

Abusos sexuales. **Abordaje clínico.**

Abusos sexuales y embarazo
forzado en la niñez y adolescencia.
Lineamientos para su abordaje
interinstitucional. 2018.

 **unicef**
para cada niño

Ministerio de Justicia
y Derechos Humanos

Ministerio de Educación,
Cultura, Ciencia y Tecnología

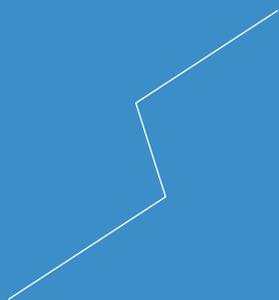
Ministerio de Salud
y Desarrollo Social



**Presidencia
de la Nación**

Este apartado, elaborado por la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación, complementa con indicaciones de tratamientos médicos la intervención del sistema de salud desarrollada en **Abusos sexuales y embarazo forzado en la niñez y adolescencia. Lineamientos para su abordaje interinstitucional. 2018.**

Atención integral



En caso de consulta inmediata después de un episodio de abuso sexual hacia NNA, **es necesario suministrar todas las prestaciones incluidas en el kit de respuesta inmediata: anticoncepción de emergencia, profilaxis de VIH e ITS** (profilaxis posexposición sexual, toma de cultivos específicos, estudios diagnósticos de ITS: VDRL, HIV, Hepatitis B y C, entre otros) **y vacunas; así como la atención en todas las esferas que se requiera.** De ese modo, **el abordaje integral también deberá contemplar la evaluación clínica, exámenes complementarios y tratamientos de lesiones corporales y genitales, laboratorio inicial y test de embarazo.** En caso de que este último sea positivo, se asesorará sobre el derecho a acceder a una Interrupción Legal del Embarazo (ILE).

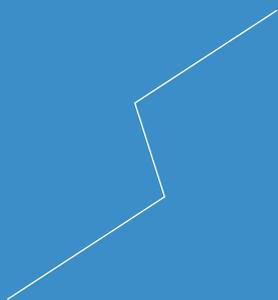
Anamnesis

- Propiciar la escucha activa en un marco de confidencialidad y privacidad.
- Evitar acciones innecesarias o que puedan aumentar el daño o la angustia.
- Utilizar lenguaje no estigmatizante y acorde a la edad y madurez del NNA.
- Ofrecer información sobre la implicancia de los hallazgos y resultados de estudios complementarios.
- Favorecer el relato espontáneo sin preguntar detalles.

Examen físico

- Explicar, antes de cada paso, qué acciones se realizarán en el examen físico y en la consulta en general.
- Maximizar los esfuerzos para que se haga un solo examen físico (recordar que un examen físico normal no descarta el abuso sexual).
- Utilizar instrumentos y posiciones que minimicen la incomodidad y el estrés.
- Asegurar la obtención y preservación de elementos probatorios (gasas, algodones, hisopos) que sirvan para acompañar la denuncia de abuso sexual hacia NNA. Estos deberán ser guardados en sobres de papel madera que se resguardarán y se pondrán a disposición de la justicia.
- Registrar con detalle cada cosa en la historia clínica.

Tratamiento



1. Tratamiento de lesiones corporales y genitales

2. Anticoncepción de emergencia

Se trata de una opción de emergencia y su eficacia depende del momento de la toma: antes de las 12 horas posteriores a la relación de riesgo tiene un 95% de eficacia, porcentaje que va en descenso –tiene un 58% de eficacia entre las 48 y 72 horas–, aunque se puede usar con cierta eficacia anticonceptiva hasta cinco días posteriores a la relación sexual no consentida. Es clave que la Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AEH) se administre inmediatamente cuando sea demandada por lo que el equipo médico y no médico tiene la obligación de brindarla en el consultorio y la guardia. La edad no es un factor condicionante de la posibilidad de usarla, tampoco la realización de ningún estudio, ni es necesario consentimiento de madres, padres, tutoras, tutores u otra persona adulta.

Se recomienda el siguiente esquema:

1,5 mg de levonorgestrel en una dosis única (por ser la más eficaz, ya que disminuye el riesgo de olvido y tiene menos efectos secundarios) o 2 comprimidos de levonorgestrel de 0,75 mg (los dos comprimidos juntos).

3. Profilaxis de infecciones de transmisión sexual

Se recomienda el siguiente esquema:

Ceftriaxona 250 mg IM (dosis única) + azitromicina 1 g (dosis única) + metronidazol 2 g (dosis única) 5 o Cefixime 400 mg VO (dosis única) + azitromicina 1 g (dosis única) o doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas por 14 días + metronidazol 2 g (dosis única).

En cuanto a la profilaxis posexposición (PPE) sexual, para VIH:

Inicio de PPE para VIH: dentro de las 2 horas y hasta un máximo de 72 horas luego de la exposición sexual. Si se superó ese lapso temporal, se recomienda únicamente el monitoreo de síntomas y signos de infección aguda. **Todas las personas que reciban tratamiento deben ser asesoradas y firmar un consentimiento informado.**

En cuanto a personas mayores de 12 años, podrá seleccionarse uno u otro de los esquemas a continuación detallados en caso de profilaxis posexposición:

Primera elección:

Tenofovir 300 mg/Emtricitabina 200 mg o Tenofovir 300 mg/Lamivudina 300 mg cada 24 horas o Darunavir 800 mg/Ritonavir 100 mg cada 24 horas.

Segunda elección:

Tenofovir 300 mg/Emtricitabina 200 mg o Tenofovir 300 mg/Lamivudina 300 mg cada 24 horas o Atazanavir 300 mg/Ritonavir 100 mg cada 24 horas o Raltegravir 400 mg cada 12 horas.

En Pediatría (<12 años):

Edad y capacidad para tomar pastillas	Régimen recomendado
Niños que no toman pastillas	AZT/3TC/LPV/r jarabes y comprimidos pediátricos
Niños <12 años que toman pastillas	AZT/3TC/LPV/r comprimidos

AZT: zidoudina; 3TC: lamivudina; LPV/r: Lopinavir/ritonavir.

Independientemente del esquema elegido, y sin importar la edad, la profilaxis posexposición se indicará por un periodo de 28 días.

4. Embarazo forzado

Frente a la confirmación de un embarazo se debe considerar:

- La posibilidad y el acceso a la interrupción legal del embarazo (ILE).
- La atención del embarazo, que siempre es de alto riesgo.

En los casos en que la NNA opte por realizar la ILE, la médica o el médico deberán informar los métodos y valorar cuál es el procedimiento más apropiado -que dependerá de la edad gestacional, la decisión de la NNA con capacidad gestante y las posibilidades del centro asistencial.

Los embarazos que son producto de abusos sexuales en niñas menores de 15 años encuadran en las distintas causas que habilitan un aborto legal: violación y riesgos para la salud psicofísica.



* El legrado o raspado uterino debe ser utilizado cuando ninguno de los otros métodos mencionados esté disponible. Los servicios de salud y los responsables de los programas deben realizar todo el esfuerzo posible para reemplazar el legrado uterino por el tratamiento médico o la aspiración.

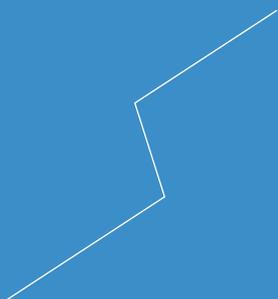
Es importante respetar la decisión de la persona. La recolección de material genético como evidencia forense **nunca podrá convertirse en una barrera o generar dilataciones en el acceso a la práctica.**

Sociedad científica	Edad gestacional	Dosis, vía de administración y esquema
Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012)	Menor a 12 semanas (84 días)	Misoprostol 800 mcg vaginal y repetir dosis entre las 3 a 12hs (máximo 3 dosis).*
		Misoprostol 800 mcg sublingual y repetir dosis a las 3hs (máximo 3 dosis).
	Mayor a 12 semanas	Misoprostol 400 mcg vaginal** o sublingual cada 3hs (máximo 5 dosis).
Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia Ginecología (FLASOG, 2013)	Menor a 12 semanas	Misoprostol 400 a 800 mcg sublingual cada 4hs hasta completar 3 dosis.
		Misoprostol 400 a 800 mcg vaginal. Si no hay respuesta terapéutica, repetir dosis de 400 mcg cada 6 hs hasta completar 3 dosis consecutivas
	13 a 15 semanas	Misoprostol 400 mcg vaginal. Si no hay respuesta terapéutica, repetir dosis de 400 mcg a las 6-12 hs. Si persiste sin respuesta a las 24hs, duplicar la dosis inicial, y repetir 12hs después.
	16 a 18 semanas	Misoprostol 200 mcg vaginal. Si no hay respuesta terapéutica, repetir dosis de 200 mcg a las 6-12 hs. Si persiste sin respuesta a las 24hs, duplicar la dosis inicial, y repetir 12hs después.
	19 a 22 semanas	Misoprostol 100 mcg vaginal. Si no hay respuesta terapéutica, repetir dosis de 100 mcg a las 6 hs. Si persiste sin respuesta a las 24hs, duplicar la dosis inicial, y repetir 12hs después.
Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO, 2012)	1º trimestre	Misoprostol 800 mcg vaginal cada 12 hs (máximo 3 dosis).
		Misoprostol 800 mcg sublingual cada 3 hs (máximo 3 dosis).
	2º trimestre	Misoprostol 400 mcg vaginal cada 3 hs (máximo 5 dosis). En casos con antecedente de cesárea o cicatriz uterina, usar la mitad de la dosis.

* Este esquema es el más utilizado por los servicios del país donde se realizan ILEs. Suelen indicarlo con intervalos de 8 hs. | ** En mujeres nulíparas, la vía vaginal es más eficaz que la sublingual (OMS, 2012).

Fuente: Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. 2015. <https://bit.ly/2qAuB9Z>

Seguimiento



Sobre el seguimiento médico de la persona expuesta, se deberá:

- Solicitar PCR (cualitativa o carga viral) en caso de signos o síntomas compatibles con seroconversión al VIH.
- Hemograma, función renal y hepatograma: basal y a las 2 y 4 semanas y VDRL.
- Test de ELISA para HIV: basal, a las 6 semanas, 3 y 6 meses. Si se dispone de test de ELISA de 4^o generación el seguimiento se puede hacer basal, a las 6 semanas y a los 4 meses.
- Antígeno/Anticuerpos para hepatitis B según antecedente de vacunación del paciente.
- Anticuerpos para hepatitis C: basal, 4 y 6 meses. Si se produce seroconversión para HCV se recomienda un control de HIV a los 12 meses.