

Abuso sexual en la infancia: prevención de las enfermedades de transmisión sexual

O. García Algar y A. Mur Sierra

Servicio de Pediatría. Hospital del Mar. Barcelona.

(An Esp Pediatr 2001; 54: 267-271)

En el caso de un niño que sufre un abuso sexual hay que establecer un protocolo de actuación. Existe un riesgo de infección por diferentes microorganismos causantes de enfermedades de transmisión sexual (ETS): virus de la hepatitis B (VHB) y C (VHC) y de la inmunodeficiencia humana (VIH), gonococo, *Chlamydia trachomatis*, sífilis, virus del herpes simple, vaginosis bacteriana, papillomavirus, *Trichomonas vaginalis*, *Pediculus pubis*. Por lo tanto, hay que poner en marcha un seguimiento con controles serológicos periódicos hasta 1 año después del abuso y debe aplicarse la profilaxis postexposición frente a algunas de estas enfermedades. Además, en las niñas que han tenido la menarquia, debe iniciarse una contracepción de urgencia.

Palabras clave:

Abuso sexual. Profilaxis postexposición. Enfermedades de transmisión sexual. Virus de la inmunodeficiencia humana. Contracepción.

SEXUAL ABUSE IN CHILDREN: PREVENTION OF SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES

When a child suffers from sexual abuse clinical guidelines must be established. There is a risk of infection from the following agents responsible for sexually transmitted diseases: the hepatitis B, hepatitis C and human immunodeficiency viruses, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, syphilis, herpes simplex virus, bacterial vaginosis, papillomavirus, *Trichomonas vaginalis* and *Pediculus pubis*. Therefore, a follow-up with periodic serological monitoring for 1 year and immunoprophylaxis or chemoprophylaxis for some of these diseases should be started. Postpuberal girls should receive emergency contraception.

Key words:

Sexual abuse. Postexposure prophylaxis. Sexually transmitted diseases. Human immunodeficiency virus. Contraception.

INTRODUCCIÓN

El abuso sexual infantil puede definirse como la práctica sexual con un niño, ya sea mediante contacto físico u otro tipo de interacciones, para la estimulación de un adulto o de un menor que mantiene una posición de fuerza sobre el niño.

Este abuso sexual suele ser cometido por varones, que actúan como agresores, ya sea contra niños o niñas. En algunos casos comporta un contacto físico que puede permitir el contagio de microorganismos que se transmiten sexualmente. Aproximadamente, el 5% de los niños que sufren abuso sexual adquieren una enfermedad de transmisión sexual (ETS) como resultado de la agresión^{1,2}.

Desde otro punto de vista, el diagnóstico de una ETS en un niño antes de la pubertad suele indicar la existencia de abuso sexual y requiere su denuncia a las autoridades competentes, además del seguimiento médico adecuado (tabla 1)³.

TABLA 1. Significado del diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual (ETS) en niños antes de la pubertad

ETS confirmada	Diagnóstico de abuso sexual
Gonococia (no perinatal)	Cierto
Sífilis (no perinatal)	Cierto
Infección por VIH (no perinatal ni transfusión)	Cierto
<i>Chlamydia trachomatis</i> (no perinatal)	Cierto
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Muy sospechoso
Condiloma acuminado anorrectal (no perinatal)	Sospechoso
Herpes (genital)	Sospechoso
Vaginosis bacteriana	No concluyente

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

Correspondencia: Dr. O. García Algar.
Servicio de Pediatría. Hospital del Mar. P.º Marítimo, 25-29. 08003 Barcelona.
Correo electrónico: 90458@imas.imim.es

Recibido en noviembre de 2000.

Aceptado para su publicación en noviembre de 2000.

TABLA 2. Protocolo de actuación y seguimiento en caso de abuso sexual de un niño o un adolescente

Contacto sexual	
0 meses	Historia Toma de muestras (tabla 3) Cura de las heridas Antibióticos ⁴ (tabla 4) Anticoncepción (tabla 4)
1 mes	Serología: VHB (HBsAg y HBcAc), VHC (anti-VHC) y VIH (anti-VIH)
6 semanas	Profilaxis VHB* Profilaxis VIH (4 semanas) (tabla 5) ^{***}
3 meses	Serología: VIH (anti-VIH y PCR-VIH cuantitativa)
6 meses	Serología: VHC (anti-VHC) y VIH (anti-VIH)
12 meses	Serología: VHB (HBsAg, anti-HBs y HBcAc), VHC (anti-VHC) y VIH (anti-VIH)

*Si no estaba previamente vacunado lo estaba incorrectamente. **Si no estaba previamente vacunado. ***Sólo en los casos de riesgo.
PCR: reacción en cadena de la polimerasa; VHB: virus de la hepatitis B; VHC: virus de la hepatitis C; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

RIESGO DE INFECCIÓN

Los factores que influyen en la adquisición de una ETS secundaria al abuso sexual son la prevalencia de estas enfermedades en la población adulta, el número de agresores, el tipo y la frecuencia de contacto físico entre el agresor (o los agresores) y el niño, la infecciosidad de cada germen, la susceptibilidad del niño a la infección y la administración o no de tratamiento profiláctico. El tiempo que pasa entre la agresión y la valoración médica influye en la probabilidad de que el niño presente signos y síntomas de una ETS.

Algunos autores recomiendan la búsqueda de ETS en los siguientes casos: agresor afectado de ETS o con alta probabilidad de ello (p. ej., usuario de drogas por vía

parenteral o historia de ETS), varios agresores, solicitud por parte del niño o su familia, todos los niños a partir de la pubertad, signos o síntomas de una ETS, elevada prevalencia de ETS en la comunidad, existencia de ETS entre las personas que conviven con el niño.

No obstante, en el escenario de un abuso sexual a un niño, sobre todo si se trata de un episodio aislado y no se conoce al agresor, lo más razonable es aconsejar siempre el cribado de las ETS e iniciar la profilaxis postexposición y el seguimiento clínico, asumiendo que el riesgo de que el agresor esté infectado es elevado.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

El protocolo de actuación (tabla 2) se refiere al cribado y a la profilaxis de ETS en niños asintomáticos que han sufrido abuso sexual.

TABLA 3. Toma de muestras en un niño que ha sufrido abuso sexual

Microorganismo/ETS	Muestras
Gonococo	Cultivos de recto, faringe, uretra y/o vaginal
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Cultivo de recto y uretra
Sífilis	Examen en campo oscuro del exudado del chancro, si existe; serología a las 0, 6, 12 y 24 semanas
Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	Serología a las 0, 6, 12 y 24 semanas y 12 meses; si es posible, serología en el agresor
Virus de la hepatitis B (VHB)	Si es posible, serología en el agresor
Virus del herpes simple	Cultivo de la lesión
Vaginosis bacteriana	Examen en fresco y cultivo del flujo vaginal
Virus del papiloma humano	Biopsia de la lesión
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Examen en fresco y cultivo del flujo vaginal
<i>Pediculus pubis</i>	Identificación de piojos y huevos

ETS: enfermedades de transmisión sexual.

Atención inmediata después del abuso

1. Se recogen las circunstancias y la cronología del abuso y los posibles contactos previos con el virus de la hepatitis B (VHB) (o la vacunación), el virus de la hepatitis C (VHC) y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

2. En las niñas que ya han tenido la menarquia hay que descartar la existencia de un embarazo o administrar una pauta de contraceptivos de urgencia.

3. En todos los niños que reciben profilaxis hay que tomar muestras (que además tienen un valor legal) antes de iniciar el tratamiento.

Toma de muestras

Cuando se pone en marcha la búsqueda de ETS, la toma de muestras debe concentrarse en los probables puntos anatómicos de infección, determinados por la historia clínica o los datos epidemiológicos, y tiene que incluir diversos gérmenes: gonococo, *Chlamydia trachomatis*, sífilis, VIH, virus del herpes simple, vaginosis bacteriana, virus del papiloma humano, *Trichomonas vaginalis* y *Pediculus pubis* (tabla 3)^{1,4-7}.

Hay que obtener una muestra de sangre para cursar la serología frente al VHB, el VHC y el VIH. Es conveniente practicar una evaluación serológica del agresor, pero esto no suele ser posible.

Profilaxis de las enfermedades de transmisión sexual

Algunos autores no recomiendan la profilaxis con antibióticos para los niños que sufren abuso sexual antes de la pubertad porque la incidencia de ETS en ellos es baja y el riesgo de diseminación al tracto genital superior en una niña es pequeño. Otros autores, en cambio, recomiendan el empleo de antibióticos, porque se ha demostrado el riesgo de infección por los diversos gérmenes que causan las ETS^{1,4,6,8-10}. Los factores que aumentan el riesgo de infección ya se han citado antes, aunque probablemente en esta situación está justificada la profilaxis completa a cualquier edad.

Por otro lado, la profilaxis debe realizarse siempre en niños después de la pubertad, sobre todo si consultan antes de las 72 h tras la agresión.

En cuanto a la sífilis, hay que considerar que el agresor puede estar infectado, por lo que existe el riesgo de una sífilis adquirida precoz y, por lo tanto, está indicado el tratamiento.

En la tabla 4 se recoge la pauta de profilaxis postexposición tras la agresión sexual en niños y en adolescentes^{1,4,6,8-10}.

Profilaxis postexposición sexual al VHB

La pauta de inmunoprofilaxis indicada debe asociar inmunoglobulina específica antihepatitis B (HBIG) y vacuna antihepatitis B, igual que en el caso de los profesionales sanitarios en contacto parenteral con sangre HBsAg positiva:

1. Se administra la HBIG, en dosis única, por vía intramuscular en el glúteo, de 0,06 ml/kg (máximo, 5 ml), antes de transcurridas 24 h de la agresión.

2. Se administra la primera dosis de la vacuna antihepatitis B, en dosis única, por vía intramuscular en el otro deltoides, 0,5 ml (10 µg) si es menor de 10 años de edad y 1 ml (20 µg) si es mayor de 10 años de edad. Esta dosis de vacuna debe ponerse antes de los 7 días desde la agresión.

Dado que en la actualidad muchos niños y adolescentes ya están vacunados con alguna dosis de la vacuna frente al VHB, pueden encontrarse diversos estados de inmunización:

TABLA 4. Profilaxis postexposición

Germen/ETS o condición	Niños		Adolescentes	
	Fármaco	Dosis	Fármaco	Dosis
Gonococo	Cefixima	8 mg/kg (máximo, 400 mg/kg), por vía oral, en dosis única	Cefixima	400 mg, por vía oral, en dosis única
	Ceftriaxona	125 mg, por vía intramuscular, en dosis única	Ceftriaxona	125 mg, por vía intramuscular, en dosis única
			Ciprofloxacino	500 mg, por vía oral, en dosis única
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Azitromicina	20 mg/kg (máximo, 1 g), por vía oral, en dosis única	Azitromicina	1 g, por vía oral, en dosis única
	Eritromicina	50 mg/kg/día, cada 6 h, por vía oral, 10-14 días	Doxiciclina	100 mg, cada 12 h, por vía oral, 7 días
<i>Trichomonas vaginalis</i> y vaginosis bacteriana	Metronidazol	15 mg/kg/día, cada 8 h, por vía oral, 7 días	Metronidazol	2 g, por vía oral, en dosis única
Sífilis (no es profilaxis, es el tratamiento de una posible sífilis adquirida precoz)	Penicilina G benzatina	50.000 U/kg (máximo, 2.400.000 U), por vía intramuscular, en dosis única	Penicilina G benzatina	2.400.000 U, por vía intramuscular, en dosis única
			Doxiciclina	200 mg/día, cada 12 h, por vía oral, 14 días
Virus de la hepatitis B (VHB)	Según estado vacunal: vacuna antihepatitis B + HBIG			
Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	Según las circunstancias, deben ofrecerse antirretrovíricos (tabla 5)			
Contraconcepción de urgencia (descartar antes embarazo)			Etinilestradiol	100-120 µg/dosis, por vía oral, en 2 dosis

ETS: enfermedad de transmisión sexual; HBIG: inmunoglobulina específica antihepatitis B.

1. Si está vacunado correctamente, no hay que hacer nada si no hay factores de riesgo de ser no respondedor a la vacuna previa. En este caso, hay que solicitar el título de anti-HBs.

2. Si está incorrectamente vacunado, se prosigue la vacunación.

3. Si no está vacunado o no lo recuerda, se administra la HBIG y la primera dosis de la vacuna (posteriormente se completará la vacunación al mes y a los 6 meses).

Por desgracia, no existe una profilaxis postexposición eficaz frente al VHC en este momento.

Profilaxis postexposición sexual al VIH

La eficacia demostrada de la profilaxis para prevenir la infección por el VIH (tabla 5) después de exposición perinatal y ocupacional hace que se plantee también para los niños y adolescentes que han sufrido abuso sexual.

No existen datos sobre la eficacia de la profilaxis frente al VIH en este caso. El riesgo de transmisión del VIH después de un único contacto sexual en el que existe intercambio de secreciones y/o sangre es bajo, pero no es cero^{1,6,9-15}: el riesgo estimado de transmisión del VIH por episodio de exposición sexual receptiva peneano es entre el 0,1 y el 3% y en caso de exposición sexual vaginal receptiva entre el 0,1 y el 0,2%. El riesgo de infección es mayor si la relación es anal receptiva, intermedio si es vaginal receptiva y menor si es oral receptiva.

La decisión de ofrecer profilaxis con antirretrovíricos debe tener en cuenta los beneficios y los riesgos. En caso de abuso sexual, aunque el estado de infección por VIH del agresor no se conozca, el tipo de exposición, que suele comportar una relación sexual forzada y traumática, puede aumentar el riesgo de infección.

TABLA 5. Protocolo de profilaxis postexposición al VIH tras exposición sexual

Contacto	Riesgo	Actuación
Tocamientos mutuos, besos, contacto cutáneo con semen, sangre o secreciones vaginales, agresor VIH negativo conocido, uso de preservativo	Nulo o bajo	Ninguna
Contacto mucoso (oral, anal, vaginal) con semen, sangre o secreciones vaginales, agresor VIH positivo conocido, agresor VIH desconocido pero con riesgo de ser positivo	Moderado o alto	Quimioprofilaxis triple durante 4 semanas: zidovudina + lamivudina + indinavir o nelfinavir

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

En las víctimas de abuso sexual, si ha habido intercambio de secreciones o sangre, o se sospecha que el agresor está infectado por el VIH o es un usuario de drogas por vía intravenosa hay que considerar la profilaxis postexposición con dos agentes nucleósidos, zidovudina y lamivudina, añadiendo un inhibidor de las proteasas, indinavir, ya que se trata de una exposición de alto riesgo^{1,5,6,9,10,13,15-17}.

La profilaxis postexposición debe iniciarse lo antes posible después de la exposición: idealmente antes de 2 h y siempre antes de las 72 h. Se recomienda una duración de 4 semanas, aunque la duración óptima no se conoce.

Sólo se dispone de datos sobre la toxicidad a corto plazo de la zidovudina en personas sanas: habitualmente se tolera bien y puede asociarse con síntomas gastrointesti-

TABLA 6. Presentación, dosis y efectos secundarios de los antirretrovíricos

Nombre	Presentación	Dosis	Principales efectos secundarios en una pauta corta
Zidovudina (AZT) (Retrovir®)*	Jarabe: 1 ml = 10 mg Cápsulas: 100 mg Comprimidos: 250 mg	Menos de 12 años: 160 mg/m ² /dosis (máximo, 300 mg/dosis), por vía oral, cada 8 h Más de 12 años: 300 mg/dosis, por vía oral, cada 12 h	Anemia, cefalea
Lamivudina (3TC) (Epiriv®)*	Jarabe: 1 ml = 10 mg Comprimidos: 150 mg	Menos de 12 años: 4 mg/kg/dosis (máximo, 150 mg/dosis), por vía oral, cada 12 h Más de 12 años: 150 mg/dosis, por vía oral, cada 12 h	Cefalea, síntomas digestivos y exantema
Indinavir (IDV) (Crixivan®)	Cápsulas: 200 y 400 mg	250-350 mg/m ² /dosis (máximo, 800 mg/dosis), cada 8 h	Síntomas digestivos, cefalea, exantema, disestesias, alteraciones del humor
Nelfinavir (Viracept®)	Polvo: 1 medida = 50 mg, diluir en agua o leche Comprimidos: 250 mg	30 mg/kg/dosis (máximo, 750 mg/dosis), por vía oral, cada 8 h	Diarrea, vómitos, cefalea, problemas de administración (sabor, consistencia del polvo, tamaño de los comprimidos)

*Existe la presentación Combivir®: tabletas con 300 mg de AZT y 150 mg de 3TC: 1 tableta/12 h, por vía oral.

nales, fatiga o cefalea. Se conocen los efectos secundarios de los otros antirretrovíricos en personas infectadas por VIH (tabla 6). Es muy importante asegurar el cumplimiento correcto de la prescripción.

Seguimiento

No hay datos suficientes que permitan saber con certeza durante cuánto tiempo hay riesgo de infección por VHC y, sobre todo, por VIH, después de un abuso sexual. No obstante, las seroconversiones tardías (después de los 6 meses) por ambos virus son excepcionales.

Es recomendable el seguimiento hasta los 12 meses.

Si en cualquier momento del seguimiento se detectan marcadores positivos, seroconversión o síntomas indicativos de hepatitis, infección por VIH (en particular cualquier episodio febril agudo compatible con infección vírica dentro de las primeras 12 semanas después de la exposición: síndrome retroviral agudo, con fiebre, exantema, malestar, pérdida de peso no explicada y linfadenopatía) o cualquier otra ETS, hay que poner en marcha el estudio correspondiente para saber si se trata de una infección relacionada con el episodio o no y, en algunos casos, iniciar a la vez el tratamiento adecuado de la ETS^{1,5,6,8,12,13,18}.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Academy of Pediatrics. Sexually transmitted diseases. En: Pickering LH, ed. 2000 Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases, 25.^a ed. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics, 2000; 143-147.
2. Holmes WC, Slap GB. Sexual abuse of boys: definition, prevalence, correlates, sequelae, and management. *JAMA* 1998; 280: 1855-1862.
3. American Academy of Pediatrics. Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. *Pediatrics* 1999; 103: 186-191.
4. Centers for Disease Control and Prevention. 1998 Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. *MMWR* 1998; 47(RR-1): 108-111.
5. Reynolds MW, Peipert JF, Collins B. Epidemiologic issues of sexually transmitted diseases in sexual assault victims. *Obstet Gynecol Surv* 2000; 55: 51-55.
6. Bechtel K, Podrazik M. Evaluation of the adolescent rape victim. *Pediatr Clin North Am* 1999; 46: 809-823.
7. Atabaki S, Paradise JE. The medical evaluation of the sexually abused child: lessons from a decade of research. *Pediatrics* 1999; 104: 178-185.
8. Steele RW. Prevention and management of sexually transmitted diseases in adolescents. *Adolesc Med* 2000; 11: 315-326.
9. Holmes M. Sexually transmitted infections in female rape victims. *Aids Patient Care STDS* 1999; 13: 703-708.
10. Pesola GR, Westfal RE, Kuffner CA. Emergency department characteristics of male sexual assault. *Acad Emerg Med* 1999; 6: 792-798.
11. Katz MH, Gerberding JL. Post-exposure treatment of people exposed to the HIV through sexual contact or injection drug use. *N Engl J Med* 1997; 338: 1097-1100.
12. Wiebe ER, Comay SE, McGregor M, Ducceschi S. Offering HIV prophylaxis to people who have been sexually assaulted: 16 months' experience in a sexual assault service. *CMAJ* 2000; 162: 641-645.
13. Bamberger JD, Waldo CR, Gerberding JL, Katz MH. Postexposure prophylaxis for human immunodeficiency virus (HIV) infection following sexual assault. *Am J Med* 1999; 106: 323-326.
14. Lurie P, Miller S, Hecht F, Chesney M, Lo B. Postexposure prophylaxis after nonoccupational HIV exposure: clinical, ethical, and policy considerations. *JAMA* 1998; 280: 1769-1773.
15. Centers for Disease Control and Prevention. Management of possible sexual, injecting-drug-use, or nonoccupational exposure to HIV, including considerations related to antiretroviral therapy. Public Health Service Statement. *MMWR* 1998; 47 (RR-17): 1-14.
16. Babl FE, Cooper ER, Damon B, Louie T, Kharasch S, Harris J. HIV postexposure prophylaxis for children and adolescents. *Am J Emerg Med* 2000; 18: 282-287.
17. Myles JE, Hirozawa A, Katz MH, Kimmerling R, Bamberger JD. Postexposure prophylaxis for HIV after sexual assault. *JAMA* 2000; 284: 927.
18. Colaborativo Español para la Infección VIH Pediátrica. Manual práctico de la infección por VIH en el niño. Barcelona: Prous Science, 2000; 565-586.