

RECOMENDAÇÕES PARA A PROFILAXIA DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA CRIANÇA E ADOLESCENTE VÍTIMA DE ABUSO SEXUAL

Sociedade de Infeciologia Pediátrica, SPP

1. INTRODUÇÃO

Abuso sexual é o envolvimento de uma criança ou adolescente em actividades que resultam na satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha¹. Pode ocorrer contacto com líquidos biológicos com risco de transmissão do vírus da hepatite B (VHB), vírus da hepatite C (VHC), vírus da imunodeficiência humana (VIH) e outros agentes de transmissão sexual, provocando grande ansiedade à vítima e cuidadores e resultando em recurso aos serviços de urgência.

As presentes recomendações têm como objectivo definir uma política comum a todos os hospitais que garanta os cuidados mais adequados a crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual.

Apesar de o risco de transmissão de uma infecção sexualmente transmissível (IST) ser habitualmente baixo, o clínico deve informar e minimizar a possibilidade de ocorrer doença. Considerações medico-legais não serão abordadas neste documento.

Risco de aquisição de IST - indicadores de rastreio e profilaxia:

O abusador deve ser identificado e avaliado o risco de seu estado infeccioso já que se relaciona directamente com o risco de transmissão de doença à vítima. A aquisição de uma IST depende da prevalência de ISTs na comunidade, do tipo e frequência do contacto, número de abusadores, infecciosidade dos microrganismos, susceptibilidade da vítima às infecções (trauma genital, imaturidade imunológica) e tempo até ao início da profilaxia.

Considera-se risco elevado de aquisição de ISTs após um abuso sexual se:^{2,3}

- A vítima apresenta sinais/sintomas de IST;
- Outra criança/adolescente exposta ao mesmo meio ambiente apresenta uma IST;
- O abusador é conhecido e considerado de alto risco para ISTs;
- O abusador é desconhecido;
- Existe evidência clínica de penetração anal, vaginal ou oral.

As recomendações em crianças são baseadas no risco de transmissão e seroconversão em adultos. No entanto, apesar da escassez de dados, o abuso sexual na idade pediátrica merece uma avaliação particular.⁴

2. MICROORGANISMOS E AVALIAÇÃO DO RISCO DE TRANSMISSÃO

VÍRUS

Vírus da hepatite B (VHB)	O risco de transmissão por via sexual não está quantificado, mas calcula-se que seja baixo. No entanto, depende do estado serológico da fonte, tipo de abuso (maior no abuso anal ou traumático e repetido), exposição a sangue, estado vacinal da vítima. ^{5,6}
Vírus da hepatite C (VHC)	O VHC pode ser transmitido por via sexual mas o risco por via mucosa ou pele não íntegra não está quantificado. ⁵
Vírus da	O VIH sobrevive pouco tempo quando exposto ao ar ambiente

Imunodeficiência Humana 1 e 2 (VIH 1 e 2) (material infectante diminuiu 1 log a cada 9 horas).⁷ A transmissão pode ocorrer através da exposição a sangue ou fluidos corporais potencialmente infectantes (sémen, leite materno, secreções vaginais).⁸

O risco de transmissão do VIH por via sexual depende de diversos factores:

Risco de transmissão do VIH por via sexual		
Fonte VIH positiva		
Risco considerável (0.8-3%)	Baixo risco (0.05-0.8%)	Risco mínimo (0.01-0.05%)
Sexo anal receptivo com ejaculação	Sexo vaginal receptivo com e sem ejaculação; Sexo anal receptivo sem ejaculação; Penetração anal e vaginal; Sexo orogenital com ejaculação.	Sexo oral sem ejaculação; Sexo orogenital feminino.
Fonte VIH desconhecida		
Baixo risco (0.05-0.08%)	Risco mínimo (0.01-0.05%)	Risco negligenciável (<0.01%)
Sexo anal receptivo com ejaculação.	Sexo vaginal receptivo sem ejaculação; Sexo anal receptivo sem ejaculação; Penetração anal e vaginal; Sexo oral com ou sem ejaculação.	Contacto de secreções com pele íntegra.

Quadro 1. Risco de transmissão do VIH por via sexual⁹

Adaptado de "Recomendaciones sobre profilaxis postexposición frente al VIH, VHB y VHC en adultos y niños". SPNS, GESIDA, CEEISCAT, SEIP e AEP. Emergencias 2009; 21:42-52.

O abuso sexual de menores é muitas vezes repetido, violento/ traumático e a maior fragilidade do epitélio vaginal na criança resulta em lesão da mucosa com maior risco de transmissão do vírus.⁷

Além do tipo de exposição e material infectante, considerar a epidemiologia local da infecção VIH. Até Dezembro de 2011 foram notificados 41035 casos de infecção VIH/SIDA em Portugal, nos diferentes estadios. Os toxicodependentes constituem 44.7% do total, seguidos da população heterossexual (38%). A maioria dos casos observa-se nas regiões de Lisboa, Porto, Setúbal e Faro, no sexo masculino (80.9%) e entre os 20 e 49 anos (82.5%).¹⁰

Se a fonte é doente conhecido VIH positivo, é essencial saber a virémia e o regime terapêutico. Caso a fonte seja identificada, mas o seu estado infeccioso seja desconhecido, avaliar o risco de ser VIH positivo. São factores de risco: múltiplos parceiros sexuais ou doenças sexualmente transmissíveis, em particular doenças ulcerativas associadas, e a utilização de drogas injectáveis com partilha de material.⁸

BACTÉRIAS

Neisseria gonorrhoeae

A gonorreia tem um risco de transmissão sexual de 20% no primeiro episódio. Origina uretrite e endocervicite, com leucorreia mucopurulenta.^{11,12}

Chlamydia trachomatis

As infecções do trato genital (uretrite, cervicite, endometrite) e o linfogranuloma venéreo atingem valores máximos em adolescentes do sexo feminino, até 20%. A taxa de infecção após abuso sexual em crianças é inferior a 5% e é habitualmente assintomática.^{13,14}

Treponema

O *Treponema pallidum* é transmitido por contacto sexual e mais

pallidum raramente por transfusões sanguíneas e através de pele lesionada. O risco de transmissão sexual de fonte infectada é de aproximadamente 30% e depende da extensão e localização da doença no abusador. Deve apenas ser rastreado na exposição sexual.^{15,16,17}

PROTOZOÁRIOS

Trichomonas vaginalis Este protozoário pode infectar o lúmen e superfícies mucosas do trato urogenital, sendo transmitido predominantemente por via sexual. Tem elevada prevalência global. Pode originar leucorreia amarela-esverdeada espumosa, irritação vulvar e disúria. O período de incubação varia entre 4 e 28 dias.^{16,18}

OUTROS Outros vírus de elevada prevalência e de transmissão sexual são o *Herpes simplex* tipo 2 (HSV2) e Vírus do Papiloma Humano (HPV). Além destes, pode ainda ocorrer transmissão de vírus de outras hepatites, citomegalovírus (CMV), vírus Epstein-Barr (EBV), parvovírus, *Yersinia*, *Plasmodium*.^{18,19,20}

3. PROCEDIMENTO INICIAL

a) História clínica:

Caracterização do episódio:

- Local, data e hora do abuso;
- Factores de risco relativos à vítima e verificar imunização Hepatite B no BSIJ;
- Episódio isolado/ episódios anteriores;
- Informação sobre abusador, se possível (conhecido/ desconhecido, factores de risco e estado serológico);
- Epidemiologia local IST.

Exame objectivo/Actuação médico-legal (de acordo com protocolo local de cada instituição).

b) Avaliação laboratorial inicial na vítima:

Serologias AgHBs, Anti-HBs, Anti-HCV, Anti-VIH1 e 2.

Pesquisa de outras ISTs:

Agente	Tipo de colheita	Exames complementares
Infecção Gonocócica (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>)	<i>Zaragatoa uretral e vaginal ou endocervical</i>	<i>Exame direto, cultura e TSA</i>
Infecção a <i>Chlamydia trachomatis</i>	<i>Zaragatoa uretral e endocervical</i>	<i>Exame direto, Imunofluorescência ou PCR</i>
Tricomoniase (<i>Trichomonas vaginalis</i>) e Bacteriose Vaginal	<i>Zaragatoa</i>	<i>Exame direto e ou cultura de secreções</i>
Herpes Genital (<i>Herpes simplex 2</i>)	<i>Raspado da lesão</i>	<i>Exame directo, PCR</i>
Sífilis (<i>Treponema pallidum</i>)	<i>Sangue</i>	<i>VDRL (se positivo, FTAabs ou TPHA)</i>

Quadro 2. Doenças sexualmente transmissíveis: tipo de colheita e exames para diagnóstico²¹

NOTAS:^{3,21}

- Realizar o rastreio de ISTs na vítima previamente à instituição dos fármacos.
- O rastreio da sífilis deve ser repetido 3-4 semanas após a exposição.
- Antes de iniciar profilaxia pós-exposição (PPE) realizar: hemograma, ureia, creatinina, ALT.
- No sexo feminino, em idade pós-púbere, realizar teste de gravidez antes da administração de qualquer profilaxia ou contracepção de emergência;
- Contracepção de emergência preconizada: Levonorgestrel 0,75mg PO dose única.

4. PROFILAXIA

A profilaxia está apenas indicada no episódio isolado de abuso sexual. No caso de abuso repetido a profilaxia não está recomendada, devendo ser instituídas medidas comportamentais para a redução do risco de aquisição de ISTs.⁹

4.1 VÍRUS

VHB – De acordo com o estado vacinal da criança em situações de risco.

Deve ser iniciada idealmente nas primeiras **24 a 72 horas** após o episódio.

A vacina para Hepatite B deve ser considerada se a vítima se apresenta até seis semanas após o episódio de abuso.

A imunoglobulina, se indicada, deve ser considerada até 72 horas após o episódio, mas pode ser usada até sete dias depois.³

Criança exposta	Fonte		
	AgHBs positivo	AgHBs negativo	AgHBs desconhecido
Não vacinada ou vacinação incompleta	Vacinação HB ^a + IGHB ^b (1 dose)	Seguir PNV	Vacinação HB ^a + IGHB ^b (1 dose)
Vacinação completa	Anti-HBs > 10mUI/ml: ^c (adequado) ∅	∅	Se fonte de alto risco = AgHBs positivo
	Anti-HBs < 10mUI/ml: IGHB (1 dose) + dose reforço de vacina HB ^d	∅	Se fonte de alto risco = AgHBs positivo

Quadro 3. Indicações e fármacos para profilaxia de VHB. Adaptado de (21)

^a Vacina Hepatite B – 0, 1 e 6 meses. Vacinação de acordo com os esquemas de recurso constantes no programa de saúde infantil e juvenil.

^b IGHb, Imunoglobulina anti-hepatite B. Dose 0.06 ml/kg (max. 5 ml) intra-muscular

^c Resposta adequada se anti-HBs ≥10mUI/mL

^d Se é administrada dose de reforço da vacina HB realizar posteriormente Ac HBs (1-2 meses após a dose de reforço). Se foi também administrada IGHb, o Ac HBs deve ser realizado 4-6 meses depois.

VHC – Não existe profilaxia eficaz. Se anticorpos VHC positivos agendar consulta de gastro-hepatologia.^{3,5}

VIH – Indicações para profilaxia:

a) Tempo decorrido desde exposição:

A profilaxia só está indicada quando decorreram menos de **72 horas** após a exposição. Quanto mais precoce o início da profilaxia, maior a eficácia. Idealmente, deve ser iniciada 2 a 6 horas após a exposição.^{2,3,7}

b) Indicações para profilaxia:

A profilaxia de ISTs pós-abuso sexual está indicada nos casos em que o abusador é conhecido VIH positivo ou nos casos de fonte desconhecida. Nos casos em que o abusador é conhecido VIH negativo, a profilaxia não está indicada.

Algumas situações serão ponderadas caso a caso. Em todos os casos, a indicação e instituição de profilaxia deverá ser sempre discutida com a vítima e com a família.^{2,7}

c) Fármacos:

Regime recomendado para PPE em idade pediátrica		
Lactentes >4Kg ≤10kg	Zidovudina (AZT) susp oral (10 mg/ml) 180-240mg/m ² /dose PO 2id (máx 300mg/dose) ou 12mg/kg/dose PO 2id + Lamivudina (3TC) susp oral (10 mg/ml) 4 mg/kg PO 2id (máx 150 mg 2id) + Lopinavir/Ritonavir (LPV/r) susp oral (80/20 mg/ml) Lopinavir 12 mg/kg/ritonavir 3 mg/kg PO 2id	
Crianças >10kg <30Kg ou incapacidade em deglutir comprimidos	Zidovudina (AZT) susp oral (10 mg/ml) 9 mg/kg PO 2id (máx 300 mg 2id) + Lamivudina (3TC) susp oral (10 mg/ml) 4 mg/kg PO 2id (máx 150 mg 2id) + Lopinavir/Ritonavir (LPV/r) susp oral (80/20 mg/ml) Lopinavir 10 mg/kg/ ritonavir 2,5 mg/kg PO 2id (máx 400/100 mg 2id)	
Adolescentes ≥30Kg	AZT 300 mg PO 2id + 3TC 150 mg PO 2id (ou Combivir® 1 cp PO 2id) + Tenofovir 300 mg PO id	Emtricitabina 200 mg PO id + Tenofovir 300 mg PO id (ou Truvada® 1 cp PO id) + AZT 300 mg PO 2id

Quadro 4. Fármacos para profilaxia de VIH.^{2,7,8,22}

(Segundo recomendações nacionais em vigor em Outubro de 2012. Para actualização posterior consulta em www.sida.pt)

NOTAS:

- Quando possível questionar sobre estado VIH da fonte e seu esquema terapêutico. Se necessário ajustar terapêutica de forma a não utilizar como profilaxia os fármacos usados na terapêutica da fonte e ajustar de acordo com as resistências.²³
- Os medicamentos devem ser tomados todos à mesma hora; LPV/r deve ser ingerido com comida.
- Os principais efeitos secundários são mal estar geral, náuseas, vômitos e alterações do trânsito intestinal. Pode ser necessário associar antieméticos.

e) Duração da profilaxia: **28 dias**.^{2,3,7,23}

d) Considerações ao doente e aos pais

A profilaxia VIH não é 100% eficaz e tem efeitos secundários que devem ser explicados aos doentes e cuidadores. Se é iniciada terapêutica antirretrovírica, é necessário o seu cumprimento rigoroso.^{7,23}

Caso haja dúvidas para o início da profilaxia ou não haja capacidade para tomar uma decisão pela vítima ou cuidadores, a PPE poderá ser iniciada com reavaliação após 24 horas.

4.2 OUTRAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Recomenda-se a profilaxia de IST a vítimas de abuso sexual em idade pós-púbere, pela maior prevalência de infeções assintomáticas pré-existentes nesse grupo etário e o maior risco de desenvolvimento de doença inflamatória pélvica.

A profilaxia antibiótica de IST a vítimas assintomáticas e em idade pré-púbere é discutível, pelo que a sua instituição deve ser considerada caso a caso. Nas crianças pré-puberes, deve ser realizada colheita de amostras e o tratamento deverá ser realizado se surgirem sintomas ou as colheitas se revelarem positivas.

Infeção e agente	Profilaxia
Infeção Gonocócica (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>)	Ceftriaxone 250 mg i.m. dose única
Infeção a <i>Chlamydia trachomatis</i>	Azitromicina 1g PO dose única (ou 20 mg/Kg, se P<45Kg)
Tricomóníase (<i>Trichomonas vaginalis</i>) e Bacteriose Vaginal	Metronidazol 2g PO dose única (ou 15 mg/Kg/dia 3id, 7 dias, se P<45Kg)

Quadro 5. Fármacos para profilaxia de IST²¹

A profilaxia da **sífilis** não está preconizada. O tratamento será instituído de acordo com a investigação laboratorial.²¹

5. SEGUIMENTO: Consulta de Pediatria/Infecçologia Pediátrica

1ª Consulta:

- Dois a três dias após alta;
- Reavaliação clínica e avaliar resultados analíticos, microbiológicos;
- Rever regime terapêutico e monitorizar efeitos secundários da profilaxia;
- Avaliar estado psico-social da criança e família;
- Avaliar a necessidade de referenciação a outras consultas (cirurgia, ginecologia, pedopsiquiatria...).²⁴

Consultas Subsequentes:

Periodicidade quinzenal durante o primeiro mês. Considerar caso a caso a necessidade de consulta semanal naqueles em que tiver sido iniciada PPENO. Em todos os casos, reavaliação ao 3º mês e ao 6º mês.^{2,7}

Controlos analíticos após exposição:

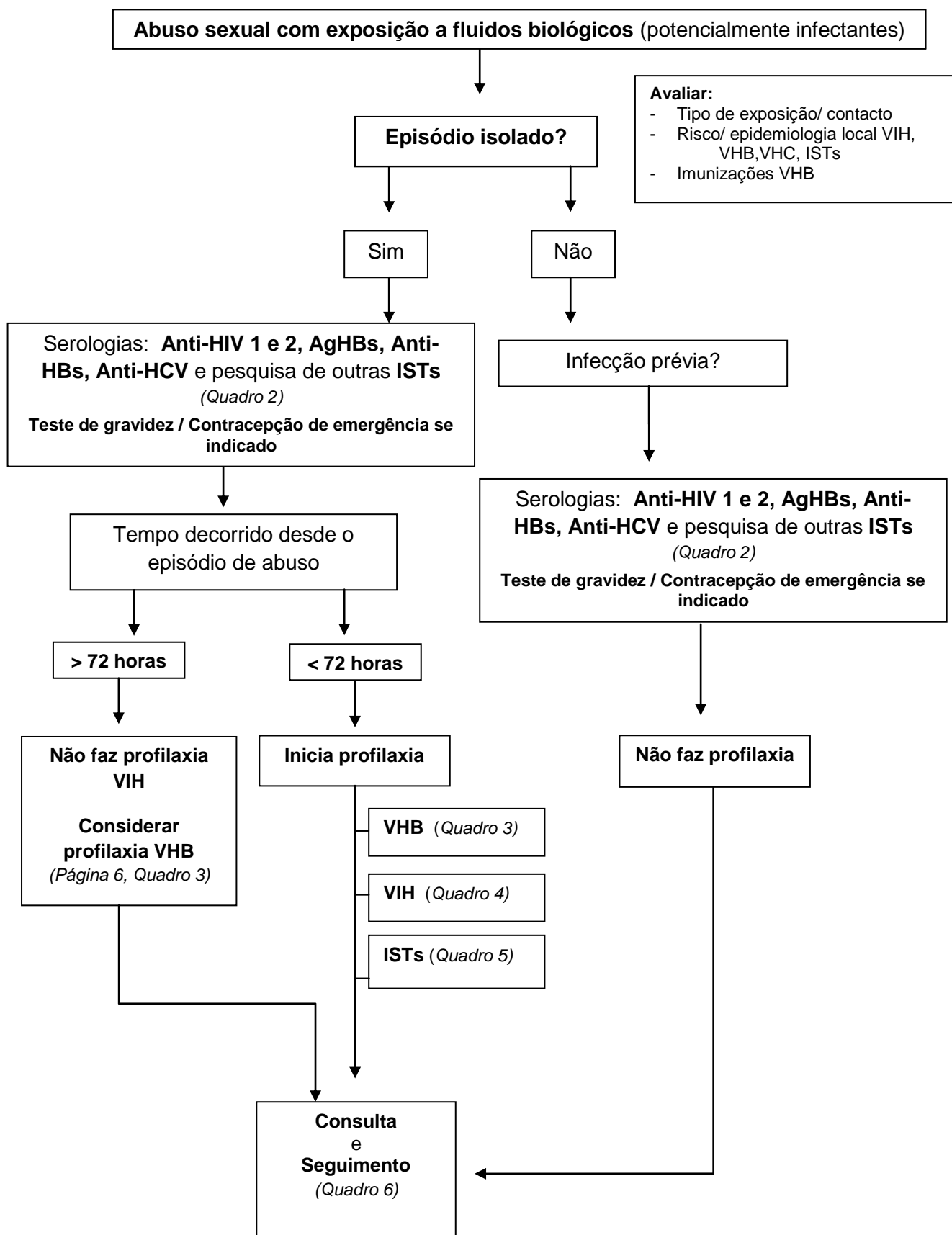
- **Ac HIV1 e 2:** 4-6 semanas, 3º e 6º meses;
- **VHB:** 4-6 semanas, 3º e 6º meses, de acordo com o estado vacinal;
- **VHC:** RNA HCV 4-6 semanas; Anti-HCV no 3º e 6º meses.

	Consultas	Hemograma ALT Creatinina	Anti- HIV1 e 2	Anti-HBs	RNA HCV/ Anti-HCV	Rastreio de IST's
S1	X					
S2	X					X
S3	X					
S4-6	X	X	X	X*	Só pedir se ALT aumentada	X
M3	X		X	X*	Anti-HCV	
M6	X		X	X*	Anti-HCV	

Quadro 6. Seguimento. * De acordo com estado vacinal. Legenda: S – semana; M – mês.

Nos casos indicados, deverá ser realizado **teste de gravidez** na avaliação inicial e repetido na 2ª e 4ª-6ª semanas após abuso sexual.

FLUXOGRAMA DA PROFILAXIA PÓS-ABUSO SEXUAL



BIBLIOGRAFIA

1. Maus tratos em crianças e jovens. Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção. DGS, Fevereiro 2011, página 9;
2. Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA, Recomendações Portuguesas para o Tratamento da Infecção VIH/SIDA , Abril 2011;
3. Rogstad K et al. United Kingdom National Guideline on the Management of Sexually Transmitted Infections and Related Conditions in Children and Young People - 2010 Clinical Effectiveness Group, British Association for Sexual Health and HIV;
4. Papenburg J et al. Pediatric injuries from needles discarded in the community: epidemiology and risk of seroconversion. Pediatrics 2008; 122; e487;
5. UpToDate 2012, Management of healthcare workers exposed to hepatitis B vírus or hepatitis C vírus; disponível em www.uptodate.com;
6. UK National Guidelines on the management of adult and adolescent complaints of sexual assault 2011;
7. Havens P L, Committe on Pediatric AIDS. AAP clinical report: Postexposure prophylaxis in children and adolescents for nonoccupational exposure to human immunodeficiency virus. Pediatrics 2003; 111(6): 1475-1489;
8. New York State Department of Health AIDS Institute. HIV post-exposure prophylaxis for children beyond the perinatal period, disponível em <http://www.hivguidelines.org/clinical-guidelines/post-exposure-prophylaxis/hiv-post-exposure-prophylaxis-for-children-beyond-the-perinatal-period/>;
9. SPNS, GESIDA, CEEISCAT, SEIP e AEP. Recomendaciones sobre profilaxis postexposición frente al VIH, VHB y VHC en adultos y niños. Emergencias 2009; 21:42-52;
10. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. Departamento de Doenças Infecciosas. Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica. Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas. Infeção VIH/SIDA: A Situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2011 / Departamento de Doenças Infecciosas. Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica. Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas; colaboração com Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA. Lisboa, Junho 2012;
11. Warner L, Stone KM, Macaluso M, Buehler JW, Austin HD. Condom use and risk of gonorrhea and Chlamydia: a systematic review of design and measurement factors assessed in epidemiologic studies. Sex Transm Dis. Jan 2006;33(1):36-51;
12. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2010 Sexually Transmitted Diseases Surveillance: Gonorrhea;
13. National Health and Nutrition Examination Survey - Chlamydia Prevalence Monitoring Project Profiles and Annual Reports - Centers for Disease Control and Prevention. Department of Health and Human Services. Sexually Transmitted Disease Surveillance, 2010;
14. Goulet V, de Barbeyrac B, Raherison S, Prudhomme M, Semaille C, Warszawski J. Prevalence of Chlamydia trachomatis: results from the first national population-based survey in France. Sex Transm Infect. Aug 2010;86(4):263-70;

15. Christian, CW, Lavelle, J, Bell, LM Preschoolers with syphilis. Pediatrics 103:e4, 1999;
16. Klausner J D, Hook E W. Sexually transmitted diseases. Current diagnosis & treatment, Lange. McGraw-Hill 2007;
17. Ingram DL, Everett VD, Lyna PR, et al: Epidemiology of adult sexually transmitted disease agents in children being evaluated for sexual abuse. Pediatr Infect Dis J 11:945-950, 1992;
18. Hammerschlag M R. Sexually transmitted diseases in sexually abused children: medical and legal implications. Sex Transm Inf 1998; 74: 167-174;
19. Schwarcz SK, Whittington WL. Sexual assault and sexually transmitted diseases: detection and management in adults and children. Rev Infect Dis 1990;12:S682-9;
20. Gutman L T et al. Evaluation of sexually abused and nonabused Young girls for intravaginal human papillomavirus infection. Am J Dis Child 1992; 146:694-9;
21. APP. Prophylaxis after sexual victimization. Red Book 2012;
22. Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA. Recomendações portuguesas para o tratamento da infecção por VIH-1 e VIH-2 2012. Disponível em www.sida.pt;
23. Benn P, Fisher M, Kulasegaram R, BASHH PEPSE Guidelines Writing Group Clinical Effectiveness Group. UK guideline for the use of post-exposure prophylaxis for HIV following sexual exposure. International Journal of STD & AIDS 2011; 22: 695-708;
24. Benn P, Fisher M, Kulasegaram R, BASHH PEPSE Guidelines Writing Group Clinical Effectiveness Group. UK guideline for the use of post-exposure prophylaxis for HIV following sexual exposure. International Journal of STD & AIDS 2011; 22: 695-708.

Autores: em representação da Sociedade de Infeciologia Pediátrica da SPP

Joana Cotrim¹, Maristela Margatho², Patrícia Mação³, Susana Santos⁴, Arminda Jorge³, Eurico Gaspar¹, Maria João Brito⁴, Graça Rocha²

¹ Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto-Douro, Vila Real

² Hospital Pediátrico de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra

³ Centro Hospitalar Cova da Beira, Covilhã

⁴ Hospital Dona Estefânia, Lisboa

Julho 2013