

Abuso sexual (prevención de las infecciones de transmisión sexual).

Francisco José Sanz Santaefemia^a [sanzsantaefemiafj@gmail.com], **M.^a Esther García Talavera^b**, **Fernando Sánchez Perales^c**.

^a Pediatra. Hospital Infantil Univesitario Niño Jesús, Madrid. ^b Médico de Familia. CS Lain Entralgo [Dirección Asistencial Oeste], Alcorcón. Madrid. ^c Hospital Universitario de Torrejón. Torrejón. Madrid

Fecha de actualización: 18/01/2020

Guía_ABE_Abuso sexual (profilaxis de las infecciones de transmisión sexual) (v.2/2020)

Cita sugerida: Sanz Santaefemia FJ, García Talavera ME, Sánchez Perales F. Abuso sexual (prevención de las infecciones de transmisión sexual) (v.2/2020). Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 18/01/2020; consultado el dd/mm/aaaa]. Disponible en <https://guia-abe.es/>

Introducción / puntos clave

El abuso sexual infantil (ASI) se define como la "implicación de niños y adolescentes en actividades sexuales que desconocen, para las que no han dado su consentimiento, violando patrones sociales típicos de comportamiento y la normativa legal". Puede estimarse una incidencia anual de un 1%, alcanzando una prevalencia acumulada a los 18 años de edad de un 15% en niñas y un 8% en niños según algunas fuentes. Quien sufre la agresión suele ser mujer de 8-12 años. El perfil del abusador suele ser varón (80%) y conocido por la víctima (90%).

En el ASI se pueden incluir distintas formas de actividad sexual, con contacto físico o no¹. Así mismo, las consecuencias del ASI alcanzan a todas las áreas de la salud. Sin embargo, el objetivo de este texto se centra especialmente en el riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual (ITS) y su prevención, cuando el ASI se ha producido con contacto físico.

Se considerará ASI confirmado si hay evidencias forenses o por el diagnóstico de una ITS, una vez excluida la transmisión vertical o por objetos contaminados.

En último término, además de la atención médica inmediata según requiera la situación se debe garantizar el seguimiento posterior (Pediatría, Salud Mental y Trabajo social) desde el ámbito de la salud con acciones coordinadas y eficaces, a fin de garantizar la protección de la víctima.

Cambios más importantes con respecto a versión anterior: 1. Redacción de algunas frases respecto a signos de ASI, actitud inicial ante la sospecha o recogida de muestras biológicas que pudieran llevar a equívoco. 2. Ajuste de pautas antibióticas para prevención de ITS acordes a recomendaciones más recientes. 3. Tablas microbiología y riesgo temporal de contraer ITS. 4. Actualización bibliográfica.

¿Cómo reconocer el ASI?	
Modos de presentación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A iniciativa del propio paciente o su familia/cuidadores ▪ Tras sospecha en el medio escolar/trabajo social ▪ A petición judicial a través de los servicios de urgencias ▪ Hallazgo o sospecha en una consulta por cualquier otro motivo



¿Cómo reconocer el ASI?	
Indicadores y signos de sospecha genéricos e inespecíficos ²	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Físicos: signos vulvares³, anales⁴; síntomas miccionales (disuria, urgencia); ITS; embarazo ▪ Psicossomáticos: dolor abdominal, migraña, encopresis, enuresis, rechazo escolar. ▪ Emocionales/comportamiento: dificultades para conciliar el sueño, trastornos aprendizaje, de conducta alimentaria, psiquiátricos (ansiedad, depresión), actividad sexual impropia para edad del paciente
Signos ano-genitales altamente sospechosos ⁵	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Muy sugerentes: fusión labial no irritativa aumento diámetro himen o muescas, abrasiones-edema de vulva y en horquilla posterior, hiperlaxitud anal, fisuras anales profundas, incontinencia esfínter, elasticidad aumentada del ano ▪ Definitivos: laceración extensa del himen, horquilla vulvar posterior desgarrada con forma de lágrima, gran ampliación del diámetro himeneal (discutible por la variabilidad de éste), embarazo, cicatriz-desgarro anal, prolapso mucoso anal
Descartar otras posibles causas distintas al ASI: traumatismo accidental, variaciones anatómicas, transmisión vertical o a través de fómites ⁶	

Actitud inicial ante la sospecha de ASI
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El niño con sospecha de haber sufrido ASI en las 72 horas precedentes (o si presenta hemorragias o lesiones en momento de consulta) requiere atención inmediata⁷ ▪ Anamnesis (del acompañante y paciente, por separado, si es posible) ▪ Según el tipo de abuso sospechado y sólo si es necesario, hacer una inspección visual del área dañada buscando lesiones que pudieran requerir un tratamiento urgente por suponer un riesgo cierto inmediato para la vida del niño. En todo caso se hará tratando de no perder o alterar posibles evidencias forenses. Si una inspección visual somera descarta este tipo de lesiones, abstenerse de cualquier manipulación física sobre el niño o las prendas de ropa u objetos que porte. En el resto de situaciones en las que no se identifica riesgo vital, se derivará a Urgencias del Hospital para exploración específica. ▪ Comunicar el hecho a las autoridades judiciales según los protocolos locales establecidos ▪ La exploración física⁸ deberá llevarse a cabo por el médico forense o con su presencia y bajo su tutela. Deben describirse con detalle los signos observados. El examen forense incluye la recogida de las muestras biológicas oportunas en cada caso, asegurando la cadena de custodia de éstas.

Recogida de muestras forenses ante la sospecha de ASI⁹		
TIPO DE TOMA	ZONA CORPORAL A REALIZAR	OBJETIVO DE LA MUESTRA
HISOPO SECO ESTERIL	Vaginal, Anal y Oral	Búsqueda espermatozoides. Si eyacuación hisopo irá en tubo con suero estéril
LAVADOS	Vaginal, Anal y Oral	Cierre hermético. 10 ml SSF estéril
SECRECIONES SECAS	Piel o ropa de la víctima	Investigar semen (con luz de Wood)



PELOS O CABELLOS	Zonas pilosas, recogida de pelo y peinado púbico	Ante duda de pertenecer a "agresor"
TEJIDO COMPLETO	Uñas, diente (si mordiscos)	Encontrar restos biológicos del "agresor"
ROPAS	De la víctima	Tal como vienen a centro sanitario, separar en bolsas hermética diferentes.

Características de las ITS y probabilidad de ASI			
Microorganismo	Periodo incubación	Probabilidad de ASI tras el diagnóstico de la infección	Transmisión vertical madre-hijo
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	2-7 días	Alta	Posible en < 6 meses de edad
<i>Chlamydia trachomatis</i>	1-3 semanas	Media (alta en niños > 3 años de edad)	Posible en < 3 años de edad
VHS	1-2 semanas	Media	Posible en < 3 meses de edad
<i>Trichomonas vaginalis</i>	1-4 semanas	Alta	Posible en < 6 meses de edad
VPH	≥ 1 mes	Baja	Posible en < 2 años de edad
Sífilis	< 3 meses	Alta	Debe ser excluida
VIH	< 3 meses	Media-alta	
VHB	< 3 meses	Media	

Pruebas microbiológicas complementarias¹⁰		
¿En qué casos?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ASI con contacto físico ▪ Presencia de síntomas de ITS 	
Mayor riesgo de ITS ¹¹	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ha habido penetración por cualquier vía¹² ▪ Menor edad ▪ Agresor desconocido, agresor conocido y con riesgo de ITS, agresores múltiples ▪ Agresión reciente 	
Tipos de estudios y muestras		Repetir
Microbiología	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exudado faríngeo, vaginal, uretral y rectal para investigar: <i>Neisseria gonorrhoeae</i>, <i>Trichomonas</i> 	2 semanas después ¹³



Pruebas microbiológicas complementarias ¹⁰			
	<i>vaginalis</i> (solo frotis vaginal o rectal) <i>Chlamydia trachomatis</i>		
	<ul style="list-style-type: none"> Si hay lesiones ulcerosas (genital, recto): frotis con torunda para VHS 		
Serología	<ul style="list-style-type: none"> Suero para investigar 	Sífilis	3 meses después ¹⁴
		VHB ¹⁵	2, 4 y 6 meses después
		VIH, VHC	

Indicaciones de derivación o ingreso hospitalario
<ul style="list-style-type: none"> Para recoger las muestras microbiológicas, preferentemente en primeras 72 horas, incluso con sedación si fuera necesario. Lesiones que necesiten tratamiento hospitalario Necesidad de protección del menor si el entorno familiar no la garantiza Afectación psicológica importante

Tratamiento antimicrobiano empírico ¹⁶		
Indicaciones	<ul style="list-style-type: none"> Casos en los que se ha realizado la toma de muestras microbiológicas, o petición propia del paciente o familia Menos de 72 horas desde la agresión Petición del paciente o su familia 	
Pauta	Ceftriaxona + azitromicina +/- metronidazol ¹⁷	
Dosis	Ceftriaxona	<ul style="list-style-type: none"> 500 mg, IM, dosis única (cualquier edad) Otra opción: Cefixima 8 mg/kg/d VO si abuso anal o sospecha proctitis
	Azitromicina	<ul style="list-style-type: none"> 1 gr en mayores (15 mg/kg en < 25 kgr), VO, en dosis única Alternativa: doxiciclina 100mg/12 h VO durante 7 días (en > de 8 años), en menores valorar cuidadosamente Eritromicina 40 mg/kg/d 1 semana
	Metronidazol ¹⁷	<ul style="list-style-type: none"> Metronidazol 2g VO monodosis, > 15 a (15 mg/kg/dosis bid 7 d en >14)

Profilaxis VIH¹⁸

Edad < 12 años (existe presentación en suspensión pediátrica), asociación de:

- Emtricitabina (FTC; Emtriva®): 6 mg/kg/24horas (dosis máxima: 200 mg/24 horas)
- Zidovudina (ZDV, AZT; Retrovir®): 4 mg/kg/12horas (dosis máxima: 300 mg/12 horas)
- Lopinavir/ritonavir (LPV/r; Kaletra®): <15 kg: 12mg/kg LPV / 3mg/kg RVC cada 12 horas.
- 15-40 kg: 10mg/kg LPV/2,5mg/kg RV cada 12 h (dosis máxima: 400mg-100mg/12 horas.



Adolescentes (12 años o más) asociación de:

- Emtricitabina/tenofovir/ (FTC/ TDF, Truvada®): 1 comprimido (200 mg/245mg) al día.
- Raltegravir (RAL, Isentress®): 1 comprimido de 400 mg dos veces al día.

Duración total del tratamiento 4 semanas, pese a negatividad de primera PCR

Otras medidas a considerar

- Revisar estado vacunal (tétanos, VHB); considerar Ig específica e inmunización en no vacunados:
 - Ver en <https://guia-abe.es/>: “Infecciones de la piel y partes blandas (II): heridas (tratamiento, profilaxis general y antitetánica)” y “Pinchazo accidental y otras exposiciones a virus por vía parenteral”
- Consideraciones sociales:
 - Complimentar la Hoja de notificación riesgo y maltrato infantil de la Comunidad de Madrid por triplicado para IMMF (Instituto Madrileño del Menor y la Familia) y Juzgado correspondiente.
- Actuaciones legales con contenido judicial futuro:
 - Completar el “Parte (de lesiones) al Juez de Guardia” siempre que se objetiven lesiones físicas o psicológicas derivadas del abuso INDEPENDIENTEMENTE de haber realizado la acción anterior. Se enviará por FAX al Juzgado de Menores.
- Anticoncepción de emergencia: levonorgestrel 1,5 mg dosis única, VO o Acetato ulipristal 30 mg monodosis.
- Asegurar el seguimiento posterior en consultas: medicina preventiva/pediatría social, pediatra de cabecera, salud mental y servicios sociales (si es posible en unidades especializadas en la atención a niños o adolescentes víctimas de delitos sexuales)

Referencias bibliográficas

- American Academy of Pediatrics. Sexually transmitted diseases. In: Red Book®2018 Comité sobre Enfermedades Infecciosas; American Academy of Pediatrics; David W. Kimberlin; Michael T. Brady; Mary Anne Jackson; Sarah S. Long.
- Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes. GeITS. Disponible en: <https://seimc.org/contenidos/gruposdeestudio/geits/pcientifica/documentos/geits-dc-ITS-201703.pdf> [Consultado el 18 de enero 2020]
- Jiménez M.T., Aragón J., Hurtado F., Loño, J. Abuso sexual infantil: desafío multidisciplinar. Un abordaje integral del problema para mejorar su detección y la atención a la víctima. Acta Pediatr Esp. 2013; 71(10): 302-14.
- Kellogg N, Committee on Child Abuse and Neglect (AAP). The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics*. 2005;116:506-12.
- Kellogg N, Parra JM, Menard S. Children with anogenital symptoms and signs referred for sexual abuse evaluations. *Arch Pediatr Adolescent Med*. 1998;152:634-41.
- Kimberly A. Workowski, MD and Gail A. Bolan, MD. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. *MMWR Recommendations and Reports June 5, 2015 / 64(RR3);1-137*.
- Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. <https://www.boe.es/boe/dias/2015/03/31/pdfs/BOE-A-2015-3439.pdf>
- Lirio J, Campo A, García J. Abuso sexual. En: Domínguez G, Molina JC, de la Torre M, eds. Manual de urgencias pediátricas. Madrid: Ergon; 2009. p. 781-92
- Orden JUS/1291/2010 sobre normas para la remisión y preparación de muestras al INCF. <https://www.boe.es/boe/dias/2010/05/19/pdfs/BOE-A-2010-8030.pdf>.
- Sanz Santaefemia FJ, Garcia Talavera ME, Jiménez García R. Enfermedades infecciosas y de transmisión sexual en el adolescente. *2018;12(61):3577-87*



Referencias bibliográficas

- Thomas A, Forster G, Robinson A, **et al.** National guideline for the management of suspected sexually transmitted infections in children and young people. Arch Dis Child. 2003;88:303-11.

Abreviaturas: **ASI:** abuso sexual infantil. **HB:** hepatitis B. **IM:** vía intramuscular. **ITS:** infección de transmisión sexual. **IV:** vía intravenosa. **VHB:** virus de la hepatitis B. **VHC:** virus de la hepatitis C. **VHS:** virus herpes simple. **VIH:** virus de la inmunodeficiencia humana. **VO:** vía oral. **VPH:** virus del papiloma humano.

Notas aclaratorias

- ¹ Formas de ASI sin contacto: exhibicionismo, explotación sexual, *voyeurismo* u obligación no consentida de presencia en actividades sexuales de adultos. Para considerar ASI como tal deben concurrir: la amenaza de consecuencias en caso de resistencia basada en la autoridad física, psíquica o moral que el abusador posee (coerción) y una asimetría etaria o asimetría en número.
- ² Los síntomas referidos son en general inespecíficos. Enfocarlos en la dirección del ASI requiere la concurrencia de otros factores o indicadores de riesgo y deben ser, en general, valorados con prudencia. Las formas de presentación son cambiantes y además de signos específicos existen multitud de aspectos sutiles que hacen necesario un alto índice de sospecha. Se debe interrogar de manera orientada, pero no dirigida. La responsabilidad primaria del pediatra ante la duda es proteger al menor.
- ³ Abrasión genital de labios, rotura de la horquilla vulvar posterior, ausencia del himen en la zona posterior, herida en la fosa navicular vulvar.
- ⁴ Sangrado, dolor durante la defecación, prurito o eritema anal, laceraciones y desgarros de los márgenes del ano.
- ⁵ En comparación con los genitales externos normales: Valorar grandes alteraciones en himen o vulva. Otros signos inespecíficos: eritema o congestión vulvar, piel perineal friable, secreción vaginal, fusión de labios vulvares.
- ⁶ También el contacto directo no sexual o incluso la autoinoculación no intencionada.
- ⁷ En los demás casos la atención puede demorarse hasta poder hacer una evaluación completa en el entorno y con profesionales con experiencia y medios, siempre que no exista riesgo o amenaza del presunto agresor.
- ⁸ Una exploración física normal no excluye el ASI.
- ⁹ La toma de muestras en general será llevada a cabo por el médico forense o bajo la tutela de éste.
- ¹⁰ Tener en cuenta, sin prejuzgar, los hábitos sexuales del/la adolescente.
- ¹¹ Peticiones para descartar ITS (PCR o serologías) en Adolescente SIEMPRE y para prepúberes en caso de hallazgos físicos que indiquen penetración, presencia de flujo vaginal, cambios en la región genital, cuando lo solicite la familia, en caso de agresor desconocido o múltiple y/o cuando no se puede garantizar el seguimiento. Las muestras recogidas en las primeras 48 horas tras la exposición pueden dar resultados falsos negativos.
- ¹² Penetración peneal sin preservativo: Riesgo elevado tanto en rectal, vaginal como oral.
- ¹³ Si no se ha administrado profilaxis, las muestras deben repetirse 2 semanas después.
- ¹⁴ Antes (2-4 semanas) si agresor con alto riesgo o de entornos sociales con alta prevalencia de la enfermedad.
- ¹⁵ Si está documentada la vacunación completa y la respuesta inmune (Ac-antiHBs \geq 10 UI/l) no es necesario hacer una nueva serología.
- ¹⁶ Indicado en los casos en los que se ha estimado necesaria la toma de muestras microbiológicas.
- ¹⁷ Realmente se trata de tratamiento, no prevención; usar sólo si se demuestra la presencia de *Trichomonas vaginalis* en la víctima o el agresor.



¹⁸ Individualizar según riesgo de transmisión y decisión consensuada con la familia. Debe administrarse a ser posible en las primeras 6 horas tras la exposición (y siempre antes de las 72 horas tras contacto). Ver Guía ABE. Pinchazo accidental y otras exposiciones a virus transmitidos por sangre y fluidos corporales.

Notas: la *Guía ABE* se actualiza periódicamente (al menos cada 2 años). Los autores y editores recomiendan aplicar estas recomendaciones con sentido crítico en función de la experiencia del médico, de los condicionantes de cada paciente y del entorno asistencial concreto; así mismo se aconseja consultar también otras fuentes para minimizar la probabilidad de errores. Texto dirigido exclusivamente a profesionales.

[✉] Comentarios y sugerencias en: laguiaabe@gmail.com



Con la colaboración de:



[©] Guía_ABE, 2019. ISSN 2174-3568