

**PROTOCOLO DE NORMAS DE ATENCION SEGUN NIVELES,
CON ENFOQUE DE INTEGRACION DE LA ATENCION**

ABUSO SEXUAL

**C.A.E.: UNIDAD DE DERMATOLOGÍA
GINECOLOGÍA.
GASTROENTEROLOGÍA
SERVICIO DE SALUD MENTAL NFANTIL
SERVICIO SOCIAL HOSPITAL
LABORATORIO HOSPITAL
COLABORACIÓN DE:**

- **C.D.T. "DRA ELOÍSA DÍAZ":
JEFATURA E.T.S.**
- **SERVICIO MÉDICO LEGAL:
UNIDAD SEXOLOGÍA FORENSE**

PROGRAMA DE APOYO A LA ATENCION PRIMARIA

El maltrato infantil, y dentro de este las prácticas sexuales constitutivas de delito como las violaciones, estupro y abuso sexual con menores de edad, constituyen una cruda realidad en la cual la magnitud de los efectos sobre la salud física y mental de los niños afectados es enormemente alta. Los reportes de casos sobre abuso sexual han mostrado un incremento sostenido en los últimos años, en parte debido a las campañas de educación pública y a la promulgación de la nueva ley sobre delitos sexuales, que han facilitado la denuncia y la investigación de los casos (ver Anexo N° 1). En el servicio de Salud Mental de nuestro hospital se atendieron 58 casos durante el año recién pasado, registrándose también un aumento del número de consultas y un menor tiempo entre la agresión y la solicitud de atención en relación con el año anterior.

La atención de salud del niño víctima de agresión sexual en nuestro hospital, se canaliza a través de la consulta espontánea o derivadas desde las escuelas, consultorios de A.P. y SAPU, principalmente en las áreas de ginecología infantil, salud mental y emergencia. Otros casos esporádicos portadores de enfermedades de transmisión sexual son atendidos en la Unidad de Dermatología. El presente Protocolo pretende contribuir a mejorar la coordinación entre los distintos estamentos, de modo de facilitar una atención integral al menor afectado y asegurarle la protección, recuperación y rehabilitación que necesita.

NIVELES DE ATENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA

I. a.- Diagnóstico de Agresión Sexual

El diagnóstico o presunción diagnóstica de Abuso Sexual constituye una emergencia médica, ya que el paciente debe ser evaluado rápidamente para descartar la presencia de lesiones físicas o enfermedades de transmisión sexual, y por otra parte debe efectuarse una evaluación de su medio ambiente familiar para ver si puede cumplir eficientemente el papel protector que el niño o niña requerirá. Mientras se verifica esto último el menor debe hospitalizarse para estudio y tratamiento de la patología asociada (venérea y no venérea), hasta poder garantizar razonablemente un ambiente familiar seguro. Sólo en casos calificados puede no ser necesaria la hospitalización como por ejemplo: abuso sexual ocurridos fuera del domicilio del menor afectado y donde exista razonable seguridad de protección por parte del entorno familiar.

La atención integral del niño afectado comprende la participación de varios miembros del equipo de salud, lo que hace necesario coordinar los recursos humanos y técnicos en distintos servicios y unidades.

La sospecha diagnóstica de maltrato o abuso sexual en un menor debe ser investigada muy cautelosamente ya que tanto una errada exclusión diagnóstica (falso negativo) o una errada confirmación (falso positivo) tienen efectos muy negativos en la salud física y mental del menor y su familia. Por lo tanto sólo a través de una anamnesis dirigida y criteriosa, el examen físico completo y el apoyo de laboratorio clínico puede llegarse a una conclusión ajustada a la realidad.

Los antecedentes de la historia clínica deben ser obtenidos en un ambiente físico que garantice la confidencialidad de los datos obtenidos. Estos a su vez deben ponderarse en cuanto a la posible intención de los familiares de proteger al presunto agresor, como también se debe descartar los temores o mitos de los padres que puedan llevar al sobre diagnóstico.

La atención del niño víctima de abuso sexual debe ser efectuada con estricto respeto por su dignidad y privacidad, por lo que el examen físico debe ser llevado a cabo evitando al máximo el trauma y dolor. Debe efectuarse en presencia de los padres, algún familiar o adulto responsable del menor.

Este examen debe ser completo en busca de signos de abuso sexual como de maltrato físico no sexual, y debe incluir la pesquisa precoz de enfermedades venéreas. Mientras más precoz es el momento del examen con relación a la agresión, los signos físicos son más evidentes. Existen signos

más específicos de agresión sexual que otros que pueden ser explicados por traumatismos de otro origen. En la siguiente lista se enumeran los signos clínicos agrupados según su especificidad (tomado de Vic Larcher, Physical and Sexual Abuse in Textbook of Pediatric Dermatology).

- **Hallazgos específicos o diagnóstico de abuso sexual, aún en ausencia de historia:**

1. *Presencia de semen, espermios o fosfatasa ácida en la vagina, ano o genitales externos*
2. *Embarazo*
3. *Injuria anal o genital reciente (laceraciones, abrasiones, contusiones, transección, avulsión, equimosis, etc.) en ausencia de cualquier otra explicación*
4. *Evidencia positiva de Sífilis o Gonorrea en ausencia de infección perinatal*
5. *Infección por Virus HIV sin evidencia de transmisión perinatal o por vía intravenosa*
6. *Abertura himenal marcada con signos de disrupción o cicatrices en mucosa anal extendiéndose más allá del margen anal*

- **Hallazgos altamente sospechosos pero que requieren clarificación con la historia o exámenes:**

1. Evidencia de otra ETS en ausencia de infección perinatal
2. Disrupción del tejido himenal (transección, atenuación, cicatrices)
3. Dilatación anal refleja > 1.5 - 2 cms. ⁽¹⁾ sin evidencia de heces en la ampolla y si es acompañada de irregularidad en el orificio
4. Cicatrices y papilomas fuera de la línea media
Sin embargo la mayoría de los menores que son víctimas de Abuso sexual no tienen evidencias físicas del maltrato, por lo que es necesario conocer las alteraciones de orden conductual que son sugerentes de este tipo de agresión:

- **Indicadores conductuales sugerentes de Abuso Sexual**

1. Conductas sexuales que no están en relación con la etapa del desarrollo del niño o niña. EJ: imitación de relaciones sexuales durante el juego con juguetes o con otros niños

¹ "Reflejo de dilatación anal" es la dilatación del esfínter anal externo seguida por el interno cuando se efectúa una suave tracción hacia fuera de ambos glúteos por 30 segundos. Debe ser hecho con la ampolla rectal vacía.

2. Actitud erotizada en el contacto con pares y/o con adultos, frecuente y persistentemente, con escasa modulación con respecto al contexto
3. Agresiones sexuales hacia otros niños o niñas
4. Masturbación compulsiva
5. Temor al contacto físico con personas adultas
6. Gran dificultad para desvestirse frente a personas que no sean de su confianza y que en casos de Abuso sexual reciente, puede llegar a una verdadera reacción de pánico
7. Cambios conductuales significativos por su intensidad y persistencia, que no puedan atribuirse a otro tipo de eventos. Ej. Aislamiento social e introversión, o conductas hiperactivas y de transgresión (disruptivas, opositoras y/o antisociales).
8. Cambios significativos en los hábitos de alimentación y/o del sueño
9. Aparición de patología psiquiátrica. Ej. Intento de suicidio, consumo de drogas.

En aquellos casos en que no se detecten al examen alteraciones físicas, pero la anamnesis y los antecedentes recopilados sean sugerentes de Agresión sexual, el niño debe igualmente ser hospitalizado si no se consigue garantizar un ambiente familiar protector, para clarificar su diagnóstico antes de ser reinsertado nuevamente en su hogar.

En los casos en estudio, además de la pesquisa de signos de agresión sexual deben descartarse aquellas enfermedades transmisibles por vía sexual, según el siguiente esquema:

Examen Inicial:

- Inspección visual de cavidad oral, áreas genital y perianal en niños y niñas en busca de úlceras, vegetaciones o secreciones.
- Tinción de Gram y cultivo en medio de Thayer-Martin para *Neisseria gonorrhoeae* de faringe y zona perianal, vagina (niñas) y uretra (niños).
- Frotis para cultivo e inmunofluorescencia para *Chlamydia trachomatis* de zona perianal y vagina (cuando esté disponible en la red de atención pública).
- Examen de flujo vaginal para búsqueda de *Trichomona vaginalis*
- Serología para examen de VDRL, HIV y HBAGs
- En comunidades con alta prevalencia de infección por Hepatitis B (drogadictos endovenosos), debe ofrecerse vacunación profiláctica

1. b.- Derivaciones iniciales:

De igual manera que en el niño(a) que se hospitalice, el menor debe ser enviado a: un **examen pericial en Sexología Forense del Servicio de Medicina Legal**; evaluado en busca de signos de maltrato físico no sexual; y referido a alguna de las Unidades a cargo de continuar su tratamiento y seguimiento según corresponda: Ginecología (niñas), Gastroenterología (niños), o Dermatología si hay sospecha de una enfermedad de transmisión sexual.

1. c.-Control a las 2 semanas:

En los casos en que no se haya pesquisado algunas de las enfermedades de transmisión sexual y el paciente no halla recibido un tratamiento profiláctico, los exámenes microbiológicos (*Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y *Trichomona vaginalis*) deben repetirse de igual forma a las 2 semanas de la primera evaluación.

1. c.-Control a las 12 semanas:

- Control serológico de VDRL, HIV y HBAGs

Cualquiera de las enfermedades de transmisión sexual detectadas se tratará según Anexo N° 2.

1. d.- Conducta en los casos de Sospecha no confirmada de Agresión Sexual

En aquellos casos en que existen dudas sobre la ocurrencia de agresión sexual, el Servicio de Salud Mental tiene un papel preponderante en clarificar el diagnóstico, ya que por la naturaleza de su función puede detectar mas eficazmente los efectos psicológicos de una agresión de este tipo. Por lo tanto cualquier menor con sospecha de Abuso sexual, debe ser referido al equipo de Maltrato Infantil para su diagnóstico. En caso de que se compruebe, se aplicará el protocolo de los casos confirmados.

NIVEL ATENCIÓN TERCIARIA

II. A.-Actividades durante la Hospitalización

Una vez hospitalizado un caso de Agresión sexual, debe avisarse al Servicio Social del hospital quien está encargado de las siguientes funciones:

- Referir el caso a Sexología Forense del Servicio Médico Legal donde se hace la denuncia correspondiente y el examen pericial respectivo.

En el caso que ingrese el caso durante un fin de semana, este trámite debe hacerse rápidamente por encargo del Médico de Turno para no retrasar el examen pericial, cuya sensibilidad diagnóstica disminuye rápidamente con el paso de los días.

- Recabar información sobre el ambiente familiar del paciente para determinar la seguridad y protección que le pueden brindar al momento del alta. En caso de una evaluación negativa se pedirá una medida de protección al Juez de Menores.

Durante la hospitalización se iniciará también el proceso diagnóstico y tratamiento de Salud Mental del niño agredido, el que se continuará al alta con las actividades de rehabilitación.

II. b.- Actividades después del Alta

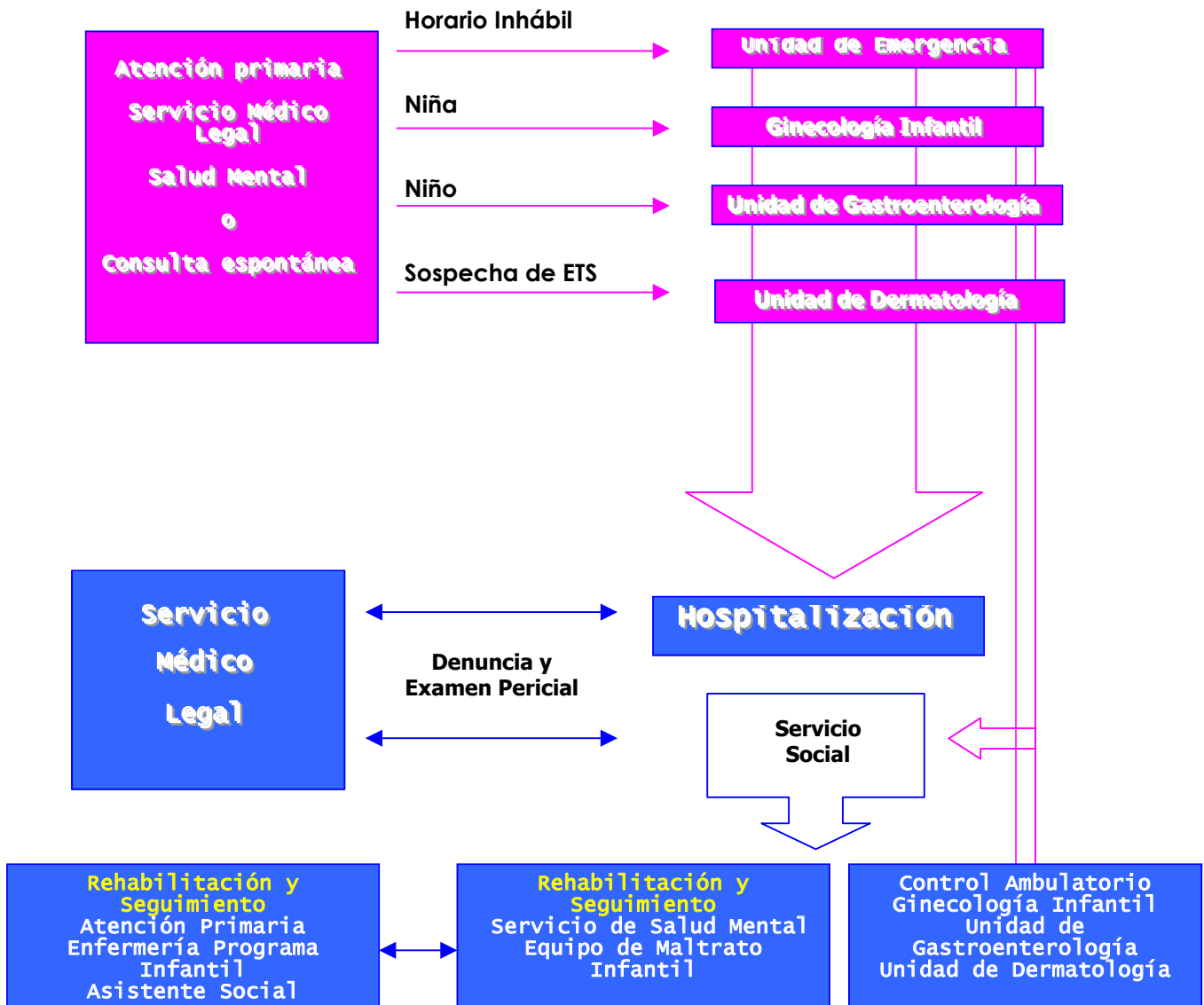
En el Servicio de Salud Mental, a cargo del equipo especializado de Maltrato Infantil, se llevará a cabo el seguimiento del caso y de su familia para la reinserción plena en su medio ambiente. Continuará también en control en la Unidad de Dermatología (a las 2 y a las 12 semanas después de la fecha del diagnóstico) para la pesquisa y tratamiento de una eventual enfermedad de transmisión sexual. Si hay otro daño físico asociado continuará en control en Gastroenterología, Ginecología o Urología según corresponda.

El Servicio de Salud Mental se coordinará con el nivel primario para el seguimiento y reclutamiento de una Red de Protección entre los miembros del grupo familiar o adultos a cargo del menor. La enfermera del Programa Infantil junto con la Asistente Social del consultorio respectivo serán las encargadas de llevar a cabo esta tarea.

II. c.- Tareas del Equipo de Salud Tratante

Se realizarán reuniones periódicas de los miembros del equipo de salud involucrados en la atención de estos pacientes, cuya frecuencia se determinará de común acuerdo, para el análisis de los casos y de las tendencias epidemiológicas, además de proponer las correcciones necesarias a este protocolo de trabajo. También se programarán actividades de capacitación en esta temática en todo los niveles de atención (primario, secundario y terciario), para uniformar criterios de derivación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de estos menores.

**FLUJOGRAMA DE ATENCION
DEL NIÑO AGREDIDO SEXUALMENTE**



ANEXO N° 1
ALGUNAS DEFINICIONES DE
LA NUEVA LEY DE DELITOS SEXUALES

Violación	Acceso carnal, vaginal, anal o bucal, mediando fuerza, intimidación, privación del sentido, imposibilidad de resistir o enajenación o trastorno mental de la víctima.
Estupro	Acceso carnal, vaginal, anal o bucal de una persona entre 12 y 18 años en que se abuse de: trastorno mental, relación de dependencia, grave desamparo, engaño abusando de su inexperiencia sexual
Abuso sexual	a) Abuso sexual con contacto corporal que no implique penetración, ejecutada por medio de la fuerza o aprovechándose de la indefensión de la víctima b) Abuso sexual con contacto corporal que no implique penetración efectuada con engaño o prevalimiento c) Acción sexual realizada ante un menor de 12 años, que no implica contacto corporal ni la utilización de un instrumento, pero que tiene un significado sexual
Personas habilitadas para denunciar	La víctima, los padres, abuelos, guardadores, educadores, médicos o cualquier persona que tome conocimiento del hecho en razón de su actividad.
Medidas cautelares especiales	El Juez puede suspender la cohabitación entre el agresor y la víctima, puede adoptar las medidas que sean necesarias para que las diligencias sean realizadas con absoluta privacidad y los antecedentes relativos a la identidad de la víctima serán reservados para terceros.

ANEXO N° 2
NORMAS DE TRATAMIENTO DE
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN NIÑOS

- **Sífilis:**
Tratamiento: Sífilis primaria y Latente Precoz: Penicilina benzatina en dosis de 50.000 U/Kg IM (dividida en cada glúteo) con un máximo de 2.400.000 Unidades, semanalmente por 2 veces. Sífilis Latente Tardía: igual que en anterior pero semanalmente por 3 veces. Neurosífilis debe tratarse con Penicilina sódica 100.000 Uds/Kg/día por 10 a 14 días. En los casos de alergia a Penicilina el tratamiento es con Tetraciclina en los mayores de 12 años, en dosis de 500 mg cada 6 horas por 14 días. En los menores de 12 años el tratamiento es con Eritromicina 50 mg/kg/día por 14 días. *Seguimiento:* Control con VDRL cada 2 meses hasta negativización.
- **Gonococias:**
Diagnóstico: Sólo con medio de cultivo específico (Thayer – Martín). *Tratamiento:* Pacientes con vulvovaginitis, cervicitis, uretritis, faringitis o proctitis no complicadas: Ceftriaxona 25 – 50 mg/Kg (máximo 125 mgs.) IM por 1 vez. Pacientes con bacteremia y artritis: con peso menor de 45 Kgs: Ceftriaxona 50 mg/Kg/día (dosis máxima 1 g.) en una dosis IM o IV por 7 días. Con peso igual o mayor de 45 Kg: Ceftriaxona 50 mg/Kg/día (dosis máxima 2 g.) en una dosis IM o IV por 10 a 14 días. *Seguimiento:* no requiere seguimiento.
- **Clamidia:**
Diagnóstico: La identificación debe ser por cultivo de *Chlamidia trachomatis* más examen de inmunofluorescencia específica de inclusiones citoplasmáticas. *Tratamiento:* Pacientes con peso menor a 45 Kgs: Eritromicina base 50 mg/Kg/día VO en cuatro dosis diarias por 10 a 14 días. Pacientes con peso igual o mayor a 45 Kgs. pero que tienen menos de 8 años: Azitromicina 1 g VO en dosis única. Pacientes con peso igual o mayor a 45 Kgs. y mayores de 8 años: Azitromicina 1 g VO en dosis única o Doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 7 días VO.
- **Tricomonas:**
Diagnóstico: Frotis de secreción vaginal. *Tratamiento:* Metronidazol 30 mg/Kg/día en 3 dosis por 7 días. *Seguimiento:* Examen clínico y Frotis a las 2 semanas.