

Manejo de niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual

Dra. Clara María Restrepo Moreno

Fellow en Ginecología Infanto Juvenil (IFEPAG)

Miembro Comité Ginecología Infanto Juvenil (FECOLSOG)

Docente Asociada Departamento de Obstetricia y

Ginecología. Facultad de Medicina - Universidad de Antioquia

Introducción

La violencia sexual (VS) se considera una grave vulneración de los derechos fundamentales de las personas especialmente niñas y adolescentes (afecta el derecho a la vida, la libertad, la igualdad, la intimidad, no ser sometido a esclavitud ni tortura), que tiene importantes repercusiones no solo para la víctima sino también para su familia y la sociedad.

El servicio de salud es, casi siempre, el primer lugar de consulta de la víctima de VS, quien, por su condición de alta vulnerabilidad, requiere un equipo de salud sensible, solidario y ético (que reconozca que ninguna necesidad diagnóstica, terapéutica o investigativa justifica una nueva victimización) y que, al mismo tiempo, le brinde un manejo de calidad (profesionales con conocimientos técnicos específicos, habilidades de comunicación, manejo de crisis, trabajo interdisciplinario) que le aseguren su atención, recuperación y protección, desde una perspectiva de restitución de derechos.

“La detección de la violencia sexual realizada por el personal de salud puede ser la primera y única oportunidad de recibir ayuda que tengan las víctimas de violencia sexual.” (1)

Definición

La OMS define VS como: “Todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar, de cualquier otro modo, la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”. Y el abuso sexual (AS) como: “la utilización de un niño o niña en una actividad sexual que no comprende, para la cual no está en capacidad de dar su consentimiento, o no está preparado evolutivamente”. (3) Esta victimización puede ser realizada por un adulto o un menor siempre y cuando este último tenga más edad o esté en una posición de poder frente a la menor víctima. (2)

Clasificación

El espectro en el que se ejerce VS contra niñas y adolescentes (NA) es muy amplio, incluye: acoso verbal; exposición a situaciones sexuales explícitas: de forma presencial, a través del celular (sexting), (3) o de Internet (on-line sexual grooming); (4) explotación sexual comercial (ESC); esclavitud sexual; forzar a: desnudez, embarazo, aborto,

contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS); recibir castigos con contenidos sexuales; inspección genital para comprobar virginidad, matrimonio infantil y mutilación genital femenina (MGF); acceso carnal violento, acceso carnal abusivo con menor de 14 años o con discapacitada; restricción en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva -anticoncepción, atención del embarazo, parto o interrupción voluntaria del embarazo (IVE)-.

Dependiendo de la legislación de cada país, algunos de estos tipos de VS se tipifican como delito y otros no. En Colombia se tipifican un total de nueve delitos sexuales contra menores de edad, y *grosso modo* se podría decir que es delito y obliga a denunciar: toda actividad sexual con menor de 14 años, toda menor de 14 años embarazada y todo menor de 18 años utilizado para ESC. (5)

Frecuencia

Al igual que el resto del mundo, la VS es relativamente frecuente en Colombia; sin embargo, solo uno de cada 20 casos es denunciado¹, lo que corresponde a una tasa de 48/100.000 delitos sexuales por año, pero se dejan de reportar 417.000 delitos sexuales por año en este país. (6)

De acuerdo con varios informes, en el país más de 35.000 niños, niñas y adolescentes (NNA) son víctimas de ESC, (7) dos de cada tres niñas Embera han sido sometidas a MGF y 48.915 menores de 18 años han sido víctimas de VS en zonas de conflicto armado. (8)

Las víctimas en 63% de los casos son mujeres entre cinco y 14 años; el agresor suele ser un hombre (94,6%), usualmente, un familiar, conocido o amigo (69,%); el sitio de ocurrencia más frecuente es la vivienda (72,6%) y el delito más común es el abuso sexual (84%). (6)

¹ Entre los motivos para no denunciar se encuentran: temor a los exámenes forenses, a sufrir represalias, a la pérdida de la privacidad y a la estigmatización, así como a la falta de castigo para los agresores.

En Antioquia, según datos de violencia de género del Sivi-gila (SSSA 2016), se nota un aumento significativo de los casos de VS respecto a los ocurridos en 2015. Las víctimas principales son mujeres entre los 10 y los 19 años, el agresor más frecuente es el novio y el lugar de ocurrencia más común es la vivienda. Esto pudiera corresponder al tipo de VS conocida como “date rape”, una forma de agresión sexual más prevalente en países desarrollados como Estados Unidos de Norteamérica. (9)

Según lo expuesto anteriormente, se puede considerar que la VS es otra de las formas de violencia contra la mujer, que se origina en la estructura machista de una sociedad como la colombiana, en la que existe una clara inequidad de género, que mantiene y refuerza el concepto de que el cuerpo y la sexualidad femenina no les pertenece a las mujeres y, por el contrario, está a la orden del deseo incontrolable del hombre, quien considera que es válido todo para su satisfacción. (2)

Factores de riesgo

Según el modelo ecológico, la violencia en general es resultado de factores que operan en cuatro niveles: individual, relacional, comunitario y social. (10)

En el caso de la VS se considera que en el **ámbito personal o individual** tienen más riesgo de padecerla:

- Mujeres
- Menores de edad
- Discapacidad física o mental
- Abandono o situación de calle
- Consumo de sustancias psicoactivas
- Baja escolaridad
- Orientación sexual no hetero normativa

Desde el relacional, es más frecuente que la VS se presente en familias caracterizadas por:

- Falta de límites o autoridad justa
- Situaciones de sometimiento y dependencia
- Roles de género rígidos o invertidos
- Falla en el vínculo y apego
- Comunicación inadecuada
- Ausencia o incapacidad de la madre
- Violencia ejercida de otras diversas formas
- Situación de desempleo o abuso de sustancias psicoactivas y alcohol
- Aislamiento geográfico o social

Y, desde el comunitario o social, predispone a la VS:

- La falta de reconocimiento de las NA como sujetas de derechos
- Sociedades que normalizan la VS, en las que las sanciones comunitarias y jurídicas son poco rigurosas
- El habitar en zonas de conflicto armado o desplazamiento, en las que la VS es utilizada como arma de guerra

Secuelas

La VS acarrea graves repercusiones para la salud física y mental de las víctimas, es un trauma para sus familias y obstaculiza el adecuado desarrollo de la sociedad.

En lo que se refiere a la salud física de la víctima, la afectación puede consistir en pequeñas laceraciones en piel o mucosas, hasta graves lesiones que causen la muerte. La esfera mental puede comprometerse en variados grados, desde síndrome de estrés postraumático, hasta depresión severa y suicidio. En lo atinente a lo conductual el espectro puede ir desde la apatía y el aislamiento social, hasta las conductas de riesgo más extremas. (Ver Tabla 1)

Por su parte, el núcleo familiar se ve sometido a una carga emocional tan importante que desencadena, casi siempre, conflictos de diversos grados entre sus miembros.

Finalmente, una sociedad cuyos miembros sean víctimas del flagelo de la VS, tiene que invertir enormes recursos económicos para su manejo y se vuelve, por tanto, incapaz de alcanzar estándares de salud y desarrollo adecuados. (11)

Atención integral

La respuesta integral al problema de la VS significa ir más allá de la recuperación física de las heridas o lesiones. (1)

En Colombia, el Sistema General en Salud -tanto público como privado-, así como los hospitales y centros de salud de carácter público, están en la obligación de prestar atención médica de urgencias e integral, sin importar el estado de aseguramiento de la menor víctima de abuso sexual ni el tiempo transcurrido desde la agresión. (12) Y, según el Reglamento técnico para el abordaje forense integral en la investigación del delito sexual, la realización del examen forense, la recolección y manejo de elementos probatorios y la evidencia física -usualmente realizada por los médicos forenses del INMLCF², a veces, corresponde realizarlo al profesional médico de la institución de salud en la que consulta por primera vez la víctima de VS. (13)

Para la adecuada atención de la víctima de VS cada institución de salud requiere conformar un comité (profesional de medicina, enfermería, psicología y trabajo social) que se encargará de descartar la sospecha de VS, diferirla y hacer seguimiento o ratificarla e iniciar el tratamiento integral. Además, deberá articularse con los sectores justicia y protección para garantizar la recuperación de la salud de la víctima y facilitar los procesos jurídicos y de protección pertinentes. Por lo tanto, todo caso de VS será notificado al Sivigila, al ICBF y, mediante reporte de oficio, a la Fiscalía -Comisaría de familia, o inspector de Policía, en caso de

² Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

Tabla 1. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia sexual

Salud reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> • Traumatismo ginecológico • Embarazo no planeado • Aborto inseguro • Disfunción sexual • Infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la infección por el VIH • Fístula traumática
Salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Trastorno por estrés postraumático • Ansiedad • Dificultades del sueño • Síntomas somáticos • Comportamiento suicida • Trastorno de pánico
Conductuales	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamiento de alto riesgo (por ejemplo, relaciones sexuales sin protección, iniciación sexual consensual temprana, múltiples compañeros íntimos, abuso del alcohol y otras drogas) • Riesgo mayor de perpetrar (los hombres) o de sufrir (las mujeres) violencia sexual posteriormente
Resultados mortales	Muerte por: <ul style="list-style-type: none"> • Suicidio • Complicaciones del embarazo • Aborto inseguro • Sida • Asesinato durante la violación o en defensa del "honor" • Infanticidio de un niño nacido como resultado de una violación

Fuente: Washington DC: OPS, 2013. Hoja informativa. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98821/1/WHO_RHR_12.37_spa.pdf. (11)

que no se cuente con los anteriores³. Mientras se establecen estas medidas, la menor agredida será hospitalizada y no se le dará alta de la institución de salud. (Ver Gráfica 1)

En todo caso de VS aguda, la atención se clasifica como prioridad I (triage de urgencias), después de 72 horas se clasifica como prioridad II.⁴ Generalmente, la víctima consulta al servicio de salud directamente por una clara situa-

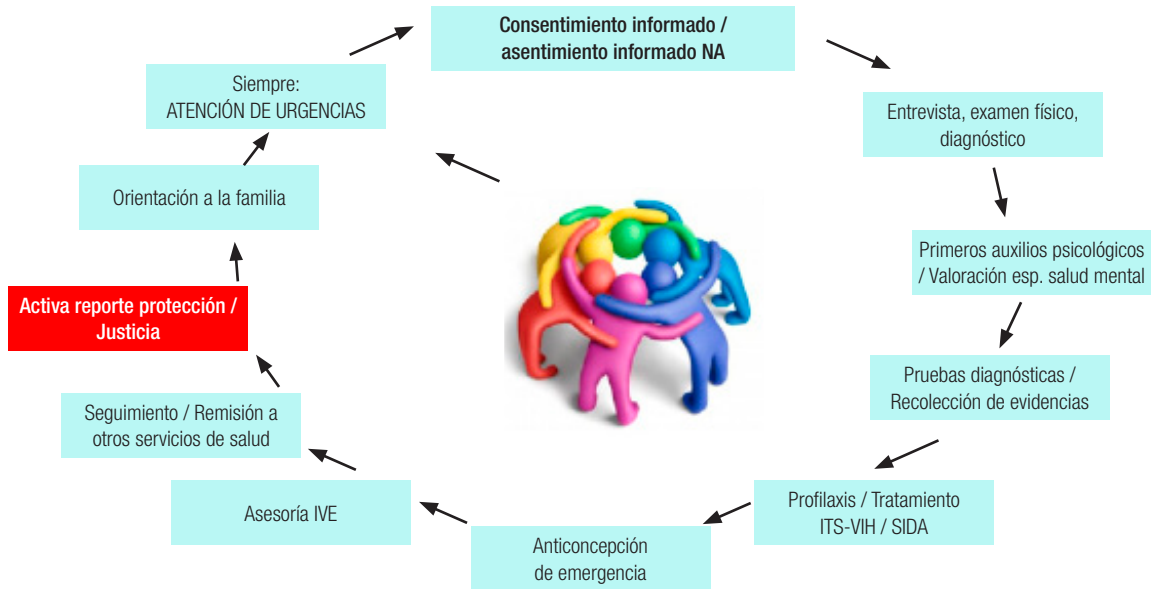
ción de VS o porque es remitida por otra institución (caso ya detectado). Sin embargo, es posible que, durante la consulta por cualquier otro motivo, surja la sospecha de VS por la presencia de factores de riesgo, síntomas o signos asociados con este tipo de agresión. (1) (Ver Tabla 2)

Cuando la víctima llega al servicio de urgencias, la primera acción es suministrar los primeros auxilios físicos y psicológicos, según se requiera. Luego, se le ubica en un consultorio (con baño y zona para entrevista diferenciada de la zona para examen y toma de muestras) que le garantice seguridad y confidencialidad. Se le explica de forma clara y sencilla en qué consiste y cuál es el propósito de la atención que se le va a brindar: entrevista, examen físico, recolección de muestras forenses, de exámenes de laboratorio y profilaxis -si el hecho ocurrió en las previas 72 horas-, se solicita el consentimiento informado a su acudiente y

³ En casos excepcionales (que arriesguen la vida de la víctima o los prestadores de salud), se puede realizar el reporte anónimo en las sedes centrales del ICBF o la Fiscalía -vía telefónica o WEB-, pero se debe indicar tipo de victimización encontrada, el lugar de ocurrencia y los datos generales sobre la víctima.

⁴ Excepto en casos con síntomas y signos físicos o psicológicos que indiquen alto riesgo para la vida o la salud, ante los cuales se dará prioridad I de triage, independientemente del tiempo transcurrido entre el momento de la victimización y el de la consulta.

Gráfica 1.



Fuente: Gráfica de la autora. Imagen del centro: <https://www.google.com.co/equipo+interdisciplinario+de+salud>.

Tabla 2. Síntomas o signos asociados con VS (1)

Niña	Adolescente	Discapacitada
<ul style="list-style-type: none"> Síntoma anal o genital poco claro, encopresis Ansiedad, alteración sueño, depresión, conducta suicida Lesión genitourinaria, anal, cuerpo extraño Equimosis en paladar Conducta sexual no habitual Dificultad de aprendizaje Otras formas de maltrato infantil Aparición de temor a estar con familiar o conocido Contacto con agresor reconocido, no judicializado Hermana(o) víctima de VS Convivencia con abusadores de sustancias psicoactivas Vivir en condiciones de hacinamiento Habitar en zona de conflicto armado o desplazamiento 	<ul style="list-style-type: none"> Ansiedad, alteración del sueño, depresión, conducta suicida Abuso de PSA Antecedente de aborto/embarazo Consulta anticoncepción < 14 años Lesión genitourinaria, anal, cuerpo extraño Disfunción sexual Casada/Unión libre Otras formas de violencia (Escna) Aislamiento geográfico Zonas de conflicto armado/reclutadas por grupos armados ilegales 	<ul style="list-style-type: none"> Signos y síntomas genitales/anales Conducta hiper sexual/aprehensión al contacto físico Depresión o intento suicida Temor a la socialización con adultos Confinamiento en hospital mental Negarse al examen médico Embarazo

el asentimiento a ella (puede negarse a la atención si es mayor de cinco años).⁵

Se prosigue con la obtención de la historia clínica que, en la menor, se debería realizar sin la compañía de sus padres (a menos de que la menor se sienta incómoda). No se realizará entrevista: a menores de tres años⁶, cuando la víctima se rehúsa a hablar del hecho, ya se ha investigado y escrito un informe o la víctima ha sido entrevistada más de una vez.

El interrogatorio debe ser sencillo, con un lenguaje solidario, tranquilizador y adecuado a la etapa del desarrollo. Así, por ejemplo, para una niña pequeña, el tipo de preguntas serían: “Alguien te ha tocado de una forma que no te gusta o que te hizo sentir incómoda? ¿Quién te hizo eso? ¿Con qué parte de su cuerpo? ¿Qué parte de tu cuerpo tocó? ¿Causó dolor?”.

Cuando se concluye el interrogatorio, se determina si hay necesidad o no de realizar el examen físico cuyo propósito es detectar lesiones y recolectar muestras (dependiendo del tipo de agresión). No se realizará el examen físico: en casos de que la agresión haya consistido en tocamientos únicamente, si ya no es posible encontrar evidencia física y si la víctima está en embarazo (en cuyo caso se documentará la edad gestacional y se correlacionará con el tiempo de ocurrencia de la agresión).

Para realizar el examen físico se le provee de bata y se solicita la compañía de una persona adulta de confianza o de una enfermera. Se comienza por el examen físico general y se termina con el ano-genital.

⁵ En caso de víctimas con pertenencia a grupos étnicos que no hablan castellano, se les debe proveer un traductor para garantizar que entienda cuáles son sus derechos y el tipo de procedimientos que se le van a practicar.

⁶ A víctimas menores de tres años no se les debe realizar entrevista clínica directa, solamente se les debe tranquilizar y explicar por qué están allí. La información se toma de la persona adulta protectora que esté a cargo.

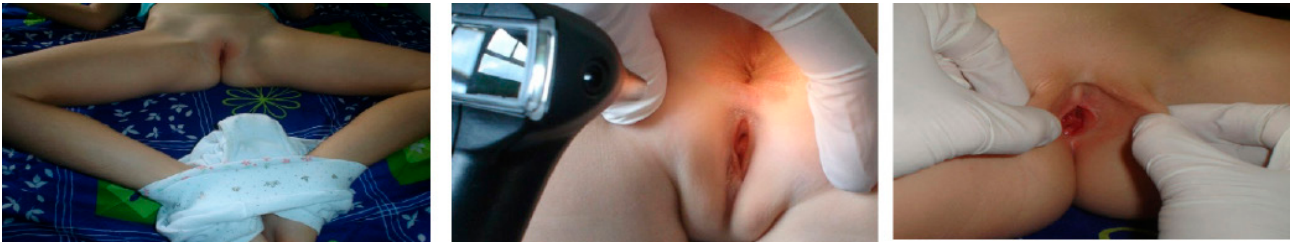
En el examen genital de la niña pequeña y la prepúber son de utilidad dos posiciones: la de rana, que permite la valoración de la membrana himeneal (traccionando los labios mayores suavemente hacia afuera y abajo) y la posición genupectoral, con la que se logra, además, evaluar la zona anal y ayuda a aclarar algún hallazgo en el himen que no esté suficientemente claro. El examen ano-genital de la adolescente requiere la posición de litotomía en camilla con estribos. En caso de requerirse examen con espéculo en la prepúber (por sangrado activo de origen para esclarecer), debe realizarse bajo sedación anestésica. (Ver Imagen 1)

El examen cuidadoso del himen en los primeros 10 días posteriores a la agresión, puede revelar signos agudos como laceración, desgarro y hematoma. Después de 10 días es posible evidenciar lesiones cicatrizadas como escotaduras hasta la base de implantación del himen (signo específico de agresión por penetración).

Luego de evaluar los genitales se procede a evaluar el ano, para lo que se utiliza la posición genupectoral o la de decúbito lateral. Luego de una inspección inicial, se separan los glúteos durante 30 segundos con ambas manos para permitir la relajación del esfínter y evaluar forma, tono, pliegues y posibles lesiones. Se considera que la presencia de: edema, equimosis anal, dilatación anal mayor de 2 cm (sin heces en la ampolla rectal), cicatrices fuera de la línea media y la desaparición parcial o total de los pliegues pueden ser indicativas de traumatismo por penetración. (14)

En general, es poco frecuente encontrar signos físicos después de agresión sexual, aun en casos de acceso carnal (signos genitales en niña víctima reciente: 5 a 15%; signos genitales en víctima crónica: 15%; lesiones extragenitales: 12%; embarazo: 5%, ITS: 5 a 25%). Por tanto, no encontrar lesiones en genitales o anales no descarta la ocurrencia de penetración en esos sitios. (15,16)

Imagen 1.



Fotos: autorizadas por pacientes de la consulta privada de la autora

El diagnóstico diferencial de las lesiones genitales y anales secundarias a trauma por violencia sexual se hace con: lesiones accidentales (caída a horcajadas que, en general, compromete las estructuras vulvares anteriores, mientras que las resultantes de abuso sexual usualmente lesionan el himen, la fosa navicular y la horquilla vulvar posterior); lesiones no accidentales (masturbación, mutilación genital femenina); trastornos vulvovaginales (liquen escleroso, vulvovaginitis inespecífica, candidiasis, varicela, pubertad precoz, enfermedad de Behçet); anales (estreñimiento crónico, diarrea bacteriana, prolapso rectal, congestión venosa perianal, hemorroides, celulitis perianal, verrugas perianales, colitis ulcerosa, pólipo/tumor, atonía neurógena rectal); problemas uretrales (prolapso uretral, carúncula, hemanjioma, sarcoma botroide, ureterocele). (17)

Es de suma importancia que en la historia clínica se registren todos los datos y hallazgos, desde el estado mental y emocional, hasta la presencia o no de cualquier lesión corporal por pequeña que sea (descrita, diagramada o, incluso, fotografiada). Hacerlo de esta manera ayuda como material probatorio en el proceso legal que se instaure.

El siguiente paso en la atención de la víctima que acude al servicio de salud dentro de las primeras 72 horas después de ocurrida la agresión incluye: la toma de muestras de laboratorio (para el diagnóstico de infecciones y embarazo,

presencia de psicoactivos) y la recolección de las evidencias forenses en ropas y cuerpo para ayudar al diagnóstico del delito e identificar al agresor. Los servicios de urgencias deben contar para tal fin con dos kits para mayores de 13 años y dos kits para menores de 13 años, disponibles las 24 horas. (18) Anexo 1.

La toma de muestras forenses y de exámenes de laboratorio debe corresponder al tipo de agresión y a los sitios corporales afectados. Por ejemplo, si la agresión sexual ocurrió recientemente y la víctima llega a la consulta sin haberse bañado ni cambiado de ropa, se evaluarán elementos traza en sus prendas de vestir (para lo que será necesario que se desnude sobre un pliego de papel grande).

En sangre se solicitan: prueba de embarazo (desde **víctimas con cambios puberales**); prueba rápida para VIH, VHC y VHB; VDRL y FTA-ABS; cuadro hemático completo; función renal y hepática (18); alcoholemia; estudio toxicológico (positivos solo en las primeras 24 horas y se solicitan en casos de relato o de alteración de la conciencia); estudio genético. En vagina (si fue acceso carnal en ese sitio o se desea descartar una infección) se toman las siguientes muestras: directo y gram de flujo; cultivo para gonococo; prueba rápida para Chlamydia; espermatozoides, semen, antígenos específicos de semen (proteína p30 específica de próstata) y enzimas (fosfatasa ácida). En orina, se realiza

el estudio toxicológico para dar resultados positivos hasta 96 horas después. También se realizan frotis de otros sitios anatómicos (aun después de 24 horas) para búsqueda de espermatozoides (dientes, piel, uñas, ano) y, finalmente, se toman muestras de ropas y material extraño para la determinación del ADN del agresor. (19)

Todas las muestras serán mantenidas bajo Cadena de custodia: rotuladas (nombre de la víctima, tipo de muestra, lugar anatómico de donde se tomó, número de historia clínica, número de la noticia criminal, fecha y hora de recolección, nombre de quien realizó la toma); diligenciados los formatos correspondientes y conservados en cadena de refrigeración o en seco según corresponda, hasta su entrega a las autoridades competentes a quienes previamente se dio aviso.

Tras la evaluación integral de una menor con sospecha de haber sido víctima de VS, se considera que hay certeza de tal hecho si: (1)

- Hay testigo o registro del hecho (grabación en video)
- Embarazo en menor de 14 años
- Documentación de espermatozoides, semen, antígenos específicos de semen (proteína p30 específica de próstata) o enzimas (fosfatasa ácida)
- Laceración parcial/completa/equimosis himen
- Escotadura himeneal cicatrizada
- Ausencia de tejido himeneal
- Laceración perianal hasta esfínter rectal externo
- Diagnóstico de infección por: VIH, sífilis o gonorrea
- Diagnóstico de infección por Chlamydia (en mayor de tres años de edad), Trichomona (en mayor de un año), virus del papiloma (en mayor de dos años), virus del herpes simple (en mayor de cinco años).

Después de realizar la atención clínica se procede con la profilaxis para VIH, ITS y embarazo, que, según el reciente protocolo emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social. (Ver Tablas 3, 4, 5 y 6). (18)

Tabla 3. Profilaxis post exposición al VIH en mayores de 13 años, incluidas gestantes (18)

Medicamento	Dosis
Primera opción: Tenofovir / emtricitabina y Dolutegravir	Tenofovir / emtricitabina tabletas x 300 / 200 1 al día x 30 días Dolutegravir – tab x 50 mg 1 al día x 30 días
Segunda opción: Tenofovir / emtricitabina con Darunavir / ritonavir	Darunavir – tab x 800 mg 1 al día x 30 días Atazanavir – Tab x 300 mg 1 al día x 30 días
Alternativa: Tenofovir / emtricitabina y Atazanavir / ritonavir	Ritonavir – Tab x 100 mg 1 al día x 30 días

Tabla 4. Profilaxis post-exposición a ITS en mayores de 13 años, incluidas gestantes (18)

Medicamento	Dosis
Ceftriaxona	500 mg - IM
Metronidazol	2 gr - VO
Azitromicina	1 gr - VO
En gestante adicionar a los anteriores: Penicilina Benzatínica En caso de antecedente de alergia a la Penicilina: desensibilizar	2'400.000. unidades, IM, dosis única

Tabla 5. Profilaxis post exposición al VIH en menores de 13 años (18)

Medicamento	Dosis
Zidovudina	De 4 a 9 kg de peso: 12 mg/Kg cada 12 horas x 30 días De 9 a 30 kg de peso: 9 mg/Kg cada 12 horas x 30 días Peso mayor o igual a 30 Kg: 300 mg cada 12 horas x 30 días
Lamivudina	4 mg / Kg de peso cada 12 horas x 30 días Niños de 14 a 21 kilos: 1/2 tableta (75 mg) cada 12 horas. Dosis total 150 mg x 30 días Niños mayores de 21 y menor de 30 kilos: 1/2 tableta (75 mg) AM y 1 tableta (150 mg) PM. Dosis total 225 mg x 30 días Mayor o igual a 30 kilos 1 tableta (150 mg) cada 12 horas. Dosis total 300 mg x 30 días
Lopinavir/ritonavir	Mayores de 14 días a 12 meses de edad: 300/75 mg/m ² de área de superficie corporal por dosis cada 12 horas x 30 días Mayores de 12 meses a 18 años de edad: 230/57,5 mg/m ² de área de superficie corporal por dosis cada 12 horas x 30 días 15 a 20 Kilos: 2 tabletas de 100/25, cada 12 horas x 30 días Peso 20 a 25 Kilos: 3 tabletas de 100/25 cada 12 horas x 30 días Peso 30 a 35 Kilos: 4 tabletas de 100/25 cada 12 horas x 30 días
Abacavir: no aprobada para uso en menores de 3 meses de edad	8 mg/Kg (máximo 300 mg al día) cada 12 horas x 30 días De 14 a 21 Kilos: 1/2 tableta (150 mg) cada 12 horas. (Dosis total 300 mg) x 30 días Mayor de 21 y menor de 30 Kilos: 1/2 tableta (150 mg) AM y 1 tableta (300 mg) PM (Dosis total 450 mg) x 30 días Mayor o igual a 30 Kilos: 1 tableta (300 mg) cada 12 horas (Dosis total 600 mg.) x 30 días
Raltegravir: no aprobado su uso en neonatos	De 10 a 14 Kg de peso: 75 mg cada 12 horas (3 cápsulas por 25 mg. masticables) x 30 días De 14 a 19 Kilos: 100 mg cada 12 horas (1 cápsula por 100 mg masticables) x 30 días De 20 a 27 Kilos: 150 mg cada 12 horas (1,5 cápsulas por 100 mg masticables) x 30 días De 28 a 39 Kilos: 200 mg cada 12 horas (2 cápsulas por 100 mg masticables) x 30 días Mayor o igual a 40 Kilos: 300 mg cada 12 horas (3 cápsulas por 100 mg)

Tabla 6. Profilaxis post exposición a ITS en menores de 13 Años (18)

Medicamento	Dosis
Ceftriaxona	En menores de 12 años: 50mg/kg dosis única. Mayores de 12 años: una ampolla dosis única
Metronidazol	20 mg/Kg dosis única
Azitromicina	10 mg/Kg dosis única

Profilaxis post exposición de la Hepatitis B en gestantes y no gestantes: la decisión de aplicar o no profilaxis para Hepatitis B se basa en el antecedente de vacunación y el nivel de anticuerpos protectores adecuados (> 10 mIU/mL). En caso de no tener esta información, se inicia el esquema de vacuna idealmente en las primeras 72 horas post-exposición (0-1-6 meses). Dosis pediátrica (< 10 años): de 5 a 10 ug. Dosis para adolescentes (< 19 años): de 10 a 20 ug. La Gammaglobulina anti-Hepatitis-B (HBIG), se debe iniciar lo antes posible, pero es útil hasta el día 14 después de la agresión (la dosis recomendada por el fabricante).

Para la anticoncepción de emergencia estos son los esquemas actuales:

- Primeras 72 horas: Levonorgestrel tabletas por 0,75 mg, dos tabletas en dosis única
- Después de las 72 horas, pero antes de 120 horas: Levonorgestrel y, además, dispositivo intrauterino (DIU) T de cobre.

El seguimiento a las niñas y adolescentes víctimas de VS consiste en cinco controles: dos y cuatro semanas, tres, seis y 12 meses, que deben ser programados inmediatamente se dé el alta de la institución de salud. Se les recomienda evitar prácticas que posibiliten la transmisión del VIH a otras personas durante el periodo de seguimiento (utilizar condón, no donar sangre u órganos).

A las dos semanas: se solicita nuevamente prueba BHCG, se hace asesoría para IVE (si el resultado es positivo), se revisan los resultados de ITS (si es el caso, se solicitan pruebas confirmatorias), se inician tratamientos para ITS en caso que no se hayan iniciado, se evalúa la salud mental, social y familiar, y se verifica la necesidad de tratamiento especializado. A las cuatro semanas. Igual esquema, excepto la prueba de embarazo.

A los tres, seis y 12 meses, se explica de forma reiterada a la víctima de VS sobre su derecho a la IVE, se sigue el estado de salud mental y la necesidad de remisión a especialista, se define si hubo contagio de VIH y se inicia manejo de acuerdo con el grupo interdisciplinario. En todo caso, es obligatoria la búsqueda activa de NA perdidas del seguimiento.

Prevención

Prevenir la VS es un tema complicado por la génesis de la misma y se requerirían cambios sociales estructurales de

fondo que propendan por una sociedad más equitativa en la que hombres y mujeres tengan los mismos derechos y oportunidades.

Para lograrlo, sectores como: salud, educación, bienestar social y justicia penal, deben trabajar de forma integral e interdisciplinaria con niñas, niños y adolescentes (que son las principales víctimas), las familias, la comunidad y el gobierno.

A las niñas y adolescentes hay que capacitarlas y empoderarlas sobre sus derechos (los sexuales, los reproductivos y los fundamentales), potenciarles la capacidad de hacer frente a situaciones de riesgo o victimización e informarlas acerca de las instituciones a las que pueden acudir en situación de riesgo o vulneración.

Las familias deben ser sensibilizadas y capacitadas sobre adecuadas pautas de crianza, que estimulen en las menores la comunicación abierta, el desarrollo de la autoestima, la autonomía, el autocuidado y las habilidades sociales, entre otras.

Desde la comunidad, se debe promover el conocimiento y el reconocimiento de las mujeres, en especial de las NA, como sujetas de derechos, estimular la movilización tendiente a lograr cambios en las normas y roles de género, así como a mejorar la situación social y económica de la mujer.

Y, finalmente, el Estado colombiano debe garantizar el cumplimiento cabal de las leyes existentes contra la violencia sexual y la violencia contra las mujeres. (11)

Conclusiones

La VS debe entenderse como otra forma de violencia contra la mujer, producto de una sociedad machista que no reconoce sus derechos.



Al igual que otros tipos de violencia, la VS deja secuelas costosas y difíciles de superar tanto para la víctima como para su familia y la sociedad en general.

La atención integral de las víctimas de VS requiere de un profesional médico solidario y sensible que, además, tenga los conocimientos técnicos específicos que le permitan implementar los protocolos de atención, incluida la adecuada referencia a protección y justicia, para que se puedan dar los procesos de recuperación, justicia y reparación de las sobrevivientes a este delito. ■

Anexo 1.

Componentes del kit de profilaxis post-exposición

Los componentes del kit para para PPE son:

1. Dos pruebas rápidas para VIH con sensibilidad y especificidad no inferior al 99,5% + solución diluyente.
2. Dos pruebas rápidas de sífilis + solución diluyente, se recomiendan pruebas duales con VIH, para simplificar la logística y la aplicación del protocolo.
3. Dos pruebas rápidas de embarazo.
4. Dos pruebas rápidas para antígeno de superficie de Hepatitis B + solución diluyente.
5. Dos pruebas rápidas para anticuerpos contra el VHC + solución diluyente.
6. 10 lancetas.
7. 10 micro-pipetas para recolección de muestra de sangre total por punción capilar, para las pruebas rápidas de VIH, VHB, VHC y de embarazo.
8. Un rotulador permanente para pruebas rápidas.
9. Medicamentos antirretrovirales para la profilaxis del VIH: 13. Las pautas de elección para la PPE consisten en la combinación de dos inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos / nucleótidos (ITIAN) asociados con un tercer ARV de otra familia. En general, se recomienda utilizar ARV de buena tolerancia y pocas interacciones para mejorar la adherencia y evitar interacciones medicamentosas. Para niños y niñas que no pueden ingerir pastillas se recomiendan presentaciones en solución pediátrica.
10. Medicamentos antibióticos para la profilaxis de las ITS: Las pautas profilácticas para ITS deben incluir tres antibióticos para prevenir las infecciones por clamidia, sífilis, gonococo y tricomonas, entre otras. Ver pautas para mayores y menores de 13 años.
11. Profilaxis de la Hepatitis B: Vacuna contra Hepatitis B y Gammaglobulina contra VHB.
12. Anticoncepción de emergencia para mujeres que consultan antes de las 72 horas posteriores a la exposición: Progestina sintética de segunda generación, dos tabletas (Levonorgestrel). Para los casos de mujeres que consulten entre las 72 horas y las 120 horas desde ocurrida la exposición: Progestina sintética (Levonorgestrel en igual dosis) + aplicación in situ de un dispositivo intra-uterino (DIU). (12) Formatos de control de inventario y de fecha de vencimiento. (13) Formatos de reporte de interpretación de las pruebas rápidas.

Protocolo para la atención por exposición de riesgo biológico laboral o no laboral ante las infecciones de transmisión sexual, el virus de Inmunodeficiencia Humana, el virus de la Hepatitis B y el virus de la Hepatitis C. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Promoción y Prevención Grupo de Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos. Noviembre de 2017.



Referencias bibliográficas

1. Protocolo y modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual. Resolución 459 de 2012 MSPS.
2. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer: violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. Nota descriptiva N°. 239. Actualización de septiembre de 2011. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.
3. Agustina JR. ¿Menores infractores o víctimas de pornografía infantil? Respuestas legales e hipótesis criminológicas ante el sexting. Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología ISSN 1695-0194. 2010.
4. Craven S, Brown SJ y Gilchrist E. Sexual grooming of children: review of literature and theoretical considerations. *Journal of sexual aggression*, (2006), 12(3), 287-299. DOI: 10.1080/13552600601069414
5. Ley 1236 del 2008. Artículos 207, 208, 209, 210, 213, 214, 217, 218 y 219-A. "Por medio del cual se modifican algunos artículos del Código Penal relativos a delitos de abuso sexual".
6. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. 2015.
7. Fundación Plan, Fundación Restrepo Barco y Fundación Renacer. Escenarios de la Infamia. Explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes, Bogotá, 2005.
8. Informe sobre violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes en el conflicto armado en Colombia, 2014.
9. Wiemann CM, Harrykissoon SD, Date rape: Identification and management. Up ToDate Mar 2016
10. Bronfenbrenne U, Ceci S.J. Nature-nature reconceptualized in developmental perspective: a bioecological model. *Psychological Review* 1994; 101(4); 568-586
11. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia sexual. Washington, DC: OPS, 2013. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98821/1/WHO_RHR_12.37_spa.pdf
12. Ley 1146 de 2007. Art 9. Prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente.
13. Reglamento técnico para el abordaje forense integral en la investigación del delito sexual R.T. INMLCF – 01. Versión 03, julio de 2009.
14. Hobbs CJ, Wright CM. Anal signs of child sexual abuse: a case-control study. *BMC Pediatr* 2014; 14:128.
15. Adams JA. Medical evaluation of suspected child sexual abuse. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2004; 17:191.
16. Heger A, Ticson L, Velasquez O, Bernier R. Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. *Child Abuse Negl* 2002; 26:645
17. Bechtel K, Bennett B. Evaluation of sexual abuse in children and adolescents. Up To Date, May 2016
18. Protocolo para la atención por exposición de riesgo biológico laboral o no laboral ante las infecciones de transmisión sexual, el virus de Inmunodeficiencia Humana, el virus de la Hepatitis B y el virus de la Hepatitis C. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Promoción y Prevención Grupo de Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos. Noviembre de 2017.
19. Thackeray JD, Hornor G, Benzinger EA, Scribano PV. Forensic evidence collection and DNA identification in acute child sexual assault. *Pediatrics* 2011; 128:227.