



Protocolo de actuación y atención de víctimas de abuso sexual infantil

Elaborado por las médicas infanto-juveniles del Gabinete interdisciplinario y

Aprobado por Acuerdo 4471 del 16-12-2009

Ingresado: Diciembre de 2009

Introducción

La finalidad de este trabajo es poder brindar adecuada información a profesionales de la Salud como también a los legos que se desempeñan en el ámbito del Poder Judicial, para clarificar que le compete a cada uno ante una denuncia de abuso sexual.

El principal objetivo es remarcar que dicha situación suele ser crónica, y en tal caso la necesidad de preservar muestras biológicas si el episodio no fue reciente, no existe y por lo tanto no hay urgencia, pero si es primordial la evaluación por un equipo interdisciplinario quien determinará la presencia de indicadores de alta sospecha, para iniciar la etapa Judicial.

Marco teórico

El Abuso Sexual Infantil (ASI) es una forma de maltrato infantil, que incluye abuso físico y psicológico, que consiste en la utilización de un menor para satisfacer los deseos sexuales de un adulto. En el mismo se incluyen, caricias inapropiadas, manoseos, exhibiciones obscenas, contacto urogenital, sexo oral, inducción a que el niño manipule los genitales del agresor, inducción a la prostitución, participación de niños en videos o fotografías pornográficas.

Es muy importante diferenciar el ASI de la violación. El primero por lo general es un proceso crónico, (tomando como referencia la casuística del origen intrafamiliar), como también se describen situaciones agudas de ASI sin acceso carnal donde por lo general dependiendo de las maniobras abusivas y del tiempo de las mismas no resulta prioritario el examen médico, es fundamental la evaluación psicológica/ psiquiátrica de la víctima para contener y evaluar en equipo interdisciplinario la presencia de Indicadores de ASI. Todo lo anteriormente mencionado debe ser realizado por el equipo de salud, es una tarea netamente asistencial, ya que en ese ámbito se realiza el control médico y psicológico y se procede al tratamiento posterior a la revelación de la situación abusiva. El médico Forense realiza tan sólo tarea pericial en la que posee contacto con el peritado en una única oportunidad lo que se diferencia totalmente del tratamiento asistencial y con fines totalmente distintos y con una relación totalmente diferente.

Se describe en las formas de ASI intrafamiliar distintas etapas: la primera involucra un equilibrio familiar, donde se incluye la seducción, la intimidación sexual y el secreto, una segunda etapa donde sobreviene el desequilibrio familia que incluye el develamiento del secreto y por último la negación frente a la respuesta observada en su entorno de la revelación del secreto.

En cuanto a la violación es un evento inesperado en general, donde existe violencia, es impredecible el evento, en el cual el plazo para recolectar evidencia es hasta las 72 hs de ocurrido el hecho, las que ayudan al proceso de resolución del delito.



Desde el punto de vista legal la violación se caracteriza por la fuerza, el no consentimiento de la víctima y por la penetración. Asimismo se considera violación si la víctima es una persona discapacitada o menor de 12 años, que por su grado de inmadurez, no es capaz de dar consentimiento para el acto.

Aspectos legales

El Código Penal Argentino, en sus artículos 119 y 120 expresa cuatro figuras de abuso sexual, tres en el art. 119 y la cuarta en el art.120.

En el artículo 119 (ley 25087, art. 2) se expresa:

1. "Será reprimido con reclusión o prisión de 6 meses a 4 años, el que abusare sexualmente de persona de uno u otro sexo cuando ésta fuera:
-menor de 13 años
-cuando mediare violencia, amenaza, abuso coactivo o intimidatorio de una relación de dependencia, de autoridad, o de poder o,
*aprovechándose de que la víctima por cualquier causa no haya podido consentir libremente la acción".
2. "La pena será de 4 a 10 años reclusión o prisión cuando el abuso por su duración o circunstancias de su realización, hubiere configurado un sometimiento sexual gravemente ultrajante para la víctima".
3. "La pena será de 6 a 15 años de reclusión o prisión cuando mediando las circunstancias del párrafo 1º hubiere acceso carnal por cualquier vía".
4. "En los supuestos de los párrafos 2º y 3º, la pena será de 8 a 20 años de reclusión o prisión si:
a) resultare un grave daño en la salud física o mental de la víctima;
b) el hecho fuera cometido por ascendiente, descendiente, afín en línea recta, hermano, tutor, curador, ministro de algún culto conocido o no, encargado de la educación o de la guarda;
c) el autor tuviere conocimiento de ser portador de una enfermedad de transmisión sexual grave, y hubiere existido peligro de contagio;
d) el hecho fuera cometido por dos o más personas, o con armas;
e) el hecho fuera cometido por personal perteneciente a las fuerzas policiales o de seguridad, en ocasión de sus funciones;
f) el hecho fuera cometido contra un menor de 18 años, aprovechando la situación de convivencia preexistente con el mismo".
5. "En el supuesto del párrafo 1, la pena será de 3 a 10 años de reclusión o prisión si concurren las circunstancias de los incisos a, b, d, e, ó f".

En el artículo 120 (ley 25087, art. 3) se expone:

1. "Será reprimido con prisión o reclusión de 3 a 6 años el que realizare algunas de las acciones previstas en los párrafos 2º y 3º del art. 119 con una persona menor de 16 años, aprovechándose de su inmadurez sexual, en razón de la mayoría de edad del autor, su relación de preeminencia respecto de la víctima, u otra circunstancia equivalente, siempre que no resultare un delito más severamente penado".
2. "La pena será de prisión o reclusión de 6 a 10 años si mediare alguna de las circunstancias previstas en los incisos a, b, c, e, ó f, del párrafo 4º del art.119".

En el artículo 124 CP se expresan los agravantes de ambos artículos (119 y 120) cuando se manifiesta:

"Se impondrá reclusión o prisión de 15 a 25 años, cuando en los casos de los artículos 119 y 120, resultare la muerte de la persona ofendida".



Reflexiones médico-sexológicas

En el abuso sexual, según lo establece el nuevo código pueden distinguirse 4 figuras, que se distribuyen de la siguiente manera:

Art.119:

- abuso sexual simple
- abuso sexual agravado (sometimiento)
- abuso sexual con acceso carnal por cualquier vía

Art.120:

- abuso sexual por aprovechamiento de la inmadurez sexual.

Sólo se hará mención a los puntos que se consideran mas controvertidos desde el punto de vista médico legal y que son aquellos que tienen que ver con el encuadre jurídico de los párrafos 2º y 3º del abuso sexual.

El párrafo 1º que corresponde a la forma simple, es equivalente al derogado abuso deshonesto y no trae dificultades interpretativas desde el punto de vista sexológico forense.

Respecto a la 4º figura que trata el art. 120 ya se ha expresado la ambigüedad de utilizar la inmadurez sexual como criterio para definir un delito.

Para considerar medico legalmente los párrafos 2 y 3º es oportuno analizar tres conceptos: "acceso carnal", "libertad sexual " y "acto violatorio".

a) Acceso carnal

El término acceso carnal, connota la idea de penetrar con un objeto carnoso, a través de un orificio que lo admita, en un cuerpo viviente. Es necesario que supere la superficie corporal. Este concepto es independiente del consentimiento libre del ser penetrado. A esta acción violenta, a los fines prácticos, se llamará violación.

Un cuerpo carnoso viviente es una característica de los animales que el hombre comparte. Pero, solo éste adquiere el rango de persona porque es un ser libre y responsable. Goza de la capacidad de decidir, con el libre albedrío puede escapar al determinismo biológico, y por tener capacidad para razonar, puede tomar decisiones entre alternativas.

De lo dicho se puede colegir que, al hablar de acceso carnal, se hace referencia al ser humano. Se excluyen a los animales. La zoofilia, es considerada un acto parafílico, pero no un tipo de violación.

b) Libertad sexual

La libertad sexual es un bien jurídicamente protegido, y se ejerce a partir de los 13 años, con distinta tipificación.

Si esa actividad sexual no es consentida, independientemente de la edad, y supera la superficie corporal, esto es, que su cuerpo es penetrado por un orificio, se establece desde un punto de vista psicosexual un acto de violación.



b) Acto de violación

Cabe distinguir el objeto penetrador, portado por el sujeto activo, y el orificio penetrado, que pertenece al sujeto pasivo.-

El objeto penetrador, puede ser carnal: pene en erección, dedos, mano, lengua, pie; o no carnal: olisbos, objetos inanimados simil falo,etc.

El orificio penetrado se puede distinguir en natural y artificial .

El orificio natural, puede ser apto, vagina, recto, boca; o, no apto, fosas nasales, pabellón auricular.

El orificio artificial, puede ser el producto de una intervención quirúrgica, por ej., un ano 'contra natura', consecuencia de una colostomía.

También, se sostiene que el pene debe penetrar en un orificio natural, entendiéndose por tal la vagina de la mujer, del que resulta el llamado coito; y, el recto, tanto la mujer como del varón, que se denomina cópula.

Como derivación de ese enfoque, se excluyó la boca de los orificios "naturales". Por lo tanto, toda actividad relacionada con el sexo oral como la felacio, y el irrumatio, realizada sin consentimiento válido, por lo general, no se consideró violación.

El encuadre jurídico señalado, puede ser visto como producto de un mero enfoque biológico de la sexología, y una concepción "machista" del hombre, ya que no tiene en cuenta el aspecto psicológico del deseo libidinal o erótico del actor, que es el motivo placentero personal que explica el comportamiento sexual de este tipo de delincuentes.

El concepto de "acceso carnal", que presenta el Código, no se refiere exclusivamente al coito, o a la cópula anal, homo o heterosexual.

Hoy nadie ignora que desde el punto de vista juridico, nuestro país ha tomado conciencia de los problemas que afligen a los niños, e incorporar a nuestra Ley Suprema, a través de la reforma del año 1994 y, como complemento de los Derechos y Garantías, a la Convención de los Derechos del Niño, que de esta manera ha adquirido raigambre y supremacía constitucional.

Sin embargo, esta valiosa actitud declamativa del constituyente, carece de vigor si no es acompañada por una acción legislativa concordante y práctica.

No basta con proclamar a los cuatro vientos el interés superior del niño. Es necesario plasmarlo en nuestras acciones cotidianas.

Quién sino el médico, particularmente el pediatra, es el ciudadano indicado para denunciar estos terribles casos de abuso sexual?

Quién sino el docente, que convive muchas horas diarias con el menor?

La sociedad debe reconocer que abandona a sus niños en estado de indefensión cuando el abuso se comete en el ambiente intrafamiliar. Cuando se superpone la figura del perpetrador con la del obligado a salvaguardar los derechos del infante.

No basta con obligar a denunciar a quienes, por su actividad cotidiana, son los primeros en sospechar un posible abuso. Es necesario protegerlos una vez consumada la



denuncia.

De lo contrario, serían tantas las exigencias para que una sospecha se transforme en denuncia, que tan solo llegarían a los estrados judiciales los casos hartamente evidentes.

Este es un vacío legal que merece ser llenado a la brevedad para que nuestros actos resulten coherentes con nuestro discurso.

El niño es incapaz de autoprotgerse. Las leyes de obligatoriedad de denuncia deben ser generosas en beneficio del menor. Solo ante un exceso de denuncias se podrá evitar la actual subdetección del problema.

En nuestra provincia la ley 2302 de PROTECCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE, tiene como interés superior el resguardo de la integridad física del menor, y es una adelantada en este aspecto respecto a otras provincias.

Abordaje del paciente víctima de ASI

Son varios los factores que confluyen para que un problema tan grave no resulte diagnosticado por los profesionales de la salud y quede oculto bajo un cono de sombras.

Uno de los más importantes es su carácter secreto, que celosamente debe guardarse de manera reservada y oculta, como ocurre con el abuso intrafamiliar. Otro, es que por sus características, el diagnóstico de abuso sexual rara vez puede hacerse sobre la base exclusiva de evidencias obtenidas durante el examen físico del menor. La mayor parte de los niños abusados no presentan signos físicos. La proporción varía con el tipo de abuso y, más importante aún, con el tiempo transcurrido desde el último episodio al momento del examen.

La ausencia de signos o evidencias físicas no es sinónimo de ausencia de abuso. No puede dejar de recordarse que el relato claro y preciso del niño es el único y más importante elemento con que se cuenta para efectuar el diagnóstico de abuso sexual infantil. (Physical signs of sexual abuse in children Second edition. Royal College of Physicians of London. 1997. Introduction. pag. 3)

Por otra parte, el examen de un niño en busca de ***signos o evidencias físicas de abuso sexual*** es sumamente complejo y requiere un vasto conocimiento y experiencia en el tema. La mayoría de los profesionales médicos, aún los especialistas en pediatría, no se encuentran capacitados para practicar este tipo de exámenes y expedirse con conclusiones valederas y confiables. Los pediatras inicialmente hemos circunscrito el problema del abuso sexual infantil en el área de las lesiones genitales, las enfermedades de transmisión sexual y los trastornos de conducta. Sin embargo, las secuelas a largo plazo son numerosas y frecuentemente devastadoras.

Se han descrito diversos problemas clínicos y psicológicos como:

cuadros depresivos severos, desórdenes en la alimentación, en especial bulimia nerviosa, ansiedad en todas sus formas, consumo de drogas de abuso, somatización, stress post-traumático, trastornos múltiples de la personalidad, disfunción sexual, dolor pelviano crónico, promiscuidad, prostitución, incapacidad para establecer relaciones de pareja con la madurez suficiente, dificultad en las relaciones interpersonales, trastornos gastrointestinales como dispepsia, colon irritable, dolores abdominales crónicos e inespecíficos, dismenorreas, irregularidades menstruales, cefaleas crónicas, etc. (Berkowitz-CD (1998) Medical consequences of child sexual abuse. Child Abuse & Neglect 22: 541-550)



Muchas de estas consecuencias podrían evitarse si se efectuara un diagnóstico precoz del abuso sexual y se iniciara un tratamiento oportuno.

Los primeros que poseen contacto con un niño/a víctima de ASI son los profesionales de la salud quienes deben poseer pautas claras para intervenir y evitar la revictimización del menor.

Es fundamental la prevención de esta situación cuyo principal pilar es la formación-información y prevención de las situaciones de riesgo.

Ante la situación específica de una sospecha de ASI el pediatra o profesional de la salud que asiste a la víctima debe ante todo escuchar, lograr un clima de tranquilidad y estar acompañado por otros profesionales de ser factible experimentados en este tipo de problemática.

Resulta evidente que para denunciar la sospecha de abuso sexual, es menester contar con normas que otorguen un mínimo de jerarquía a la sospecha.

A través de la bibliografía consultada tanto nacional como internacional trataremos de unificar lo publicado para unificar conceptos respecto a esta problemática.

Indicadores de abuso sexual infantil

Indicadores en la edad preescolar

-Llanto excesivo en lactantes, sin razón aparente.

-Conducta irritable o agitación extrema en lactantes.

-Regresión de alguna fase del desarrollo que ya se había alcanzado: por ejemplo, enuresis, encopresis, succión del pulgar, utilización del tono de voz del bebe.

Miedos excesivos: por ejemplo, miedo a la oscuridad, a irse a la cama, a quedarse con ciertas personas.

Juegos sexuales repetitivos con los compañeros, con muñecos, juguetes o animales.

Estos juegos suelen ser muy específicos debido a que el niño intenta reproducir en el juego lo que le ocurrió realmente. Este tipo de juego excede la exploración sexual normal adecuada a la fase de desarrollo.

Masturbación excesiva hasta el grado de producir irritación genital, o bien masturbación compulsiva incluso en público.

Trastornos del sueño, incluyendo pesadillas, miedo a irse a la cama, miedo a estar solo en el dormitorio.

Dependencia excesiva, especialmente con respecto a ciertos adultos y en respuesta a otros.

Retracción. Difícil socialización. Modificación en los hábitos alimentarios, por aumento o disminución.

Conocimiento expícito de los actos sexuales más allá de los niveles normales de desarrollo.

Tabla 1

Importancia de las enfermedades de transmisión sexual encontradas en lactantes y niños prepúberes y su utilidad para el diagnóstico y la denuncia del abuso sexual

Enfermedad de transmisión sexual confirmada	Abuso sexual. Utilidad para el diagnóstico	Acción recomendada
Gonorrea o blenorragia*	Diagnóstico	Denunciar
Sífilis o lúes*	Diagnóstico	Denunciar
HIV**	Diagnóstico	Denunciar
Chlamydia*	Diagnóstico	Denunciar
Trichomonas vaginalis	Altamente sospechoso	Denunciar
Condiloma acuminata* (verrugas ano-genitales)	Sospechoso	Denunciar
Herpes de localización genital	Sospechoso	Denunciar***
Vaginosis bacteriana	No concluyente	Continuar el seguimiento médico

· Descartar previamente que hubiese sido adquirida en la etapa perinatal

· ** Descartar que hubiese sido adquirida perinatalmente o con el empleo de transfusiones

· *** Salvo que exista una clara historia de auto-inoculación

Guidelines for the evaluation of sexual abuse in children: subject review American Academy of Pediatrics - Committee of Child Abuse and Neglect Pediatrics, 1999; 103: 186-191

Indicadores en la edad escolar (5-12 años)

Problemas escolares, incluyendo fobias escolares (pueden iniciar abuso por parte de algún trabajador de la escuela), ausencias frecuentes, miedo a volver a casa tras el colegio, modificaciones importantes en el rendimiento escolar. Abundantes temas de violencia en los dibujos o trabajos escolares.

Alejamiento de los compañeros. Desarrollo de relaciones de amistad inadecuadas para la edad, especialmente con niños más pequeños que pueden ser controlados.



Distorsión de la imagen corporal y problemas relacionados, como miedo a ducharse tras la gimnasia, miedo a que otros le vean desnudo, ponerse abundante ropa para ocultar el cuerpo.

Conocimientos sexuales avanzados.

Cambios excesivos de humor.

Expresión inadecuada de rabia o angustia extrema.

Depresión e ideas o intentos de suicidio.

Inicio súbito de enuresis. Trastornos alimentarios, incluyendo bulimia, anorexia o ingestión compulsiva de comida.

Comportamiento sexualmente manifiesto hacia los adultos, como intentar gustar, flirtear y realizar insinuaciones de tipo sexual (como una forma aprendida de comportarse con los adultos).

Simulación de actividad sexual sofisticada con niños más pequeños.

Juegos sexuales. Conductas sexuales abusivas sobre otros niños.

Terror a ser rechazado.

Actitud de duda, desconfianza y sospecha.

Sentimientos de culpa.

Tabla 2

Enfermedades de transmisión sexual: período de incubación y probabilidad de haberse originado en una situación de abuso sexual infantil

Enfermedad de transmisión sexual confirmada	Período de incubación	Probabilidad de abuso
Gonorrea o blenorragia	3-4 días	*** (si es menor de 2 años**)
Chlamydia	7-14 días	** (si es mayor de 2 años ***)
Herpes de localización genital	2-14 días	**
Trichonomas vaginalis	1-4 semanas	*** (si es un niño mayor de 6 meses)
Condiloma acuminata (verrugas ano-genitales)	1 a varios meses o más	*



Vaginosis bacteriana		*
Sífilis o lúes	hasta 90 días	*** (excluyendo la infección congénita)
HIV	la mayoría se seroconvierte dentro de los 3 meses	* (excluyendo la infección materna)
Hepatitis B	hasta 3 meses	* (excluyendo la infección materna)

. *posible

. **probable

. ***muy probable

Physical signs of sexual abuse in children , second edition. Royal College of Physicians of London, 1997. Appendix 4b, pag.47.

Indicadores en la adolescencia

Falta importante de confianza y autoestima.

Malas relaciones con los compañeros.

Escapismo. Fuga del hogar. Vivir en la calle.

Trastornos del sueño, incluyendo pesadillas, inquietud al dormir, sueño excesivo.

Problemas escolares, incluyendo modificaciones importantes en el rendimiento académico y ausencias excesivas de la escuela.

Retraimiento y aislamiento de amigos o compañeros.

Consumo de drogas o alcohol.

Auto mutilación, incluyendo tatuajes, quemaduras o cortes en el cuerpo (con frecuencia para 'liberar' un dolor interno).

Múltiples contactos sexuales. Comportamiento promiscuo.

Prostitución.

Depresión, ansiedad, irritabilidad, ideas obsesivas, sentimientos displacenteros.

Ideación suicida, conductas o intentos.

Conducta antisocial

Examen físico.

El mismo debe ser realizado en un lugar adecuado, en presencia de un familiar o adulto



de confianza y nunca realizado a la fuerza.

Es conveniente contar con personal auxiliar para cumplimentar anexo fotográfico (previo consentimiento del adulto responsable) si se posee cámara fotográfica, en su defecto se utilizarán gráficos para registrar prolijamente lo hallado. Asimismo el auxiliar colaborará en la toma de muestras de ser necesario.

Este examen debe realizarse en una única oportunidad para evitar la revictimización, y luego de haber considerado la presencia de Indicadores de ASI oportunamente realizado por los profesionales capacitados a tal fin.

Si el examen se cumplimenta en el ámbito judicial, es menester la presencia en esta instancia del Juez a cargo de la investigación, el Fiscal, la Defensora del Niño y de psicólogos, ya que en este momento el niño relata espontáneamente en caso de no haber sido evaluado en el sistema asistencia, todo lo vivenciado y se obtienen elementos de suma importancia para la investigación.

En el examen general del paciente se realizará una historia clínica detallada de antecedentes personales de relevancia, escolaridad, esquema de vacunas, con quien convive, se la percentilará (peso y talla) teniendo en cuenta tablas de crecimiento y desarrollo de la Sociedad Argentina de Pediatría, o bien para evaluar el estado nutricional el IMC (índice de masa corporal) peso/talla al cuadrado teniendo como referencias las tablas de la OMS..

Se evaluará el desarrollo de caracteres sexuales secundarios según los estadios de Tanner, considerando la edad cronológica esperable para cada uno de los parámetros evaluados.

En el examen genital se especificará si se realiza a “ ojo desnudo” visualización directa, o por medio de colposcopio, se visualizará el perineo en busca de lesiones traumáticas (hematomas, laceraciones, equimosis, eritema vulvar), secreciones vulgares y vaginales, húmedas o secas.

Se realizará un minucioso examen del himen detallando características del mismo (anular, semilunar, falciforme, coraliforme, etc) si está íntegro, si existen escotaduras, muescas, desgarros ubicándolos en sentido horario y el diámetro de la apertura himeneal expresado en milímetros teniendo como referencias la clasificación de Berenson.

Se realizará el examen de la horquilla vulvar, de la uretra.

Si la paciente poseía previo al examen vida sexual activa, se procederá a la especuloscopia .

El examen de la región anal se la ubicará en posición genupectoral., se evaluará las características de los pliegues cutáneos del ano, la tonicidad del esfínter externo del ano, presencia de lesiones traumáticas, congestión de la zona, infundibilización de la región.

Asimismo recordar que en esta posición también se puede evaluar el himen.

Conclusiones del examen físico siendo su finalidad correlacionar los hallazgos físicos con el relato para establecer la factibilidad de que lo constatado pueda ser producto de un abuso sexual.



Para unificar los hallazgos obtenidos se tendrá como referencia la Clasificación de Adams y Muram

-CATEGORÍA O CLASE 1: EXAMEN GENITAL APARENTEMENTE NORMAL.

GENITALES FEMENINOS: presentes también en la recién nacida: adherencias periuretrales o vestibulares, pólipos himeneales, hinchazón del himen, himen hendido en su parte antero-superior a su mitad de hora 3 a 9 con el paciente en decúbito supino.

Variaciones normales : himen septado, incisuras en U o en V del borde himeneal anterior, relieves himeneales externos,

ANO: pequeño pólipo en hora 6 del rafe perineal, adelgazamiento del rafe perineal, venas azules que traslucen.

Variables normales: diastasis del ano, pólipos o engrosamientos de la piel perianal, hiperpigmentación de la piel perianal, dilatación anal en presencia de heces, congestión venosa perianal.

PENE /ESCROTO: círculo de hiperpigmentación marrón alrededor de la cabeza del pene, líneas oscuras en el pene o escroto, ubicadas en el rafe medio.

Otros hallazgos no relacionados con abuso: escoriaciones, sangrado o lesiones vasculares ocasionados por hemangiomas, Prolapso uretral, liquen escleroso, enfermedad de Crohn, enfermedad de Bechet deben ser diagnosticadas como diferenciales de abuso.

Infección por Cándida, infección urinaria, vaginitis causadas por gérmenes entéricos o respiratorios, cultivo positivo para Gardnerella en ausencia de otros signos de vaginosis bacteriana.

CLASE 2: HALLAZGOS O LESIONES NO ESPECÍFICAS (LESIONES QUE PODRÍAN DEBERSE A ABUSO SEXUAL)

GENITALES FEMENINOS: las lesiones podrían corresponder a abuso, dependiendo del tiempo transcurrido desde el hecho, aunque pueden ser provocadas por otras causas:

Enrojecimiento del vestíbulo, hipervascularización del vestíbulo, abrasiones superficiales de los labios u horquilla; muescas superficiales en el anillo himeneal que ocupen menos del 50% de este, incisura en U o en V del borde posterior del himen mayor del 50% de espesor . anillo himeneal angosto, adherencias de labios menores, orificio himeneal mayor de 1 cmt, condilomas genitales (descartadas otras formas de contagio).

ANO: eritema de piel perianal; fisura anal; dilatación anal sin materia fecal en su interior; abrasión de la piel perianal; contusiones en nalgas; vesículas o úlceras en el área perianal o nalga; sangrado anal.

PENE/ ESCROTO: eritema del pene, edema, abrasión, o lesiones de tipo vesiculoso en el pene o escroto.

Otros hallazgos que pueden o no estar relacionados con abuso: Herpes tipo I y II en un niño que requiere asistencia para la higiene del baño, o que puede haberse autoinfectado por lesiones en la región oral; vaginosis bacteriana en niños y adolescentes, cualquier ETS(enfermedad de transmisión sexual) que el niño pudo contagiarse a través del canal de parto.



CLASE 3: HALLAZGOS EXPRESIVOS DE TRAUMA Y/O CONTACTO SEXUAL.

TRAUMA AGUDO CON SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL: abrasión, laceración aguda en labios, horquilla o tejido perianal; laceraciones o mordidas en los genitales o región cercana; lesiones por succión en los genitales o regiones cercanas cercanas.

Cicatrices asociadas con posible abuso: cicatriz en la horquilla; escotaduras que se extienden más del 50% en el anillo himeneal posterior (inferior) o lateral.

ANO: laceración o edema de la piel perianal; cicatriz perianal (puede darse por aptología como enfermedad de Crohn).

PENE/ESCROTO: ataduras del pene con pelo del niño/a u otro objeto; mordeduras o punciones; lesiones por succión del pene, escroto o región cercana a los genitales.

OTROS HALLAZGOS POSIBLEMENTE ASOCIADOS CON ABUSO:

herpes tipo I y II en los genitales de niños/as que no tiene lesiones orales y que no necesitan asistencia en el baño ,HPV en niños sin transmisión vertical(posible abuso)

CLASE 4: EVIDENCIAS CLARAS DE ABUSO:

GENITALES FEMENINOS: lesiones en himen o vagina que no tiene otra explicación. Completa o parcial laceración del himen, equimosis del himen, laceración vaginal. Lesión anterior curada: desgarro antiguo del himen, con ausencia del tejido himeneal.

ANO : laceraciones perianales que se extienden en forma profunda en el esfínter anal.

OTRAS EVIDENCIAS DE ABUSO Embarazo; hallazgo de esperma en el cuerpo de la víctima; videos o fotografías que documentan el abuso; cultivos positivos: anales, orales o vaginales de Neisseria gonorrea; cultivo de Chlamydia trachomatis en la región anal o genital, serología positiva para HIV(descartada la transmisión vertical, sífilis.

Fuente: Adams J. Clasificación de Adams. “ Hallazgos físicos y de laboratorio”. 2003

Dicha clasificación permite unificar en clases los hallazgos físicos para elevar un informe con mayor claridad y unidad de criterios para todos aquellos profesionales que intervengan en situaciones de ASI que no pertenezcan al área médica.

Anexos

Para acceder a los siguientes anexos, ingrese en:

http://www.jusneuquen.gov.ar/images2/Biblioteca/ABUSO_SEXUAL_INFANTIL-AnexoProtocolo.pdf

TABLAS DE TAÑER

Niñas: desarrollo de mamas y grados de desarrollo de vello pubiano

Niños: desarrollo de genitales y grados de desarrollo de vello pubiano

Referencias de peso y estatura desde el nacimiento hasta la madurez para niñas y niños



argentinos. Incorporación de datos de la OMS

Tablas de percentilos IMC . Niños.

Tablas de percentilos IMC . Niñas.

Medición del himen en posición supina

Protocolo del ASI

EXAMEN GINECOLÓGICO

CATEGORIZACION DE LOS HALLAZGOS