

ANEXO
ACTA 3263 PUNTO CUARTO

**GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA EVALUACIÓN MÉDICA DE
VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL – PROTOCOLO PARA LA EVALUACIÓN
MÉDICA FORENSE DEL CUERPO MÉDICO FORENSE DE FORMOSA.**

1. Objetivos:

- Garantizar la protección de los derechos de las personas que han sufrido violencia sexual, orientado a reducir su estrés y revictimización durante su participación en el proceso.
- Promover un enfoque multidisciplinario de la atención y valoración de las víctimas, asegurando un abordaje integral, oportuno y respetuoso.
- Establecer criterios de trabajo y una metodología consensuada con fundamento científico actualizado.
- Sistematizar el registro de hallazgos durante el examen médico forense, en miras de ofrecer una informe técnico claro, organizado y preciso.
- Fijar estándares adecuados para la recolección, resguardo y preservación de la evidencia biológica.

2. Recomendaciones generales:

- Mantener en todo momento una actitud respetuosa, empática y no revictimizante hacia la persona evaluada.
- Respetar la autonomía y el consentimiento informado de la víctima en cada etapa del proceso.
- Garantizar la privacidad de la información médica.
- En los casos en los que la persona evaluada presente signos (lesiones y/o sangrado) de necesitar atención médica urgente, esta debe ser considerada prioritaria. Si se evalúa como necesario, debe ser remitida a un hospital, incluso antes de que se haya efectuado la evaluación médica forense. Resulta conveniente que el equipo forense se traslade al centro de salud, coordinen acciones el equipo médico asistencial para procurar que el examen sea realizado por única vez, para asegurar la recolección y la preservación de las pruebas, evitando su pérdida o degradación.
- En el examen resulta importante conocer la fecha o posible momento de la agresión, para cotejarla con los signos físicos hallados, considerando si se trata de un evento reciente o de larga data. La utilidad de la toma de muestras biológicas se encuentra condicionada por la data de la agresión. A su vez, incide en la aplicación de protocolos farmacológicos o de otro tipo.
- Si el abuso ocurrió en las 120 horas (5 días) previas el examen debe ser realizado lo antes posible. En estos casos, es importante no perder la posibilidad de detectar lesiones recientes que podrían curar sin dejar secuela, aprovechar para tomar muestras biológicas, y facilitar el acceso a la prevención de ITS y embarazo. Si la data de la última agresión es mayor a los 5 días no requiere una atención urgente.
- La información requerida por el médico debe ser brindada por personal que interviene en la instrucción, con el fin de evitar la reiteración del relato por parte de víctima. En el caso de niños/niñas o adolescentes las preguntas se le deben hacer a la persona adulta, mientras la niña o el niño espera en otro lugar, idealmente acompañado por el personal técnico que le ofrezca un juego, materiales de dibujo, etc. Esto tiene como objetivo preservar el relato de la niña o el niño de una posible contaminación por escuchar lo que diga la persona adulta.
- Siempre que sea posible, dar la oportunidad a la víctima de elegir al profesional del género de su preferencia para la atención.

3. Evaluación médica (físico y genito-anal):

- La realización de una evaluación médica, física y genito anal, de víctimas de violencia sexual tiene tres objetivos principales:
 - a) Diagnosticar, datar y registrar lesiones.
 - b) Obtener muestras biológicas, en caso de ser posible.

c) Facilitar el acceso a los sistemas de salud para la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), de embarazo (anticoncepción hormonal de emergencia, AHE), y, si aplica, realización de la IVE/ILE con resguardo del material biológico.

- Durante el examen médico es importante priorizar el cuidado, la protección y el respeto hacia la persona examinada. Este puede llevarse a cabo en compañía de una persona adulta de confianza que designe la víctima y nunca debe ser efectuado a la fuerza.

- Cuando la víctima se trate de un niño/niña o adolescente, si se considerase esencial la práctica del examen médico forense y la niña o el niño se niegue, se debe solicitar la intervención del Psicólogo de guardia. De persistir la oposición se informará de manera inmediata al Juez o autoridad interviniente.

- Si la niña o el niño relata de forma espontánea lo que le sucedió se debe escuchar sin interrumpir, ni corregir (escucha activa) y tomar registro textual e íntegro sobre todo lo dicho. No se debe interrogar sobre los hechos ocurridos. No debe marcar contradicciones ni la falta de detalles, como tampoco suplantar la opinión de la niña o el niño por la de su madre o padre, u otras personas adultas del entorno.

- Se tiene que registrar si existió actividad sexual consensuada en las 48 horas previas al examen. Esto tiene como finalidad determinar el tipo de muestras a tomar, el valor de sus resultados y la interpretación de los hallazgos físicos. La actividad sexual en ese período de ninguna forma invalida la toma de muestras.

- Tanto la evaluación pericial como la toma de fotografías y la toma de muestras requieren del consentimiento informado, que en este caso debe darse por escrito. Para ello, debe proporcionarse a la víctima toda la información sobre los objetivos, los alcances y la forma en que se hará la valoración en un lenguaje claro y adecuado. En el consentimiento informado debe expresar su conformidad o no para cada etapa del examen. Asimismo, se le debe hacer saber que puede realizar todas las preguntas que tenga y que puede revocar su consentimiento en cualquier momento durante la evaluación o la toma de muestras.

- El lugar donde se lleve a cabo el examen debe brindar absoluta privacidad, sin posibilidad de que existan interrupciones y, en lo posible, es importante que la sala de espera sea acorde a la situación y que no exponga a las víctimas al contacto con otras personas esperando para ser examinadas por otras situaciones. Asimismo, es recomendable que el caso de una niña o un niño sea tratado como prioritario y, por lo tanto, se reduzca al mínimo posible el tiempo de espera hasta el examen.

- Condiciones necesarias del lugar del examen:

a) Iluminación: tiene que permitir el examen con precisión, el registro anatómico y de signos detectables a simple vista o con medios amplificadores disponibles. Una iluminación deficiente podría enmascarar hallazgos visualizables.

b) Temperatura adecuada: las variaciones de temperatura podrían dificultar el examen.

c) Comodidad para la víctima: procurar una postura corporal lo más práctica posible dado que la incomodidad genera un examen y una atención inadecuados, incompletos y éticamente inadmisibles.

d) Comodidad para los profesionales actuantes: adoptar una posición que les posibilite visualizar e intervenir de manera segura y efectiva, así como de disponer de los elementos necesarios al alcance de la extensión de sus manos.

- Examen extragenital: Involucra la totalidad de la superficie corporal, excepto un área ubicada entre la región infraumbilical –en una línea imaginaria que une ambas espinas ilíacas anterosuperiores– el límite superior y el tercio superior de ambos muslos, en el borde inferior.

Se sugiere describir la identificación de las lesiones, el tipo, el mecanismo y la data, como también los indicios identificables (por ej manchas, secreciones) sobre dichos planos corporales. Registrar si la persona examinada refiere que una lesión no guarda relación con el hecho que se investiga.

En la situación de evidenciarse marcas compatibles o referidas como mordeduras, de contar con odontólogo forense, es recomendable su intervención para el adecuado registro de la lesión.

- Examen paragenital: Involucra el área excluida del examen extragenital.

Se sugiere describir la identificación de las lesiones, el tipo, el mecanismo y la data, como también los indicios identificables sobre dichos planos corporales.

- Examen genital:

a) Posición adoptada para el examen genital: La selección de la posición adecuada para el examen depende de la edad y de la colaboración de la persona examinada, la habilidad de quien examina y de las particularidades del caso.

- Posición de litotomía o ginecológica: es la posición recomendada para examinar los genitales. No se recomienda el uso de los estribos de la camilla ginecológica en niñas pequeñas.

- Posición “de rana”: es recomendable en niñas pequeñas, con la niña en decúbito dorsal. Se le pide y ayuda a que separe las rodillas hacia fuera, y que una los talones de manera simultánea. Esta posición favorece la exposición requerida de la región genital, y permite una adecuada valoración del himen.

- Exploración en el regazo de la persona referente: es una posición que brinda mayor confort y tranquilidad. Es útil en aquellas situaciones en que la víctima no acceda a otras posiciones.

- Posición genupectoral: es, generalmente, utilizada para el examen de la región anal. La persona se arrodilla y flexiona su cuerpo. Al apoyarse sobre los antebrazos, eleva la región glútea. Posibilita la visualización de los genitales externos en las niñas, si la examinada colabora. Esta postura es recomendable cuando, en posición de rana, se encuentra algún hallazgo que tiene que ser verificado.

b) Examen de genitales externos femeninos

- Observación de la región genital: observar las características anatómicas, grado de maduración y desarrollo, las particularidades, los indicios evidentes (manchas, sangrados, secreciones, fluidos, etc.) y la presencia de lesiones y signos de infecciones de transmisión sexual (chancro, condilomas, etc.).

- Realización de la maniobra de las riendas: Se toma con el pulgar y el índice de cada mano los labios mayores, y se los separa con una tracción levemente hacia afuera y ligeramente hacia arriba, permitiendo la exposición y el despliegue de la membrana himeneal.

Se tienen que examinar la vulva, los labios mayores, tanto por su cara externa como interna, la horquilla vulvar, los labios menores, el área vestibular, el clítoris, el meato urinario, el himen y la fosa navicular.

Se debe evaluar la forma, la integridad y la elasticidad del himen. Si se distinguen soluciones de continuidad en el himen, se debe observar si estas son compatibles con un desgarró o una escotadura y especificar su topografía y si se encuentran en vías de cicatrización o ya cicatrizados, consignando de esta manera si resultan recientes o son de larga data.

Si se considera la posibilidad de tratarse de un himen dilatable (distensible, elástico o complaciente) se debe consignar en el informe. En esta circunstancia, el himen puede permanecer indemne luego de una penetración por su capacidad elástica. De no evidenciarse en forma notoria el himen, se tiene que contemplar la posible existencia de un himen de orla estrecha (o dilatado) o la pérdida de parte o de la totalidad del mismo, al tratar de identificar las carúnculas mirtiformes y las himeneales. Más raramente puede corresponder a una agenesia himeneal.

En casos alegados de abuso sexual por vía genital en niñas menores de 6 años, se debe considerar –dadas las características anatómicas habituales y normales– que no es factible que sea penetrada por vía vaginal, ya que el ángulo subpúbico es muy agudo. Desde los 6 hasta los 11 años, aproximadamente, una penetración por esta vía deja casi indefectiblemente lesiones vaginales graves que pueden llegar hasta el recto, con el compromiso de vida severo para la víctima. A partir de los 11 años, aproximadamente, la posibilidad de penetración sin lesiones internas de la gravedad enunciada es más factible.

- No se efectúa tacto vaginal ni especuloscopia. En caso de observar signos (lesiones y/o sangrado) que requieran la realización de dichas maniobras, la persona examinada debe ser remitida a un hospital y el equipo forense coordinar acciones con el equipo médico asistencial para procurar que el examen sea realizado por única vez.

c) Examen de genitales externos masculinos:

- Observación de la región genital: características anatómicas, grado de maduración y desarrollo, particularidades, indicios evidentes (manchas, sangrados, secreciones, fluidos, etc.), lesiones a nivel de: escroto, pene, prepucio, frenillo, surco balano-prepucial, glándula y meato urinario, y signos de infecciones de transmisión sexual (chancro, condilomas, etc.).

- Examen anal y perianal:

a) La posición para realizar el examen anal y perianal recomendada es la genupectoral, también llamada “plegaria mahometana”.

b) Separación de las nalgas: mediante el apoyo y el deslizamiento suave de ambas manos de quien asiste en el examen hacia afuera para así exhibir la región anal. Indicar a la persona examinada que realice esfuerzo de la defecación para evaluar dinámica esfinteriana.

c) Observación de la región: Evaluar el margen anal, pliegues anales, tono esfinteriano y dilatación anal. Describir lesiones o indicios, así como identificar signos de infecciones de transmisión sexual (chancro, condilomas, etc.).

d) No se debe realizar tacto digital ni anoscopia. En caso de observar signos (lesiones y/o sangrado) que requieran la realización de dichas maniobras, la persona examinada debe ser remitida a un hospital y el equipo forense coordinar acciones con el equipo médico asistencial para procurar que el examen sea realizado por única vez.

- Registros fotográficos: Previamente a la toma de fotografías, se explicará la importancia del registro, su finalidad, el deber de preservar la privacidad, obteniendo su consentimiento informado.

Se recomienda tomar una foto panorámica que permita identificar el sitio anatómico donde asienta la o las lesiones y luego tomar fotos con acercamiento a las lesiones que permitan evaluar detalles.

4. Muestras biológicas:

- La selección de muestras biológicas debe ser guiada por el relato del abuso, la data del abuso, presencia de lesiones en el examen físico; el criterio médico y/o solicitud de los Sres. jueces intervinientes.

- Es fundamental registrar qué muestras fueron tomadas, el número de muestras y la finalidad de las mismas.

- El objetivo principal es detectar semen, sangre, saliva u otro rastro biológico del presunto agresor.

- En caso de sospecha de intoxicación alcohólica o sumisión química, se debe realizar extracción de sangre y orina, consignando fecha y hora de extracción, y, si es posible, la hora estimada de consumo.

- Plazos orientativos para la recolección según región anatómica:

a) Muestra bucal: Hasta 24 – 48 hs.

b) Muestra anal/rectal y superficie corporal: Hasta 72 hs.

c) Muestra vaginal: Hasta 5 días.

d) Muestras toxicológicas: Sangre dentro de las 48 hs y orina hasta 5 días después del hecho si hay sospecha de sumisión química.

- Se debe prevenir la contaminación de las muestras con material procedente del operador. Para esto, se recomienda utilizar la vestimenta y la protección adecuadas, evitar hablar, toser, tocar zonas donde haya indicios o estornudar, para prevenir la transferencia del material entre muestras distintas.

- Tipos de muestras biológicas:

- Muestras indubitadas:

a) Hisopados bucales de referencia: Se tomarán tres hisopos que serán destinados para estudio molecular de ADN. Para la toma de muestra los hisopos se deslizarán cuidadosamente, y sin frotar excesivamente por la cara interna de la mejilla.

En caso que se deba tomar muestra dubitada de la cavidad bucal, esta se tomará en primer lugar. Luego se le solicitará a la persona examinada que realice buches con agua, para la higiene de la zona, y se procederá a tomar los hisopos bucales de referencia.

Las muestras procedentes de hisopados correctamente rotuladas y numeradas deben dejarse secar a temperatura ambiente en un soporte que evite su contaminación, para su posterior

remisión en sobres de papel rotulados. Se guardan a temperatura ambiente, en un ambiente resguardado de la humedad y de la luz, por tiempo ilimitado; las muestras secas no se deben refrigerar. Cada hisopo se enviará junto con su cadena de custodia.

- Muestras dubitadas:

a) Hisopados vaginales: Se tomarán seis hisopos vaginales y se rotularán en el orden en que fueron tomados. Los tres primeros (Hisopo N°1, Hisopo N°2, e Hisopo N°3) serán destinados para estudio molecular de ADN; los siguientes tres hisopos (Hisopo N°4, Hisopo N°5, e Hisopo N°6) serán destinados para estudio de semen.

Las muestras procedentes de hisopados correctamente rotuladas y numeradas deben dejarse secar a temperatura ambiente en un soporte que evite su contaminación, para su posterior remisión en sobres de papel rotulados. Se guardan a temperatura ambiente, en un ambiente resguardado de la humedad y de la luz, por tiempo ilimitado; las muestras secas no se deben refrigerar. Cada hisopo se enviará junto con su cadena de custodia.

b) Hisopados anales - perianales: Se tomarán seis hisopos anales y se rotularán en el orden en que fueron tomados. Los tres primeros (Hisopo N°1, Hisopo N°2, e Hisopo N°3) serán destinados para estudio molecular de ADN; los siguientes tres (Hisopo N°4, Hisopo N°5, e Hisopo N°6) serán destinados para estudio de semen.

Las muestras procedentes de hisopados correctamente rotuladas y numeradas deben dejarse secar a temperatura ambiente en un soporte que evite su contaminación, para su posterior remisión en sobres de papel rotulados. Se guardan a temperatura ambiente, en un ambiente resguardado de la humedad y de la luz, por tiempo ilimitado; las muestras secas no se deben refrigerar. Cada hisopo se enviará junto con su cadena de custodia.

c) Hisopados bucales: En caso de un posible contacto de la cavidad bucal con secreciones del agresor se tomarán seis hisopos bucales y se rotularán en el orden en que fueron tomados. Los tres primeros (Hisopo N°1, Hisopo N°2, e Hisopo N°3) serán destinados para estudio molecular de ADN; los siguientes tres hisopos (Hisopo N°4, Hisopo N°5, e Hisopo N°6) serán destinados para estudio de semen. Para la toma de muestra los hisopos se deslizarán cuidadosamente, y sin frotar excesivamente, por debajo de la lengua, por la mucosa yugal, por las encías, por los dientes, por los espacios interdentes (especialmente en cara posterior) y por el paladar.

Las muestras procedentes de hisopados correctamente rotuladas y numeradas deben dejarse secar a temperatura ambiente en un soporte que evite su contaminación, para su posterior remisión en sobres de papel rotulados. Se guardan a temperatura ambiente, en un ambiente resguardado de la humedad y de la luz, por tiempo ilimitado; las muestras secas no se deben refrigerar. Cada hisopo se enviará junto con su cadena de custodia.

d) Superficie corporal (manchas, mordeduras, sugilaciones): Debe tomarse una muestra de la zona con un hisopo estéril humedecido con 2 o 3 gotas de agua destilada o solución fisiológica estéril, pasarlo varias veces por el sitio de la toma, con trazo de círculos concéntricos. Luego, se debe frotar suavemente la zona con otro hisopo seco y dejarlos secar a temperatura ambiente sobre un campo estéril o en la parte interna del envoltorio de los guantes estériles, para su posterior remisión en sobres de papel rotulados. Se guardan a temperatura ambiente, en un ambiente resguardado de la humedad y de la luz, por tiempo ilimitado; las muestras secas no se deben refrigerar. Cada hisopo se enviará junto con su cadena de custodia.

e) Recortes o hisopados subungueales: El material obtenido debajo de las uñas puede ser de utilidad para el estudio de perfiles genéticos de los tejidos, de la sangre o de los fluidos biológicos retenidos. Si se ofreció resistencia, la víctima puede presentar restos de células del agresor en región subungueal, por lo que es importante la toma de muestras a dicho nivel.

Cuando las uñas son largas, se podrá cortar los bordes libres con un cortaúñas o alicate desinfectado con hipoclorito de sodio al 5% y luego con alcohol antiséptico, secado con una gasa estéril. Se cortarán las uñas lo más próximo al surco subungueal y se procurará que todos los residuos que puedan desprenderse durante el procedimiento caigan en el sobre de papel, que será rotulado con la identificación de cada mano. Cada sobre se enviará junto con su cadena de custodia.

Cuando las uñas son muy cortas, y no se pueden cortar, se frota el borde de las uñas con un hisopo embebido en 2 o 3 gotas de solución fisiológica estéril, uno distinto por cada dedo ambas manos. Estos se dejarán secar a temperatura ambiente, se envolverán en papel estéril cada uno y se ensobrarán en un sobre de papel para cada mano. Cada sobre se enviará junto con su cadena de custodia.

Estas muestras pueden conservarse a temperatura ambiente en sus respectivos sobres cerrados y rotulados; las muestras secas no se deben refrigerar.

f) Ropas usadas durante la agresión: Si la víctima al momento del examen llevara puesta las mismas prendas de vestir que portaba cuando sucedió el hecho, es necesario conservarlas. Si están humedecidas, tienen que dejarse secar al aire y, posteriormente, guardarse en sobres de papel y quedar almacenadas en un lugar seco a temperatura ambiente. Las distintas prendas deben embalsarse en envoltorios separados. Cada sobre se enviará junto con su cadena de custodia.

De ser factible, se recomienda fotografiar las prendas previamente a su embalaje.

- Muestra de material de ILE/IVE: El objetivo es identificar al agresor a través del estudio de ADN.

En los casos donde se obtuvo material de aborto de consistencia líquida (mezcla de sangre, coágulos y tejido embrionario) se debe colocar en el frasco estéril y refrigerarlo. En caso de tener que permanecer más de 24 horas antes de su procesamiento se recomienda congelar la muestra.

En los casos donde se identifica tejido sólido un método conveniente de preservación es el uso de sal. Se debe recubrir totalmente la muestra con sal. Esta absorbe toda la humedad, debe controlarse a las 48 hs, y de ser necesario realizar el recambio de la sal.

La muestra conservada de esta forma se puede conservar a temperatura ambiente indefinidamente. La sal impide el desarrollo de microorganismos, por lo cual el material no se descompone.

- Muestras toxicológicas:

a) Sangre: No se debe utilizar alcohol para esterilizar la zona de extracción. Se colocarán en dos tubos de plástico con buen cierre. Un tubo tiene que ser llenado hasta el tope de su capacidad, con la precaución de evitar cámara de aire para prevenir la pérdida irreversible de tóxicos volátiles, en particular el etanol, este se preservará en heladera a 4 °C. El segundo tubo, con cámara de aire, se conservarán en el congelador (freezer).

b) La muestra de orina se recolecta en un recipiente de tipo frasco para urocultivo con tapa de rosca que asegure el cierre perfectamente. No se les añadirán ningún conservante, y se preservarán en heladera a 4 °C si se estima que serán analizadas dentro de las 24 horas, de lo contrario se conservarán en el congelador (freezer).

- Una vez tomadas las muestras, es prioridad su correcta identificación, rotulado, empaquetado y acondicionamiento para la remisión al laboratorio. Todo empaque tiene que estar perfectamente cerrado, para evitar la transferencia, la contaminación y la pérdida de evidencia. Cada sobre, bolsa o frasco que contenga alguna muestra tiene que ser adecuadamente identificado con letra clara y legible, sin enmiendas ni tachaduras.

- En toda muestra extraída debe registrarse:

a) el nombre, el apellido y el DNI de la víctima;

b) el tipo de muestra (por ejemplo, hisopado, sangre, orina, ropa, etc.) y estudio al cuál será destinada;

c) su procedencia (por ejemplo, hisopado vulvar, anal, bucal, hisopado de mancha ubicada en muslo izquierdo);

d) el número de muestra tomada (por ejemplo, hisopado N° 1);

e) la fecha y la hora de la extracción;

f) los datos de quien la recolectó;

g) la carátula y el número de causa y/o la actuación policial (si se cuenta con dicha información);

h) el juzgado y/o la fiscalía interviniente;

i) las firmas de los responsables.

5. Conclusiones:

Se deberán consignar las lesiones halladas efectuando un análisis de mecanismos de producción y data estimada de la misma si esto es posible.
De ser necesario se efectuará el dibujo de las figuras anatómicas con los hallazgos positivos.



PROTOCOLO PARA EXAMEN MÉDICO DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL CUERPO MÉDICO FORENSE PROVINCIA DE FORMOSA.

Informe N.º: _____

Ciudad y fecha _____

AL SR. JUEZ DEL JUZGADO
DE INSTRUCCIÓN Y CORRECCIONAL N.º
DR.
SU DESPACHO:

Me dirijo a Usted a fin de informar que en día de la fecha, en cumplimiento a lo ordenado VERBALMENTE / OFICIO N.º _____ DESDE EL EXPTE N.º _____, siendo las _____ hs, en el consultorio del Cuerpo Médico Forense, sito en calle _____, de la ciudad de _____, procedí a examinar a _____, con la colaboración de la/el Técnica/o Forense _____. La persona examinada se presenta acompañada de _____ y personal policial _____, de la Comisaría _____ (Sumario de prevención N.º _____). Del procedimiento surge lo siguiente:

IDENTIFICACIÓN:

Nombres y Apellidos: .

D.N.I:

Edad:

Fecha de nacimiento:

Domicilio:

Teléfono:

ADULTO RESPONSABLE – ACOMPAÑANTE:

Nombres y Apellidos:

D.N.I:

Edad:

Fecha de nacimiento:

Domicilio:

Teléfono:

Relación con la persona examinada:

ANAMNESIS:

Tanto la niña/niño/adolescente/examinada como su acompañante son recibidos en forma respetuosa y cordial, informándoles detalladamente quiénes somos y que examen se debe realizar.

Se da intervención a la psicóloga de guardia SI / NO Lic. _____ quien realiza entrevista, previa al examen.

Manifiesta antecedente de _____

Presentan estudios SI / NO realizados en el _____ con fecha _____ que informa _____

Fecha del hecho que se investiga o el último contacto con el agresor _____, referido por _____.

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS:

Edad de menarca:

Fecha de última menstruación:

Ritmo menstrual:

Método anticonceptivo habitual:

Uso de tampones y/o copa menstrual:

Embarazos:

Partos:

Cesáreas:

Inicio de actividad sexual voluntaria (según el caso):

Ha tenido actividad sexual voluntaria en las últimas 48 hs (según el caso):

Desarrollo Pondo-Estatural: Peso:

Talla:

EXAMEN TRAUMATOLÓGICO GENERAL: (No incluye examen de genitales)

Descripción de las lesiones corporales:

-Situación:

-Forma:

- Tamaño:
- Superficie:
- Bordes:
- Consistencia:
- Tiempo que datan las lesiones al momento del examen:
- Elementos con que fueron producidos:
- Carácter médico legal:

EXAMEN DE GENITALES FEMENINOS:

Posición de la persona examinada:

Iluminación artificial: SI/NO Con fotóforo: SI/NO

1) VULVA:

- Monte de Venus: Pilificación: Vello correspondiente a estadio ____ de Tanner.

Presencia de lesiones SI/NO. Descripción:

- Labios Mayores: Presencia de lesiones SI/NO. Descripción:
- Labios Menores: Presencia de lesiones SI/NO. Descripción:

2) CONDUCTO VULVAR PROPIAMENTE DICHO:

- Vestíbulo: Mucosa coloración:

Presencia de lesiones SI/NO. Descripción:

- Meato Urinario: Presencia de lesiones SI/NO. Descripción:
- Clítoris: Presencia de lesiones SI/NO. Descripción:

3) HIMEN:

- Tipo de Himen:

- Borde himeneal: Regular/Irregular – Continuo/Discontinuo

- Presencia de lesiones o desgarras SI/NO. Descripción: Único/Múltiples, Ubicación de acuerdo a los cuadrantes del reloj, Signos inflamatorios, Hemorragia. Tiempo que data el desgarro al momento del examen:

4) VAGINA:

- Introito vaginal: Presencia de lesiones SI/NO. Descripción:

- Examen de cavidad vaginal por especuloscopia en Centro Hospitalario: SI/NO

EXAMEN DE GENITALES MASCULINOS:

Posición de la persona examinada:

Grado de maduración y desarrollo correspondiente a estadio ____ de Tanner.

1) PENE: Presencia de lesiones SI/NO. Descripción:

2) MEATO URETRAL: Presencia de lesiones SI/NO. Descripción:

3) ESCROTO: Presencia de lesiones SI/NO. Descripción:

EXAMEN PERINEAL:

Presencia de lesiones SI/NO. Descripción:

EXAMEN ANAL:

Posición de la persona examinada:

1) MARGEN ANAL: Presencia de lesiones SI/NO. Descripción:

2) PLIEGUES ANALES: Presentes e indemnes/ Parcialmente borrados/ Ausentes.

3) TONO ESFINTERIANO: Conservado/ Disminuido/ Ausente.

4) DILATACIÓN ANAL: SI/NO. Presencia de heces en la ampolla: SI/NO.

CARACTERÍSTICAS SEXUALES SECUNDARIAS:

Los caracteres sexuales secundarios se encuentran desarrollados acorde al desarrollo sexual de Tanner:

Desarrollo de mamas:

Desarrollo de vello pubiano:

Desarrollo genital:

TOMA DE MUESTRAS:

Se extrajeron muestras para estudio de ADN de acuerdo a las normas generales SI/ NO.

Se extrajeron muestras para estudio de semen de acuerdo a las normas generales SI/ NO.

Se secuestraron prendas de vestir de la víctima para estudio de semen y/o ADN SI/ NO.

CONSIDERACIONES MEDICO LEGALES:

SE ADJUNTA A ESTE INFORME:

a) Un sobre que contiene un C.D. con registros iconográficos tomados durante el examen físico.

b) Consentimiento informado firmado por _____

c) Copia del informe preliminar, entregado a personal policial de la Comisaría de _____, agente _____.

d) Copia de solicitud de atención en Hospital/Centro asistencial _____ para profilaxis de ETS/ Embarazo/ IVE-ILE.

e) Un sobre que contiene:

- Tres sobres que contienen un hisopo cada uno con muestra vaginal para eventual estudio de A.D.N, con sus respectivas cadenas de custodia.

- Tres sobres que contienen un hisopo cada uno con muestra vaginal para eventual estudio de semen, con sus respectivas cadenas de custodia.

- Tres sobres que contienen un hisopo cada uno con muestra anal para eventual estudio de A.D.N, con sus respectivas cadenas de custodia.

- Tres sobres que contienen un hisopo cada uno con muestra anal para eventual estudio de semen, con sus respectivas cadenas de custodia.

- Tres sobre que contiene un hisopo cada uno con muestra de referencia de mucosa bucal de _____ para eventual estudio de A.D.N, con sus respectivas cadenas de custodia.

CONCLUSIÓN:

Examinada _____, concluyo diciendo que:

- Se trata de una niña/ niño/ adolescente/ mujer/ hombre de ____ años de edad, con sus caracteres sexuales correspondientes al estadio ____ de Tanner de desarrollo pubiano y estadio ____ de Tanner de desarrollo mamario/genital.

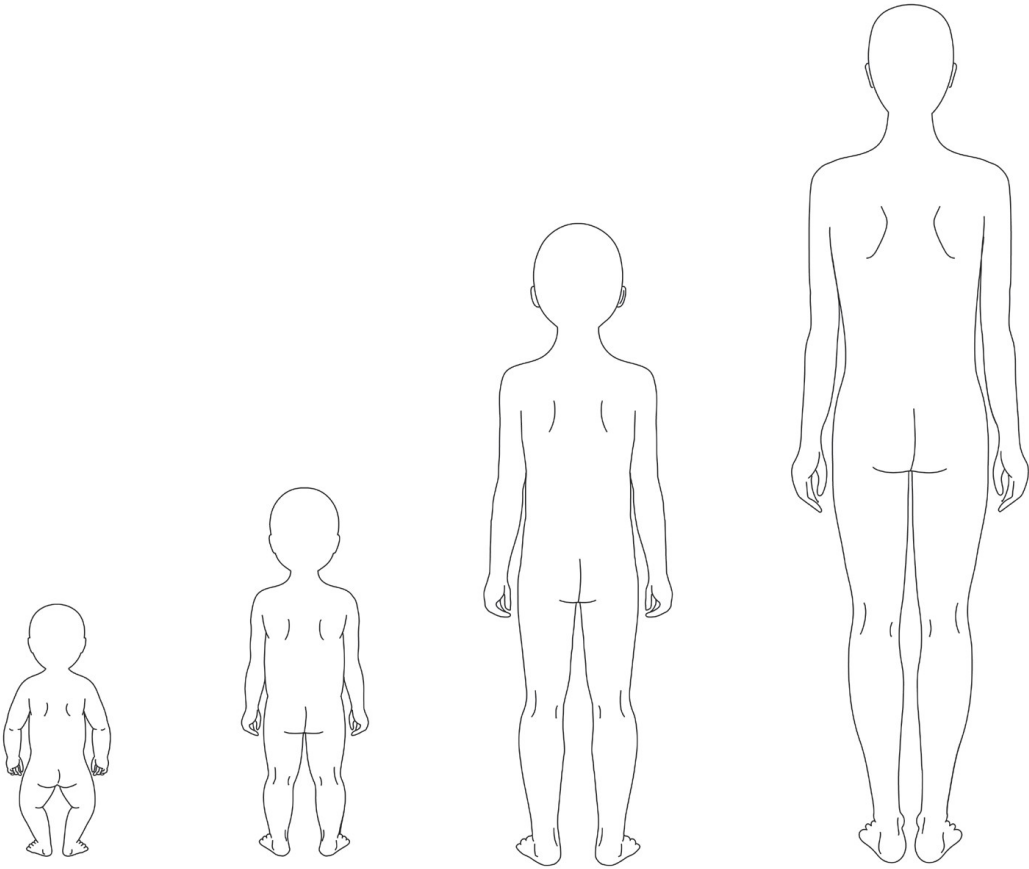
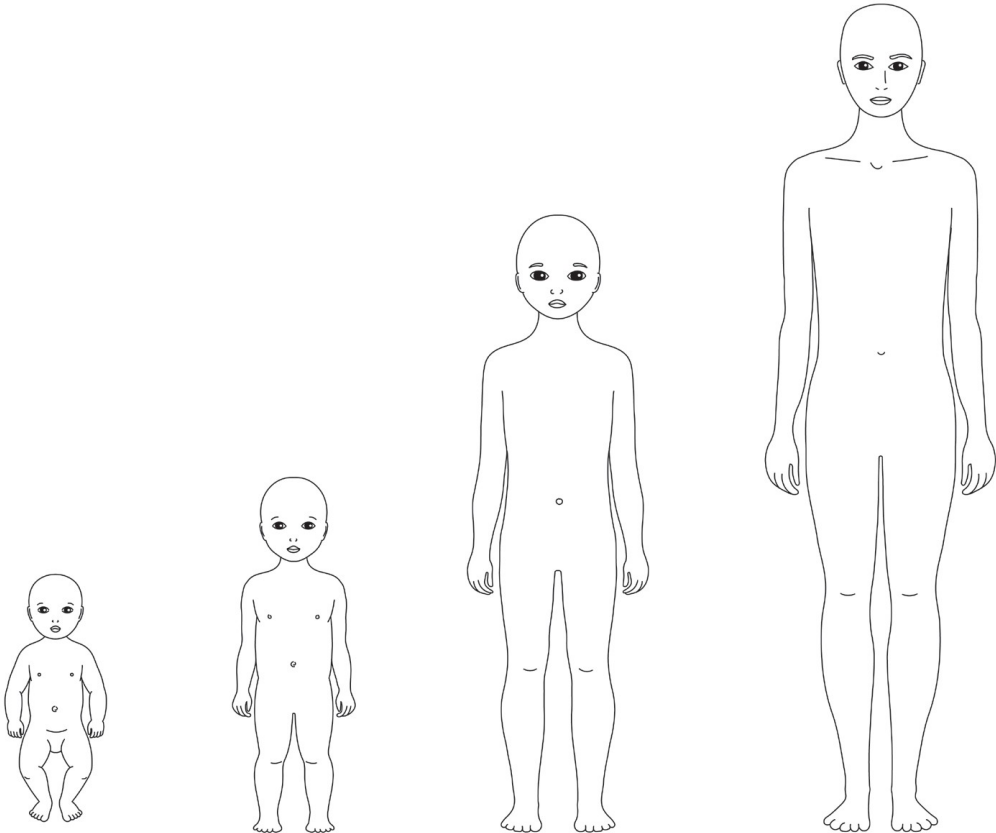
- A nivel extragenital se observan

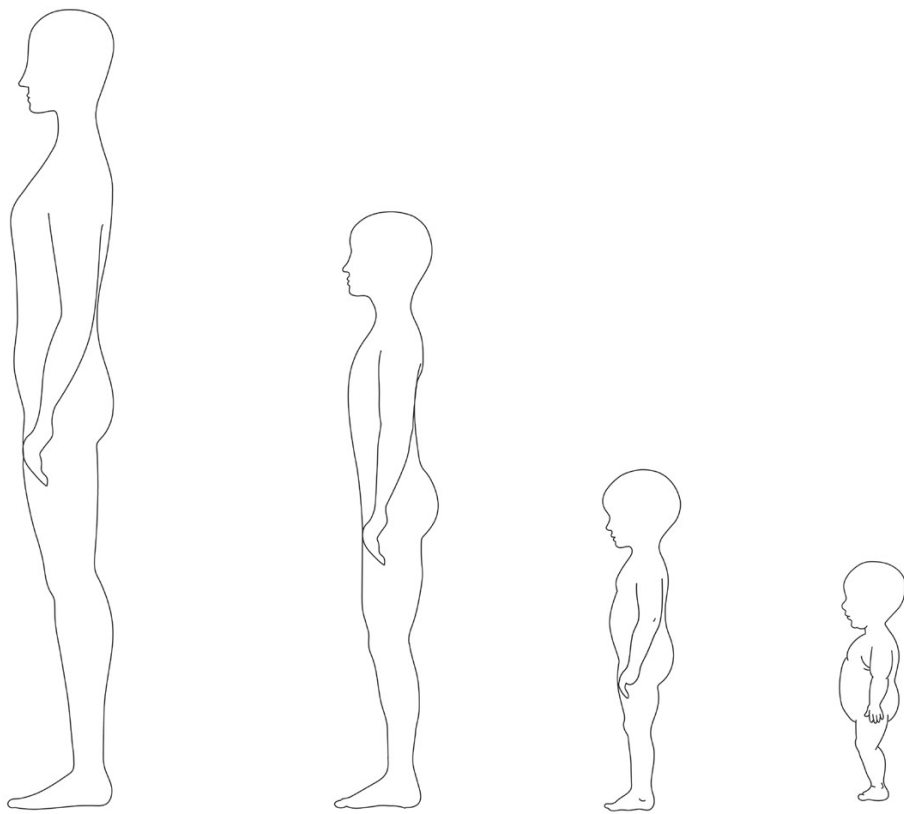
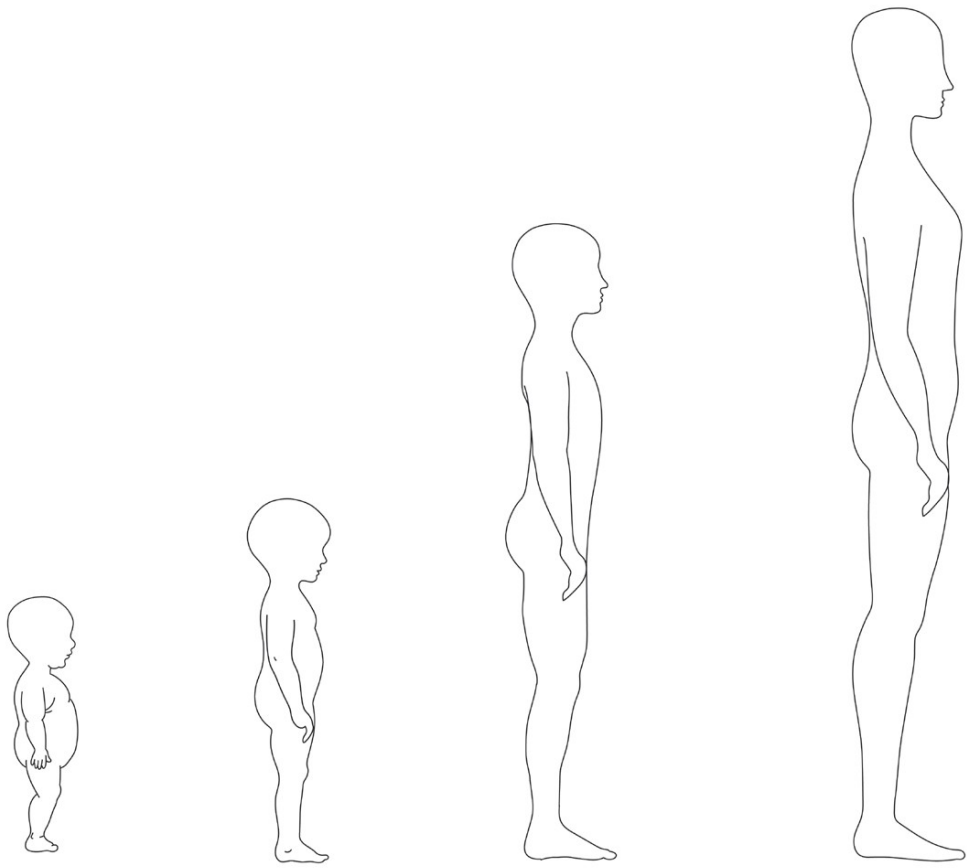
- A nivel paragenitales se observan

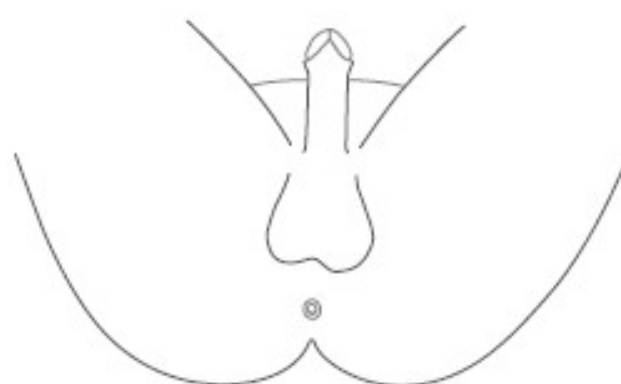
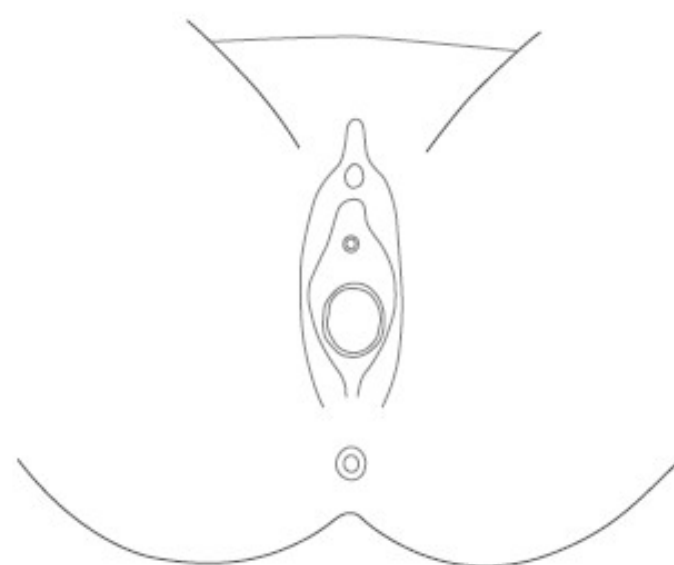
- Al examen genital se observan

- Al examen anal se observan

ESQUEMAS ANATÓMICOS









CONSENTIMIENTO INFORMADO

Cuerpo Médico Forense
Superior Tribunal de Justicia
de la Provincia de Formosa

DATOS DE LA PERSONA EXAMINADA:

Apellido y Nombre:.....

DNI N.º:.....

EDAD:.....

FECHA DE NACIMIENTO:.....

DOMICILIO:.....

TEL:.....

ADULTO RESPONSABLE - ACOMPAÑANTE:

APELLIDO Y NOMBRE:.....

DNI N.º:.....

EDAD:.....

FECHA DE NACIMIENTO:.....

DOMICILIO:.....

TEL:.....

RELACIÓN CON LA PERSONA EXAMINADA:

.....
.....

OBSERVACIONES:.....

.....
.....
.....
.....

AUTORIZACIÓN

Por la presente autorizo SI / NO al profesional médico – psicólogo del Cuerpo Médico Forense del Poder Judicial a realizar a el examen físico, genital y anal ordenado por el Sr. Juez del Juzgado Penal N°..... / Menores Dr/a.

como así también autorizo SI / NO realizar las maniobras instrumentales según técnica y procedimientos específicos aconsejados para el caso y tomar las

muestras necesarias y suficientes para los estudios y análisis que aporten a la investigación judicial.

Autorizo SI /NO la toma de fotografías durante el examen, las que no serán impresas, y serán remitidas a los Juzgados en formato digital en sobres sellados.

La presente autorización es firmada después de que me fue explicado claramente y entiendo el procedimiento médico que se realizará y conociendo las complicaciones que pudieran surgir.

Ciudad de, de....., de....., siendo la hora.....

Firma:

Aclaración:.....

Documento:.....

Domicilio:.....



FORMULARIO ININTERRUMPIDO DE CADENA DE CUSTODIA (ACOMPaña A LA EVIDENCIA EN TODO MOMENTO)



FECHA Y HORA	ORGANISMO	NOMBRE Y GRADO	D.N.I.	MOTIVO TRASLADO	FIRMA Y SELLO
	CUERPO MEDICO FORENSE	MEDICO FORENSE TEC. FORENSE		ESTUDIO PERICIAL	
CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA, CONDICIONES DE CONSERVACIÓN Y RECEPCIÓN:					
MUESTRA FOTOGRÁFICA: SI - NO		SELLADO: SI - NO			
ROTULADO: SI - NO		REFRIGERADO: SI - NO			
PARA:					
N.º PRECINTO:					
OTRO DATO DE INTERÉS:					

FECHA Y HORA	ORGANISMO	NOMBRE Y GRADO	D.N.I.	MOTIVO TRASLADO	FIRMA Y SELLO
CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA, CONDICIONES DE CONSERVACIÓN Y RECEPCIÓN:					
MUESTRA FOTOGRÁFICA:	SI - NO	SELLADO:	SI - NO		
ROTULADO:	SI – NO	REFRIGERADO:	SI - NO		
PARA:					
N.º PRECINTO:					
OTRO DATO DE INTERÉS:					

FECHA Y HORA	ORGANISMO	NOMBRE Y GRADO	D.N.I.	MOTIVO TRASLADO	FIRMA Y SELLO
CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA, CONDICIONES DE CONSERVACIÓN Y RECEPCIÓN:					
MUESTRA FOTOGRÁFICA:	SI - NO	SELLADO:	SI - NO		
ROTULADO:	SI – NO	REFRIGERADO:	SI - NO		
PARA:					
N.º PRECINTO:					
OTRO DATO DE INTERÉS:					

FECHA Y HORA	ORGANISMO	NOMBRE Y GRADO	D.N.I.	MOTIVO TRASLADO	FIRMA Y SELLO
CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA, CONDICIONES DE CONSERVACIÓN Y RECEPCIÓN:					
MUESTRA FOTOGRÁFICA:	SI - NO	SELLADO:	SI - NO		
ROTULADO:	SI – NO	REFRIGERADO:	SI - NO		
PARA:					
N.º PRECINTO:					
OTRO DATO DE INTERÉS:					

FECHA Y HORA	ORGANISMO	NOMBRE Y GRADO	D.N.I.	MOTIVO TRASLADO	FIRMA Y SELLO
CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA, CONDICIONES DE CONSERVACIÓN Y RECEPCIÓN:					
MUESTRA FOTOGRÁFICA:	SI - NO	SELLADO:	SI - NO		
ROTULADO:	SI – NO	REFRIGERADO:	SI - NO		
PARA:					
N.º PRECINTO:					
OTRO DATO DE INTERÉS:					

GLOSARIO SUGERIDO

DESGARROS HIMENEALES

Se producen cuando, por la introducción de un elemento duroelástico, el himen se distiende mas allá de su límite de elasticidad.

Cicatrización del desgarro del himen. Una vez provocado el desgarro o laceración himeneal se presenta con las características de una lesión mucosa, con sus bordes o labios rojos, sangrantes, edematizado y con infiltrado hemático de la zona perilesional. El proceso de reparación del desgarro no se realiza como en las lesiones cutáneas, en las cuales se produce el enfrentamiento de los planos de sección espontáneamente, por lo contrario, hay una reparación de cada uno de los labios separadamente. Por esta causa, nunca es posible que se produzca la soldadura o fusión de los labios de la laceración, hecho que impide la reconstrucción del himen. Expresado de otra manera, la reparación no se hace ad integrum, ya que se reparan únicamente los bordes del desgarro y el mismo persiste.

El estudio microscópico evidencia con grado de certeza que el décimo día de producido el desgarro, el mismo completa su proceso de reparación o cicatrización y, será exactamente igual a los diez días, diez semanas, diez meses o diez años.

De esta manera, el límite de los diez días diferencia el desgarro reciente respecto del de antigua data.

Por esta razón cuando en la práctica pericial, uno se encuentra con un desgarro de antigua data, lo único que puede afirmar es que tiene más de diez días.

HIMEN DILATABLE

En numerosas mujeres la cantidad de fibras elásticas del himen es superior a la normal, y por esta característica, el mismo permite el pasaje del pene en erección o de cualquier otro objeto de similares características, así como la práctica de maniobras masturbatorias sin que se produzca la rotura del mismo, ello es, desgarro/s.

Este tipo de hímenes recibe el nombre de complaciente, elástico, dilatado o distensible.

HIMEN DILATADO

se trata de hímenes con una orla himeneal estrecha, que algunos autores denominan “baja”, y en consecuencia, un orificio u ostium himeneal grande.

Dicho ostium, de mayor diámetro o los que el de la mayoría d los hímenes, a excepción del caso de hímenes elásticos o complecientes o dilatados, permite el paso del pene en erección o de un objeto de similares características, sin que se produzca ningún desgarro, y ello sucede durante toda la vida sexual, por más prolongada que la misma sea.

SIGNOS ANALES.

A diferencia de los signos genitales el diagnóstico de acceso carnal por vía anal tiene pocas posibilidades de objetivación, toda vez que la presencia de sus signos no es constante y depende en gran parte de la agudeza o cronicidad de la ejecución del acto abusivo.

Prácticamente ninguno de los signos anales es patognomónico de abuso sexual; por otra parte la ausencia carece de valor médicolegal para descartar o afirmar la existencia de maniobras abusivas. La demostración de esperma en la cavidad rectal es el único hallazgo que comprueba la penetración peneana con eyaculación.

La posibilidad diagnóstica aumenta cuando el atentado es agudo y se emplea brutalidad en el acceso. La violencia ejercida deja sus secuelas traumáticas a nivel anal y paragenital tanto más manifiestas cuanto mayor sea la fuerza aplicada y la desproporción del tamaño entre el objeto empleado.

FISURA O DESGARRO ANAL: Se presenta como una solución de continuidad, una grieta o ulceración de la región cutaneo-mucosa perianal dejando al descubierto las fibras musculares del esfínter interno y extendiéndose la mayoría de las veces hacia el interior del canal.

La fisura puede ser aguda o crónica, única o múltiple, superficial o profunda. La primera, con aspecto de úlcera lineal, es localmente dolorosa produciendo espasmos anales y dolor a la defecación. Su progresión a la cronicidad la hace más ancha, con bordes indurados por edema y fibrosis. Las fibras del esfínter interno se hacen visibles en su fondo y cura habitualmente con cicatrices que dejan prominencias.

En situaciones traumáticas, cuando la dilatación del ano vence la resistencia tisular, aparece una grieta habitualmente en el rafe posterior, con menor frecuencia en el anterior y raramente en las zonas laterales, protegidas por los pliegues y la elasticidad muscular. En ocasiones pueden ser dobles, localizadas en las zonas anterior y posterior.

Las fisuras generadas por el abuso presentan características similares a las provocadas por otras patologías médicas como la constipación, las parasitosis, el eritema del pañal, la diarrea, el escema y el liquen escleroso. Los elementos que pueden despertar sospecha de origen traumático frente a la observación de una fisura se realciona con su vinculación al relato de la víctima, su ubicación en las zonas laterales del margen anal por fuera de la línea media y la presencia de otros signos que indique violencia (equimosis, hematoma o mordeduras).

DILATACIÓN ANAL REFLEJA: Se lo suele observar durante la ejecución de la maniobra de las nalgas como fenómeno que necesita ser interpretado con prudencia en el estudio del contexto global del abuso.

Su mecanismo intrínseco implica la relajación dinámica del esfínter externo e interno permitiendo la visualización del interior del canal anal y del recto, tomando la apertura anal un aspecto de "O". Es consenso general que la contracción voluntaria del esfínter externo no puede ser mantenido mas allá de los 10 segundos (según algunos autores no más de 30 segundos), para luego desvanecerse y entrar en relajación. Cuando el esfínter externo está relajado la tracción de separación ejercida sobre la piel perianal durante la ejecución de la separación de las nalgas puede actuar sobre el esfínter interno y producir su relajación.

Si bien la dilatación anal refleja es más frecuente en los niños abusados, las estadísticas fluctúan en forma muy diversa, reflejando las diferencias emergentes de la aplicación de técnicas variadas, del grado de tracción aplicada y de la experiencia del examinador en el reconocimiento y diferenciación del signo de otros de similar características.

El hallazgo de este signo puede ocurrir en las siguientes circunstancias:

- En condiciones normales, en niños muy pequeños su observación es posible dependiendo ello del grado y mantenimiento de la presión antes mencionada.
- La existencia de materia fecal en el recto genera la presencia de este signo en forma habitual.
- Es considerado un signo inespecífico debido a que se lo ha observado en situaciones médicas no relacionadas con el abuso sexual, especialmente en los cuadros de constipación y tratamientos indicados para estas patologías como son los supositorios y las enemas a repetición. Suelen estar presentes en entidades médicas como la Enfermedad de Chron y las enfermedades intestinales de origen neurológico que traen aparejada la laxitud de los esfínteres y el prolapso rectal recurrente, tal como en la espina bífida oculta o en enfermedades neuromusculares.
- La observación de este signo en forma reiterada al ejecutar la maniobra en niños con ampolla rectal libre de heces y sin antecedentes de defecación previa, puede

estar indicando la existencia de un trauma del esfínter anal y surgiendo la posibilidad de que hayan ocurrido maniobras abusivas. Apoyan esta sospecha el relato de la víctima, la concomitancia de otras lesiones físicas y la existencia de una dilatación del orificio anal de 1,5 o 2 cm de acuerdo con la opinión de diferentes autores.

DILATACIÓN ANAL SIN RESPUESTA REFLEJA: Si bien el ano se encuentra cerrado, al efectuar la maniobra de las nalgas no se produce la respuesta refleja de relajación dinámica esfinteriana, apreciándose directamente su dilatación. Si bien puede ser consecuencia de maniobras traumáticas abusivas o accidentales, constituye un signo observado en la anestesia, la incontinencia fisiológica en etapa evolutiva neurológica de la infancia temprana, en los niños en estado crítico, en el síndrome urémico hemolítico y como hallazgo post mortem. Cobra relevancia etiológica abusiva cuando mantiene un diámetro de apertura de 1,5 o 2 cm y se acompaña de otros hallazgos anales los que deberán ser relacionados al relato de la supuesta víctima como de sus antecedentes personales.

BORRAMIENTO DE LOS PLIEGUES RADIADOS: Consiste en la desaparición de la imagen radiada que le dan los pliegues cutáneos al ano, tomando la piel del margen anal un aspecto liso y uniforme. Si bien algunos autores lo han considerado en el pasado un signo determinante del acceso anal, en la actualidad se le adjudica un valor inespecífico toda vez que su presencia puede ser causada por otras entidades médicas.

INTERPRETACIÓN DE LOS HALLAZGOS MÉDICOS EN SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL INFANTIL.

La tabla de "Interpretación de hallazgos médicos en la evaluación de abuso sexual infantil" ha sido actualizada y publicada 8 veces desde 1992, mas recientemente en el año 2018. Durante este tiempo la lista de ítems en la sección que describen "hallazgos normales o no traumáticos" se ha incrementado significativamente, mientras que los hallazgos diagnósticos de "trauma con penetración forzada" han permanecido relativamente breves y sin cambios. La categoría "sin consenso de expertos" fue agregada para incluir hallazgos, que considerados independientemente, tienen significado posible pero poco claro con respecto al abuso sexual.

A) Hallazgos encontrados en recién nacidos o vistos comúnmente en niños no abusados (Variantes normales): Estos hallazgos son normales y no están relacionados con el abuso sexual infantil.

1. Variantes normales del himen.
2. Bandas periuretrales o vestibulares.
3. Columnas o crestas vaginales.
4. Crestas externas en el himen.
5. Diástasis anal (área lisa)
6. Acrocordones perianales.
7. Hiperpigmentación del himen, labios menores o tejidos perianales.
8. Dilatación del orificio uretral.
9. Características anatómicas normales de la línea media: Surco perineal, rafe medio, línea vestibularis.
10. Visualización de la línea pectínea/ dentada en la unión de la mucosa ano-rectal, vista cuando el ano está completamente dilatado como con el pasaje o presencia de gases o heces en el canal anal.
11. Dilatación anal refleja que ocurre durante el examen con las maniobras empleadas, como tracción aplicada a los tejidos perianales o posición del paciente, particularmente en prono o supino con las rodillas hacia el pecho.

12. Dilatación anal que provoca visualización de la línea pectínea/ dentada, columnas anales, y/o criptas anales, las que pueden confundirse con laceraciones o abrasiones anales.

B) Hallazgos comúnmente provocados por otros cuadros médicos. (Hallazgos inespecíficos): Los hallazgos requieren que sea considerado un diagnóstico diferencial, debido a que pueden tener múltiples causas.

1. Eritema, inflamación, fisuración y/o maceración del periano, perineo o vulva por mala higiene u otra dermatitis irritativa.

2. Aumento de la vascularización del vestíbulo y el himen.

3. Adherencia labial.

4. Fragilidad de la comisura posterior.

5. Flujo vaginal no asociado con una infección de transmisión sexual.

6. Fisuras anales.

7. Congestión o acumulación venosa en el área perianal.

8. Dilatación anal completa/ inmediata en un niño con condiciones predisponentes, como síntomas o historia de constipación y/o encopresis, o niños que se encuentran sedados, bajo anestesia o con alteración del tono muscular por otras razones.

C) Hallazgos por otras condiciones, que pueden ser confundidas con abuso:

1. Irritación no infecciosa: eritema, inflamación y fisuración del periano, perineo o vulva por dermatitis irritativa incluida la dermatitis de Jacquet.

2. Inflamación: ulceraciones aftosas, enfermedad inflamatoria intestinal (fisuras anales / protuberancias anales prominentes / descarga rectal), enfermedad de Behcets (úlceras dolorosas).

3. Condiciones dermatológicas: liquen escleroso y atrófico, foliculitis, vitiligo, angiokeratomas y hemangiomas.

4. Causas inmunológicas: Pyoderma gangrenoso (úlceras dolorosas).

5. Multifactoriales /idiopáticos: prolapso uretral, prolapso rectal, canalización anal.

6. Cambios post mortem: Dilatación anal, coloración roja/púrpura de las estructuras genitales (incluido el himen) por livideces u otras condiciones sistémicas.

D) Hallazgos sin consenso de expertos (Hallazgos presuntivos): Tres hallazgos físicos han sido asociados con historia de abuso sexual en algunos estudios, pero actualmente no hay consenso de expertos sobre cuanto peso se les debería dar con respecto a los abusos.

1. Dilatación anal completa/ inmediata con relajación del esfínter interno y externo, en ausencia de factores predisponentes como constipación, encopresis, sedación, anestesia o condiciones neurológicas.

2. Muesca o hendidura en el borde del himen, localizada en o debajo de la línea de las horas 3 a 9, que se extiende casi hasta la base, pero no es una transección completa.

3. Hendidura completa hasta la base del himen a las horas 3 y 9.

E) Hallazgos diagnósticos de trauma: Estos hallazgos son altamente sugestivos de abuso.

1. Laceraciones agudas o hematomas de labios, pene, escroto o periné.

2. Laceración aguda de la comisura posterior o el vestíbulo.

3. Hematomas o abrasiones en el himen.

4. Laceraciones agudas en el himen, de cualquier profundidad, parciales o completas.

5. Laceración vaginal.

6. Hematomas o laceración perianal con exposición de tejidos debajo de la dermis.

7. Cicatriz perianal.

8. Cicatriz de la comisura o fosa posterior.

9. Transección himeneal cicatrizada / hendidura completa en el debajo de la línea de hora 3 a 9 que se extiende hasta la base del himen.

10. Signos de mutilación genital femenina o corte, como la pérdida de parte o todo el prepucio (capuchón del clítoris), clítoris, labios menores, labios mayores, o una cicatriz vertical y lineal adyacente al clítoris.

11. Trauma oral agudo como lesiones inexplicables o petequiado en los labios o paladar, particularmente cerca de la unión del paladar duro y blando.

F) Infecciones:

I. Infecciones no relacionadas a contacto sexual:

1. Eritema, inflamación, fisuración y/o maceración del periano, perineo o vulva por bacterias, hongos, virus o parásitos que no son transmitidos por contacto sexual como Streptococcus tipo A o B, Staphylococcus sp., Escherichia coli, Shigella u otro germen gram negativo.

2. Ulceras genitales causadas por virus Epstein Barr.

II. Infecciones que pueden ser transmitidas o asociadas a contacto sexual, así como por transmisión no sexual: La interpretación de estas infecciones requiere de información adicional como la historia ginecológica de la madre (HPV), la historia de lesiones orales en el niño (HSV), la presencia de lesiones en otras partes del cuerpo (Molluscum) que pueden aclarar la posibilidad de transmisión sexual.

1. Molluscum contagiosum en el área genital o anal. En niños pequeños la transmisión mas probable es por vía no sexual.

2. Condiloma acuminado (HPV) en área genital o anal.

3. Infección por Herpes simple tipo 1 o 2 en área genital, anal u oral, diagnosticado por cultivo o PCR.

4. Gardnerella vaginalis urogenital (asociado a contacto sexual pero también encontrado en flora vaginal de prepúberes y adolescentes)

5. Mycoplasma genitalium o Ureaplasma urealyticum; mientras que es transmitido por vía sexual en adolescentes, la transmisión de en niños no está bien definida.

III. Infecciones transmitidas por contacto sexual, si están confirmada por test apropiados y la transmisión perinatal a sido descartada.

1. Infección rectal, genital o faríngea por Neisseria gonorrhoea.

2. Sífilis.

3. Infección rectal, genital o faríngea por Chlamydia trachomatis.

4. Infección por Trichomonas vaginalis aislada de secreciones vaginales u orina.

5. HIV, si se descartó transmisión vía hemática o agujas contaminadas.

G) Hallazgos diagnósticos de contacto sexual:

1. Embarazo.

2. Identificación de semen en las muestras forenses tomadas del cuerpo del niño.

BIBLIOGRAFÍA:

- “GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS PARA EL ABORDAJE INTEGRAL Y EL ACCESO A LA JUSTICIA DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTE VÍCTIMAS O TESTIGOS DE VIOLENCIA SEXUAL”. UNICEF. Virginia Berlinerblau, Mariano Nino, Sabrina Viola. Primera edición. 2023.
- “PROTOCOLO INTERINSTITUCIONAL PARA EL ACCESO A LA JUSTICIA DE NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS O TESTIGOS DE VIOLENCIA, ABUSO SEXUAL Y OTROS DELITOS”. Gobierno de la provincia de Formosa, Poder Judicial, Ministerio de la Comunidad, Ministerio de Gobierno, Justicia y Trabajo, Ministerio de Cultura y Educación, Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaría de la Mujer, Subsecretaría de Derechos Humanos (2012) Acuerdo N° 2734.
- “PROTOCOLO MODELO PARA EL RESGUARDO DE LA EVIDENCIA GENÉTICA EN CASOS DE ABUSO SEXUAL CONTRA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES”. Carlos Zunino, Roberto Foyo, Agustina Ramon Michel Y OTROS. Publicación digital 2022.
- “EL HIMEN. ESTUDIO MEDICOLEGAL”. Luis Alberto Kvitko. Tribunales ediciones. Segunda edición. 2021.
- “EVALUACIÓN FÍSICA MÉDICO FORENSE DEL ABUSO SEXUAL INFANTO JUVENIL” Marcela Criado y Graciela Eleta. Dosyuna Editoriales Argentinas. 1º Edición 2008.
- “INTERPRETATION OF MEDICAL FINDING IN SUSPECTED CHILD SEXUAL ABUSE: AN UPDATE FOR 2023” Nancy Kellogg, Karen Farst, Joyce Adams. Elsevier Child Abuse & Neglect 145 (2023).