

# Violación en mujer adolescente

## ¿Qué se debe hacer?

## ¿Qué se debe prevenir?

### J. Garcia-Sicilia López

Coordinador con atención Primaria: Hospital Infantil Universitario la Paz.

Investigador clínico en vacunas

### R. Hernández Palomo

R-4 de Pediatría. Miembro del Equipo de Investigación en Vacunas.

Hospital Infantil Universitario la Paz.

Se denomina ataque sexual a cualquier acto sexual contra la voluntad (sin el consentimiento o con él si se efectúa con menores de 13 años) de la otra persona, perpetuado utilizando la fuerza, engaño o aprovechándose de la incapacidad del que la sufre. Violación es el ataque sexual con penetración. En bastantes ocasiones este tipo de agresión no se denuncia por sentimiento de culpa o vergüenza, privacidad, temor a represalias o a la humillación pública, percepción social negativa o miedo a las consecuencias posteriores.

La experiencia de abuso sexual en la infancia o adolescencia comporta, en la mayoría de los casos, serias repercusiones para la víctima que lo sufre, con importantes efectos negativos que interfieren en su adecuado desarrollo físico y psicológico<sup>(1)</sup>. Centrándose en este último aspecto, son numerosos los estudios que señalan las consecuencias neurobiológicas de esta lamentable situación<sup>(2,3)</sup>, con importantes repercusiones por ejemplo en la respuesta al estrés del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, con una mayor sensibilización de este eje y de la respuesta autónoma, que aumenta el riesgo de desarrollar determinados trastornos psiquiátricos como la depresión o los trastornos de ansiedad<sup>(4)</sup>.

En EEUU, cerca del 25% de mujeres a los 17-19 años han consumado una relación sexual no deseada. Un 84% de ellas conocían a su asaltante y más de la mitad de las veces el ataque sucedió durante una cita<sup>(5)</sup>. Según datos de los CDC sobre "Parejas y Violencia Sexual", un 5% de mujeres habría sufrido penetración violenta, forzada y el 8% contra su voluntad previo suministro de alcohol o drogas. Casi la mitad de las víctimas femeninas de violación, habrían sido violadas por sus parejas y un 40,8% por amigos o conocidos. Otros estudios confirman la amplia extensión de este problema con una prevalencia en los países de nuestro entorno que oscila entre un 10% y un 20% de la población<sup>(6)</sup>. En 2010 la Generalitat de Cataluña notificaba que un 2,9% de las mujeres aseguraba haber sido violada en algún momento de su vida. Todos estos datos obtenidos mediante encuesta, seguramente adolecen de cierta infraestimación.

Es importante, dada la elevada incidencia y las graves repercusiones de este tipo de casos, que el profesional sanitario posea una adecuada formación respecto a la forma de proceder en dichas situaciones, tanto en las actividades encaminadas a objetivar y tratar los daños producidos como a las pautas profilácticas y las indicaciones de seguimiento.

# Contacto inicial con la víctima de abuso sexual

Tras una violación, el personal facultativo que atienda a la adolescente agredida, deberá tener en cuenta:

- Desde el contacto inicial, durante toda la entrevista y posterior relación con la víctima de la agresión habrá que cuidar delicadamente su dignidad y privacidad, manteniendo en todo momento la confidencialidad de la situación y el respeto, incluso frente al restante personal sanitario y acompañantes.
- Procurar cierta empatía evitando emitir juicios y comentarios innecesarios, dejándola que se libere y desahogue y tranquilizándola respecto a los múltiples miedos que le estarán generando una importante zozobra. Procurar que nuestras preguntas sean naturales, fáciles de entender, usando un lenguaje llano, educado, evitando utilizar palabras o frases que suponemos forman parte de su léxico habitual, para favorecer la empatía, que en nosotros se muestran falsas y ridículas<sup>(7)</sup>. Debemos, en la medida de lo posible, evitar repeticiones innecesarias del relato de los hechos por parte de la víctima y por parte de los acompañantes en presencia de ella, ya que la reiteración y las reacciones que haya observado en los relatos anteriores puede deformar su versión de la realidad.
- Toda la información debe ser registrada de la forma más literal posible en la historia clínica.

Nuestra actuación deberá seguir los siguientes puntos:

## 1. Historia y documentación pertinentes.

- Anamnesis general, enfermedades previas y crónicas subyacentes, menarquia y características de las menstruaciones, medicaciones, alergias, etc.
- Anamnesis dirigida: vacunaciones (VHB, VHA, tétanos, VPH), historia de ITS, comportamiento sexual previo (anticoncepción y método, promiscuidad), detalles de la violación (número de violadores, sexo oral/oro-anal, ingesta previa de drogas o alcohol por los participantes).
  - Fecha de la última regla, posibilidad de la preexistencia de embarazo, última relación sexual voluntaria. Edad y datos identificativos tanto del agresor como de la víctima, día y hora de la violación y del momento en que la estamos atendiendo.
  - Existencia y características de la agresión física (armas, otros instrumentos).
  - Si el incidente ha sido reciente, indagar y dejar reflejado en la historia clínica si la agredida se ha bañado, orinado, defecado, vomitado, efectuado una ducha vaginal o cambiado sus ropas.

## 2. Cuidadoso y completo examen físico.

Deberá realizarse lo más inmediato posible a la violación, previa información del procedimiento y ante testigos (mejor personal sanitario femenino) permitiendo la presencia de la persona que la paciente solicite.

El personal sanitario no siempre tiene un buen conocimiento sobre la normalidad anatómica genital y anal en la infancia y adolescencia, así como de las técnicas para su examen. Además, muchas veces los hallazgos físicos son escasos y solo objetivables durante un breve periodo de tiempo.

La parte específica de la exploración debe centrarse en objetivar los hallazgos más característicos de la agresión sexual: restos de semen o vello púbico, desgarros en el himen o perineales,

sangre en la horquilla posterior del himen, dilatación o fisuras anales e incluso restos epiteliales del agresor en las uñas. Se buscará la presencia de lesiones físicas, teniendo en cuenta que más del 5% presentan lesiones extragenitales de cierta intensidad<sup>(8)</sup>. Quedará bien reseñado en la Historia Clínica, la presencia de edemas, equimosis, abrasiones, mordiscos, heridas y laceraciones tanto en genitales como en cualquier otra parte del cuerpo, que puedan relacionarse con la agresión. Puede ser útil efectuar fotografías.

Durante la exploración se aprovechará también, para hacer una valoración de la maduración sexual de la menor y su desarrollo intelectual. Así mismo es conveniente descartar datos indirectos de intoxicación por alcohol u otras drogas. En casos en que exista algún nivel de sospecha, sería recomendable la detección de tóxicos en orina e incluso su determinación en sangre.

Deberá evaluarse la situación psicológica, valorando la necesidad de un tratamiento psicológico o psiquiátrico dirigido a los sentimientos de culpabilidad y vergüenza, ansiedad y depresión, ofreciendo apoyo psicosocial inmediato y organizando su seguimiento para facilitar el desarrollo de su autoestima y de su sexualidad y controlando las potenciales manifestaciones del estrés postraumático.

Es durante este examen físico cuando se recogerán las muestras de interés forense y de utilidad clínicas.

## Notificación al juez y padres/tutores de la agredida

Como en cualquier otra agresión física, el facultativo que recibe a la víctima de la violación, tiene la obligación de comunicarlo inmediatamente al Juez de Guardia, mediante un Parte Judicial y, si lo considera necesario, solicitar la presencia del forense o de la policía.

Otro problema más complejo es la notificación del hecho o sus características a los padres, o tutores legales, de la menor, contra la voluntad de ésta.

No existe una legislación definida sobre la notificación e información a los padres o tutores<sup>(9)</sup> de la menor agredida. Si tenemos en cuenta que a cualquier menor con 16 años cumplidos se le considera con capacidad legal para autorizar o rechazar un tratamiento, con mayor motivo podrá exigir toda la confidencialidad que considere oportuno.

Igualmente, el facultativo puede hacer una valoración de la madurez de la menor y, a ser posible de las circunstancias que la mueven a solicitar dicha confidencialidad ante sus responsables legales, tomando la decisión, siempre enfocada al mayor beneficio de la adolescente, justificándola siempre en la Historia Clínica. Ante la duda, siempre puede exponer el caso a las Autoridades Judiciales, a Comités Éticos o Comités Deontológicos de los Colegios Profesionales.

En cualquier caso la decisión siempre podrá ampararse en la potestad del menor, a partir de los 13 años, para decidir sobre sus relaciones sexuales y por tanto el derecho a la confidencialidad sobre estos temas.

## Actuaciones terapéuticas y preventivas

Una vez delimitados los hechos acontecidos mediante la anamnesis y la exploración y puesto en conocimiento de las autoridades judiciales, y tras recoger las muestras pertinentes como

comentaremos a continuación, debemos iniciar una serie de medidas encaminadas a minimizar las consecuencias de la agresión. También es conveniente advertir a la menor de los cambios físicos o anímicos que puede experimentar tras el suceso. En función de su situación emocional, esta información puede diferirse a las visitas de seguimiento.

- Prevención del embarazo. La píldora postcoital (que no es considerada por la OMS como método abortivo)<sup>(10)</sup>, deberá ofrecerse a la menor (a partir de los 16 años), que decidirá por sí misma al no precisar consentimiento por representación (art. 162.2.1 del Código Civil), debiendo aceptarse su decisión salvo determinación judicial. En las niñas entre 13 y 16 años, corresponderá al facultativo que la atiende valorar su madurez, administrando el medicamento si así lo considera, sin obligación de comunicarlo a sus tutores legales ni de solicitar su conformidad.
- Prevención de ITS, La incidencia es muy variable y depende de la epidemiología local y comportamiento sexual previo. Se deben obtener muestras rectales, vaginales, uretrales e incluso faríngeas para cultivos de *N. Gonorrhoeae*, *Chlamydia Trachomatis*, *Trichomonas* y gérmenes productores de Vaginosis Bacterianas, que permitan establecer diagnóstico y tratamiento. También se recomienda una analítica básica y serologías de Sífilis, VIH y Hepatitis B que, aunque todavía no nos darán información de una posible transmisión, si nos permiten conocer la situación previa de la persona afectada.

Hasta que se haya definido la situación y adoptado las medidas necesarias, se debe recomendar la abstinencia sexual o el uso de preservativo<sup>(11)</sup>. Además de esta recomendación, es conveniente informar sobre la sintomatología sugestiva de ITS que la víctima ha de vigilar.

Tras la valoración de los datos de la Anamnesis y exploración se puede plantear la espera de los resultados de la analítica solicitada para iniciar un tratamiento específico, o bien sustituir por éste cualquier profilaxis iniciada previamente.

Si se considera oportuno se puede instaurar profilaxis empírica inmediata:

- Aunque no sea siempre el tratamiento de 1ª elección, la Azitromicina comparte su eficacia frente a infecciones por *Treponema Pallidum* (sífilis), *Haemophilus Ducreyi* (chancroide), *Chlamydia trachomatis* (linfogranuloma venéreo; E. de Nicolás Fabre), *Calimato bacterium Granulomatis* o *Donovania Granulomatis* (granuloma inguinal; Donovanosis), *Neisseria Gonorrhoeae* (uretritis gonocócica) y *Chlamydia*, *Mycoplasma genitalium* y *Ureaplasma urealyticum* (uretritis y vaginosis específicas). Las Vaginosis bacterianas por microorganismos anaerobios (*Prevotella sp.* y *Movilincus sp.*) o por *Gardnerella vaginalis* así como las Tricomoniasis, por el protozoo *trichomona vaginalis*, responden bien al tratamiento con Metronidazol.

Las infecciones por levaduras (*Cándida Albicans*, *Cándida sp.*, *Tolurosis sp.* u otras) pueden prevenirse localmente con aplicación local intravaginal de óvulos o cremas antifúngicas.

La serología para VIH, Sífilis, Hepatitis B y C deberá repetirse a las 6 semanas, 3 y 6 meses después de la violación si los resultados se mantienen negativos.

Si se sospecha un contagio por VIH se valorará, entre otros, la presencia de lesiones que afecten la integridad de piel y mucosas, frecuentes por el carácter traumático de este acto, en la zona de eyaculado. El riesgo de contagio del VIH es muy inferior al de otras ITS y oscila entre el 0,1-0,2% en los casos de penetración vaginal y el 0,5- 3% en los abusos con penetración rectal, la transmisión por sexo oral es mucho más baja<sup>(12)</sup>. Ante la sospecha de contagio se valorará remitir a una Unidad especializada para iniciar tratamiento en las primeras 72 horas, con antirretrovirales pudiéndose repetir controles serológicos de despistaje hasta el año<sup>(13)</sup>.

En cuanto a la profilaxis postviolación, de enfermedades prevenibles mediante vacunación<sup>(14)</sup> tendremos que considerar que:

- No es posible hacer profilaxis postexposición frente a la infección por el virus del papiloma humano (VPH), ya que no disponemos de tratamientos farmacológicos para ello y las actuales vacunas, al tener únicamente un efecto profiláctico, son ineficaces si ya se ha producido la infección de las células epiteliales basales, que se produce inmediatamente al contacto.
- La Hepatitis A se adquiere muy raramente tras una violación y casi exclusivamente por contactos sexuales oro-fecales (en este caso, en la anamnesis convendría indagar si es conocida la procedencia, de zonas endémicas o no, del violador). Si se considera oportuno, puede establecerse una profilaxis vacunal en los 7 días siguientes al contacto. Si han pasado 7 días se debe administrar, simultáneamente 0,02 cc/Kg de IgG polivalente i.m.
- En una violación, en la que puede haberse producido una exposición percutánea o mucosa al virus de la Hepatitis B, en la mujer violada que no esté previamente vacunada de forma correcta o conste que no ha seroconvertido, se administrarán, de forma simultánea, vacuna y 0,06 cc/kg de IgG específica, completando la pauta vacunal, si lo precisase. La Hepatitis C se transmite en muy bajo porcentaje por vía sexual y actualmente no disponemos de vacuna frente a ella.

Es fácil que la adolescente no esté total y correctamente vacunada, por lo que, si su situación física y anímica no están excesivamente deterioradas, y durante el proceso podemos conocer su situación vacunal, o mejor tener acceso a su cartilla de vacunación, deberíamos aprovechar para completar sus inmunizaciones en base a las siguientes premisas<sup>(15)</sup>.

- En cualquier adolescente sano, puede administrarse una dosis "adulta" de difteria, tétanos y tosferina acelular (dTpa): si, estando previamente bien vacunado, han pasado más de 8 años del refuerzo anterior (el de los 4-6 años). Durante una violación es posible que, dependiendo del entorno y tipo de agresiones que hayan podido acompañar el ataque, tengamos que plantearnos la necesidad de protección frente al tétanos mediante vacunación, preferiblemente con la antes citada dTpa, de carga antigénica reducida, que a la inmunoprotección antitetánica añade la antipertussis, muy indicada en adolescentes en los que las concentraciones de anticuerpos específicos suelen ser insuficientes por evanescencia de estos, con una dosis si las características asociadas a la violación son potencialmente tetanígenas y han pasado más de 5 años del último refuerzo (simultáneamente con inmunoglobulina tetánica si han pasado más de 10 años del refuerzo o tiene puestas menos de 3 dosis)
- Vacuna frente a VPH aunque en una violación no evite la potencial infección derivada de la agresión, puede reportar múltiples beneficios en el futuro.
- Vacuna frente a la hepatitis A: Si no se ha considerado necesaria en la anamnesis postviolación, la vacuna también puede ser muy útil para el futuro. Puede utilizarse combinada con Hepatitis B si ésta estuviese indicada.
- Vacuna frente a meningitis C: indicada para todos aquellos que no recibieron refuerzo en el 2º año de vida (muchos de nuestros adolescentes actuales).
- Vacuna frente a sarampión-rubeola-parotiditis y varicela: teniendo en cuenta que solo habiendo padecido la enfermedad comprobada de forma fiable podemos asegurar que el sujeto es inmune. Para considerarlo asimismo inmune por vacunación, son precisas 2 dosis (fallo vacunal de ~ 5% para sarampión), que muy posiblemente, algún adolescente puede no haber recibido, y sobre todo de varicela, vacunación anárquica, no sistemática en la 1ª infancia en estas cohortes o con solo 1 dosis (potenciales fallos vacunales en ~ 20%).

## Planificación de seguimiento

Una vez completadas las medidas terapéuticas y profilácticas iniciales, debemos plantear en función de las preferencias y circunstancias del menor y, si procede, de sus tutores un adecuado seguimiento. Las revisiones con periodicidad durante los primeros meses tras la agresión permitirán detectar nuevas lesiones, realizar los controles serológicos pertinentes, monitorizar la adhesión al tratamiento y valorar de forma evolutiva las repercusiones físicas y psíquicas del suceso.

En función de las determinaciones microbiológicas realizadas en la visita inicial se planteará, como comentamos en el apartado anterior, suplir la profilaxis antibiótica empírica por una pauta de tratamiento específica. De igual forma, es recomendable aprovechar estas visitas médicas posteriores en las que habitualmente el estrés físico y emocional de la víctima es menor, para optimizar, según ya se ha especificado, su situación vacunal.

Durante todo el proceso diagnóstico y terapéutico que nos ocupa, debemos considerar las peculiaridades que la adolescencia comporta. El adolescente experimenta, además de constantes y marcados cambios físicos, un importante proceso de maduración intelectual y emocional traducido en mayor o menor grado en grandes tensiones internas con problemas de comunicación con adultos y predominio de la acción sobre la reflexión. Aspecto que también debemos tener en cuenta en todo momento a la hora de afrontar como profesionales sanitarios una agresión sexual en estas edades.

## Citas bibliográficas

1. Pereda N. Actualización de las consecuencias físicas del abuso sexual infantil. *Revista Pediatría en Atención Primaria* 2010; 12 (46): 273- 285
2. Pereda N, Gallardo-Pujol D. Neurobiological consequences of child sexual abuse: a systematic review. *Gac Sanit.* 2011;25(3):233-9.
3. Maniglio R. The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews. *Clin Psychol Rev.* 2009;29:647-57
4. Hussey JM, Chang JJ, Kotch JB. Child maltreatment in the United States: prevalence, risk factors, and adolescent health consequences. *Pediatrics.* 2006;118:933-42
5. Poirier MP. Care of the female adolescent rape victim. *Paediatric Emergency Care* 2002; 18 (1)
6. Pereda N, Guilera G, Fornis M, Gómez-Benito J. The prevalence of child sexual abuse in community and students samples: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2009; 29:328-38
7. Hidalgo Vicario MI. Entrevista y examen físico del adolescente. En "Manual Práctico de Pediatría en Atención Primaria. J García-Sicilia ed." 1398, Publimed, Madrid 2013
8. Marchbanks PA, Lui KJ, Mercy JA. Risk of injury from resisting rape. *Am J Epidemiol* 1990;132:540-549
9. Lázaro Gonzalez IE, de Montalvo Jääskeläinen F. El acceso de los padres a la historia clínica del menor. En "Bioética y pediatría. De los Reyes Lopez y Sanchez Jacob M ed." 352-357, Ergón, Madrid, 2010
10. Emergency contraception: a guide for service delivery. Geneva, World Health Organization, 1998 (WHO/FRH/FPP/98.19)
11. Colomo Gomez C. Infecciones de transmisión sexual en adolescentes. En "Manual Práctico de Pediatría en Atención Primaria. J García-Sicilia ed." 1452-1453, Publimed, Madrid 2013
12. CDC STD Treatment Guidelines 2010
13. Landovitz R, Currier J. Postexposure prophylaxis for HIV infection. *N Engl J Med* 2009;361:1768-75
14. García-Sicilia J, Hernández Palomo R. Vacunación en situaciones especiales. *Pediatr Integral* 2011; XV(10) 975-976
15. García-Sicilia J, et al. Vacunación del niño sano. En "Manual Práctico de Pediatría en Atención Primaria. J García-Sicilia ed." 1557-1558, Publimed, Madrid 2013