

Protocolo de actuación ante una sospecha de abuso sexual

Realización: Marta Asenjo

Supervisión: Rafa Marañón, Conchita Míguez, César Sánchez

Revisión: octubre de 2015

DEPARTAMENT D'INFANTIL



2. EVALUACIÓN PRIMARIA: ABCDE

A: Permeabilidad de la vía aérea.

B: Signos de dificultad respiratoria.

C: color de piel y mucosas, signos de perfusión periférica, sangrados → Cohibir hemorragias.

D: valorar nivel de conciencia y pupilas.

E: valorar lesiones cutáneas (hematomas, mordeduras, quemaduras...)

3. EVALUACIÓN SECUNDARIA:

SAMPLE:

¿Cómo entrevistar? Debe realizarse por el médico más experto y siempre acompañado. Entrevistar primero al adulto acompañante y luego al niño, ambos por separado.

- Al adulto: no juzgar, mantener una actitud neutral. **Si existe una sospecha de abuso sexual y se trata de una urgencia (ver más bajo): Contactar telefónicamente al Juez de Guardia y si va a enviar al forense esperarle para continuar con la anamnesis y exploración.**
- Al niño: la entrevista en <3 años no es valorable. Hacer preguntas abiertas y de una en una. No inducir respuestas con nuestras preguntas.

S: Puede ser que el niño relate la agresión pero muchas veces presenta síntomas inespecíficos como agresividad, cambios de conducta, cefaleas, dolor abdominal, encopresis o enuresis, conductas inapropiadas para su edad...

P: antecedentes personales. En niñas si han tenido la menarquia y cual es la fecha de la última menstruación y si han tenido relaciones sexuales previas.

E: Intentar contestar a las siguientes preguntas:

- Agresor: conocido/sospechoso/desconocido.
- Testigos: si/no
- Lugar y hora de la agresión.
- ¿Es la primera vez que sucede?
- Si el niño se fuera de alta, ¿existe riesgo de que vuelva a repetirse?

EXPLORACIÓN FÍSICA DETALLADA:

¿Quién debe hacerla? Hay que intentar realizarla una sola vez y por la persona más experta. Valorar la necesidad de que estén presentes también además del forense y el pediatría, un ginecólogo y/o un cirujano pediátrico. El menor debe estar acompañado siempre. En el 95% de los casos va a ser normal.

¿Cómo debe hacerse? Explicarle por qué se va a realizar. Valorar la necesidad de sedación. En niños pequeños hacerla en brazos de la madre/padre.

Si el suceso ha sido hace menos de 72 horas o es posible que haya pruebas, debe desnudarse sobre una sábana blanca y guardar toda la ropa en bolsas. Realizar una exploración física general inicialmente. La exploración genital se hará en posición de rana en niños pequeños con las rodillas flexionadas y abiertas hacia los lados. La inspección con espéculo sólo es necesaria si existe sangrado, dolor abdominal o fiebre.

Breve entrevista a los acompañantes sin que este presente el menor

¿Es una urgencia?

- Existe riesgo de pérdida de pruebas: agresión esporádica/crónica con la última agresión hace <72 horas, síntomas recientes que hagan sospechar abuso o hallazgos en la exploración que nos hagan sospecharlo.
- Necesidad de protección urgente de la víctima: ¿si se fuera de alta existe riesgo de recurrencia?
- Necesidad de instaurar tratamiento urgente.

Si

No

CONTACTAR CON EL JUEZ DE GUARDIA Y ACTUAR SEGÚN INDIQUE
Esperar a que llegue el forense para interrogar al paciente y explorarle conjuntamente.

Historia clínica realizada al paciente

Exploración física general primero y genital completa a continuación

Pruebas complementarias:

- Recogida de muestras forenses
- Tóxicos sangre/orina
- Cultivo para detección de ETS
- Test embarazo en adolescentes
- Analítica de sangre para serologías

Tratamiento:

- Profilaxis ETS
- Valorar profilaxis VIH
- Vacunación VHB si no esta vacunado
- Contracepción de emergencia
- Valorar necesidad de valoración por psiquiatría/psicología

Continuar con la exploración y anamnesis o valorar demorarla y remitir a un centro especializado.

Historia clínica realizada al paciente

Exploración física general primero y genital completa a continuación

Pruebas complementarias:

- Cultivo para detección ETS
- Test de embazo en adolescentes
- Analítica de sangre para serologías

Tratamiento:

- Profilaxis ETS
- Vacunación VHB si no esta vacunado
- Contracepción de emergencia (si <5 días)
- Valorar necesidad de valoración por psiquiatría/psicología

Seguimiento: citar en consulta de pediatría general/social e infecciosas para continuar con la valoración de las lesiones, el tratamiento y para resultados

¿Se asegura la protección del menor?

Si

No

- Alta a domicilio
- Parte de lesiones salvo que haya acudido el forense
- Realizar hoja de notificación a los servicios sociales

- Contactar con los servicios sociales de manera urgente.
- Ingresar en el hospital o derivar a un centro de acogida.
- Si negativa de los padres contactar al Juez de Guardia
- Realizar parte de lesiones salvo que haya acudido el forense

3. EVALUACIÓN SECUNDARIA:

EXPLORACIÓN FÍSICA DETALLADA (CONTINUACIÓN):

Lesiones genitales femeninas:

- Hallazgos inespecíficos: inflamación, excoriación o enrojecimiento en vulva o aumento del flujo vaginal. Pequeñas fisuras en la piel.
- Hallazgos sugestivos: laceraciones recientes o cicatrizadas del himen, himen con escotaduras en forma de u o v, o con irregularidades. lesiones en horquilla posterior, marcas de dientes.
- Hallazgos definitivos: presencia de esperma, restos de objetos, ETS o embarazo.

Lesiones genitales masculinas: generalmente dan menos datos pero hay que explorar el glande, la base del pene, el meato uretral y las zonas escrotal y perineal.

Lesiones anales: Explorar en decúbito lateral con la piernas flexionadas.

Lesiones sospechosas: pérdida de pliegues y engrosamiento de los márgenes anales, fisuras múltiple y profundas, pérdida del tono esfinteriano, congestión venosa perianal, cambios de coloración en la piel.

Los condilomas no indican siempre abuso.

4. EVALUACIÓN TERCIARIA

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

A. Toma de muestras por el forense: si abuso sexual hace <72 horas y ha habido contacto entre la piel del agresor y la de la víctima o contacto con secreciones o múltiples agresores:

- Tóxicos en sangre/orina.
- Recoger los restos bajo las uñas y cortar las mismas.
- Recoger muestra con hisopo de las zonas que haya besado o tocado con su piel el agresor.
- Penetración bucal: dos hisopos en zona yugal y dos peridentales.
- Penetración vaginal: dos hisopos en zona vulvar, dos en vagina, dos en fondo de saco y dos en cuello del útero.
- Penetración anal: dos hisopos en zona perianal y dos anal.

B. Detección de ETS:

¿Cuándo? Independientemente del tiempo transcurrido desde la agresión, si ha existido contacto sexual genital-anal no digital, cuando el agresor tenga una ETS conocida o múltiples parejas, cuando se trate de una comunidad con elevada prevalencia de ETS, cuando existan signos clínicos de ETS, penetración traumática o historia familiar de ETS y cuando lo solicite el paciente o sus familiares.

¿Qué?

- Serologías para VHB (incluido antiHBs en niños vacunados para valorar respuesta a la vacuna), VHC, VIH y sífilis
- Exudado vaginal/uretral/rectal (torunda azul en niños pequeños y rosa en los más mayores) CON medio para PCR para Chlamydia trachomatis y Neisseria gonorreae y cultivo para N. gonorreae.
- Muestra para examen en fresco para Trichomonas (hablar con el microbiólogo para que lo haga en el momento)
- Muestra de exudado vaginal/uretral/rectal en medio de virus (rosa) para VHS.

La transmisión por contacto sexual será segura en el caso de gonorrea o sífilis, muy sospechosa ante tricomonas, VIH, VHB, herpes y clamidia y posible ante una Gardenella vaginalis, condilomas o escabiosis.

C. Analítica de sangre con hemograma y bioquímica basales antes de instaurar ningún tratamiento.

D. Test de embarazo: en aquellas niñas que ya hayan tenido la menarquia.

TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS

1. Valorar necesidad de **atención psiquiátrica/psicológica** urgente.
2. **Profilaxis ETS:** en los mismos casos en los que esta indicado extraer serologías.

ANTIBIÓTICO	VÍA Y DOSIS	DURACIÓN	ETS QUE TRATA
Ceftriaxona O Cefixima	IM 125 mg en <45 kg 250 mg en >45kg VO 8 mg/kg (máx 400 mg)	Dosis única Dosis única	Gonococo
Penicilina benzatina	IM 2.400.000 UI	Dosis única	Sífilis
Azitromicina	VO 20 mg/kg (máx 1 gr)	Dosis única	Chlamydia trachomatis
Metronidazol	VO 15 mg/kg/día (máximo 2 gr) cada 8 horas O en adolescentes: VO 2 gr	7 días Dosis única	Trichomonas vaginalis y vaginosis bacteriana

3. **Profilaxis VIH:** valorar en cada caso dada la alta toxicidad, idealmente de manera conjunta con infectólogos.
 - Se administra cuando la agresión se ha producido hace <72 horas (preferiblemente antes de las 6 horas) y ha existido contacto del semen, fluidos vaginales o sangre del agresor con con ano, vagina o boca de la víctima o con zonas donde la esta afectada la integridad de la piel o mucosas, así como cuando existan mordeduras sangrantes.
 - Previamente extraer hemograma y bioquímica con función renal y hepática basales.
 - Se les debe administrar la medicación para continuar con el tratamiento en domicilio al menos durante 3 días.
 - Duración del tratamiento: 28 días.
 - Entre los efectos adversos mas frecuentes hay que conocer de la zidovudina la toxicidad hematológica y la cefalea; de la emtricitabina la cefalea, intolerancia digestiva, anemia y trombopenia y del lopinavir/ritonavir las nauseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, cefalea y astenia.

FÁRMACO	DOSIS	DOSIS MÁXIMA	PRESENTACIÓN
Zidovudina (AZT)	4mg/kg/12h	300mg/12h	Susp 10mg/ml Cápsulas 100 o 250mg
Emtricitabina (FTC)	6 mg/kg/24h	200mg/24h	Susp 10mg/ml Cápsulas 200mg
Lopinavir/ritonavir (LPVr)	230-300 mg/m ² /12h (de lopinavir)	400mg/12h (de lopinavir)	Solución oral 1ml:80 mg lopinavir y 20 mg ritonavir Comp recubiertos: 200mg lopinavir+50 de ritonavir 100mg lopinavir + 25 ritonavir

4. **Profilaxis VHB:**
 - Vacunación correcta (3 dosis): no es necesaria profilaxis en Urgencias, extraer antiHBs para que pueda valorarse el estado vacunal en la consulta de Infecciosas.
 - Vacunación incompleta o no vacunado: hay que completar la vacunación, idealmente administrando una dosis de la vacuna menos de 24 horas tras la agresión. Se administra en el deltoides.
Además, si el agresor tiene hepatitis B o se desconoce esta información, hay que administrar también la HBIG(dosis única intramuscular en el glúteo de 0.06 ml/kg, máximo 5 ml, preferiblemente en las primeras 24 horas tras la agresión y siempre antes de los 7 días de la agresión).
5. **Contracepción de emergencia:** en niñas que hayan tenido la menarquia y tras contacto de riesgo.
 - Si <72 h de la agresión: levonorgestrel 1500 mcg dosis única vo (POSTINOR®, NORLEVO®). Autorizado en ficha técnica para mayores de 16 años
 - De 72h-5d: acetato de ulipristal 30 mg vo dosis única (ellaOne®). Autorizado em ficha técnica para mayores de 18 años.

ASEGURAR LA PROTECCIÓN:

Hay que asegurarse de que si se va de alta no existe riesgo de que se repita el abuso. Esto cobra especial importancia en abusos dentro del ámbito familiar. Cuando la protección no esta asegurada hay que contactar con los Servicio Sociales de manera urgente para que ingrese en un Centro de Acogida urgente o realizar un ingreso hospitalario. Ante la negativa de los padres hay que contactar con el Juez de Guardia telefónicamente. Si ha sido la policía la que ha acompañado al menor a Urgencias y se hacen cargo de su protección, hay que dejarlo reflejado en el informe.

NOTIFICAR:

Al Juzgado de guardia: por teléfono cuando hay que hacerlo de manera urgente o mediante el parte de lesiones que se enviará por fax (lo envían desde Admisión dentro de las primeras 24 horas).

A los Servicios Sociales: realizar siempre la hoja de notificación de riesgo y maltrato infantil y de L-V en horario de mañana avisar a Rafa Marañón (915290182) o a César Sánchez (915290265) para que se lo digan a la trabajadora social, Rosa Rubio. Contactar por teléfono de manera urgente cuando no se asegure la protección del menor y haya que enviarle a un centro de acogida.

Al pediatra habitual del niño: se enviará el informe de ingreso desde la Urgencia.

¿CUÁNDO LLAMAR AL JUEZ DE GUARDIA DE MANERA URGENTE?

- Cuando existe riesgo de pérdida de pruebas:
 - Agresión esporádica reciente (hace <72 horas)
 - Abuso sexual crónico con la última agresión hace <72 horas.
 - Síntomas recientes que hagan sospechar abuso.
 - Hallazgos en la exploración que hagan sospechar abuso reciente.
- Necesidad de protección urgente de la víctima: existe riesgo de que se repita la agresión si el paciente se va de alta.
- Necesidad de instaurar tratamiento de manera urgente.

¿QUÉ DOCUMENTOS DEBO RELLENAR?

1- INFORME CLÍNICO:

Evitar abreviaturas.

Reflejar si la anamnesis se hace al niño solo acompañado. Si es solo, reflejar que ha sido autorizado por los padres o el responsable.

Escribir nombre completo del acompañante y relación con el menor.

Si el agresor es conocido escribir quién es.

Describir todas las lesiones y el estado anímico del paciente.

Referir las pruebas complementarias realizadas y los tratamientos.

Hacer un juicio clínico sin interpretación subjetiva.

Reflejar a quien se notifica: juez de guardia, servicios sociales....

Hacer constar cómo se asegura la protección del menor.

2- HOJA DE NOTIFICACIÓN DE RIESGO Y MALTRATO INFANTIL DESDE EL ÁMBITO SANTARIO: Rellenar siempre.

Es la manera de notificar a los servicios sociales que son los que harán el seguimiento.

De las tres copias una es para la Comunidad de Madrid, otra para la historia clínica y otra para la trabajadora social.

Va a permitir que se siga el caso independiente de lo que considere el Juez.

3- PARTE DE LESIONES: Realizar siempre que exista una sospecha clara de agresión sexual (excepto presencia del médico forense)

Una copia se envía a Juzgado de Guardia en menos de 24 horas y la otra queda en la historia (ninguna es para el paciente).

No es necesario el consentimiento del paciente ni de sus padres para realizarlo.

MÉDICO FORENSE: Su presencia es requerida por el Juez de Guardia (ya que depende directamente del mismo). Se encarga de la busca y custodia de todas las muestras. Debe realizar la anamnesis y la exploración física junto con los médicos responsables del paciente. Finalmente emite un informe médico-judicial que sustituye al Parte de Lesiones.

CRITERIOS DE INGRESO:

- Aquellos pacientes con lesiones importantes.
- Cuando sea necesario ampliar estudio.
- Como alternativa a un centro de acogida cuando la protección del menor no este asegurada.

SEGUIMIENTO:

- Citar en consultas de Psiquiatría/Psicología.
- Citar en Consulta de Infecciosas si se han extraído serologías y/o se ha administrado profilaxis el primer día laborable ya que serán los que realizarán el seguimiento y para valorar adhesión al tratamiento y efectos adversos si se ha administrado profilaxis de VIH.

TELÉFONOS DE INTERÉS

Juzgado de Guardia (Madrid Capital): 914 932 513

Instituto Madrileño de la Familia y el Menor (Servicios Sociales): 915 803 464.

Unidad de Atención y Protección a la familia del Cuerpo de Policía Municipal: 900 222 100

GRUME Grupo de Menores del Cuerpo Nacional de policía): 914 931 180/914 931 098

BIBLIOGRAFIA

1. Aproximación al manejo del maltrato infantil en la urgencia. Coordinador: Dr. A Gancedo Baranda.
2. Documento de Consenso sobre profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños (marzo 2015). Coordinadores: Polo Rodríguez R, Lozano F y González de Castro P.