

Profilaxis para VIH, ITS y embarazo en mujeres víctimas de violencia sexual

Ubaldo Ramos Alamillo*

RESUMEN

Introducción: La Organización de las Naciones Unidas (ONU) define a la violencia sexual como «*Todo acto o tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios, insinuaciones sexuales o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el trabajo*». La prevalencia mundial indica que el 35% de las mujeres han sufrido violencia de pareja o violencia sexual en algún momento de su vida. Desde el punto de vista de la salud, existe preocupación por el riesgo de embarazo en edades tempranas y el riesgo de adquirir alguna infección de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH. **Objetivo:** Determinar el resultado de las pruebas de detección para ITS/VIH desde el momento en que ocurrió el evento de violencia sexual, el tiempo de inicio de la profilaxis con medicamentos antirretrovirales y antibióticos y las prácticas de anticoncepción de emergencia. **Resultados:** Se estudió una muestra de 1,077 mujeres víctimas de violencia sexual que acudieron a la Clínica Especializada Condesa durante el periodo comprendido entre el 2 de enero y el 31 de diciembre del 2013. Edad promedio: 22.2 ± 8.0 años. Presentaron penetración vaginal, 94.7%; penetración vaginal y penetración rectal, 4.36%; y penetración oral, 0.27%. Se administró anticoncepción de emergencia al 49.76% de las pacientes. El 37.23% recibió profilaxis para VIH con inhibidores de la transcriptasa reversa, además de profilaxis para ITS antes de las 72 horas. El 0.18% presentó resultado positivo en la prueba rápida para VIH. El 0.18% ($n = 2$) reportó prueba positiva para hepatitis C. Un 0.83% presentó embarazo secundario al evento de violencia sexual. La tasa de embarazo fue de 0.3% en aquellas pacientes que recibieron anticoncepción de emergencia. **Conclusión:** En pacientes que sufren de violencia sexual, es prioritario brindar consejería en VIH e ITS, realizar pruebas de laboratorio inicial y de seguimiento para determinar VIH e ITS, realizar profilaxis farmacológica para éstas y brindar anticoncepción de emergencia.

Palabras clave: Violencia sexual, infecciones de transmisión sexual, virus de inmunodeficiencia humana, anticoncepción de emergencia.

ABSTRACT

Introduction: The United Nations (UN) defines sexual violence as: «*Any act or attempt to obtain a sexual act, comments, sexual advances, acts to traffic, or otherwise trade a person's sexuality using coercion, by any person, regardless of its relationship with the victim, in any setting, including home and work*». The worldwide prevalence indicates that 35% of women have experi-

Recibido para publicación: 11 octubre 2014. **Aceptado para publicación:** 15 diciembre 2014.

* División de Enseñanza e Investigación del Hospital de la Mujer, Secretaría de Salud, México, D.F., y Clínica Especializada Condesa. Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal.

Correspondencia:

Dr. Ubaldo Ramos Alamillo

Médico responsable del Programa de Atención a víctimas de Violencia Sexual.

Clínica Especializada Condesa; SEDESA.

Benjamín Hill Núm. 24, Colonia Condesa,

Delegación Cuauhtémoc, México, D.F.

Teléfono: (55) 52716439

E-mail: ubaldoramos@hotmail.com

ended mate violence or sexual violence at some point in life and as a consequence getting risk for sexually transmitted infection (STI) including HIV in early pregnancy. **Objective:** Describe the result of screening for STIs/HIV since the moment when sexual violence happened throughout one year after. In addition, the time of initiation of prophylaxis with antiretroviral and antibiotics within 72 hours and the practice for emergency contraception were analyzed. **Results:** A sample of 1,077 women, victims of sexual violence, who attended the Specialized Condesa Clinic during the period from January 2nd to December 31st 2013 were analyzed. An average age of 22.2 ± 8.0 years old were observed. They presented vaginal penetration 94.7%; rectal and vaginal penetration 4.36% and oral penetration 0.27%. 49.76% of the patients were given emergency contraception, 37.23% received prophylaxis for HIV with reverse transcriptase inhibitors plus STI prophylaxis in the first 72 hours of the exposure; 0.18% were positive in the rapid test for HIV. The 0.18% ($n = 2$) reported positive test for hepatitis C; 0.83% had a pregnancy due to the sexual violence event. Pregnancy rate was 0.3% in patients who received emergency contraception. **Conclusion:** In patients who report sexual violence is a priority to provide HIV counseling and STI counseling. After this, laboratory tests to determine HIV and STIs must be done, in addition to provide pharmacological prophylaxis for these and emergency contraception.

Key words: Sexual violence, sexually transmitted infections, human immunodeficiency virus, emergency contraception.

INTRODUCCIÓN

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año se producen en el mundo 340 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual (ITS) curables (sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis) en adultos de 15 a 49 años.¹⁻³ Esta cifra no incluye las infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y otras ITS de origen viral (virus del papiloma humano, VPH; virus de la hepatitis B, VHB) que siguen afectando la vida sexual, productiva y social de las personas en todo el mundo. En los países en desarrollo, las ITS y sus complicaciones se encuentran entre las cinco primeras categorías de padecimientos que llevan a los adultos a buscar asistencia médica.²

Las ITS constituyen un problema de salud pública en el mundo y en México.⁴ Sus complicaciones van de leves a graves e incrementan la morbilidad y mortalidad en las mujeres, donde el porcentaje mayor de ITS son asintomáticas, lo que dificulta el diagnóstico en etapas avanzadas de infección. Entre un 50 y un 80% de las gestaciones con infección por sífilis, acabarán de forma adversa, pudiendo producirse aborto, muerte fetal, muerte neonatal, parto prematuro, bajo peso al nacer e infección congénita con diversos grados de afectación.⁵

La infección por el VIH/SIDA en México se encuentra concentrada en el grupo de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH). La cantidad de mujeres con VIH ha aumentado, siendo el principal mecanismo de transmisión las prácticas sexuales no protegidas. La prevalencia en la población general de mujeres es baja (0.2%); se calcula que a finales de 2009 aproximadamente 50,000 de ellas vivían con VIH, y los casos siguen aumentando de manera constante. Mientras que en 1985 se reportaban 11 hombres infectados por cada mujer, en 2009 la razón se había reducido a cuatro por una ellas; más del 95% lo

adquirieron por relaciones heterosexuales. La evaluación del riesgo de transmisión de la infección por VIH se valora según el tipo de penetración: en la penetración vaginal receptiva, el riesgo de adquirir la infección por VIH es de 10; en la penetración vaginal insertiva, de 5; en la penetración anal receptiva, de 50; en la penetración anal insertiva, de 6.5; en el sexo oral receptivo, de 1; en la penetración oral insertiva, de 0.5%; todos, por cada 10,000 exposiciones.⁶

La evidencia científica respalda que iniciar un tratamiento profiláctico oportuno disminuye el riesgo de transmisión de la infección por VIH/ITS. Así mismo, el proporcionar anticoncepción de emergencia disminuye el riesgo de embarazo no deseado en mujeres víctimas de violencia sexual.⁷

Las estrategias de prevención en violencia sexual están encaminadas a:⁸⁻¹³

1. Prevenir la infección por VIH. Es recomendable que las mujeres víctimas de violencia sexual inicien profilaxis antirretroviral antes de las 72 horas de ocurrido el evento de violencia sexual; se realiza con medicamentos antirretrovirales (ARV)⁸ previa evaluación del riesgo e información sobre los efectos secundarios de los ARV para evitar suspender la profilaxis.
2. Prevenir las ITS. La profilaxis para ITS se inicia antes de las 72 horas de ocurrido el evento.^{9,10} Se inicia el esquema de tratamiento para *Treponema pallidum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y *Trichomona vaginalis*. Es recomendable la aplicación de la vacuna para hepatitis B.
3. Prevenir el embarazo. Iniciar profilaxis con anticoncepción de emergencia como máximo hasta 120 horas después de ocurrido el evento si hubo penetración vía vaginal con eyaculación.
4. Apoyo psicoterapéutico. A través de sesiones terapéuticas a cargo de psicólogos capacitados en el tema del

Centro de Atención a Víctimas de Violencia Sexual de la Procuraduría General de Justicia (PGJ).

OBJETIVO

El objetivo de esta investigación fue determinar el resultado de las pruebas de detección para ITS/VIH desde el momento en que ocurrió el evento de violencia sexual, el tiempo de inicio de la profilaxis con medicamentos antirretrovirales y las prácticas de anticoncepción de emergencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo y analítico realizado en mujeres víctimas de violencia sexual referidas de los Servicios de Procuración de Justicia (PGJ) del DF, unidades de atención médica del primer y segundo nivel de atención, hospitales privados, de gobierno, y organizaciones de la sociedad civil (OSC) con trabajo en violencia; en usuarias que acudieron en el periodo del 2 de enero al 31 de diciembre de 2013 a la Clínica Especializada Condesa (CEC), siendo el único requisito de inclusión haber sido víctimas de violencia sexual vaginal, rectal u oral.

VARIABLES ANALIZADAS:

- Edad.
- Resultados de pruebas de laboratorio en la primera consulta y a los 3, 6 y 12 meses:
 - Prueba rápida.
 - Ac. anti VIH 1 y 2 (*Western blot*).
 - Antígeno de superficie del virus de hepatitis B (HBsAg).
 - Anticuerpos contra virus de la hepatitis C y D.
 - Anticuerpos anti-*Treponema pallidum*.
- Profilaxis para VIH con antirretroviral (por 28 días si acudían antes de las 72 horas de ocurrido el acto de violencia sexual).
- Profilaxis para otras ITS, como sífilis (*Treponema pallidum*), gonorrea (*Neisseria gonorrhoeae*), infección por clamidia (*Chlamydia trachomatis*) y tricomoniasis vaginal (*Trichomonas vaginalis*).
- Prácticas de anticoncepción de emergencia.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS®) versión 20.0 para Windows®, determinándose estadísticos descriptivos y medidas de tendencia central.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 1,077 mujeres atendidas en la CEC durante el periodo comprendido del 2 de enero al 31 de diciembre de 2013. La media de edad fue de 22.2 ± 8.0 años, con un rango de 20-86 años. El 46.8% (n = 504) de las pacientes correspondieron a población adolescente en etapa temprana y tardía.

La violencia sexual con penetración vaginal ocurrió en 94.7% (n = 1020); con penetración vaginal y penetración rectal (ambas), en 4.36% (n = 47), y penetración oral únicamente, en el 0.27% (n = 3).

Se administró anticoncepción de emergencia a 536 pacientes (49.76%) con comprimidos de levonorgestrel de 0.75 mg cada 12 horas por vía oral, antes de las 120 horas de ocurrido el evento; 11 mujeres (1.02%) no tomaron anticoncepción de emergencia ya que, por miedo, no reportaron el evento de violencia sexual hasta después de dos semanas, en promedio, y por desconocimiento del método. El resto de ellas (n = 530, 49.21%) ya contaban con algún método de control de la fertilidad; otras habían tomado la anticoncepción por recomendación de su mamá, amigo u otro servicio de atención médica externo a la clínica y, en menor proporción, ya contaban con oclusión tubaria bilateral o histerectomía.

Un total de 37.23% (n = 401) de usuarias acudieron antes de las 72 horas posteriores al evento de violencia sexual. Se les administró profilaxis para VIH con inhibidores de la transcriptasa reversa (análogos nucleósidos), Atripla® (600 mg de efavirenz, 200 mg de emtricitabina y 245 mg de tenofovir disoproxil) cada 24 horas, por las noches, por 28 días ininterrumpidos. A este mismo grupo, se prescribió la profilaxis para ITS antes de las 72 horas (con ceftriaxona 500 mg intramuscular en dosis única; azitromicina 1 g por vía oral en dosis única y metronidazol 2 g por vía oral en dosis única). No se registró durante el seguimiento algún resultado positivo para sífilis, gonorrea, clamidia y tricomoniasis. Un total de 62.76% (n = 676) acudieron después de 72 horas de ocurrido el evento de violencia sexual, por lo que no se administró la profilaxis antirretroviral. Durante el seguimiento realizado a los 3, 6 y 12 meses, no hubo seroconversiones.

Del total de las 1,077 usuarias que acudieron a realizarse prueba de detección de VIH, 0.18% (n = 2) presentaron resultado positivo en la prueba rápida inicial, que fue confirmado con *Western blot*; ambas conocían su estado serológico de VIH, una de ellas ya estaba en tratamiento ARV y la otra usuaria se ingresó a la clínica para su atención. En ambas se elaboró la historia clínica, se les informó que el resultado positivo para VIH no era consecuencia del acto de violencia sexual, y una paciente se in-

gresó al programa de atención y seguimiento del VIH con estudios de carga viral, linfocitos CD4 y otros exámenes de laboratorio y gabinete para inicio de tratamiento antirretroviral acorde a los lineamientos establecidos en la «Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH» y la «NOM-010-SSA2-2010, para la prevención y el control de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana». La otra usuaria continuó con su tratamiento, proporcionado en otra institución.

Un 0.18% (n = 2) reportó prueba positiva para hepatitis C. En ambos casos, la infección no fue por el evento de violencia sexual. No hubo resultado positivo a hepatitis B en las pruebas basales de detección, ni al concluir el año.

En 1.85% (n = 20) de las usuarias se diagnosticó embarazo; en 0.83% (n = 9), secundario al evento de violencia sexual: de ellas, 0.55% (n = 6) solicitaron interrupción del embarazo por violencia sexual, 0.18% (n = 2) no aceptaron el procedimiento y una paciente no fue candidata a interrupción por embarazo de término.

La tasa de embarazo fue de 0.3% en aquellas pacientes que recibieron anticoncepción de emergencia. El 1.02% (n = 11) cursaba con gestación previa al evento de violencia.

DISCUSIÓN

La violencia sexual hacia las mujeres constituye un problema social y frecuente en el mundo. Si bien es cierto que las recomendaciones internacionales reportan que una de las estrategias de prevención para las ITS, incluyendo la infección por el VIH, se realiza a través del uso sistemático del condón masculino o femenino en cada práctica sexual,⁹ el uso de medicamentos antirretrovirales y antibióticos para la prevención de estos padecimientos ha cobrado cada vez mayor auge, por lo que diversos países lo han adoptado dentro de sus programas estratégicos para evitar nuevas infecciones por VIH e ITS.

La penetración desprotegida por vía anal y vaginal constituye un riesgo para la transmisión de las ITS, riesgo que se incrementa cuando la violencia sexual es ejercida por más de un agresor, así como por la presencia de alteraciones inflamatorias secundarias a infecciones endógenas y/o exógenas en las mujeres. Por otro lado, la prevención de embarazos no deseados a través del uso de la anticoncepción de emergencia recobra importancia vital en mujeres adolescentes; en este grupo de edad, un embarazo incrementa la morbilidad y mortalidad.

De acuerdo con los resultados presentados en nuestra investigación, en aquellas mujeres en quienes se inició profilaxis ARV con Atripla® por un periodo de 28 días para VIH y antibióticos en dosis única para ITS, no se detectó infección por VIH, tricomoniasis, clamidiasis o gonorrea

en los seguimientos consecutivos, dándose de alta al año de ocurrido el evento.

Si bien el diagnóstico etiológico de las ITS de tipo secretor se realiza a través de las pruebas de laboratorio, nosotros utilizamos el análisis sindrómico tanto para el diagnóstico como para el tratamiento.¹⁰ La prevención del embarazo implica proporcionar anticoncepción de emergencia en aquellas mujeres en quienes el riesgo de embarazo es mayor de acuerdo con el ciclo menstrual y en aquellas quienes no están cubiertas por un método de control de la fertilidad. Con base en nuestros resultados, los embarazos secundarios a la violencia sexual deben ser diagnosticados a la mayor brevedad posible a través de las pruebas de laboratorio disponibles con la finalidad de ofrecer los servicios de interrupción de acuerdo a la ley aplicativa en estos casos y evitar que las mujeres continúen con embarazos que no desean.

Consideramos que, de acuerdo con los resultados obtenidos en la implantación de esta estrategia en la CEC, se debe ofrecer la profilaxis para VIH e ITS a las mujeres víctimas de violencia sexual en todas las unidades del sector salud que atiendan mujeres en estas situaciones de manera gratuita, confidencial, con seguridad, calidad y calidez para evitar nuevas infecciones.

CONCLUSIÓN

En pacientes que sufren de violencia sexual, es prioritario el brindar consejería en VIH e ITS, realizar pruebas de laboratorio inicial y de seguimiento para determinar VIH e ITS, realizar profilaxis farmacológica para éstas y brindar anticoncepción de emergencia.

Iniciar la profilaxis con ARV y antibióticos antes de las 72 horas de ocurrido el evento reduce la probabilidad de infección por VIH e ITS. Proporcionar la anticoncepción de emergencia evitará embarazos no deseados en este grupo de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Centro de Noticias de la Organización de las Naciones Unidas. ONUSIDA: la violencia de género aumenta posibilidades de que las mujeres contraigan el VIH [Internet] [consultada el 14 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=28083#.VCrJcvmSz-s>
2. Krung E, Dahlberg L, Mercy A, Lozano R. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud; 2003. [Internet] [consultada el 10 de junio de 2014]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275315884_spa.pdf
3. Peláez-Mendoza J. El abuso sexual y su asociación con las infecciones de transmisión sexual. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2010; 36 (1): 109-123.

4. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial y control de las infecciones de transmisión sexual 2006-2015. OMS 2007. [Internet] [consultada el 30 de junio de 2014]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789243563473_spa.pdf
5. Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil de VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe: documento conceptual. Montevideo: CLAP/SMR; 2009. [Internet] [consultada el 15 de julio de 2014]. Disponible en: http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=79&Itemid
6. Smith DK, Grohskopf LA, Black RJ, Auerbach JD, Veronese F, Struble KA et al. Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States: recommendations from the US Department of Health and Human Services. *MMWR Recomm Rep*. 2005; 54 (2): 1-20.
7. Agboghroma C. Contraception in the context of HIV/AIDS: a review. *Afr J Reprod Health*. 2011; 15 (3): 15-23.
8. Rey D. Post-exposure prophylaxis for HIV infection. *Expert Rev Anti Infect Ther*. 2011; 9 (4): 431-442.
9. Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Atención médica a personas violadas. [Internet] [consultada el 6 de agosto de 2014]. Disponible en: http://vidasin-violencia.inmujeres.gob.mx/sites/default/files/pdfs/sistema_nacional/modelos/atencion/Atencion%20Medica%20personas%20violadas.pdf
10. Cruz-Palacios C, Ramos-Alamillo U, González-Rodríguez A. Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de ITS. Dirigida a personal de servicios de salud. Fundación Mexicana para la Salud, A.C. México: 2011. [Internet] [consultada el 18 de agosto de 2014]. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/documentos/guia_its.pdf
11. Norma Oficial Mexicana, NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar. [Internet] [consultada el 8 de septiembre de 2014]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html>
12. Norma Oficial Mexicana, NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. [Internet] [consultada el 10 de septiembre de 2014]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/039ssa202.html>
13. Norma Oficial Mexicana, NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. [Internet] [consultada el 11 de septiembre de 2014]. Disponible en: <http://emcs.mty.itesm.mx/wp/wp-content/uploads/2011/03/NOM-010-SSA2-2010.pdf>