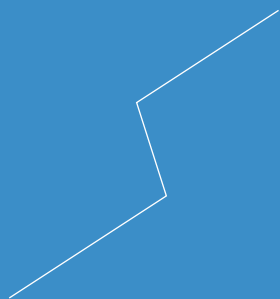


Abusos sexuales. **Abordaje clínico.**

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

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).

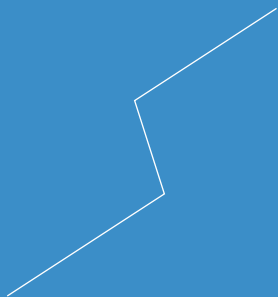
Anamnesis

- 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.

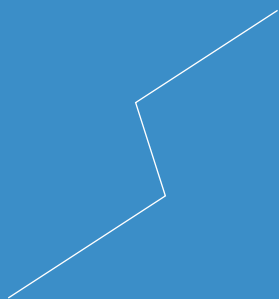
Es importante respetar la decisión de la persona. La recolección de material genético como evidencia forense **nunca podrá convertirse en una barrera o generar dilataciones en el acceso a la práctica.**

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.