



Vigilancia Epidemiológica

Hospital pediátrico “A. L. Castelan”.

Boletín N° 4, Abril 2008



Ø ¿QUE ES EL ABUSO SEXUAL?

Ø ¿Que es agresión sexual?

Ø Abordaje de abuso sexual.

Ø Clasificación de los hallazgos ano-genitales con sospecha de ASI (Abuso Sexual Infantil)

Ø Registro de Denuncias de ASI.

Ø Factores a considerar al evaluar la probabilidad de ASI e ITS (Infección de Transmisión Sexual Infantil).

Ø Toma de muestras.

Ø Investigación de ITS en niño con sospecha de ASI.

Ø Infección de transmisión sexual.

Ø Factores que inciden en la probabilidad de que un niño abusado contraigan ITS.

Ø Profilaxis en el ASI.





Revisoras: Dra. Marys Kamiya de Macarrein .

Lic. Sánchez Gladis María.

Colaboración: Zaida Gauto/Dra. María Bangher.

ABUSO SEXUAL

Infecciones de Transmisión Sexual en Niños y Adolescentes

Los niños pueden adquirir ITS por transmisión vertical, autoinoculación o contacto sexual. Los profesionales de la salud desempeñan un papel muy importante en la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (I.T.S.) en la población pediátrica.

El abuso sexual de niños ha sido endémico durante generaciones, pero desde hace poco se ha reconocido la prevalencia y los efectos psicológicos.

¿Qué es abuso sexual?

Es la utilización de un menor para la satisfacción de los deseos sexuales de un adulto encargado de los cuidados del niño y/o en quién éste confía.

En algunos casos la victimización sexual implica contacto físico que permite la transferencia de microorganismos de transmisión sexual..

¿Qué es agresión sexual?

Es la victimización sexual de un niño o adolescente por una persona que no está encargada de cuidarlo.

El abuso sexual no es sinónimo de violación

En los lactantes y niños la detección de una infección de transmisión sexual (ITS) es una señal de alarma importante de **ABUSO SEXUAL**

Alrededor del 5% de los niños abusados sexualmente adquieren una ITS como resultado de la victimización.

Siempre que se sospeche abuso sexual se debe notificar a los organismos que dé cumplimiento a las leyes, para garantizar la protección del niño y brindar asesoramiento adecuado.

Abordaje del Abuso Sexual

El informe del médico y de la Asistente Social se eleva al Juzgado del menor y a la Comisión Interministerial de Violencia.

Se debe registrar en el informe:

- Datos de filiación del niño, del familiar o persona que lo acompaña y del o los profesionales intervinientes
- Datos del supuesto agresor en el caso de que haya algún relato del niño o de sus acompañantes sobre el mismo.
- Cómo y porqué llegó a la consulta
- Registro textual de los dichos del paciente y/o acompañante con su vocabulario.
- Si viene con hoja de derivación, oficio policial o judicial, adjuntar al informe
- Indicar cual ha sido el motivo por el cual se sospecha abuso sexual: relato de la víctima, situación de abuso/violación, antigua data, reciente data. Sospecha de un tercero en riesgo de ASI. Niño con sintomatología no específica, indicadores psicológicos de ASI
- Evaluar el riesgo para la salud y/o vida del paciente para decidir su internación



En general los niños que revelan abuso sexual dicen la verdad y es poco probable que inventen detalles concretos.

El número de entrevistas y de entrevistadores será el mínimo a fin de reducir la tensión del paciente y al mismo tiempo evitar su revictimización. Es importante escuchar el relato de la víctima y/o acompañante, darle tranquilidad y confianza, evitar el interrogatorio confrontativo, evitar comentarios que coarten la libre expresión del paciente, no influir en forma inductora o reprobatoria.

Examen Físico

- Realizar en presencia de la madre o algún adulto que la víctima indique, lograr la confianza, nunca realizar por la fuerza. Con la ayuda de la enfermera se hará la toma de muestra
- Los signos físicos graficarlo y localizarlo, si es posible registro fotográfico de los mismos, las lesiones pueden cicatrizar y desaparecer con el tiempo. Un buen registro evita el trauma de un nuevo examen. Descripción de lesiones corporales como eritema, abrasiones, equimosis, hematomas, laceraciones, marcas dentarias, de uñas, quemaduras, fracturas, condilomas, secreciones vulvares, vaginales, uretrales, húmedas o secas. Las lesiones en el himen localizarlos en sentido horario, diámetro de la hendidura himeneal en mm. Evaluar la zona perianal.
- Revisar la ropa interior
- Signos y síntomas emocionales, su ausencia no significa que el daño no ha ocurrido.

Clasificación de los hallazgos ano-genitales con sospecha de ASI (Clasificación de Adams con modificación de Muram de 1998)

- **Categoría o Clase 1:** Sin datos de abuso sexual. Examen genital normal (recordar que no invalida la posibilidad de abuso sexual)
- **Categoría o Clase 2:** Hallazgos inespecíficos de abuso sexual(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, fisuras anales, dilatación anal.
- **Categoría o Clase 3:** Hallazgos específicos de abuso sexual: Presencia de 1 o más signos sugestivos de abuso sexual: 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, condilomas en niñas mayores de 2 años, infecciones de transmisión sexual.
- **Categoría o Clase 4:** Hallazgos de certeza de abuso sexual: Presencia de espermatozoides o líquido seminal en el cuerpo de la víctima, embarazo por coito no consensuado, evidencia del uso de la fuerza o traumatismo penetrante tal como laceración del himen hasta la base o hendidura completa, confirmación de infección de transmisión sexual, abuso con testigos o la existencia de fotografías o videos que prueben el abuso sexual, confesión del agresor de los hechos

Registro de Denuncias de ASI

En nuestro hospital se han denunciado en el año 2005, 11(once, 8 niñas y 3 varones) casos de abuso sexual infantil (ASI), en el 2006, 16 casos (13 niñas y 3 varones), en el 2007, 21 casos (13 niñas y 8 varones) y hasta marzo del 2008, 7 casos (4 niñas y 3 varones)



| AÑO | SEXO | | TOTAL | PROMEDIO DE EDAD |
|------------------|------|---|-------|------------------|
| | F | M | | |
| 2005 | 8 | 3 | 11 | 05,3 |
| 2006 | 13 | 3 | 16 | 07 |
| 2007 | 13 | 8 | 21 | 06,7 |
| 2008 hasta Marzo | 4 | 3 | 7 | 07,4 |

Factores a considerar al evaluar la probabilidad de abuso sexual de un niño con una I.T.S.

- Ø Antecedentes de victimización sexual por el niño
- Ø Características biológicas de la I.T.S.
- Ø Edad del niño

Dadas las consecuencias sociales y legales del diagnóstico, las ITS en niños se deben diagnosticar mediante pruebas de alta especificidad.

Pues la baja prevalencia de ITS en niños aumenta la probabilidad de que las pruebas de detección rápida para ITS den resultados falso-positivos. Por lo tanto se deben solicitar pruebas que permitan el aislamiento del microorganismo y que tengan la máxima especificidad. A veces hay que diferir el tratamiento antibiótico con presuntas ITS hasta conocer el resultado final de la prueba diagnóstica.

Toma de muestras

Las muestras de estudios deben estar dirigidas a las probables localizaciones anatómicas de infección, antecedentes del paciente o consideraciones epidemiológicas. Incluido el HIV con consentimiento informado.

Se deben obtener muestras de la región rectal y vaginal de las niñas y uretral de los varones para investigar por cultivo N. gonorrhoeae, aún en ausencia de síntomas.

No se requieren muestras endocervicales para cultivo en niñas prepuberales, solo se requieren muestras vaginales.

Si hay flujo vaginal también se pueden tomar para Trichomonas vaginalis y tinción de Gram para vaginosis bacteriana

Corresponde obtener muestras de suero para investigar:

- Ø Sífilis.
- Ø H.I.V
- Ø Antígeno de superficie de Hepatitis B

Hospital Pediátrico
Dr. Avelino L. Castelán

Ministerio de Salud Pública
Provincia del Chaco



| MICROORGANISMO | MUESTRAS |
|-----------------------|---|
| Neisseria gonorrhoeae | Cultivo rectal, de fauces, uretral, vaginal |
| Chlamydia trachomatis | Cultivo rectal, uretral, vaginal |
| Sífilis | Examen de campo oscuro del chancro o de las lesiones Y Serología en el momento, a las 6-12 y 24 semanas |
| HIV | Serología del abusador si es posible Serología del niño en el momento y a las 6-12 y 24 semanas |
| HVB | Investigación sérica de antígeno de superficie de la hepatitis en el abusador Anticuerpos contra antígeno de superficie de la hepatitis B en el niño |

Los niños pueden adquirir ITS:

- Ø Transmisión vertical.
- Ø Inoculación
- Ø Contacto Sexual

INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL

| ITS confirmada | Abuso Sexual | Acción Sugerida |
|-------------------|----------------|-----------------|
| Gonorrea* | C/ Diagnóstico | Denuncia |
| Sífilis | C/ Diagnóstico | Denuncia |
| HIV** | C/ Diagnóstico | Denuncia |
| C. Trachomatis | C/ Diagnóstico | Denuncia |
| T. Vaginalis | Alta Sospecha | Denuncia |
| Herpes*** Genital | Sospechoso | Denuncia |

* Si no se contrajo en el período perinatal

** Si no se contrajo en el período perinatal ni por transfusión

***A menos que haya un antecedente claro de autoinoculación.

El herpes simple sintomático tiene un período de incubación breve pero puede transmitirse por contacto sexual o no sexual con otra persona o por autoinoculación. En un lactante o niño de 1 a 3 años con pañales, el herpes puede aparecer por cualquiera de estos mecanismos. En un niño prepuberal que utiliza sólo el cuarto de baño debe investigarse abuso sexual.

La tricomoniasis se transmite en el período perinatal o por contacto sexual. En una RN infectada en el período perinatal el flujo puede persistir durante varias semanas por lo que no



se justifica una investigación, pero un diagnóstico nuevo de tricomoniasis en un lactante mayor o niño debe investigarse como presunto abuso.

Las infecciones que tienen período de incubaciones prolongadas son más problemáticas y corresponde considerar la posibilidad de transmisión vertical.

El virus de la hepatitis B, la Gardnerella vaginalis, escabiosis, se pueden transmitir sexualmente, pero hay otros modos de transmisión, por lo que corresponde investigar si hay información sugestiva de abuso sexual.

Factores que inciden en la probabilidad de que un niño abusado contraiga una ITS son:

- Prevalencia regional de ITS en población adulta.
- Cantidad de agresores
- Tipo y frecuencia de contacto físico.
- Infectividad de diversos microorganismos.
- Susceptibilidad del niño.
- Tratamiento antibiótico intercurrente
- El intervalo entre el contacto físico de un niño con su agresor y la evaluación médica influye en la probabilidad de que un niño expuesto muestre signos o síntomas de ITS

ABUSO SEXUAL PROFILAXIS

| INFECCIÓN | NIÑOS | ADOLESCENTES |
|--|---|---------------------|
| Prevención de gonorrea | Ceftriaxone 125 mg IM 1 Única dosis | IGUAL |
| Prevención de C. Trachomatis | Azitromicina 20 mg/kg (máximo 1gr) VO- Única dosis | 1 gr VO Única dosis |
| Prevención del virus de la hepatitis B | Vacunación con vacuna para hepatitis B. | IGUAL |
| Prevención de la Tricomoniasis | Metronidazol 15 mg/kg/día en 3 dosis por 7 días –VO | 2 gr VO Única dosis |
| Prevención de la infección por HIV | Considerar de acuerdo a las circunstancias | IGUAL |
| Anticoncepción de emergencia- Máxima eficacia dentro de los 3 días | Levonorgestrel 0,75 mg 2 comprimidos juntos | IGUAL |



INFECTOLOGIA Y COMITÉ DE INFECCIÓN HOSPITALARIA

PROFILAXIS DESPUÉS DE POSIBLE EXPOSICIÓN AL HIV EN EL ABUSO SEXUAL

No hay datos suficientes respecto de la eficacia y la seguridad de la profilaxis. El riesgo de transmisión de HIV tras una agresión que implica transferencia de secreciones, sangre o ambas es bajo, pero no es nulo

DEBE CONTEMPLAR LOS POSIBLES BENEFICIOS Y RIEGOS

- ü Contemplar las probabilidades de que la fuente esté infectada por el HIV
- ü Posibilidad de transmisión por la exposición
- ü El intervalo entre la exposición y el inicio de la terapia dentro de las 24-48 horas
- ü La adherencia del paciente al régimen terapéutico

Se desconocen los riesgos reales para el niño después del abuso sexual. El riesgo estimado de transmisión del HIV por episodio de exposición sexual entre pene y ano, con una persona es de 50 por 10.000 exposiciones.

LOS BENEFICIOS DE LA PROFILAXIS SON MAYORES:

- v Cuando el riesgo de infección es importante.
- v Si ha habido penetración y/o eyaculación
- v La intervención es rápida
- v Posibilidad de que el paciente cumpla con el régimen.

LA PROFILAXIS NO DEBE SER INDICADA PARA:

- Personas con bajo riesgo de exposición (contacto con fluidos sobre piel sana)
- Personas que llegan a la consulta después de 72 horas del probable contacto
- Se debe considerar el uso de antirretrovirales en los casos de riesgo alto
- La terapia antirretroviral no deberá ser administrada por decisión del paciente

Alto Riesgo: material infectante en contacto con piel y/o mucosa lacerada- agresor HIV + o con alta sospecha de estar infectado

Bajo Riesgo: material infectante en contacto con piel y/o mucosa sana- agresor conocido HIV

PROFILAXIS RECOMENDADA

Hasta la fecha no hay esquema de definitiva eficacia

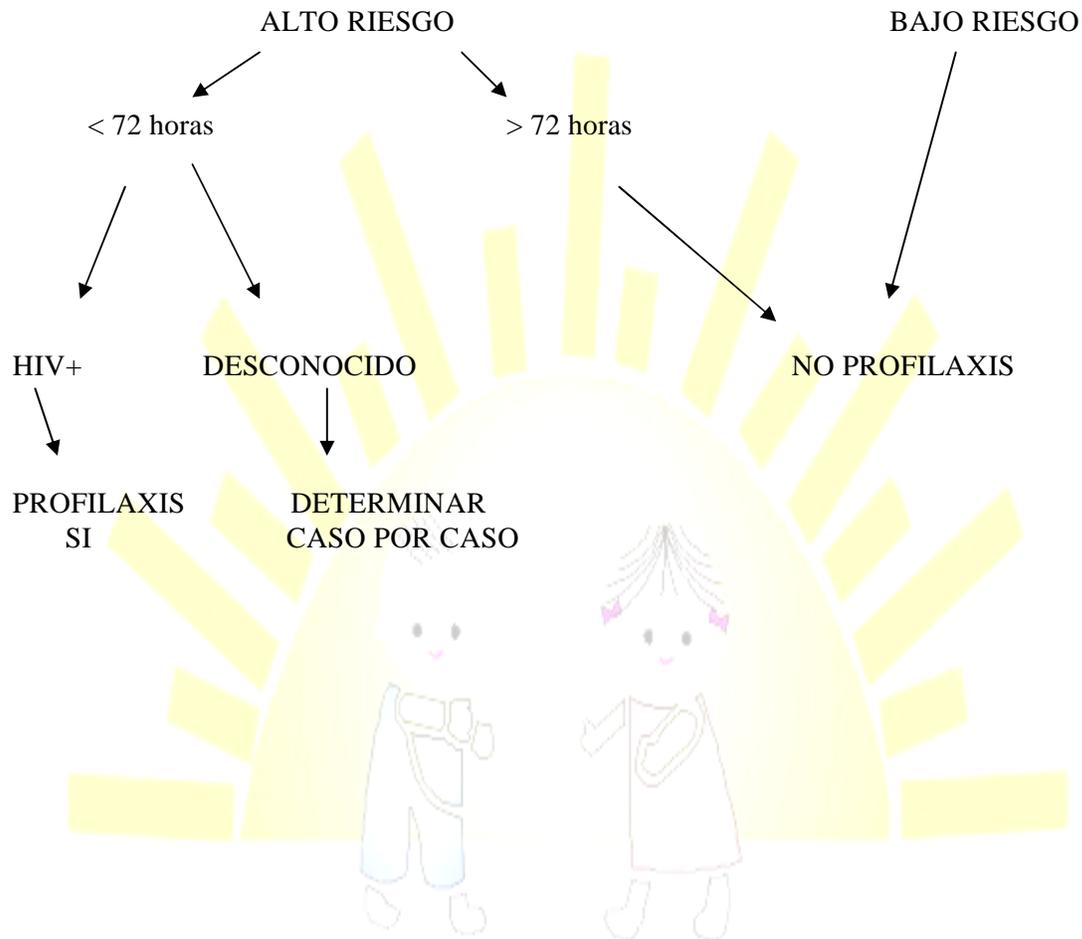
ZIDOVUDINA-LAMIVUDINA 1 comprimido cada 12 horas + LOPINAVIR-RITONAVIR

1 comprimido cada 12 horas

- Por 28 días



PROFILAXIS DESPUÉS DE POSIBLE EXPOSICIÓN AL HIV EN EL ABUSO SEXUAL



Hospital Pediátrico
"Dr. Avelino L. Castellan"

Ministerio de Salud Pública
Provincia del Chaco