

GUÍA PARA EL MANEJO DE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS A LA VÍCTIMA DE AGRESIÓN SEXUAL

Ana Isabel Montoya Saldarriaga
Residente
Juan Guillermo Londoño
Jefe
Departamento de Ginecología y Obstetricia
Universidad de Antioquia

“Las mujeres no pueden contribuir con su labor o con sus ideas creativas si están agobiadas por las heridas físicas y psicológicas del abuso”
Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas por la Mujer UNIFEM

La agresión sexual en Colombia, continúa siendo uno de los hechos violentos que tiene gran impacto en la sociedad y constituye un problema de salud para la mujer. Aunque cada experiencia de agresión sexual es singular y sólo la persona que la vive puede dar cuenta de su verdadera dimensión, el equipo de salud debe considerar la complejidad de la situación y estar preparado para la atención de este tipo pacientes. En este documento se encontrarán claves útiles para que el médico general y el equipo de salud de los servicios de urgencias aborden estas pacientes de una manera integral.

Las actividades que se deben llevar a cabo durante la atención de una víctima de agresión sexual en el servicio de urgencias, comprenden el tratamiento de las lesiones físicas, la profilaxis para enfermedades de transmisión sexual, la prevención de embarazos, la recolección de evidencia e información necesaria para el estudio forense posterior, el apoyo psicológico y por último el plan de seguimiento.

En la mayoría de los casos las víctimas acuden en primera instancia a los servicios de salud y no a las autoridades por lo que usualmente el médico de urgencias no cuenta con ninguna solicitud legal para la realización de un dictamen sexológico. A pesar de esto, se debe ofrecer la atención médica necesaria y debe prever que la víctima puede y tiene derecho a denunciar el hecho posteriormente y que tal vez, sea la única oportunidad para recolectar toda la evidencia pertinente y brindar la asesoría adecuada. Así que aunque no exista una solicitud legal, el médico de urgencias debe tener en cuenta que la historia clínica y las muestras recolectadas pueden ser muy útiles para complementar un dictamen sexológico posterior. En caso de ser menores de edad, el médico está en la obligación de notificar el hecho a las autoridades.

Definición

Según el código penal colombiano acto sexual abusivo¹ se define como cualquier acto de carácter sexual sin el consentimiento de la víctima que no incluya penetración. Acceso carnal² se define como la penetración del miembro viril, de cualquier otra parte del cuerpo o de un objeto por vía vaginal, anal u oral. Ambos pueden tener componente de violencia física o mental y pueden tener carácter de abuso³ si se realiza con menores de 14 años o con personas incapaces de resistir. Para esta revisión se considerará agresión sexual como cualquier acto de carácter sexual sin el consentimiento de la víctima que incluya o no la penetración. Existen agravantes punitivos⁴ de estos delitos en caso de ser realizados con el concurso de varias personas o si el responsable tiene cualquier posición que le de autoridad sobre la víctima.

Además si se produce enfermedad de transmisión sexual o embarazo, si se realiza con menores de doce años o con el cónyuge.

Algunos datos

En Colombia en el año 2006 se realizaron 19.592 dictámenes sexológicos.⁵ Lo que representa 1.118 casos más que en 2005. Este aumento puede ser explicado por un incremento en el número de denuncias, pero persiste una proporción importante de casos que la víctima no denuncia por temor o vergüenza⁶ o casos que no son registrados.

La incidencia de la agresión sexual para el año 2006 fue de 46 casos por 100.000 habitantes con una relación mujer hombre de 5:1.⁵ Lo más alarmante es que el 86% de estos dictámenes se realizaron en menores de edad, con una mayor incidencia en el grupo de 10 a 14 años. Contrario a la creencia popular, el 85% de las víctimas conocen al agresor y hasta en un 35% de los casos los realiza algún miembro de la familia del agredido.⁵

Evaluación inicial

Lo primero que el médico debe realizar al ingreso de la paciente al servicio de urgencias es una valoración rápida de la extensión de las lesiones físicas, determinando cuales de ellas ponen en peligro la vida de la paciente y deben ser tratadas de inmediato. El 88% de las víctimas de agresión sexual no presentan lesiones que amenacen la vida⁷ y pueden ser llevadas a una zona privada para el interrogatorio y la exploración.

En la agresión sexual la pérdida de control sobre las situaciones externas es uno de los factores psicológicos que prevalece,⁸ por lo que es importante ayudar a la paciente a reestablecer el control sobre lo que la rodea, dar seguridad brindando información clara y cuidadosa sobre los procedimientos a realizar. Se debe aclarar a la víctima que puede rechazar cualquier parte de la exploración o del interrogatorio y se debe diligenciar un consentimiento informado para la toma de muestras, fotografías y tratamiento médico.

Interrogatorio

La historia clínica, debe ser completa y detallada. La víctima puede sentir miedo, culpa o sentirse avergonzada al brindar algunos detalles de la agresión. Por lo tanto, se debe realizar en un ambiente de calidez y comprensión buscando obtener información precisa sin datos innecesarios. Las preguntas deben ser directas y claras evitando en todo momento emitir juicios de valor.

La historia clínica debe incluir los datos de identificación de la víctima y de sus acompañantes. Se puede permitir que la víctima realice un relato espontáneo de los hechos consignándolos entre comillas y completar el interrogatorio con preguntas dirigidas. En la historia clínica deben quedar consignadas la fecha y hora de la agresión, el número de agresores, la descripción de la agresión (penetración, felación, utilización de objetos o de violencia) y todas las actividades realizadas por la víctima después del hecho como: baño, duchas vaginales, lavado de dientes, cambio de ropa,⁹ entre otros.

Los antecedentes ginecoobstétricos deben ser explícitos. Se debe consignar la fecha y hora de la última relación sexual voluntaria, la fecha de la última menstruación, los métodos de planificación utilizados y la historia obstétrica. Además antecedentes de ITS, preferencia sexual, edad de inicio sexual, número de compañeros sexuales.

Exploración física

El examen físico se debe realizar en un cubículo privado y en compañía de enfermera. Debe ser completo y cuidadoso, examinando cada área del cuerpo meticulosamente. Teniendo la precaución de cubrir con una sábana las partes del cuerpo que no se estén evaluando.

En la piel se puede encontrar cualquier tipo de lesiones, se deben describir de manera pormenorizada todas las lesiones en la piel: equimosis, laceraciones, contusiones, arañazos, signos de ataduras, mordidas, quemaduras, etc. que deben ser descritas en su tamaño, color, forma y ubicación. Los diagramas corporales pueden facilitar la descripción.

La cavidad oral se debe inspeccionar en busca de traumas en la úvula, contusiones del paladar, petequias o desgarros de la lengua o los labios. La pared torácica y abdominal se deben palpar cuidadosamente en búsqueda de signos de trauma o abdomen agudo, que requieren de atención inmediata.

Para el examen de los genitales se utiliza la posición de litotomía y en casos de penetración anal la posición genupectoral. Se toman con los dedos índice y pulgar los labios mayores y menores y se halan ligeramente hacia fuera para visualizar la vulva, el clítoris, la uretra, el introito y el himen. Posteriormente se realiza una visualización de la vulva, las paredes vaginales, el cérvix y los fondos de saco con un espéculo lubricado con agua tibia en búsqueda de lesiones.

El himen puede presentar variedades anatómicas que se deben describir.¹¹ Existe desfloración cuando el himen está desgarrado desde el borde libre hasta la base de implantación, si el desgarramiento no llega hasta la implantación se trata de una escotadura. Cuando los bordes del desgarramiento están sangrantes se trata de un desgarramiento menor de cinco días, si están eritematosos o edematosos se trata de un desgarramiento de 5 a 10 días. No siempre un desgarramiento antiguo deja lesiones evidentes al examen físico. Entre el 20 y 30% de las mujeres tienen el himen dilatado,¹² es decir que podría permitir una penetración sin desgarrarse.

En el examen del ano se separan los glúteos ligeramente para buscar desgarramientos, edema o fisuras y determinar el tono del esfínter.¹³ La presencia de un ano que se separa más de 5 mm puede indicar penetración crónica.¹³

Otras ayudas disponibles en el tercer nivel de atención son el colposcopio¹⁴ y la tinción con azul de toluidina para resaltar los microdesgarramientos genitales,¹⁵ también se puede utilizar la lámpara de Wood¹⁰ para visualizar secreciones como semen en la piel. Sin embargo, estas técnicas no son estrictamente necesarias y generalmente no están disponibles en los servicios de urgencias hospitalarios y por lo tanto en caso de no disponer de ellas se pueden omitir.

Toma de muestras

Tiene como propósito identificar al agresor, buscar tóxicos o sustancias, diagnosticar enfermedades de transmisión sexual y embarazo. En la tabla 1 se resumen las muestras que se deben tomar.

Las que se obtengan con el propósito de identificar al agresor se deben guardar bajo cadena de custodia en el hospital y deben ser enviadas al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses conservando la cadena de custodia en caso de ser requeridas por la autoridad, una vez se denuncie el hecho.⁹ Cada una de estas muestras necesita de un rótulo¹⁶ con la siguiente información: nombre de la institución, nombre de la víctima y edad, número de

historia clínica, fecha y hora de recolección, fecha y hora de los hechos, nombre de la muestra, sitio anatómico de la recolección y funcionario que la recoge. Para el envío de las muestras se debe conservar la cadena de custodia, registrando el nombre de quien entrega y recibe las muestras con la fecha y la hora. Las demás muestras se procesan en el laboratorio de la institución donde se atiende a la víctima y deben quedar consignadas en la historia clínica como parte de la atención médica.

A continuación se enumeran cada una de las muestras necesarias y las precauciones al momento de la toma.

Muestras para estudio de semen, espermatozoides y otro material biológico

Ropa y material extraño

Se ubica a la víctima de pie sobre medio pliego de papel bond y se le pide que retire de su cuerpo todas las prendas. Éstas se deben guardar por separado en bolsas de papel. Si están mojadas se dejan secar al ambiente y luego se guardan, se rotulan, se cierran con cinta de seguridad y luego se introducen en bolsas plásticas selladas. Si existen otros materiales como toallas higiénicas, tampones, condones o papel higiénico se dejan secar y luego se guardan en bolsas de papel. Por último se dobla la hoja de papel de manera que no se pierda ningún material extraño y se guarda en una bolsa de papel. Se rotula, se cierra con cinta de seguridad y luego se introduce en bolsas plásticas selladas.

Frotis en huellas de mordeduras o signos de succión

Se toman muestras con escobillones humedecidos con agua destilada estéril de los sitios anatómicos pertinentes, según el interrogatorio y el examen clínico. Se dejan secar al ambiente y se guardan en bolsas de papel, se rotulan, se cierran con cinta de seguridad y se guardan en bolsas plásticas selladas.

Frotis vaginal

Con tres escobillones secos, se toman tres muestras del fondo de saco vaginal. Se dejan secar al ambiente y se guardan en tres tubos secos numerados con sus respectivos rótulos.

Frotis perianal, perineal o de piel seca con secreciones

Se toma la muestra frotando suavemente la zona con escobillones humedecidos con agua destilada, se dejan secar al ambiente y se guardan en tubos secos rotulados.

Sangre periférica

Para los estudios genéticos es indispensable tomar muestras de referencia tanto a la víctima como del posible agresor si lo hay. La muestra se guarda en un tubo tapa color lila con EDTA, se rotula y se guarda en una bolsa plástica sellada.

Muestras para estudio toxicológico

Sangre

Se toman dos muestras en tubos tapa gris, con fluoruro de sodio y oxalato de potasio que se rotulan y se guardan en una bolsa plástica sellada. Una de ellas se utiliza para la prueba de alcoholemia, por lo tanto se debe tener la precaución de no usar alcohol para desinfectar el área de venopunción.

Orina

Se toma la muestra en un frasco de boca ancha y tapa rosca hermética, nuevo, sin preservantes que se rotula y se guarda en una bolsa plástica sellada.

Muestras para estudio de enfermedades de transmisión sexual

Frotis vaginal

Se utiliza un cuarto escobillón para tomar la muestra del fondo de saco vaginal que se guarda en un tubo con un cc de solución salina y se envía al laboratorio de la institución para la búsqueda de *Trichomona Vaginalis*, *Neisseria Gonorrhoeae*, levaduras y bacterias causantes de vaginosis. Para la búsqueda de *Clamidia Trachomatis* sería necesario hacer pruebas de inmunofluorescencia que tienen poca disponibilidad.

Sangre periférica

La muestra se envía al laboratorio de la institución en un tubo seco tapa amarilla, para la búsqueda de VIH, AgsHBV y serología para sífilis, ya sea VDRL o RPR.

Muestras para estudio de embarazo

Se realiza una prueba de β HCG al momento de la atención, para descartar embarazo antes de la agresión sexual.

Otras muestras

Existen otro tipo de evidencias como fotografías, diagramas, dibujos, calcado de mordidas, etc. que se pueden tomar con el consentimiento de la víctima.

Tabla 1. Tipos de Muestras

Tipo de Muestra	Pruebas de Laboratorio
Sangre	Estudio genético Estudio toxicológico Estudio de alcoholemia Estudio de ETS Prueba de embarazo
Frotis vaginal	Detección de espermatozoides Directo y gram de flujo vaginal
Frotis de otros sitios anatómicos	Detección de material biológico
Orina	Estudio toxicológico
Ropa y material extraño	Pruebas de identificación de ADN

Profilaxis antibiótica para enfermedades de transmisión sexual

El riesgo de adquirir una enfermedad de transmisión sexual con una exposición ocasional es difícil de determinar y depende de la incidencia de la enfermedad en la comunidad y de las características de la agresión. Aunque el riesgo es bajo, se recomienda realizar tratamiento en el momento de la atención por los diferentes tiempos de incubación que tienen los microorganismos y por la dificultad para el seguimiento de este tipo de pacientes. Se espera que solamente el 20% de las víctimas regresen para el seguimiento.¹⁹

El tratamiento debe cubrir los patógenos mas frecuentes, es decir, *Trichomona Vaginalis*, *Neisseria Gonorrhoeae*, *Clamidia Trachomatis*, levaduras y bacterias causantes de vaginosis¹⁸. El CDC recomienda además profilaxis para hepatitis B y VIH. Las recomendaciones para la profilaxis se resumen en la tabla 2.

Tabla 2. Profilaxis Antibiótica

Microorganismo	Antibiótico
Trichomoniasis Vaginosis bacteriana	Metronidazol 2 g orales dosis única
Gonorrea	Ceftriaxona 125 mg IM dosis única
Clamidia	Azitromicina 1 g oral dosis única o Doxicilina 100 mg orales dos veces al día por siete días
Hepatitis B	Vacuna 0-1-6 meses si no estaban vacunadas
VIH	Zidovudina 300 mg y Lamividuna 150 mg orales dos veces al día por 28 días

La vacuna para hepatitis B después de la exposición protege adecuadamente de la infección sin el uso de inmunoglobulina¹⁸ y se debe ofrecer a todas las víctimas si no estaban vacunadas. La vacuna se repite al mes y a los seis meses de la primera dosis.

Los antirretrovirales para la profilaxis de VIH después de exposiciones ocupacionales en trabajadores de la salud han demostrado reducir el riesgo de adquirir la infección en 81% de los casos,²⁰ esto ha permitido proponer uso en otro tipo de exposiciones al virus como la agresión sexual; sin embargo, el tipo de agresión sexual, la probabilidad de que el agresor tenga VIH, el tiempo transcurrido y los posibles riesgos y beneficios de los antirretrovirales deben ser discutidos con la víctima antes de su inicio. Si se decide utilizarlos el seguimiento debe ser estricto con hemoleucograma y química sanguínea. Se deben repetir las pruebas de VIH a las 6 semanas, a los 3 y 6 meses.

Prevención de embarazo

El riesgo de embarazo después de un coito sin protección se estima entre 0% y 26% según el momento del ciclo. Las tasas de embarazo después de una agresión sexual se estiman entre el 1% y el 5%.²¹ Todas las víctimas deben recibir asesoría y se les debe ofrecer planificación de emergencia si lo desean.

La terapia combinada de estrógenos y progestágenos tiene una efectividad del 85% si se administra dentro de las primeras 72 horas después de la relación sexual.²² Se recomiendan 100 µg de etinil estradiol y 0,5 mg de levonorgestrel como dosis inicial, que se repite a las 12 horas. Se puede prescribir cualquier anticonceptivo oral que contenga dosis equivalentes. En la actualidad la recomendación de la OMS es 1,5 mg de levonorgestrel en una sola dosis con una efectividad cercana al 90%²⁵ si se hace en las primeras 120 horas, existen algunos preparados comerciales para este fin. En la tabla 3 se describen algunas opciones. Las náuseas y el vómito se pueden presentar y los antieméticos son útiles en estos casos. Para las víctimas que se atiendan entre las 72 horas y hasta 14 días después del evento, se puede insertar un dispositivo intrauterino tipo T de cobre para el mismo fin.²²

Tabla 3. Anticoncepción de Emergencia

Producto comercial	Concentración	Dosis
Postinor®	0,75 mg levonorgestrel	Una tableta cada 12 horas por dos dosis o las dos juntas en dosis única.
TACE®	0,75 mg levonorgestrel	Una tableta cada 12 horas por dos dosis o las dos juntas en dosis única.
Prikul®	1,5 mg levonorgestrel	Dosis única
Posday®	2 mg levonorgestrel	Dosis única
Neogynon®	50 µg etinilestradiol 250 µg levonorgestrel	2 tabletas cada 12 horas por dos dosis
Noral®	50 µg etinilestradiol 250 µg levonorgestrel	2 tabletas cada 12 horas por dos dosis
Microgynon®	30 µg etinilestradiol 150 µg levonorgestrel	4 tabletas cada 12 horas por dos dosis
Nordette®	30 µg etinilestradiol 150 µg levonorgestrel	4 tabletas cada 12 horas por dos dosis

Apoyo psicológico

El problema más significativo de las víctimas de agresión sexual es el psicológico. El síndrome de trauma por violación descrito en 1974 por Burgess y Holmstrom consta de una fase aguda y otra fase de reorganización a largo plazo.²³ Se requiere de interconsulta a los servicios de psiquiatría o psicología del hospital para el manejo inicial de estas pacientes y la elaboración de un seguimiento y plan ambulatorio.

Seguimiento

Se recomienda hacer seguimiento a las víctimas a la semana, a los 3 y 6 meses¹⁸. Se realiza para completar esquemas de vacunación contra hepatitis B, repetir las pruebas de VIH, hacer control del estado de salud y brindar apoyo psicológico a las víctimas.

Resumen

La evaluación y manejo de una víctima de agresión sexual en el servicio de urgencias es un reto para los médicos, quienes deben estar preparados para asumir diferentes roles y se deben familiarizar con el proceso de atención, recolección de las muestras, recomendaciones para profilaxis antibiótica y prevención de embarazos. Además, deben conocer las fuentes de apoyo social que existen en la comunidad para asesorar a la víctima.

Referencias bibliográficas

1. Código Penal (Ley 599 de 2000) Artículo 206
2. Código Penal (Ley 599 de 2000) Artículo 212
3. Código Penal (Ley 599 de 2000) Artículos 208, 209 y 210
4. Código Penal (Ley 599 de 2000) Artículo 211
5. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses SIAVAC-DRIP 2007

6. Cantu M. Evaluation and management of the sexually assaulted woman. *Emerg Med Clin N Am.* 21; 2003:753-750.
7. Benrubi G. *Obstetric and gynecologic emergencies.* 2 ed. Lippincott W&W. 2003
8. Gise LH. Rape, sexual abuse and its victims. *Psychiatr Clin N Am.* 1988; 11(4):629
9. Reglamento técnico para el abordaje integral de las víctimas de delito sexual. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Res 000586 de 2002. Mayo 2006.
10. Dwyer B. Psychological, medical and forensic aspects of emergency management. *Emerg Med Rep.* 1995; 16:105.
11. Adams J. Differences in hymenal morphology. *Arch Ped Adole Med.* Vol 158. Mar 2004:280-285.
12. Giraldo G, Cesar Augusto. *Medicina Forense.* Señal Editora. Medellín. 11 ed. 2003
13. Clayden G. Reflex anal dilatation. *Arch of Dis in Childhood.* 1988; 63, 832-836
14. Slaughter L. Colposcopy to establish physical findings in rape victims. *Am J Obs Gyn.* 1992; 166:83.
15. Lamber A. Use of toluidine blue for documentation of traumatic intercourse. *Obst Gyne.* 1982; 60(5):644.
16. Guía para el examen sexológico forense y la toma de muestras. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Bogotá 2006.
17. Jenny C. Sexually trasmitted diseases in victims of rapes. *N Eng J Med.* 1990:37 (4)839
18. CDC. Morbidity and mortality weekly report. Vol 55. No. RR 11. August 4 2006
19. Holmes M. Follow-up of sexual assault victims. *Am J Obs Gyn* 1998; 179:336
20. CDC. Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection drug use, or other non occupational exposure to HIV in the United States. *MMWR* 2005; 54(No. RR-2).
21. Colmes M. Rape related pregnancy. *Am J Ob Gy.* 1996; 175:320
22. Glaisser A. Emergency postcoital contraception. *N Eng J Med.* 1997; 337:1058
23. Burgess A. Rape trauma syndrome. *Am J Psychiatr Clin N Am.* 1974; 131(9):981
24. Ministerio de protección social. Guía de atención de la mujer maltratada. Resolución 412 de 2000.
25. OMS. Levonorgestrel para la anticoncepción de emergencia. Boletín informativo. Octubre 2005.

Medellín, enero de 2009