

El abuso sexual y su asociación con las infecciones de transmisión sexual

The sexual abuse and its association with sexual transmission infection

Jorge Peláez Mendoza

Médico Especialista de II Grado en Obstetricia y Ginecología. Profesor Auxiliar. Máster en Atención Integral a la Mujer. Diplomado en Ginecología Infanto Juvenil. Centro Internacional de Retinosis Pigmentaria "Camilo Cienfuegos". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se conoce como abuso sexual al "involucramiento" de niños y adolescentes de ambos sexos, inmaduros y dependientes, en actividades sexuales que no son verdaderamente comprendidas y frente a las cuales son incapaces de consentir responsablemente, la mayor parte de estas agresiones tienen como víctimas a mujeres y niñas, estas son perpetradas por hombres de distintas edades. Una de las principales preocupaciones ante el hecho de un abuso sexual es el riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual (ITS). Resulta importante poder distinguir las diagnosticadas en la primera consulta y aquellas encontradas durante el seguimiento, esto es puntualmente importante en las adolescentes. En el presente artículo realizamos una revisión actualizada sobre la asociación entre el abuso sexual y la presencia de las ITS, incluye además un abordaje actualizado del manejo de estas pacientes, incluido el tratamiento profiláctico. Se concluye que existe una íntima relación entre la ocurrencia de abuso sexual y la presencia de una o más ITS, lo que ha motivado la recomendación de pesquisar siempre su presencia en todas las víctimas de abuso sexual, de igual forma se hace necesario que los proveedores de salud tengan siempre presente la posibilidad de un abuso sexual crónico ante el hallazgo de la presencia de una ITS en una menor.

Palabras clave: Abuso sexual, niñas y adolescentes, infección de transmisión sexual.

ABSTRACT

It is known that the sexual abuse is the "involving" of immature and dependents children and adolescent of both sexes, in sexual activities no really understood and no responsibly allowed, most of these aggressions have as victim women and girls, are committed by men of different ages. One of the main concerns in face of a sexual abuse is the risk of sexual transmission infection (STD). It is essential to characterize those diagnosed in the first consultation and those founded during the follow-up, especially in adolescents ones. In present article we made an updated review on the association between the sexual abuse and presence of STIs, also including a updated approach of these patients management related to prophylactic treatment. We conclude that there is a close link between occurrence of sexual abuse and presence of one STI (s), thus, we suggest screening always its presence in all victim of sexual abuse and also it is necessary that the health care staff always consider a chronic sexual abuse in face of a finding of a STI in a minor.

Key words: Sexual abuse, girls and adolescents, sexual transmission infection.

INTRODUCCIÓN

El abuso sexual y su asociación con las infecciones de transmisión sexual

Según el Informe Mundial sobre la violencia y la salud, realizado por la Organización Mundial y Panamericana de la Salud en el año 2002,¹ se define como violencia al uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de producir lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. La violencia es un fenómeno que suele aparecer en todos los contextos y a todos los niveles, en cualquier estrato social, en cualquier cultura y en cualquier país.²⁻⁴ Dentro de las acciones consideradas dentro de la violencia sexual se incluyen las siguientes.

- Relaciones sexuales bajo coacción en el matrimonio y en citas.
- Violaciones por parte de extraños.
- Violaciones sistemáticas durante conflictos armados.
- Acoso sexual (incluida la petición de favores sexuales a cambio de trabajo o calificaciones escolares).
- Abusos sexuales de menores, prostitución forzada y trata de personas.
- Matrimonios precoces, actos violentos contra la integridad sexual de las mujeres como son la mutilación genital y las inspecciones obligatorias de virginidad.

-Violaciones estando detenidos o encarcelados.

Categorías o formas de manifestación de la violencia

-Abuso físico.

-Abuso psicológico o emocional.

-Abuso sexual.

Se define como abuso sexual a la imposición a niños, niñas o adolescentes inmaduros de actividades sexuales que no comprenden en su totalidad, a las que no pueden dar su CONSENTIMIENTO INFORMADO o que violan tabúes de las relaciones familiares.^{3,5,6} Según la OMS,¹ la mayor parte de las agresiones sexuales tienen como víctimas a mujeres y niñas, son perpetradas por hombres de distintas edades.

Dentro del concepto de abuso sexual se incluyen eventos como el exhibicionismo, caricias y manipulación, visión de los genitales, introducción de objetos o penetración vaginal o rectal, los cuales pueden ser realizados con o sin el uso de la fuerza.^{3,5-8}

El fenómeno del abuso sexual está presente en ambos sexos, aunque es más frecuente en el sexo femenino, puede afectar a cualquier grupo de ciudadanos considerados legalmente como menores de edad, tanto las niñas y niños (0-10 años), como las y los adolescentes (11-19 años). Esta forma de manifestación de la violencia es un fenómeno creciente, convertido en un problema mundial, que abarca formas complejas y afecta a grandes grupos de la población. La violencia sexual contra niños y adolescentes es el más grave maltrato infantil, es un fenómeno social y cultural que atraviesa todos los estratos sociales y culturales, puede considerarse como la peor forma de violación fundamental de los derechos humanos.^{3,9-11}

Problemática actual del abuso sexual

Según diversas publicaciones,^{4,7,12-14} en los Estados Unidos de Norteamérica las adolescentes (15-19 años) y adultas jóvenes (20-24 años) tienen 4 veces más probabilidades de ser sexualmente asaltadas que las mujeres de ningún otro grupo de edad. Reportes policiales de asalto sexual de Baltimore, Maryland (1997-1999) indican que más del 80 % de las personas asaltadas sexualmente eran mujeres menores de 25 años. De manera global las tasas de violencia en citas en las adolescentes varía entre un 20-60 %.¹⁵

América Latina no escapa a esta problemática, en Colombia del total de reportes evaluados en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (1995-2000), el 86,2 % correspondía a mujeres, la mayoría menores de 25 años. En tanto en México de las víctimas atendidas en AVISE (1990-1996) 86,7 % eran mujeres, la mayoría menores de 20 años.³⁻¹⁶ En el Caribe, el 11 % de las mujeres y 9 % de los varones adolescentes reportan haber sido víctimas de abuso sexual, y en Argentina en un estudio sobre el inicio sexual de mujeres adolescentes, el 12,4 % indicó que tuvo su primera relación sexual a una edad que no quería y que la misma ocurrió por razones de violación y/o violencia y un 10,1 % por presión de la pareja.¹⁻³

Epidemiología y patrones del abuso sexual

Se conoce que los casos reportados de abuso sexual constituyen una proporción ínfima de los que realmente tienen lugar, por lo que son considerados únicamente como la punta visible de un *iceberg* cuyo problema mayor permanece oculto.

El abuso sexual se descubre a menudo cuando la niña lo revela a uno de sus padres, un amigo(a), maestro(a) o un profesional de la salud. Esta confesión puede ser intencional o accidental, en ocasiones el primer signo de un incesto prolongado es la aparición del embarazo en una adolescente, aunque la tendencia generalizada es no dar valor inicial a las acusaciones de abuso por parte de niñas y niños, lo cierto es que la mayoría de las veces cuando una niña o niño refiere ser abusado dicen la verdad.^{2,3,9}

Por otro lado, pese a que muchos ofensores no tienen la finalidad de dañar a la víctima, esta casi siempre termina lesionada. El blanco del ofensor infantil son niños de ambos sexos, aunque el abuso es más común en las niñas, en tanto en la mayoría de los casos no se detecta al perpetrador, y cuando esto sucede casi nunca es denunciado.^{2,5,7,13}

Otro elemento importante a considerar es que por lo general, las pacientes nunca acuden a nuestras consultas refiriendo de forma directa haber sufrido un episodio de abuso o haber sido abusadas de forma crónica, casi siempre asisten refiriendo una sintomatología muy diversa e imprecisa, como es la presencia de leucorrea, ardor o dolor genital, sangramiento, amenorrea u otras, ocultando el motivo real que la llevó a nuestra consulta.² Finalmente se conoce que contradictoriamente a la opinión popular, el abuso sexual crónico es mucho más frecuente que el episodio único o aislado, teniendo esta modalidad aún mucha más connotación en las niñas al compararlas con las adolescentes y jóvenes.²

Abuso sexual e ITS

Una de las principales preocupaciones ante el hecho de un abuso sexual es el riesgo de adquirir una ITS. Resulta importante poder distinguir entre las ITS diagnosticadas en la primera consulta y aquellas encontradas durante el seguimiento, esto es puntualmente importante en las adolescentes.^{17,18}

Estudios realizados sobre los perfiles de la violencia doméstica reportan una asociación positiva entre ITS y violencia intrafamiliar, lo cual pudiera relacionarse con las altas tasas de sexo forzado en mujeres, las reducidas posibilidades que tienen estas de negociar la práctica del sexo protegido y uso del condón, así como el poco acceso a consejería y pruebas diagnósticas para ITS y VIH/sida. Existe así mismo una mayor prevalencia de ITS en mujeres que han sufrido violencia en sus relaciones de pareja que en las que no han sufrido de estas.^{10,13,19}

Según diversos reportes, entre un 29 % y un 43 % de los abusos reportados se detectan evidencias de al menos una ITS en la valoración inicial, entre el 2,4 y el 12 % de las víctimas de abuso sexual se les detecta *Neisseria Gonorrhoeae* en la consulta inicial, aceptándose que el riesgo para adquirir gonorrea en niñas víctimas de abuso sexual oscila entre un 6 a un 12 %.^{2,4,14,18,20}

Por otra parte, el antecedente de episodios de abuso sexual durante la niñez se asocia a un riesgo incrementado de infección por PVH y alteraciones citológicas en la adolescencia y juventud, en tanto publicaciones revisadas refieren que después de un episodio de estupro, las tasas de infección por *Chlamydia* se elevan en 16 % y la de vaginosis bacteriana en 19 %.^{7,18,21}

Algunas publicaciones reportan que el riesgo de adquirir una ITS durante un asalto sexual es 6 %-12 % para *Gonorrhea*, 4 % -17 % para *Chlamydia* y 0,5 %-3 % para la sífilis. En el caso del VIH/SIDA en una sola relación el riesgo es de 1 %-2 % para penetración vaginal y 2 %-3 % para penetración anal.^{4,5,7,12,18} Basado en esta información, la Academia Americana de Pediatría elaboró en el año 1991 las Guías para el pesquisaje del abuso sexual en niñas y niños basados en el hallazgo de una ITS, las que mostramos debajo.²⁰

Tabla 1. Guías para el pesquisaje del abuso sexual en niñas y niños basados en el hallazgo de una ITS

ITS Confirmada	Relación con el Abuso Sexual	Acción Indicada
Gonorrea(a)	Seguro	Reportar(b)
Sífilis (a)	Seguro	Reportar
Chlamydia Trac.(a)	Probable (c)	Reportar
Condiloma Acum (a)	Probable	Reportar
Trichomonas Vag.	Probable	Reportar
VHS tipo 1 (genital)	Posible	Reportar (d)
VHS tipo 2	Probable	Reportar
Vaginosis Bacteriana	Incierto	Seguimiento médico
Cándida Albicans	Poco Probable	Seguimiento médico

(a) Cuando no se adquiere por vía perinatal.

(b) Al organismo encargado de recibir reportes de sospecha de abuso sexual

(c) Cultivar solo con método confiable de diagnóstico.

(d) A menos que exista antecedente de auto inoculación.

Ref: American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the evaluation of sexual abuse. Pediatrics 1991; 87: 254.

No obstante lo antes señalado, vale la pena aclarar que entre un 16 y un 90 % de las niñas sometidas a un abuso sexual van a presentar un examen físico normal, esto va a estar íntimamente relacionado con la edad de la paciente, la capacidad, entrenamiento y experiencia del examinador y la definición de lo que se considere normal o anormal según la institución, región o país donde se realice la exploración.

Es muy recomendable en estos casos la utilización del colposcopio, pues permitirá amplificar el himen y la vulva y de esta manera detectar cambios mínimos, además de ofrecernos la valiosísima posibilidad de permitirnos tomar fotografías al momento del examen lo que a su vez facilita poder documentar los hallazgos.

Según la Clasificación de Muram para el examen de víctimas de abuso sexual, el hallazgo de la evidencia de una ITS es considerado como una característica específica que SUGIERE el diagnóstico del abuso.⁵

Otro elemento a tomar en cuenta es que en la exploración se detectan con más frecuencia hallazgos positivos si se realiza en las primeras 72 h (42 % contra 8 %), de igual forma la positividad del examen aumenta en aquellas mujeres que refieren haber tenido sangramiento durante el momento del abuso (46 % contra 8 %).²²

En un estudio publicado en fecha reciente² sobre abuso sexual en niñas y adolescentes encontramos un predominio del abuso crónico frente al episodio único, este estuvo presente en el 100 % de los casos de abusos diagnosticados en niñas, y en el 50,0 % de los diagnosticados en adolescentes, para una incidencia global de 62,5 %.

Respecto al motivo inicial de consulta encontramos un predominio de los síntomas asociados a la infección genital baja tanto en el grupo de niñas como en las adolescentes, el resto de las causas de consulta inicial fueron distintas, pues muchas adolescentes vinieron buscando atención por estar en amenorrea, para diagnóstico y tratamiento de una ITS, en tanto solo 6 adolescentes vinieron a consulta refiriendo de forma directa que habían sufrido un episodio de violación, fueron más sutiles e imprecisos los motivos referidos en las niñas, casi siempre manifestados por las madres o abuelas.

Respecto a los hallazgos encontrados en el examen ginecológico inicial² en ambos grupos estuvo presente una notable incidencia de signos de infección genital baja, con un 87,5 % de incidencia en niñas y un 91,7 % en adolescentes, de las infecciones reportadas en niñas, una de ellas se presentó con un impétigo generalizado de la vulva, de las 22 adolescentes con signos locales de infección genital, 9 presentaron una cervicitis purulenta, en 8 casos se realizó un diagnóstico posterior de vaginosis bacteriana, y en 2 casos se diagnosticó una infección por tricomonas, a lo cual debemos agregarle la alta frecuencia de evidencia de una ITS concomitante, esto estuvo presente en 9 adolescentes con presencia de condiloma acuminado de localización en vulva, vagina y perianales, y 2 con diagnóstico de herpes simple genital, en tanto se encontró un caso de molusco contagioso en vulva en una niña.

Como se evidencia en nuestro estudio y otras publicaciones revisadas^{2,17,18,21,23} existe una alta correlación entre el abuso sexual y el hallazgo de una ITS, a lo que debiera sumársele el hecho de que muchos de los casos de vulvovaginitis y cervicitis purulenta que presentan antecedentes de abuso pudieran tratarse en realidad de una posible infección de transmisión sexual del tipo gonocócica o por clamidias, cuyo diagnóstico se torna a veces complejo en la atención primaria.

Pesquisaje y manejo de las ITS en víctimas de abuso sexual

Debemos tener presente que el examen de las víctimas de abuso sexual debe tener como objetivo principal minimizar la ocurrencia de traumas adicionales, por lo cual debe ser realizado por personal experto con el debido entrenamiento en el manejo de estos casos. Es importante tener presente los antecedentes ginecológicos de estas pacientes, lo cual puede resultar de utilidad para determinar si la ITS es previa o es una consecuencia del o de los episodios de abuso.

Resulta imperativo realizar la toma de muestra para pesquisaje de ITS en toda paciente en la que se sospeche o se refiera el antecedente de abuso sexual. Esto permite iniciar de forma inmediata el uso de antibióticos profilácticos que cubran el espectro más amplio posible, al menos el de aquellas ITS más comúnmente encontradas en la región o país donde tenga lugar el abuso.

Por lo general la trichomoniasis, vaginosis bacteriana (VB), *Gonorrhoea*, y *Chlamydia* son las ITS más frecuentemente diagnosticadas en mujeres jóvenes víctimas de abuso sexual. No obstante, debido a la alta prevalencia de estas ITS entre las mujeres jóvenes sexualmente activas, su diagnóstico posterior a un episodio de abuso no significa necesariamente que la misma se hubiese adquirido como consecuencia de este.

Independientemente de que la ITS sea previa o como consecuencia del abuso, un adecuado y minucioso examen posterior al episodio del abuso es de extrema utilidad pues permite prevenir, o en el peor de los casos diagnosticar y tratar una ITS, evitando de esta forma sus posibles secuelas y daño sobre la salud reproductiva. Esto es particularmente importante para las infecciones por *Chlamydia* y gonorrea, dada las posibilidades de ascenso hacia el tracto genital superior de estos tipos de ITS y el posterior desarrollo de una EPI. Otro elemento importante a considerar en las víctimas de abuso, con independencia de la coexistencia o no de una ITS, es el uso de la anticoncepción de emergencia para prevenir de esta forma la ocurrencia de una gestación indeseada e inoportuna.

Evaluación y manejo de las víctimas de abuso sexual durante la niñez

El hallazgo de una ITS en niñas y niños posterior al período neonatal deberá sugerir siempre la posibilidad de un abuso sexual. Esta asociación puede ser más o menos fuerte en dependencia al tipo de agente o germen identificado. La presencia posnatal de una infección por gonococo, sífilis o VIH (no asociada transfusión o a transmisión vertical) se considera habitualmente como patognomónico de abuso sexual.

Por otra parte se deberá sospechar la presencia de abuso sexual ante la presencia en el niño o la niña de herpes genital.^{24,25} La investigación y manejo del menor en estos casos deberá hacerse siempre por personal debidamente entrenado y calificado en el diagnóstico y tratamiento del abuso sexual infantil.

Se deberá considerar siempre el enorme impacto social que tiene el diagnóstico de una ITS en niños, de igual forma se deberá realizar cuanta investigación y esfuerzo sea necesario con vistas a confirmar el abuso sexual y detectar al abusador. Es una regla general aceptada, que toda ITS diagnosticada en el período posnatal es consecuencia de abuso sexual hasta tanto no se demuestre lo contrario.

No obstante a lo que se ha planteado previamente, debemos aclarar que no siempre esta aseveración es correcta, pues se conoce que algunas infecciones rectales o genitales en niñas, secundarias a infección por *Chlamydia*, pueden estar asociadas a una infección adquirida en fase perinatal y que han podido persistir hasta por 2 a 3 años, algo similar ocurre con la infección por herpes genital en niñas o adolescentes prepúberes sin experiencia sexual previa. Otra posible contradicción pudiera presentarse ante la presencia de verrugas genitales o lesiones de herpes genital en niñas, pues es comúnmente aceptado que estas siempre son el resultado de un abuso sexual, a pesar de lo cual pueden presentarse, aunque es poco común, en niñas y niños que no tienen ningún tipo de evidencia de haber sido abusados.^{26,27} Algo similar ocurre con la vaginosis bacteriana, pues esta ha sido diagnosticada tanto en niñas abusadas como en las no abusadas, por lo que el hallazgo único de una VB en niñas no es concluyente de abuso sexual.

Recomendaciones para la evaluación clínica en las niñas

El examen de una menor en la que se sospecha la posibilidad de un abuso sexual debe de ser practicado con sumo cuidado y delicadeza, debe estar dirigido a minimizar el dolor y el trauma en la menor pero a su vez debe ser lo suficientemente abarcador y profundo para permitir confirmar el diagnóstico.

La toma de muestras de la vagina y recto, se torna en ocasiones muy difícil en estas edades, por lo que debe ser realizada por personal debidamente capacitado, esto reducirá las posibilidades de trauma psicológico y físico en la menor. La

decisión de la toma de muestras para pesquisa de ITS debe realizarse siempre de forma individualizada y basarse en la presencia de situaciones y/o elementos que apunten o sugieran fuertemente la posibilidad diagnóstica de una ITS como serían el hecho de que:⁵

-La niña tiene o ha tenido síntomas y signos que sugieren la posibilidad de una ITS, esto es válido incluso en ausencia de antecedente o sospecha de abuso sexual. Dentro de estos síntomas se incluyen la presencia de flujo vaginal patológico, dolor genital, prurito, irritación y mal olor en los genitales, síntomas urinarios así como presencia de úlceras y otras lesiones vulvares.

-El abusador o la persona que se sospecha como tal posee una ITS conocida o tiene alto riesgo de ITS (múltiples parejas sexuales, uso de drogas, historia de ITS).

-Presencia en el medio familiar de otro niño o un adulto portador de una ITS, así como presencia de una ITS en algún niño muy cercano.

-Que la niña o el familiar solicite ser estudiado.

-Existencia de una alta prevalencia de ITS en la comunidad donde radica.

-Evidencia de penetración o eyaculación a nivel genital, oral o anal.

Se deberá pesquisar la presencia de otras ITS comunes antes de iniciar cualquier tipo de tratamiento que pudiera interferir el diagnóstico, esto es puntualmente válido en caso de que la niña presentara síntomas o signos, o tuviese evidencias de una infección que pudiera tener una etiología de transmisión sexual. Debido a las consecuencias legales y psicológicas de los resultados falsos positivos, solo se recomienda la realización de exámenes que muestren una alta especificidad, las muestras para estudios deberán ser tomadas siempre con anterioridad al comienzo del tratamiento antimicrobiano.

La selección del momento para la toma de muestras estará en dependencia de la historia del episodio del abuso, si es un abuso crónico podrá ser tomada de inmediato, en caso de episodio único se tendrá en cuenta cuán reciente ocurrió, pues está descrito que si estas se toman en fecha muy reciente puede que no exista suficiente presencia de microorganismos en la muestra y por tanto se produzcan resultados falsos negativos.

Recomendamos de igual forma realizar una segunda consulta de seguimiento a las dos semanas de ocurrido el último episodio abusivo la cual deberá incluir la repetición de un examen físico completo y la toma de muestras para estudio de una posible ITS.

Con vistas a esperar el tiempo necesario para que se produzca el desarrollo de anticuerpos y los test serológicos se hagan positivos, se recomienda realizar una tercera consulta de seguimiento a las 12 sem de haberse producido el último episodio de abuso sexual. Solamente en los casos de abuso crónico por períodos prolongados de tiempo podría ser suficiente la realización de un examen y tomas de muestra única, no precisa de seguimiento ni repetición de los estudios para el pesquiasaje de ITS.

Programación y pasos a cumplimentar en la consulta inicial y la de seguimiento y reevaluación a las 2 semanas

Durante el desarrollo de estas consultas deberán realizarse las siguientes acciones:

-Inspección y visualización de los genitales, región perianal y la boca, en búsqueda de la presencia de secreción o leucorrea anormal, fetidez, sangramiento y lesiones traumáticas, irritación a nivel local, así como la presencia de úlceras y lesiones verrugosas.

-Tener presente que las manifestaciones clínicas de las ITS durante la niñez pueden ser diferentes a las del adulto. Un ejemplo de ello está dado por el herpes simple genital, pues las lesiones vesiculares típicas de esta infección en adultos pueden no manifestarse como tal en las niñas infectadas por el VHS.

-Tomar muestras de secreciones genitales para realizar estudio del extendido en fresco en busca de tricomonas, VB, monilias y otras.

-Se debe proceder a la toma de muestras para cultivo y diagnóstico de *Neisseria Gonorrhoeae* (NG), estas deberán ser tomadas de la vagina, ano y faringe. En casos de niñas en etapa prepuberal no se recomienda la toma de muestras del cérvix, la cual si está indicada en las adolescentes y adultas. Deberán utilizarse solamente cultivos que se hallen debidamente estandarizados y avalados para *N. gonorrhoeae*.

-El Test de Gram resulta inadecuado en la evaluación de niñas y adolescentes prepúberes, y no debe ser considerado para el diagnóstico de exclusión de la gonorrea.

-Se debe siempre que sea posible, tomar muestras para cultivo de *Chlamydia Trachomatis*, estas deberán ser tomadas de vagina y ano, hasta la fecha no existen reportes que avalen la utilidad de la toma de muestra de la orofaringe para el estudio de infección por *chlamydias*. Al igual que en la pesquisa de la gonorrea, solo se recomienda la realización de cultivos debidamente estandarizados.

-En casos de abuso crónico por tiempo prolongado se deberá proceder a la toma de muestra de sangre para estudios serológicos de infección por VIH, hepatitis B u otras similares.

Diagnóstico y manejo de la infección gonocócica en niñas

El abuso sexual es la causa más frecuente del hallazgo de infección vaginal gonocócica en niñas y adolescentes premenárquicas. De igual forma es común encontrar entre las niñas abusadas la presencia de infección gonocócica a nivel de orofaringe y región anorectal, las que la mayoría de las veces transcurren de forma asintomática.^{7,17,18,20,22,23,28}

Dadas las posibles implicaciones legales del diagnóstico de una infección gonocócica en niñas, se debe de tener un extremo cuidado antes de confirmar esta posibilidad diagnóstica. Por lo general se recomienda tomar muestras de vagina, orofaringe y recto, con vistas a realizar cultivos estándar para aislar la NG, de igual forma resulta recomendable la combinación de los cultivos con la realización de otros test de gran valor diagnóstico. Con relación al tratamiento vale la pena insistir en la recomendación de evitar el uso de las quinolonas en edades pediátricas y en adolescentes menores de 17 años, por el posible efecto negativo de las mismas sobre el cartílago de las articulaciones y el desarrollo óseo en general.

De manera general y ante el hallazgo de una infección gonocócica no complicada a nivel de vulva, vagina, cérvix, uretra, orofaringe o recto en niñas con un peso inferior a los 45 Kg, se recomienda la utilización de la ceftriaxona en dosis única de 125 mg IM. Otros posibles regímenes alternativos serían la utilización de la espectinomicina en dosis única de 40 mg/kg no sobrepasando nunca la dosis máxima de 2 g.²⁹

En caso de que a una niña con peso menor a los 45 kg se le añada a la infección gonocócica la evidencia de bacteriemia o artritis, se recomendará entonces el uso de la ceftriaxona en dosis diaria de 50 mg/kg por siete días, aclarándose que no se debe sobrepasar la dosis de 1 g por día. Este mismo esquema resulta válido para aquellas niñas con peso superior o igual a los 45 Kg.

Por lo general, si se utilizan adecuadamente los antibióticos antes recomendados no se precisa de seguimiento o cultivo posteriores, esto solo sería necesario si por diversas razones se utilizara Espectinomicina en lugar de ceftriaxona.

Es importante resaltar que toda menor en la que se confirme una infección gonocócica debe ser sometida a pesquisarje diagnóstico para sífilis, chlamydia trachomatis y VIH.²⁹

Evaluación y manejo de las víctimas de abuso sexual en adolescentes y adultas

Es criterio prácticamente unánime^{13,21,25,28} el hecho de que el examen inicial de estas pacientes deberá incluir siempre que sea factible la realización de los siguientes test diagnósticos:

- Toma de muestras para cultivos de *N. gonorrhoeae* y *C. Trachomatis*, estos deben ser tomados preferentemente del sitio de penetración o mayor contacto con los genitales del agresor.

- Test de amplificación de ácidos nucleicos, estos test ofrecen como ventaja una mayor sensibilidad.

- Si el test de amplificación de ácidos nucleicos fuese positivo, se recomienda entonces confirmar el diagnóstico mediante la realización de pruebas más complejas como serían los anticuerpos fluorescentes y otras similares.

- Estudio del exudado vaginal en fresco con vistas a diagnosticar infecciones por tricomonas, vaginosis bacteriana y moniliasis.

- Toma de muestras de sangre para estudio de HIV, hepatitis y sífilis.

A pesar de lo complicado que puede tornarse para las víctimas de abuso sexual, es muy recomendable repetir el examen físico y los test para pesquisa de ITS, entre 1 y 2 sem posteriores al examen inicial. Este segundo examen es esencial, pues permite detectar la presencia de infecciones que pasaron por alto durante el primer examen, lo cual puede producirse, sobre todo, cuando el examen es inmediatamente posterior a la ocurrencia del asalto, pudiéndose dar el caso de que los gérmenes adquiridos durante el asalto no hayan alcanzado suficientes concentraciones en la víctima como para ser detectados en los exámenes iniciales. De igual forma este segundo contacto es una excelente oportunidad para completar la inmunización contra la hepatitis B, en caso de estar indicada, así como para completar el tratamiento y la consejería para otras posibles ITS.

En aquellas pacientes en las que se hubiese indicado tratamiento antibiótico en la primera consulta, ya sea este profiláctico o terapéutico, solo estará indicado repetir los exámenes ante la presencia de síntomas. Si no fueron indicados los antibióticos durante la primera consulta, se precisa entonces acortar el período entre esta y la segunda consulta, con vistas a evaluar los resultados de los test realizados e iniciar el tratamiento antibiótico. Los test serológicos para el pesquiasaje de sífilis y HIV deberán repetirse a su vez a las 6, 12, y 24 sem posteriores, esto es puntualmente importante para aquellas víctimas con resultados negativos en la evaluación inicial.

Tratamiento profiláctico

La profilaxis de las ITS resulta de vital importancia en los casos de víctimas de abuso sexual, esta puede ir desde la indicación de vacunas, como es el caso de la hepatitis B, hasta el uso de antimicrobianos. Existe un criterio favorable relativo a la utilización del tratamiento antibiótico profiláctico en todas las víctimas de abuso sexual. Este enfoque tiene múltiples fundamentaciones, una de ellas y quizás la más importante, está dada por la elevada frecuencia con que las víctimas de abuso sexual abandonan las consultas de seguimiento, otra posible razón estaría dada por la reducción de los riesgos que pudieran presentarse en caso de dilatarse, aunque sea por pocos días, el inicio del tratamiento.

A continuación se muestran algunas recomendaciones relativas al manejo profiláctico:^{17,23,29}

-Vacunación inmediata contra la Hepatitis B, esta vacuna debe administrarse a la víctima al momento de su consulta inicial, siempre y cuando no haya sido vacunada con anterioridad, deberán administrarse dosis adicionales entre 1 a 2 y 4 a 6 meses posteriores a la primera dosis.

-Tratamiento antimicrobiano empírico que cubra un amplio espectro y que resulte efectivo para *chlamydia*, *gonorrhoea*, *tricomonas* y vaginosis Bacteriana.

Regímenes más recomendados:

Combinaciones de Antibióticos.

1.- Ceftriaxona 125 mg IM dosis única más metronidazol 2 g oral dosis única más azitromicina 1 g oral.

2.- Ceftriaxona 125 mg IM dosis única más metronidazol 2 g oral dosis única doxiciclina 100 mg oral cada 12 h por 7 d.

De igual forma deberá informarse a las víctimas sobre los síntomas más comunes de las ITS y sobre todo respecto a la necesidad de acudir de inmediato a consulta de presentarse estos, de igual forma se debe de recomendar que se mantengan abstinentes hasta que se haya completado el tratamiento profiláctico para las ITS.

Abuso sexual y riesgo de infección por el HIV/SIDA

A pesar de que se han reportado casos de personas seropositivas en quienes el único factor de riesgo identificado ha sido el antecedente de un episodio de abuso sexual, existen suficientes evidencias que indican que la posibilidad de adquirir la infección por el VIH después de un episodio único de abuso sexual es realmente baja.^{8,18,30} Esta posibilidad pudiera elevarse en relación con algunas circunstancias en torno al suceso del abuso, como serían el tipo de contacto sexual (oral, vaginal,

rectal), presencia de trauma y sangramiento durante la relación, sitio en que tiene lugar la eyaculación, carga viral en el eyaculado, así como presencia de otras ITS tanto en el agresor como en la víctima. Otro elemento importante a considerar es que el riesgo de transmisión de la infección por VIH es mayor cuando las víctimas son niñas y niños, pues en estas edades resulta mucho más frecuente la ocurrencia de traumas y laceraciones en las mucosas.

Por otra parte en algunas circunstancias, la posibilidad potencial de transmisión de la infección por el VIH se ha visto disminuida por el uso de agentes antiretrovirales profilácticos en las víctimas de abuso sexual. Estudios realizados al efecto (8) han demostrado que el uso de la zidovudina (AZT) inmediatamente posterior a el episodio del abuso se ha asociado con una reducción del riesgo de la infección por el VIH. Como consecuencia de esto se ha recomendado el uso profiláctico del AZT para la profilaxis de las víctimas de abuso sexual, sobre todo cuando las características de la relación son favorables para la transmisión del VIH, y/o el abusador es VIH positivo o tiene alto riesgo de serlo, también pudiera evaluarse utilizar esta terapia cuando se desconoce al abusador.

En aquellos casos en los que se decida recomendar el uso de la terapia antiretroviral profiláctica, se deberá ofrecer a la paciente la siguiente información:

- a) No se conoce con certeza la eficacia de este esquema, el cual sí posee cierto grado de toxicidad.
- b) Necesidad de un seguimiento médico continuo.
- c) La importancia del estricto cumplimiento del tratamiento indicado.
- d) Necesidad de iniciar el tratamiento lo más pronto posible con vistas a maximizar su efectividad (siempre antes de las 72 h posteriores al asalto).

Finalmente se les debe comentar que a pesar de que la experiencia es limitada, hasta la fecha los reportes indican que resulta bien tolerada tanto en adultos como en niños, así como que los efectos adversos son raros.

CONSIDERACIONES FINALES

Como se ha evidenciado en el transcurso del presente artículo, existe una íntima relación entre la ocurrencia de abuso sexual y la presencia de una o más ITS, esto ha motivado la recomendación de pesquisar siempre la presencia de una ITS en todas las víctimas de abuso sexual, de igual forma se hace necesario recomendar a los proveedores de salud que tengan siempre presente la posibilidad de un abuso sexual crónico ante el hallazgo de la presencia de una ITS en una menor, solo así seremos capaces de realizar un diagnóstico y tratamiento temprano y cumplir con el objetivo de prevenir la ocurrencia de daños irreversibles a la salud o al menos minimizar sus posibles secuelas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS/OPS. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington DC: OMS/OPS; 2002.
2. Peláez JM. Abuso sexual en niñas y adolescentes. Experiencias de 10 Años. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2009; 35(1).
3. Machado Rodríguez H. Maltrato y abuso sexual a niñas y adolescentes. En: Peláez J. (editores). Ginecología pediátrica y de la adolescente. Temas para el médico de familia. Capítulo XXII. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2007.
4. American Professional Society on the Abuse of Children. Sexual abuse of children. In: Myers J, Berliner L, Briere J, Hendrix C, Jenny C, & T. Reid (eds). The APSAC handbook on child maltreatment. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage; 2001. p. 55-78.
5. Emans SJ. Abuso Sexual. En: Emans SJ, Laufer MR, Goldstein DP. (editores). Ginecología en Pediatría y la Adolescente. Capítulo 20. 4ta ed. México DF: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
6. Hibbard RA. Sexual Abuse. In: McNarney E, Kreipe R, Orr D, Comerci G. (editor). Textbook of Adolescent Medicine. Chapter 119. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1992.
7. Halperin DS, Bovier P. Prevalence of child sexual abuse among adolescents in Geneva. Results of a cross-sectional survey. BMJ. 1996; 312: 326-29.
8. Made CS, Trace S, Kershaw T, Hansen NB, Sikkema KJ. Long-Term Correlates of Childhood Abuse among Adults With Severe Mental Illness: Adult Victimization, Substance Abuse, and HIV Sexual Risk Behavior. In: AIDS and Behavior, Medscape Ob/Gyn & Women's Health. [cited 2009 Jun 24]. Available from: <http://www.medscape.com/viewarticle/590400>
9. Acosta Tiele N. Abuso Sexual. En: Maltrato Infantil. Prevención. Capítulo 15. 3ra ed. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2007.
10. Ferdinand DL. Dimensionando la violencia sexual en las Américas. (Resultados preliminares). Ponencia. Reunión de expertos sobre Alternativas de atención en el sector salud para mujeres sobrevivientes de violencia sexual. OPS/OMSIPAS, Washington D.C; 2005 2-4 Agosto.
11. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Humano (PNUD). Informe sobre el desarrollo humano; 2006. Disponible en: <http://www.undp.org/spanish/>
12. Barclay L. Consequences of Childhood Sexual Abuse Similar for Both Sexes. Am J Prevent Med. 2005; 28: 430-8.
13. Howard DE, Wang MQ. Risk Profiles of Adolescent Girls Who Were Victims of Dating Violence. Adolescence. 2003; 38: 1-14.
14. Muram D, Elias S. Child sexual abuse genital tract findings in prepubertal girls. II. Comparison of colposcopic and unaided examinations. Am J Obstet Gynecol. Feb 1989; 160(2): 333-5.
15. US Department of Health and Human Services. Administration for Children and Families. Child Maltreatment 2005 US Department of Health and Human

Services. [web site]. [accessed 2008 Mar 20]. Available from:
<http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/pubs/cm05/cm05.pdf> .

16. Faura S, Javier F. Promoción del buen trato y prevención del Maltrato Infantil. Guías Clínicas SEMFYCEspaña. 2001; 1(15).

17. Adams JA, Kaplan RA, Starling SP, Mehta NH, Finkel MA, Botash AS, et al. Guidelines for medical care of children who may have been sexually abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. Jun 2007; 20(3): 163-72.

18. Hammerschlag MR. Sexually transmitted diseases in sexually abused children: Medical and legal implications. *Sexually Transmitted Infections*. 1998; 74: 167-74.

19. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Violencia por motivos de género. Un precio demasiado alto, Capítulo 4. En: *Estado de la Población Mundial*. UNFPA; 2005.

20. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the evaluation of sexual abuse. *Pediatrics*. 1991; 87: 254.

21. Doerfler Diana. Prevalence of subclinical HPV infections in girls prior to sexual activity. *Am J Obstet Gynecol*. 2009; 200: 487.e1-487.e5.

22. Kellogg N. The evaluation of sexual abuse in children. *Paediatrics*. 2005; 16(2): 506.

23. Berkowitz CD. *Diagnostic and Treatment Guidelines on Child Sexual Abuse*. New York: IPPF/AMA; 1992.

24. Armstrong GL, Schillinger J, Markowitz L, Nahmias AJ, Johnson RE, Mc-Quillan GM, et al. Incidence of herpes simplex virus type 2 infection in the United States. *American Journal of Epidemiology*. 2001; 153: 912-20.

25. Auslander BA, Biro FM, & Rosenthal SL. Genital herpes in adolescents. *Seminars. Pediatric Infectious Diseases*. 2005; 16: 24-30.

26. Hornor G. Ano-Genital Warts in Children: Sexual Abuse or Not? In: *Journal of Pediatric Health Care, Medscape Ob/Gyn & Women's Health*, published on 07/26/2004. Available from: <http://www.medscape.com/viewarticle/483621>

27. Richard Reading R, Rannan-Eliya Y. Genital Herpes in Children May Not Necessarily Indicate Sexual Abuse. *Arch Dis Child*. 2007; 92: 608-13.

28. Siegel RM, Schubert CJ, Myers PA, Shapiro RL. The prevalence of sexually transmitted diseases in children and adolescents evaluated for sexual abuse in Cincinnati: rationale for limited STD testing in prepubertal girls. *Pediatrics*. Dec 1995; 96(6): 1090-4.

29. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2006. *MMWR*. 2006; 55: 1-84.

30. Palusci VJ, Palusci JV. Screening tools for child sexual abuse. *J Pediatr (Rio J)*. Nov-Dec 2006; 82(6): 409-10.

Recibido: 18 de octubre de 2009
Aprobado: 30 de octubre de 2009

Dr. *Jorge Peláez Mendoza*. Centro Internacional de Retinosis Pigmentaria "Camilo Cienfuegos". Calle L N° 151 e/ Línea y 13. Vedado. La Habana, Cuba. Teléfono: 833 3538 ext. 211. Correo electrónico: drjpelaez@retina.sld.cu