar cuál ha sido el motivo por el cual se sospecha ASIJ. Si presenta sintomatología o indicadores psicológicos que la sustenten.
- Consignar los datos del supuesto ofensor, en el caso que haya habido algún relato de la víctima o del acompañante sobre el mismo.
- Registrar la forma por el cual la víctima llega a la consulta. Cuando la derivación haya sido desde una instancia administrativa, judicial o policial, es necesario conservar la documentación que solicita la intervención del equipo de salud.
- Evaluar la posibilidad de que hayan otros/as niños/as expuestos a la situación de abuso sexual por parte de /a mismo/a agresor/a y actuar en consecuencia.

## 2) PROCEDIMIENTO DEL EQUIPO MÉDICO

### EXAMEN FÍSICO GENERAL:

El profesional actuante deberá informar al niño/a o adolescente en forma permanente, las prácticas médicas que sea necesario realizarle, así como toda intervención profesional que se deba realizarle e involucre sus intereses, solicitando para ello, en todos los casos su consentimiento previo.

Es conveniente contar con un ayudante capacitado para la recolección de las muestras para evitar revictimizaciones.

Las muestras y los datos obtenidos deberán conservarse y registrarse en forma prolija y minuciosa, ya que constituyen evidencias legales que podrían ser requeridas judicialmente.

De existir signos físicos compatibles con ASIJ o violación sería conveniente 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 víctima. **En este punto hacemos la salvedad que la obtención del registro fotográfico será un procedimiento evaluar en cada caso en particular, siempre y cuando no se vulneren los derechos personalísimos como la intimidad, la confidencialidad y la privacidad. Reiteramos que en cada procedimiento se deberá solicitar el consentimiento previo.**

En las situaciones en las cuales haya evidencia física, el registro de las lesiones genitales y extragenitales debe ser detallado.

El examen físico comprende:

- a) Revisar al niño/a o adolescente 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.
- b) Descripción de lesiones corporales, tales como eritemas, abrasiones, equimosis, hematomas, laceraciones, marcas de dientes, quemaduras, fracturas, etc. en todo el cuerpo del/la niño/a o adolescente.

### EXPLORACIÓN GENITAL Y ANAL EN NIÑAS/OS O ADOLESCENTES:

- Se debe realizar en presencia de la persona de confianza de la niña/o o adolescente, o en su defecto en presencia de otro profesional de la salud, solicitando siempre el consentimiento de los mismos y respetando sus tiempos para acceder a las prácticas.
- Al finalizar el examen físico es importante hablar con la niña/o o adolescente y con la persona de su confianza, explicando los hallazgos del mismo y su significación futura, intentando tranquilizarlos ya que en muchos casos estos suponen estar lesionados para siempre. Cuando existen lesiones se debe explicar el tratamiento y seguimiento, y cuando el traumatismo es mínimo explicar que cicatriza sin secuelas visibles.

#### a) Examen Ginecológico y Anal en Niñas o Adolescentes:

- Consistirá 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 niña o adolescente en posición ginecológica.
- De haber iniciado relaciones sexuales, se completará 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).
- Se inspeccionará la zona perianal con la niña o adolescente en posición genupectoral. Deberá valorarse 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.

#### b) Examen Genital y Anal en Niños o Adolescentes:

En los niños deberá realizarse una correcta observación de la cara interna de los muslos y el periné, consignando las características del pene y escroto, así como la presencia de esoriaciones, mordeduras, quemaduras y toda lesión que pudiera apreciarse.

Tanto en los varones como en las niñas es imprescindible el examen de la región anal. La presencia de lesiones puede estar relacionada con las características del objeto productor del trauma y la fuerza empleada en el acto. La ausencia de las mismas no descarta que haya habido penetración. Es importante estar atento a la presencia de lesiones vinculadas a enfermedades de transmisión sexual.

Sólo cuando el acto abusivo es crónico pueden llamar la atención la hiperpigmentación perianal, la pérdida de los pliegues y la dilatación del esfínter anal.

Luego de suspendido el abuso, las características físicas antes mencionadas se modifican paulatinamente, recuperando con el tiempo el aspecto normal.

Buena es insistir que la ausencia de estigmas físicos (genitales o anales) no descarta la existencia del abuso sexual al cual pudo haber estado expuesto un niño.

#### CLASIFICACIÓN DE LOS HALLAZGOS:

a) Clasificación de los hallazgos anogenitales en niñas/os y/o adolescentes con sospecha de abuso sexual (Tomado de la clasificación realizada por Muram en 1988 con algunas modificaciones, de acuerdo con la clasificación de Adams de 1997) Deberá seguirse la siguiente clasificación:

- **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. o violación)
- **Categoría o Clase 2: Hallazgos inespecíficos de AS (Abuso posible)** (Signos físicos que podrían estar causados por Abuso Sexual 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, desgarró de la mucosa vaginal, marcas de dientes u otros signos traumáticos como laceraciones o equimosis en la vulva, presencia de gémomas de transmisión sexual, condilomas en niñas/os 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 gémomas 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 semina en el cuerpo de la niña o adolescente. 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:

Para su observación en fresco, deberán tomarse muestras del material 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 niña o adolescente consulta con sintomatología genitourinaria (disuria, tenesmo vesical, flujo, úlceras, dolor) hasta 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.

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 puede ser obtenido por aspirado con pipeta colocado en frascos debidamente tratados con anti ADNasa y pueden ser congelados a -20 o -70°C, 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°.

De los lugares agredidos también es importante realizar un extendido en fresco buscando espermatozoides. Se aspira el material con 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. El semen que se encuentra 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.

Los cultivos se colocan en medios especiales para detección de *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas*, complejo *Gamun* y *Mycoplasma*

- **Gonococo (*Neisseria gonorrhoeae*):** debe tomarse la muestra del endocérvix (en las adolescentes activas sexualmente), uretra, ano, y faringe. Se estudia en forma directa por medio de la coloración de Gram (si disponemos, también son útiles el método de ELISA o test de anticuerpos mono y policlonales por sonda de ADN) y se siembran en medios de especiales para su cultivo. La utilización de hisopos uretrales pretratados y transportados en medio de Stuart permite la investigación de la *Neisseria*.
- **Chlamydias:** El material también se toma de uretra, endocérvix, vagina y orina. Se observa por ELISA, inmunofluorescencia directa e indirecta con sonda de ADN. En orina se estudia por LCR (ligasa urinaria). Se cultiva en líneas celulares de McCoy y HELA.
- **Treponema pallidum:** Se toman las muestras de uretra, vagina, ano y/o úlceras si las hubiera. Se realiza el examen en el material obtenido de las úlceras con un microscopio de fondo oscuro. En sangre se estudia con la VDRL, que de ser positiva debe ser confirmada por las pruebas de FTA-ABS o MHA-TP.
- **Trichomonas:** Se toma hisopado de uretra, vagina y ano. Se realiza la observación directa del material y también el cultivo. 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.

A todo niño/a o adolescente con sospecha de abuso o violación se le debe solicitar la siguiente rutina de laboratorio:

- Hemograma.
- Hepatograma.
- Sedimento de orina (para búsqueda de gérmenes o de espermatozoides), cultivo de orina
- subunidad β HCG en las pacientes pre o posmenárrquicas (para descartar embarazo anterior al momento de la agresión y de esta forma realizar una correcta elección del tratamiento a implementar).
- A todo niño/a o adolescente abusado sexualmente o violado debemos solicitar el Test de HIV por ELISA con su consentimiento. En caso de negativa de niño/a o adolescente se solicitará consentimiento a la Asesoría General Adjunta de Menores e Incapaces de la Ciudad de Bs. As, o al juzgado que ya se encontrara interviniendo en el caso.
- Debe solicitarse también los estudios serológicos para hepatitis A, B y C:
  - Hepatitis A: Ig M e IgG anti HVA
  - Hepatitis B: se solicita Ig M, IgG anticóro (antiHBc) y -BsAg.
  - Hepatitis C: se solicita anti HCV (ELISA)

La ropa que pueda haber estado en contacto con posibles fluidos, se conservará en una bolsa de papel, para que la humedad no la perjudique.

#### TRATAMIENTO MEDICO:

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.

Los pasos a seguir son los siguientes:

1. Tratamiento de lesiones corporales y/o genitales



## 2. Manejo infectológico de víctimas de violencia sexual

Dentro del clima de violencia que se encuentra instalado en nuestra sociedad, son cada vez más frecuentes las consultas que llegan sobre que actitud tomar con respecto a la prevención de la infección por VIH ante una violación. No existe la misma experiencia y el mismo acuerdo que existe en la Profilaxis Post-Exposición (PPE) ocupacional, pero se ha tratado de adecuar a dicha normativa, dado que con la rápida indicación de este tratamiento preventivo se ha reducido las posibilidades de infección.

Teniendo en cuenta como diferencia fundamental que la situación de riesgo sucede fuera del ámbito de salud, lo que hace que lleguen más tarde a la consulta y, además, que en la mayoría de los casos se ignora la condición de seropositividad del causante, debemos tener presente que:

- Acompañando la posibilidad de una infección por VIH, existen otros riesgos que también tenemos que prevenir: el del embarazo y el de otras infecciones de transmisión sexual: Hepatitis A y B, sífilis, gonorrea, *Chlamydia trachomatis* y *trichomonas vaginalis*; no debemos olvidar que existe una frecuente asociación entre estas infecciones y que existe sinergismo entre ellas.
- Es necesario evaluar la magnitud del riesgo de transmisión y si ha tenido agravantes (coito anal receptivo, sangrado, cantidad de violadores, etc.)
- El tiempo transcurrido desde que sufrió la agresión y la posibilidad que se pueda iniciar la PPE. Es importante saber que el tiempo ideal para iniciar el tratamiento es antes de las dos horas desde la exposición y que va disminuyendo su eficacia a medida que pasa el tiempo.
- Dado el escaso tiempo con que contamos no siempre hay posibilidades para la donación, es por eso que es imprescindible tener preparado en todos los efectores de salud aunque más no sea la primera dosis de la medicación para poder iniciarla en forma inmediata.

Una vez realizada la evaluación de toda la situación se debe plantear los posibles beneficios y los riesgos de iniciar una PPE no ocupacional (PPENO), la decisión debe ser consensuada con el niño/a o adolescente, su familia, o el referente adulto de confianza, dejando constancia por escrito de la decisión a que se arribó ("Consentimiento Informado"). Teniendo en cuenta lo complicado de la primera entrevista y las dificultades en la implementación de PPENO, de ser necesario, este se puede indicar en dos etapas sucesivas con una diferencia entre ellas de 24 a 48 hs.

### 1ª ETAPA DE LA PROFILAXIS POST – EXPOSICIÓN NO OCUPACIONAL (PPENO)

La PPE tanto ocupacional como la no-ocupacional ha pasado a ser una verdadera "Urgencia Infectológica"; debemos estar conscientes que el éxito de la protección depende de la rapidez de su inicio antes de las dos horas y va disminuyendo su efectividad con el tiempo transcurrido. En el caso que la víctima de la violencia sexual fuera del sexo femenino, este es el mismo límite de tiempo que tenemos para indicar la prevención del embarazo. Para las otras medidas preventivas tenemos más tiempo para su implementación.

- Tratamiento Antirretroviral: ideal antes 2 hs.
  - Tratamiento Básico: 2 INTR (Riesgos menores)
  - Tratamiento Ampliado: 2 INTR + 1 INNTR o 1 IP (sexo vaginal o anal receptivo)
  - Duración del tratamiento: 4 semanas
- Inhibidores Nucleósidos de Transcriptasa Reversa (INTR)

- o Zidovudina o AZT - (Comp. 100 mg): 200 mg cada 8 hs o 300 mg cada 12hs ó 120 mg/metro cuadrado/c/8hs. Dosis Pediátricas: 380-600 mg/m:2/día
- o Lamivudina o 3TC - (Comp. 150 mg): 150 mg cada 12 hs Dosis pediátricas: 4 mg/kg c/12 hs
- o AZT 300 mg + 3TC 150 mg: 1 comp. cada 12 hs. Esta asociación es la de mejor tolerancia, dado que se reduce a una cápsula cada 12 hs. favoreciendo ampliamente la adherencia.

□ **Inhibidores No Nucleósidos de Transcriptasa Reverse (INNTR)**

Efavirentz (EFV) Caps. 200 mg y 600 mg : 600 mg en una sola toma por la noche, antes de acostarse,

*Dosis pediátricas: según peso:*

10-15 kg 200 mg

15-20 kg 250 mg

20-25 kg 300 mg

25-32.5 kg 400 mg

El tratamiento de elección es: AZT+3TC y EFV (no en mujeres embarazadas o en edad fértiles hasta descartar el embarazo, en cuyo caso se debe usar Nelfinavir, el cual tiene muy buena tolerancia.

De llegarse a presentar efectos tóxicos.

- o EFV: Rush o síntomas de SNC (insomnio, falta de concentración, etc.)
- o AZT: si se presenta anemia se debe reemplazar por estavudina (d4T)
- o 3TC: tiene toxicidad mínima.

□ **Inhibidores de la Proteasa (IP):**

Nelfinavir (NFV) - Caps. 250 mg : 750 mg cada 8 hs ó 1.250 mg cada 12 hs.  
Dosis pediátricas: 30 mg/kg/ c/8 hs

□ **Inhibidores Nucleósidos de Transcriptasa Reverse (NTR)**

Stavudina (d4T): un comp. cada 12 hs.

60 kg: comp. de 40 mg

<60 kg: comp. de 30 mg ó 1 mg /kg c/12 hs

□ **Anticoncepción de emergencia:** antes de las 72 hs.

Levonorgestrel: 1.50 mg dosis única (2 comp. juntos) o 0.75 mg cada 12 hs (total: 2 comprimidos).

(Norgestrel Max®, Seguridad®) Se puede sustituir por Anticonceptivos hormonales orales comunes.

**2º ETAPA DE LA PROFILAXIS POST – EXPOSICIÓN NO OCUPACIONAL (PPENO)**

□ **Antihepatitis B:**

Si no hubiera recibido el esquema completo de vacunación con anterioridad Gamaglobulina hiperinmune 0.06ml/ kg (Fco.amp. de 3 y 5 ml) mas Vacuna Hepatitis B: 3 dosis (0-1-3 meses).

u Vacuna antitetánica:

Si no hubiera estado vacunado en los últimos 10 años

u Antibióticoterapia preventiva para ITS:

- o Sífilis: *Penicilina Benzatínica 2.400.000 U. ó 50.000 U./Kg en dosis única ó Ceftriaxone 250 mg*
- o *Gonc/Clamidia: Azitromicina 1gr (comp. 500 mg) o 20 mg/Kg, en dosis única ó Ciprofloxacina 500mg ó Cefixima 400 mg o 8mg/Kg. Más Doxicilina 100 mg o 2mg/Kg, cada 12hs. por 7 días*
- o *Tricomonas: Metronidazol 2 gr (comp. 500mg) o 30 mg/Kg, en dosis única*

Devolución a la niña/ño o adolescente y a su familia o adulto de confianza, la significación de los hallazgos y su implicancia futura.

**SEGUIMIENTO MEDICO:**

1. Laboratorio inicial:

- Serología VIH, VHB, VHC y Sífilis
- Hemograma
- Pruebas de función hepática y renal
- Test de embarazo

2. A las 2 y las 4 semanas:

Para controlar la toxicidad de la medicación antirretroviral y la posibilidad de embarazo.

- Hemograma
- Pruebas de función hepática y renal
- VDRL
- Test de embarazo

3. Para controlar si han sido efectivas las medidas preventivas debemos hacer:

- Serología VIH: a las 6, 12 y 24 semanas.
- Serología VHB: a las 6, 12 y 24 semanas.
- Serología VHC: a las 12 y 24 semanas.

Si en el transcurso del la PPENÓ aparece un cuadro compatible con una primoinfección por VIH, como un ser un síndrome mononucleósico, debemos sospechar una infección aguda y pedir ELISA de 4ta. Generación, PCR proviral y Antígeno p24, si se confirma esta presunción consultar con un especialista.

**SEGUIMIENTO DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO:**

El mismo será realizado conforme a las características propias de cada situación, en forma interdisciplinaria, e intersectorial, abordando principalmente los siguientes ejes:

- El equipo interdisciplinario evaluará la necesidad de continuar la batería diagnóstica y el posterior tratamiento en el sector de Salud. Si resulta necesario efectuar derivación se tendrá en cuenta la complejidad del cuadro clínico que presenta el niño/a o adolescente y/o su familia (valoración del riesgo), así como también el lugar de residencia de mismo (Ley 448, art. 13 I.a)
- La contención psicológica necesaria para el niño/a y adolescente víctimas de ASIJ, como asimismo para los integrantes de su familia o de sus referentes afectivos.
- El acompañamiento social requerido en la implementación de estrategias de "protección integral" y "medidas de protección excepcional" tendientes a la restitución de los derechos vulnerados en los niños/as víctimas de ASIJ y Violación
- La asistencia médica necesaria para efectivizar el derecho a la salud de los niños/as o adolescentes víctimas de ASIJ.

#### ALGORITMO\*

1. Entrevista:
  - ✓ Contención de las víctimas y su familia. Evaluación de riesgo.
2. Examen Físico:
  - ✓ General
  - ✓ Genital y anal en niños/as y adolescentes. (Clasificación de Muran)
3. Tomas de muestras.
4. Ofrecimiento de la Profilaxis PostExposición No Ocupacional (PPENO):
  - ✓ Riesgos y beneficios de PPENO.
  - ✓ Consentimiento informado.
  - ✓ Fomentar la adherencia al tratamiento.
5. Tratamiento:
  - ✓ Primera Etapa:
    - Prevención de Embarazo: antes de la 72 hs
    - Prevención de la Infección por VIH: conveniente antes de la 2 hs y hasta las 72 hs.
  - ✓ Segunda Etapa:
    - Prevención de otras Infecciones de Transmisión Sexual
6. Apoyo psicológico de las víctimas.
7. Seguimiento interdisciplinario.
8. Alta.

**DEBE QUEDAR CONSTANCIA ESCRITA DE TODOS LOS PASOS, PROCEDIMIENTOS E INDICACIONES EN LA HISTORIA CLÍNICA**

\* Se aconseja leer previamente el Marco Teórico y Legal adjunto que fundamenta y amplía este algoritmo

#### ALGORITMO\* Tratamiento

Primera Etapa:

Prevención de Embarazo: antes de las 72 hs.  
Levonorgestrel 150 mg: 2 comp. juntos (Norgestrel Max®, Segurite®)

Prevención de la Infección por VIH: antes de las 2 hs y hasta las 72 hs.

Tratamiento ARV Básico: 2 INTR (Riesgos menores, sexo oral)  
Tratamiento ARV ampliado: 2 INTR + 1 INNTR (sexo vaginal o anal receptivo)  
Duración del tratamiento: 4 semanas.

Inhibidores Nucleósidos de Transcriptasa Reversa (INTR)

- AZT: 200 mg cada 8 hs o 300 mg cada 12 hs (Comp. 100 mg) o 120 mg/metro cuadrado/c/5hs
- 3TC: 150 mg cada 12 hs

(Comp. 150 mg) o 4 mg/kg c/12 hs

AZT 300 mg + 3TC 150 mg: 1 comp. de 3TC Complex cada 12 hs

Inhibidores No Nucleósidos de Transcriptasa Reversa (INNTR)

- Efavirenz (EFV): 600 mg en una sola toma por la noche, antes de acostarse. Buena tolerancia. (Caps. 200 mg).  
Según peso:  
10-15 kg 200 mg  
15-20 kg 250 mg  
20-25 kg 300 mg  
25-32,5 kg 400 mg

El tratamiento de elección es: AZT+ 3TC 1 comp. cada 12hs y 3 caps. de EFV por la noche, antes de acostarse.

Segunda Etapa: Prevención de otras Infecciones de Transmisión Sexual.  
Antihepatitis B:

Gamaglobulina hiperinmune 0.06 ml/kg (Fco. amp. de 3 y 5 ml)  
Vacuna Hepatitis B: 3 dosis (0-1-6 meses).

Vacuna antitetánica (si no está vacunado o pasaron más de 10 años de l último refuerzo)

Sifilis Penicilina Benzatínica 2.400.000 U. o 50.000 U./Kg. en dosis única  
o Ceftriaxone 250 mg

Gono/Clamidia Azitromicina 1gr (comp. 500 mg) o 20 mg/Kg., en dosis única

Gonococo Ciprofloxacina 500mg o Cefixima 400 mg o 8mg/Kg., en dosis única

+

Clamydias Doxicilina 100 mg o 2mg/Kg. cada 12hs. por 7 días

Trichomonas Metronidazol 2 gr (comp. 500mg) o 30 mg/Kg., en dosis única.

**DEBE QUEDAR CONSTANCIA ESCRITA DE TODOS LOS PASOS, PROCEDIMIENTOS E INDICACIONES EN LA HISTORIA CLINICA**

\* Se aconseja leer previamente el Marco Teórico y Legal adjunto que fundamenta y amplía este algoritmo