



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Formación médica continuada: Infecciones de transmisión sexual

Infecciones de transmisión sexual en el contexto de una agresión sexual[◇]



Leonora Hernández Ragpa^{a,*}, Amelia Valladolid Urdangaray^b, Oscar Luis Ferrero Benéitez^c y Carmen Díez Sáez^d

^a Servicio de Microbiología Clínica y Control de Infección, Hospital Universitario Basurto, Bilbao, Bizkaia, España

^b Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Basurto, Bilbao, Bizkaia, España

^c Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Basurto, Bilbao, Bizkaia, España

^d Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Basurto, Bilbao, Bizkaia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 20 de noviembre de 2018
Aceptado el 21 de noviembre de 2018
On-line el 23 de enero de 2019

Palabras clave:

Agresiones sexuales
Infecciones de transmisión sexual
Diagnóstico y profilaxis

Keywords:

Sexual assault
Sexually transmitted infections
Diagnosis and prophylaxis

R E S U M E N

La violencia sexual es un problema a nivel mundial con un impacto sobre la salud que engloba aspectos médicos, legales y psicológicos, por lo que el manejo de estos pacientes debe ser multidisciplinar siendo obligado establecer protocolos de actuación. Las personas que son víctimas de agresiones sexuales (AS) tienen un alto riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual (ITS), por lo que se deben prevenir, diagnosticar, tratar y realizar seguimiento postratamiento, según el protocolo de actuación establecido para evitar posibles complicaciones que se pudieran derivar si no se hiciera.

© 2018 Elsevier España, S.L.U.

y Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Todos los derechos reservados.

Sexually transmitted infections in the context of a sexual assault

A B S T R A C T

Sexual violence is a worldwide problem with an impact on health that encompasses medical, legal and psychological aspects. Therefore the management of these patients must be multidisciplinary, and action protocols are compulsory. People who are victims of a sexual assault (SA) are at high risk of acquiring a sexually transmitted infection (STI), which must be prevented, diagnosed, treated and followed up post treatment, according to the established action protocol to prevent potential complications.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. All rights reserved.

Agresiones sexuales. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia sexual como «todo acto sexual, tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona, independientemente de la relación de

esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluso en el hogar y el lugar de trabajo»¹.

Las agresiones sexuales (AS) comprenden cualquier atentado contra la libertad sexual e indemnidad sexual de otra persona, realizado con violencia o intimidación. Dentro de estas se encuentra la violación: cuando la AS consiste en la penetración con el órgano sexual por vía vaginal, anal o bucal o la introducción de cualquier clase de objeto o miembros corporales (p. ej., los dedos) por vía vaginal o anal².

Los abusos sexuales comprenden también cualquier atentado contra la libertad sexual e indemnidad sexual de otra persona, pero realizado sin violencia ni intimidación, aunque siempre sin que medie el consentimiento de dicha persona².

[◇] Sección acreditada por el Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries. Consultar preguntas de cada artículo en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-formacion>.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Leonora.hernandezragpa@osakidetza.eus (L. Hernández Ragpa).

El *acoso sexual* es también una forma de violencia sexual. Se produce a través de comportamientos verbales, no verbales o físicos, de índole sexual, no deseados, que tengan como objeto o produzcan el efecto de atentar contra la dignidad, o le creen un entorno intimidatorio, hostil, degradante, humillante, ofensivo o molesto².

En nuestro país los delitos contra la libertad e indemnidad sexuales están legislados por la Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre, del Código Penal.

Actualmente en España la edad del consentimiento sexual es de 16 años. Por ello, la realización de actos de carácter sexual con menores de 16 años será considerada como un hecho delictivo, salvo que se trate de relaciones consentidas libremente con una persona próxima al menor por edad y grado de desarrollo o madurez, en cuyo caso se excluirá de responsabilidad penal (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)³.

La prevalencia real se desconoce aunque la violencia sexual es una realidad para millones de personas, sobre todo mujeres.

La OMS en el estudio «Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer, prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud» publicado en el año 2013 concluye que, globalmente, el 35% de las mujeres han sido víctimas de violencia física y/o sexual⁴.

En España se realiza, desde el año 2011, una macroencuesta de violencia contra las mujeres cuyo objetivo principal es conocer el porcentaje de mujeres residentes en España que han sufrido o que sufren actualmente algún tipo de violencia por el hecho de ser mujeres. En la última encuesta realizada en el año 2015, se observa que un 6,6% de las mujeres que han tenido pareja manifiestan que al menos alguna de sus parejas, a lo largo de su vida, la ha obligado a mantener relaciones sexuales cuando ella no quería⁵.

La violencia sexual en hombres y en niños también es un problema grave. Si bien es cierto que es menos frecuente que en mujeres, hasta el 1,7% de los hombres han sido víctimas de violación, según los datos de la *National Intimate Partner and Sexual Violence Survey* de Estados Unidos⁶.

Los estudios realizados principalmente en los países desarrollados indican que entre el 5-10% de los hombres han declarado haber sido objeto de abuso sexual en la niñez. La mayoría de los expertos consideran que las estadísticas oficiales subestiman considerablemente el número de hombres víctimas de violación. Los datos probatorios disponibles indican que la probabilidad de que los hombres denuncien una AS a las autoridades es aún menor que en el caso de las mujeres⁴⁻⁶.

En esta revisión, hay un apartado que hará referencia a la AS infantil.

Epidemiología de las infecciones de transmisión sexual en el contexto de una agresión sexual

La prevalencia total mundial de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en el contexto de AS se desconoce. Las más frecuentemente diagnosticadas son las infecciones por *Chlamydia trachomatis* (CT), *Neisseria gonorrhoeae* (NG) y *Trichomonas vaginalis* (TV). Las ITS que se incluyen en el cribado y profilaxis en los protocolos de AS son las mencionadas, junto con la infección por el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH), el virus de la hepatitis B (VHB) y la sífilis. Según el estudio de prevalencia realizado por Jauréguy et al., entre los años 2012 y 2013, en el que se estudiaron 326 adultos víctimas de AS, CT fue detectada en el 15% de los estudiados, NG en el 5% y un 3% presentaban coinfección⁷. Hagemann et al. realizaron un estudio que abarcaba el periodo desde julio de 2003 a diciembre de 2010 y en el que se incluyeron 412 víctimas

de AS, 35 de las cuales tenían una ITS (8,5%), detectándose CT en 25 (6,4%)⁸.

Atención sociosanitaria a la víctima adulta de violencia sexual

Ante una situación de violencia sexual se debe activar un protocolo multidisciplinar de actuación preestablecido y coordinado implicando a diferentes profesionales e instituciones que englobe el ámbito sanitario, judicial, policial y servicios sociales, dado que las consecuencias sobre la salud pueden ser a nivel físico, psicológico, sexual y/o social⁹⁻¹¹.

La agresión o abuso sexual puede haber sido²:

1. Reciente: cuando han pasado menos de 120 h⁷. La valoración de la víctima se realizará en los centros hospitalarios.
2. No reciente: cuando han pasado más de 120 h⁷. No será preciso remitir a la paciente al centro hospitalario para la valoración si ha acudido a su centro de salud. Tras la valoración de la paciente, se procederá a la cumplimentación del parte de lesiones, cuando se considere oportuno.

Este límite temporal no debe considerarse de forma estricta. Cuando el tiempo transcurrido se halle por encima de esas 120 h y existan indicios o sospecha de poder obtener muestras biológicas (p. ej., en casos de sumisión química¹²), se debe proceder como si la agresión o abuso sexual fuera reciente¹³.

En la actuación médica ante las AS recientes es fundamental una buena coordinación con el Juzgado de guardia, con la finalidad de conseguir la presencia del médico/a forense en el hospital lo antes posible ya que este no actúa de forma autónoma. Su respuesta depende única y exclusivamente de la solicitud de un informe pericial efectuado por el juez que atiende el caso, o por el Ministerio Fiscal correspondiente¹⁴. Por ello, precisará de una orden expresa para acudir al hospital.

En el servicio de Urgencias se evitará que la víctima permanezca en la sala de espera y se permitirá el acompañamiento por parte de una persona de su confianza. Se le indicará que no debe lavarse ni cambiarse de ropa antes del reconocimiento, evitando así mismo la ingesta oral, siempre que sea posible¹³⁻¹⁵.

La evaluación clínica la realizará el ginecólogo/a (en el caso de que la víctima sea mujer) y el médico/a de urgencia (en el caso de que sea hombre) junto con el médico/a forense. El trato ha de ser comprensivo en un ambiente que favorezca la comunicación, siempre en un solo acto y de forma simultánea y coordinada, con la finalidad de reducir al menor número posible los impactos psíquicos del paciente tras la agresión. Se realizará¹⁶:

Anamnesis y examen clínico

Se realizará la historia clínica completa, transcribiendo los hechos referidos a la agresión y los actos realizados tras la misma y antes de la exploración (aseo personal, cambio de ropa...). Se explorarán las zonas genital, anal y perianal describiendo la existencia o no de lesiones.

Infecciones de transmisión sexual: toma de muestras genitales y extragenitales, serológicas y diagnóstico microbiológico

Existen diferentes criterios en la realización o no de toma de muestras para el diagnóstico microbiológico, aunque la decisión de obtención de muestras genitales o extragenitales, y cuándo tomarlas, se debe hacer de forma individual.

Cuando la víctima acude a un centro sanitario inmediatamente tras la AS, existen diferentes alternativas. Varios programas de

AS en Estados Unidos y Canadá no llevan a cabo el cribado de forma rutinaria pero instauran tratamiento profiláctico. Otros no realizan toma de muestras —solo lo hacen a posteriori si aparece sintomatología—, no instauran profilaxis, y solo instauran tratamiento si hay cultivos positivos^{17,18}.

En referencia a las AS e ITS, las guías de tratamiento de los *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) están focalizadas en la identificación, profilaxis y tratamiento en adultos y en niños¹⁷, recomendando en el contexto de una AS, la realización de cribado y profilaxis.

Se extraerá de forma inmediata un suero para la determinación de VHB (solicitando HB antígeno de superficie, HB anticuerpos de superficie y HB core total), sífilis (*Treponema pallidum* anticuerpos IgG) y VIH (VIH 1 y 2 ac - Ag p24, pruebas de cuarta generación)¹⁷.

En relación con el virus de la hepatitis C (VHC), no hay estudios de prevalencia en víctimas de AS para recomendarlo en el cribado de rutina como parte de la evaluación inicial, debiéndose considerar según los factores de riesgo^{19–21}. En el «Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. 2012» del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad se incluye la detección de VHC².

La toma de muestras se debe tomar de la localización donde se ha producido la agresión:

- Exudado vaginal: se utilizará espéculo vaginal, sin uso de lubricantes. Se tomará la muestra de la zona donde se vea más flujo vaginal o del fondo del saco vaginal. En mujeres histerectomizadas se tomara del fórnix posterior.
- Exudado endocervical: si hay moco endocervical hay que limpiar previamente con torunda seca o gasa y desecharlas y seguidamente rotar una torunda en el canal cervical para la obtención de células.
- Exudado uretral: se introduce la torunda hasta 2 cm, realizando movimiento de rotación .Se usan torundas finas con varilla de alambre, de alginato cálcico o dacron y con medio de transporte Stuart-Amies.
- Exudado anal: se introduce la torunda unos 3 cm y se realizan movimientos de rotación durante 10 segundos.
- Exudado faríngeo: con ayuda de un depresor lingual, se realizará la toma de la faringe posterior.
- Orina: será de micción espontánea obteniendo 10 ml de orina de la porción inicial.
- Úlceras: se debe tomar la muestra para cultivo viral o técnicas de amplificación de ácidos nucleicos (TAANs), frotando la base de la lesión para la obtención de células. Si hubiera vesículas, es necesario romper la vesícula y recoger la muestra de la base de la vesícula. Si hubiera una zona costrosa, retirar la costra con aguja estéril, humedecer la torunda con suero fisiológico y frotar la base²².

Las torundas a utilizar serán las que el laboratorio de microbiología de referencia indique tanto para el cultivo como para el uso de las TAANs para el diagnóstico de NG, CT y TV.

Hasta el año 2014, el cultivo era la única técnica aceptada en el diagnóstico microbiológico en el contexto de AS. En el año 2015, los CDC incluyeron el uso de las TAANs para el diagnóstico de infección por NG, CT de localizaciones tanto genitales como extragenitales (faríngea y anal) y TV en el diagnóstico de ITS asociadas AS^{17,18}.

Infecciones de transmisión sexual: profilaxis

a) *Profilaxis antibiótica frente a gonococia, clamidiasis y tricomoniasis*. Los regímenes recomendados son: ceftriaxona 500 mg vía intramuscular más azitromicina 1 g vía oral y tinidazol 2 g vía oral. Todas ellas administradas en dosis única. En alérgicos a betalactámicos se administrará azitromicina 2 g vía oral más tinidazol 2 g

vía oral en dosis única. Si la mujer está embarazada, se utilizará metronidazol 2 g vía oral en dosis única en lugar de tinidazol^{20–23}.

b) *Profilaxis postexposición (PPE) frente a VIH*. La AS es un importante problema de salud pública que deja a las víctimas en riesgo de contraer la infección por el VIH, por lo que se debe incluir el tratamiento profiláctico para prevenir el VIH¹⁷. Generalmente se acompaña de múltiples características que aumentan el riesgo de transmisión del VIH si el agresor está infectado. Los estudios de AS, como el realizado por Grossin et al., muestran una importante incidencia de trauma anogenital, que es la práctica de mayor riesgo de transmisión sexual del VIH (20–85%)²⁴. En un estudio prospectivo de 1.076 personas con AS, el 20% había sido atacado por múltiples agresores, el 39% había sido asaltado por extraños, el 17% había tenido penetración anal y el 83% de las mujeres habían sido penetradas por vía vaginal. El trauma genital se documentó en el 53% de los asaltados, y el esperma o el semen se detectó en el 48%²⁵. El riesgo es aún mayor si la prevalencia de infección por VIH en el agresor se percibe como mayor que en la población general (usuarios de drogas por vía parenteral, hombres que mantienen sexo con hombres o procedente de zonas con alta prevalencia de infección por VIH). En el estudio realizado por Digiovanni et al. se examinó la prevalencia de la infección por el VIH entre agresores sexuales; el 1% de los hombres condenados por agresión sexual en Rhode Island estaban infectados por el VIH cuando ingresaban en prisión, en comparación con el 0,3% de la población masculina en general²⁶. La ausencia de trauma visible no indica que no haya ocurrido una AS; las microabrasiones y los hematomas son comunes aunque la aparición de estas manifestaciones después de una AS puede retrasarse. También pueden producirse traumatismos orales y, finalmente, las mordeduras o contusiones infligidas durante la AS igualmente son indicación para la profilaxis si existe la posibilidad de contacto con sangre, semen o fluidos vaginales del presunto agresor.

Aunque es difícil cuantificar la eficacia de la PPE, se ha demostrado en estudios en primates que la PPE podría ser efectiva en humanos si se inicia ≤ 72 h tras el contacto y se continúa diariamente durante 28 días. En una revisión sistemática y un metaanálisis de 25 estudios de primates no humanos, el uso de PPE se asoció con un riesgo 89% menor de seroconversión en comparación con no usar PPE. Además, el uso de tenofovir en comparación con otros fármacos se asoció con una menor probabilidad de seroconversión²⁷.

En la PPE no ocupacional, en general, se presentan diferentes grados de riesgo de transmisión pero, en la circunstancia de una AS y dadas las características de la misma, hay guías que recomiendan la PPE a todas las víctimas²⁸. En cualquier caso, se debe recomendar cuando se haya producido una exposición significativa, definida como el contacto directo de la vagina, el pene, el ano o la boca con el semen, los fluidos vaginales o la sangre del presunto agresor, con o sin lesión física, daño tisular visible, o presencia de sangre en el sitio del asalto. También debe ofrecerse en casos en que la piel dañada o las mucosas de la víctima hayan estado en contacto con sangre, semen o fluidos vaginales del supuesto agresor y en casos de mordeduras que resultan en sangre visible²⁹.

A todos los pacientes que inician PPE después de la exposición potencial al VIH se les debe realizar una prueba de detección de VIH en una muestra de sangre al inicio del estudio (antes del inicio de la PPE), preferiblemente utilizando una prueba serológica rápida, no recomendándose las pruebas no sanguíneas. Los pacientes con analítica basal que indique una infección por VIH existente previamente no deben iniciar PPE o deben suspenderla si ya se ha iniciado y remitirse urgentemente a una consulta de Enfermedades Infecciosas de referencia. A los pacientes para quienes los resultados de las pruebas rápidas de VIH indican que no hay infección por VIH o que no están disponibles, se les debe recomendar PPE. No debe haber demora en el inicio de la profilaxis mientras se esperan los resultados de la prueba de VIH basal. Las serologías de VIH deben

Tabla 1
Regímenes de tratamiento antirretroviral recomendados para profilaxis postexposición

		Fármacos
Adultos y adolescentes de edad \geq 13 años, incluidas las embarazadas, con función renal normal (aclaramiento de creatinina \geq 60 ml/min)	Preferente	Un régimen de triple terapia consistente en tenofovir DF 300 mg y emtricitabina 200 mg en combinación de dosis fija una vez al día con raltegravir 400 mg 2 veces al día
	Alternativa	Un régimen de triple terapia consistente en tenofovir DF 300 mg y emtricitabina 200 mg en combinación de dosis fija una vez al día con darunavir 800 mg una vez al día y ritonavir 100 mg una vez al día (o darunavir 800 mg con cobicistat en combinación de dosis fija una vez al día)
Adultos y adolescentes de edad \geq 13 años, con función renal alterada (aclaramiento de creatinina \leq 59 ml/min)	Preferente	Un régimen de triple terapia consistente en zidovudina y lamivudina, ambos en dosis ajustadas a la función renal con raltegravir 400 mg 2 veces al día
	Alternativa	Un régimen de triple terapia consistente en zidovudina y lamivudina, ambos en dosis ajustadas a la función renal con darunavir 800 mg una vez al día y ritonavir 100 mg una vez al día (o darunavir 800 mg con cobicistat en combinación de dosis fija una vez al día)

Nota 1. Algunas guías incluyen dolutegravir (50 mg una vez al día) en vez de raltegravir, pero en mayo de 2018 la FDA y la EMA han comunicado un *warning* sobre la posibilidad de defectos de tubo neural en niños nacidos de madres en tratamiento con dolutegravir durante el embarazo por lo que, en principio, no sería aconsejable su uso en mujeres no embarazadas en edad fértil que han sido agredidas sexualmente y que no están usando un método de control de la natalidad efectivo, y mujeres embarazadas en el embarazo temprano, ya que el riesgo de que un feto desarrolle un defecto del tubo neural es mayor durante los primeros 28 días. Fuente: Centers for Disease Control and Prevention. Interim statement regarding potential fetal harm from exposure to dolutegravir – implications for HIV post-exposure prophylaxis (PEP). Statement. 23 May 2018.

Nota 2. Aunque se encuentra disponible una nueva posología de raltegravir (600 mg; 2 comprimidos juntos una vez al día) aún no hay datos suficientes para poder recomendar su uso para profilaxis postexposición.

repetirse entre 4 y 6 semanas y 3 meses después de la exposición para determinar si se ha producido una infección por VIH³⁰.

Por otro lado, todas las personas que han sufrido una exposición accidental al VIH deben ser informadas sobre los signos y/o síntomas de la infección aguda por el VIH. En cuyo caso se realizará una carga viral del VIH, con independencia del tiempo transcurrido desde la AS.

A los pacientes que inicien PPE, se les informará de los efectos secundarios del tratamiento antirretroviral, de las posibles interacciones medicamentosas, y de la necesidad de tener una buena adherencia al mismo³¹.

Tratamiento farmacológico PPE: se recomienda un tratamiento de 28 días de duración. La PPE es eficaz si se inicia en las primeras 72 h después de una AS, siendo la eficacia máxima en las 2 primeras horas tras la posible exposición, por lo que no debe demorarse el inicio del mismo.

No existen pruebas sólidas, basadas en ensayos clínicos aleatorios, de que cualquier combinación específica de fármacos antirretrovirales (FAR) sea óptima para el uso de la PPE; por esta razón y dado que estudios observacionales han mostrado que la adherencia a los regímenes de PPE a menudo es inadecuada, especialmente entre las víctimas de AS, deben utilizarse regímenes que favorezcan la adherencia^{32,33}. La adherencia a los FAR se puede facilitar: (1) recetando medicamentos con menos efectos secundarios, menos dosis por día y menos comprimidos por dosis; (2) informar al paciente sobre los posibles efectos secundarios de los FAR específicos indicados y proporcionar medidas o fármacos para ayudar si aparecen los efectos secundarios; (3) ayudar a los pacientes a incorporar las dosis en sus horarios diarios; y (4) proporcionar un medio fácil y rápido para el contacto con el médico de referencia durante el periodo que dure la profilaxis.

Tabla 2
Vacunación VHB

Exposición no ocupacional ^a	Persona no vacunada	Persona vacunada previamente
Fuente HBsAg positivo	IGHB + vacunación HB (3 dosis)	1 dosis de vacuna HB
Fuente de estatus HBsAg desconocido	Vacunación HB (3 dosis)	No requiere vacunación

HB: hepatitis B; HBIG: inmunoglobulina específica frente a la hepatitis B; HBsAg: antígeno de superficie del virus de la hepatitis B.

^a Las exposiciones incluyen la vía percutánea (p. ej., punción con aguja o mordedura) o exposición de mucosas a sangre o fluidos corporales, contacto sexual, compartir agujas o víctimas de abuso sexual.

Fuente: Comité Asesor de Vacunas (CAV-AEP). Hepatitis B. Manual de vacunas en línea de la AEP [Internet]. Madrid: AEP; Feb 2018.

Existe controversia entre la administración de los FAR en forma de pack inicial (dosis para 3-5 días) o el tratamiento completo para los 28 días. Si bien la administración del tratamiento completo parece tener una mejor adherencia y tasas de cumplimentación de la profilaxis, presenta también inconvenientes, sobre todo de carácter logístico; y según algunos autores, la utilización del pack inicial supone una mayor adherencia a las segundas visitas en la consulta especializada con la víctima en mejor situación psicológica y posibilidad de comprensión de la información que se le debe facilitar³⁴.

Los FAR recomendados se exponen en la [tabla 1](#).

c) *Respecto a la vacunación postexposición frente al VHB*: los CDC recomiendan vacunación en aquellos pacientes no vacunados previamente, sin la administración de la gammaglobulina, si el estado vacunal del agresor es desconocido. Si el agresor tiene el VHB antígeno de superficie, se recomienda la vacunación con gammaglobulina en aquellos pacientes no vacunados previamente. Se comenzará la vacunación en el mismo momento de la valoración inicial y se completará la vacunación según el calendario vacunal. En los pacientes vacunados se hará constar este antecedente de vacunación completa frente a VHB en la historia clínica y no se vacunará³⁵ ([tabla 2](#)).

d) *Respecto a la vacunación frente al VPH*: los CDC recomiendan comenzar la vacunación tras la AS en mujeres (entre 9 y 26 años de edad) y hombres (entre 9 años y 21 años y hasta 26 años si es un hombre que mantiene relaciones con hombres) si no están vacunados o la vacunación ha sido incompleta. En España, la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia no se pronuncia a este respecto³⁶.

e) *Respecto a otras ITS*: no hay recomendaciones en realizar profilaxis en el contexto de AS.

Toma de muestras de interés legal

Los estudios médico legales se realizarán a criterio del médico forense, quien decidirá las muestras a recoger: ropa de la paciente, peinado público, recorte de limpieza de uñas, tomas vaginales para investigación de esperma, etc., y será el que custodiará las muestras y realizará el informe médico forense para el juzgado³⁷.

Tratamiento de las posibles lesiones físicas y psíquicas

En situaciones de urgencia médica y según criterios de gravedad, esta será la primera actuación a realizar.

Se tratarán las heridas y se efectuará prevención de infección de las mismas administrándose, cuando sea preciso, profilaxis antitetánica.

En el caso de que se considere necesario se realizará una valoración psiquiátrica en urgencias. Se ofrecerá apoyo psicológico a medio-largo plazo²⁻¹⁷.

Anticoncepción poscoital

Se realizará un test de embarazo y si el resultado es negativo se pautará anticoncepción poscoital siempre y cuando no hayan transcurrido más de 120 h desde la agresión.

Se administrará:

- Levonorgestrel 1,5 mg en dosis única, si la agresión se produce en las 72 h previas.
- Acetato de ulipristal 30 mg en dosis única, si han pasado más de 72 h. Contraindicado en asma severa.

Si la mujer está utilizando un método anticonceptivo efectivo no será necesario la anticoncepción poscoital³⁸.

Se informará a la mujer que en caso de embarazo puede optar a su interrupción según los supuestos legales vigentes.

Seguimiento y manejo posterior

El seguimiento es fundamental para las víctimas de AS, y se debe hacer todo lo posible para cumplimentarlo de forma estricta, por lo que a todas las víctimas se les debe ofrecer seguimiento en una consulta especializada (consulta de Enfermedades de Transmisión Sexual y/o Enfermedades Infecciosas). El primer control se realizará entre los 7-15 primeros días tras la AS para valoración clínica y toma de muestras si se precisara. Si se diagnosticara alguna ITS en las muestras previas a la profilaxis realizada en la asistencia hospitalaria, se debe actuar como si se hubiera diagnosticado en otro contexto. Se realizará control de cura postratamiento y estudio de contactos si hubiera tenido. En el caso de que se haya iniciado PPE frente a VIH, la cita de seguimiento debe organizarse antes de que finalice el pack de inicio de la medicación (generalmente de 3 a 5 días), si es lo que se ha utilizado y nunca más allá de la segunda semana si se ha administrado el tratamiento completo. Las pruebas de referencia que no se hayan llevado a cabo previamente se realizarán en esta cita inicial, y la revisión debe determinar si la víctima desea continuar con el tratamiento, así como valorar los posibles efectos adversos y reforzar la adherencia al mismo³⁹. Asimismo, durante el periodo de seguimiento, sobre todo durante las primeras 12 semanas, la persona expuesta deberá evitar una posible transmisión secundaria del VIH o de otras infecciones, utilizando siempre el preservativo en las relaciones sexuales, no compartiendo jeringuillas, evitando el embarazo y las donaciones de sangre, semen. El seguimiento de estos pacientes será de 24 semanas.

Se realizará control clínico, serológico y toma de muestras (si precisa) a las 6 semanas, 3 y 6 meses.

Atención social

Es muy importante que la víctima reciba asistencia e información desde el primer momento en que se ve inmersa en el entramado judicial de investigación.

Es fundamental que reciba información sobre todos los recursos y servicios a los que tiene derecho (alojamiento temporal si fuera necesario, acceso a ayuda psicológica, asesoramiento jurídico, etc.).

Abuso sexual infantil e infecciones de transmisión sexual

El abuso sexual infantil (ASI) supone la imposición de comportamientos de contenido sexual por parte de un adulto hacia un niño o una niña, realizados en un contexto de desigualdad o asimetría de poder, habitualmente a través del engaño, la fuerza, la mentira o la manipulación. También se consideran abuso las actividades sexuales impuestas por un niño a otro si el primero es considerablemente mayor que la víctima o utiliza la fuerza, amenazas y otros medios de presión (Comité de Derechos del Niño, Recomendación N.º 13).

El ASI es una de las formas más graves de violencia contra la infancia y conlleva consecuencias devastadoras que conducen a una amplia gama de problemas sociales y de salud.

La incidencia y prevalencia son difíciles de determinar. Esta clase de violencia a menudo se oculta, pasa desapercibida o no se denuncia. Los distintos estudios llevados a cabo arrojan datos similares: entre un 10 y un 20% de la población en España ha sufrido algún tipo de abusos sexuales durante su infancia⁴⁰.

El Grupo de Trabajo de Malos Tratos y Situaciones de riesgo de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas registró, entre septiembre de 2011 y septiembre de 2012, 177 casos de ASI, representando el 37,6% de las sospechas de malos tratos en los servicios de Urgencias analizados (unos 3,4 casos por cada 10.000 visitas de menores de 15 años)⁴¹.

El manejo del ASI es uno de los mayores desafíos a los que se puede enfrentar el personal sanitario. El abordaje debe ser multidisciplinar y la persona de referencia deberá ser el o la profesional de Pediatría. Debe prevalecer en todo momento el concepto del interés superior del menor.

El diagnóstico se basa en la historia clínica, la exploración física y exploraciones complementarias. La historia clínica es fundamental, dado que en pocas ocasiones aparecen lesiones en la exploración (menos del 10% de los casos corroborados de ASI) aun habiendo existido el abuso. El relato del menor es la pieza fundamental en el diagnóstico del ASI.

El médico tiene que saber que en el adecuado manejo de estos problemas no solo tiene responsabilidad profesional y ética, sino legal. Ante una sospecha de ASI se debe notificar de forma inmediata al Juzgado de Guardia, quien ordenará la presencia del médico forense para realizar junto al pediatra la exploración del menor y para la toma de muestras de interés legal.

Además, siempre es obligatoria la comunicación a los Servicios Sociales, que son los que tienen las competencias en materia de protección de menores.

Es recomendable el ingreso de la o el menor que ha sufrido abusos sexuales, hasta no clarificar el entorno familiar, ya que, en la mayoría de los casos, el agresor puede pertenecer al mismo. Nunca se debe dar el alta si la protección del menor no está asegurada.

Además del impacto psicológico que representa esta situación para los menores y su entorno, hay que tener en cuenta el riesgo que tienen de contraer ITS.

La identificación de una ITS en un niño puede tener importancia legal, así como implicaciones para el tratamiento. El detectar una ITS por encima del periodo neonatal obliga a descartar en primer lugar el abuso sexual, teniendo en cuenta también la transmisión vertical y accidental (tabla 3)^{42,43}.

Tabla 3
Implicaciones en el diagnóstico de infecciones de transmisión sexual (ITS)

ITS confirmada	Evidencia de abuso sexual	Acción sugerida
Gonorrea ^a	Diagnóstico	Notificar ^c
Sífilis ^a	Diagnóstico	Notificar ^c
VIH ^b	Diagnóstico	Notificar ^c
<i>Chlamydia trachomatis</i> ^a	Diagnóstico	Notificar ^c
<i>Trichomonas vaginalis</i> ^a	Altamente sospechoso	Notificar ^c
Herpes simple (localización genital)	Altamente sospechoso(especialmente si VHS 2)	Notificar ^c +
Condiloma acuminado anorrectal ^a	Sospechoso	Notificar ^c + –
Vaginosis bacteriana	NO concluyente	Seguimiento médico

+ : Excluir autoinoculación; – : notificar si hay evidencia adicional de sospecha de abuso sexual, incluyendo historial, examen físico y otras infecciones identificadas.

^a Si no está en periodo perinatal, se excluye la transmisión vertical.

^b Si se excluye transmisión vertical o por transfusión.

^c Seguir el circuito de notificación en caso de sospecha de abuso infantil establecido.

Fuente: Guidelines for the Evaluation of Sexual Abuse of Children: Subject Review. Committee on Child Abuse and Neglect. *Pediatrics* 1999;103;186.

La prevalencia de las ITS en niños que han sufrido AS depende del abuso y de la prevalencia de las ITS en el adulto.

En la *tabla 4* se presenta la asociación entre ITS y abuso sexual en niños prepuberales.

Los pasos a realizar para una atención al menor que ha sido víctima de ASI están recogidos en unos protocolos de actuación específicos por la complejidad y peculiaridades de la atención al menor víctima de abuso.

Respecto al manejo de ITS, el protocolo a seguir lo podemos equipar al de pacientes adultos.

Infecciones de transmisión sexual: toma de muestras genitales y extragenitales, serológicas y diagnóstico microbiológico

Según los CDC, no se recomienda el cribado de todas las ITS en todas las localizaciones en niños asintomáticos de forma rutinaria, aunque cada caso debería valorarse de forma individual y se recomienda en:

- Menor que ha sufrido una penetración o hay evidencia de una herida penetrante en zona genital, ano y orofaringe.
- Menor que ha sido abusado por un extraño.
- Menor que ha sido abusado por una persona que tiene una ITS o tiene un alto riesgo de ITS (usuarios de drogas por vía parenteral, hombres que mantienen sexo con hombres o una persona con múltiples parejas).
- Menor con un hermano o familiar en el hogar con una ITS.

Tabla 4
Frecuencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) tras abuso sexual en niños

	Prevalencia de ITS tras abuso sexual en niños	Comentario
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	0,7-3,7%	En niños prepúberes, el abuso sexual es el modo más probable de transmisión de la infección por <i>N. gonorrhoeae</i> ^a
<i>Chlamydia trachomatis</i>	0,7-3,1%	El contacto sexual con penetración es el modo más probable de transmisión en el caso de un niño prepuberal con infección genital por <i>C. trachomatis</i> ^a
<i>Trichomonas vaginalis</i>	0,5-5,9%	Los estudios publicados sugieren que el abuso sexual es una forma probable de infección por <i>T. vaginalis</i> en las niñas ^a
VIH	<1%	En un niño con infección por VIH, se debe excluir en primer lugar la infección perinatal o por hemoderivados. Una vez excluidas, el abuso sexual es la forma más probable de transmisión
Sífilis	<1%	En todo niño diagnosticado de sífilis, la historia clínica, el examen físico y la serología frente a sífilis en el niño y en la madre ayudarán a determinar si la infección es congénita o adquirida. En caso de una infección adquirida, el abuso sexual es el modo más probable de transmisión de la sífilis ^b
VPH	3,1%	El abuso sexual debe ser considerado en todo niño que presenta verrugas genitales ^a
VHS	<5%	El abuso sexual debe ser considerado en todo niño que presenta lesiones genitales por VHS. Considerar también la autoinoculación como forma de transmisión

^a Sin embargo, no se conoce con exactitud la edad a la que se puede excluir la posibilidad de una transmisión vertical.

^b Se debe excluir también la transmisión por hemoderivados.

Fuente: Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes²⁰.

- Menor que vive en un área con alta prevalencia de ITS.
- Menor con signos y síntomas de ITS.
- Menor con diagnóstico de una ITS debería realizarse un cribado de todas las ITS.
- Solicitud de pruebas/preocupaciones por parte del paciente/familia.

Si un niño presenta síntomas o signos o evidencia de infección que sugiriese ITS se debe hacer un cribado antes de iniciar cualquier tratamiento que pudiera interferir en el diagnóstico, debido a la implicación legal y las consecuencias psicosociales que puedan derivar de un diagnóstico positivo, para el cual se deberían utilizar las técnicas diagnósticas con mayor especificidad.

En referencia a la toma de muestras para el diagnóstico de ITS en niño/as prepuberales, en niñas se realizará toma vulvar, vaginal para cultivo ya que no se realizan habitualmente muestras endocervicales. En niños con supuración uretral, se les toma una muestra de la zona del meato uretral, la cual puede sustituir a la muestra uretral. Si ha habido agresión extragenital, la toma se realizará como en los adultos.

Respecto al diagnóstico de ITS, no hay un consenso respecto al uso de TAANs frente al cultivo. Los CDC en 2006 recomiendan el uso de las TAANs en niños con sospecha de abuso sexual cuando el cultivo no es posible, y si el resultado fuera positivo debería confirmarse con una técnica alternativa. Se aceptan las TAANs en orina y muestras vaginales para CT y NG en niñas prepúberes. Respecto a los niños prepúberes, no hay estudios que avalen el uso de estas

Tabla 5
Regímenes recomendados

	Niños con peso <45 kg	Niños con peso ≥45 kg
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Azitromicina 20 mg/kg vía oral dosis única	Azitromicina 1 g vía oral en dosis única
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Ceftriaxona 25-50 mg/kg IV o IM dosis única (dosis máxima IM 125 mg)	Ceftriaxona 250 mg IM dosis única
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Metronidazol 15 mg/kg/día cada 8 h vía oral durante 7 días	Metronidazol 2 g vía oral en dosis única

técnicas en muestras de orina, ni en localizaciones extragenitales. Los datos del uso de las TAANs para la detección de TV en niños son limitados, pero no hay ninguna evidencia de que fuera diferente que en el adulto^{44–49}.

Se les extraerá un suero para la realización de serología para la determinación de sífilis, VHB, VHC y VIH.

Infecciones de transmisión sexual: profilaxis

a) *Profilaxis antibiótica frente a gonococia, clamidiasis y tricomoniasis.* La pauta recomendada se presenta en la tabla (tabla 5).

b) *Profilaxis frente al VIH.* Se valorará de forma individual y siempre que no hayan pasado más de 72 h desde la AS.

La AS aumenta el riesgo de transmisión viral en niños debido a mayor vulnerabilidad anatómica a los traumatismos, una mucosa vaginal y anal más fina, ectopia cervical, etc. Ante toda penetración confirmada, tanto en niños como en adolescentes, está indicado PPE frente al VIH²².

La pauta a seguir hasta los 12 años es zidovudina (120 mg/kg/8 h o 4 mg/kg/12 h) + emtricitabina (6 mg/kg/24 h) + lopinavir/ritonavir (230–300 mg/kg/12 h).

Existen preparados en solución de los fármacos. En el caso de niños mayores que alcancen dosis completas (dosis de adolescentes) se pueden administrar comprimidos/cápsulas siempre que puedan ingerirlos adecuadamente. Se recomienda que la PPE con estos 3 fármacos se inicie lo antes posible, y siempre en las primeras 72 h tras el contacto. Se recomienda mantener la profilaxis durante 28 días. A partir de 13 años la pauta es la misma que en adultos⁴⁷.

c) *Profilaxis frente a VHB,* antitetánica, vacunación frente al VPH y medicación poscoital. Se seguirán las mismas pautas que en el adulto.

Tras el alta se realizará seguimiento en consulta externa de Infectología Pediátrica y/o Enfermedades de Transmisión Sexual con el mismo proceso y manejo y controles que en el paciente adulto. Se valorará el curso clínico en cuanto a la sospecha de abuso sexual y las diligencias judiciales.

Conclusiones

La violencia sexual es un problema a nivel mundial con implicaciones, en ocasiones graves, sobre la salud que abarca aspectos médicos, legales y psicológicos, por lo que la asistencia ha de ser multidisciplinar, estableciendo protocolos de atención para poder dar cobertura a las víctimas de AS.

Esta asistencia se debe dar independientemente del sexo, la edad, la raza y las creencias religiosas.

Estos pacientes tienen un alto riesgo de adquirir ITS y, como recomiendan los CDC, debe hacerse diagnóstico, profilaxis y tratamiento.

Desde nuestra experiencia con estos pacientes, el manejo de las ITS en el contexto de una AS se fundamenta en la toma de muestras, en el procesamiento microbiológico, en la realización de profilaxis y en el seguimiento microbiológico y clínico posterior. La toma de muestras se realizará de la localización (tanto genital como extragenital) de donde ha sido la agresión y de lesiones si las hubiera, y se debe hacer siempre (antes de la profilaxis antibiótica). No se debe diferir la toma de muestras en función de la aparición de sintomatología posterior, ya que en muchas ocasiones las ITS pueden

cursar de forma asintomática y, además, se pueden manifestar con cuadros graves como la enfermedad inflamatoria pélvica. La profilaxis antibiótica se debe instaurar porque de esa manera se hace prevención y tratamiento de las ITS.

Para el diagnóstico microbiológico, dentro del protocolo de toma de muestras, se indicará el envío de una torunda específica para la realización de cultivos para diagnóstico de NG y TV y otra en el medio de transporte específico para la realización de TAANs (NG, CT y TV).

Para diagnóstico de NG y TV, el cultivo sigue siendo el *gold standard*, aunque con el uso de las TAANs aumentamos la sensibilidad. En relación con CT, las técnicas de cultivo están en desuso en los laboratorios de Microbiología, por lo que se utilizan TAANs para el diagnóstico; y en el caso de que se precisara realizar confirmación microbiológica, se podría utilizar otra TAAN con diferentes dianas o enviar la muestra a laboratorios de referencia que realicen cultivo.

Debido a las implicaciones médico-legales que de un resultado positivo se puedan derivar, las muestras y los aislamientos se deben guardar y custodiar en el laboratorio de Microbiología.

En el caso de diagnóstico de una ITS, se seguirá el mismo proceder que si el diagnóstico se hubiera dado en otro contexto que no fuera el de una AS, realizando el estudio y el tratamiento de contactos.

Se llevará a cabo un seguimiento médico en consultas específicas hasta los 6 meses tras la AS.

En el caso de que la AS no haya sido reciente, se deberá realizar igualmente cribado de ITS y control evolutivo en consulta especializada.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Informe mundial sobre la violencia y la salud. Organización Mundial de la Salud; 2002.
- Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
- BOE. Legislación Consolidada. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de Noviembre, del Código Penal.
- Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013.
- Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
- Brieding MJ, Smith SG, Basile KC, Walters ML, Chen J, Merrick MT. Prevalence and characteristics of sexual violence, stalking, and intimate partner violence victimization-National Intimate Partner and Sexual Violence Survey, United States, 2011. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2014.
- Jauréguy F, Chariot P, Vessières A, Picard B. Prevalence of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* infections detected by real-time PCR among individuals reporting sexual assaults in the Paris, France area. *Foresinc Sci Int.* 2016; 266:130-3.
- Hagemann CT, Nordbø SA, Myhre AK, Omstad K, Schei B. Sexually transmitted infections among women attending a Norwegian Sexual Assault Centre. *Sex Transm Infect.* 2014;90:283-9.
- Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2003.
- Norma general técnica para la atención de víctimas de violencia sexual. Santiago, Chile: Servicio Médico Legal. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Ministerio de Salud. Consejo Nacional de la Infancia; 2016.
- Atención de la salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2016.

12. Instrucciones de actuación en casos de agresión sexual con sospecha de intoxicación. Subdirección General de Organización y Coordinación Territorial de la Administración de Justicia. Ministerio de Justicia, 2012.
13. Protocolo sanitario ante el maltrato en el ámbito doméstico y la violencia sexual contra las mujeres. Vitoria: Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco y Osakidetza, 2008.
14. Guía y manual de valoración integral forense de la violencia de género y doméstica. Secretaría General Técnica del Ministerio de Justicia. Boletín de Información (Suplemento al núm. 2000); 2005.
15. II Acuerdo interinstitucional para la mejora en la atención a mujeres víctimas de maltrato en el ámbito doméstico y de violencia sexual. Vitoria: EMAKUNDE/Instituto Vasco de la Mujer; 2009.
16. Protocolo de actuación ante las agresiones sexuales del Hospital Universitario Basurto. Basurto: Hospital Universitario Basurto; 2009 [última modificación en 2016].
17. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2014. Atlanta: Centers for Diseases Control and Prevention; 2014.
18. Seña AC, Hsu KK, Kellogg N, Girardet R, Christian CW, Linden J, et al. Sexual Assault and Sexually Transmitted Infections in Adults, Adolescents, and Children. *Clin Infect Dis* 2015;61 Suppl 8:S856–64.
19. Peterson ZD, Voller EK, Polusny MA, Murdoch M. Prevalence and consequences of adult sexual assault of men: Review of empirical findings and state of the literature. *Clin Psychol Rev.* 2011;31:1–24.
20. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes. Madrid: Grupo de expertos del grupo de estudio de sida de la SEIMC (GESIDA), Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS), Grupo de estudio de ITS de la SEIMC (GEITS), Grupo español para la investigación de las enfermedades de transmisión sexual de la Academia Española de Dermatología y Venerología y de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP); 2017.
21. Smith BD, Morgan RL, Becket GA, Falck-Ytter Y, Hottzman D, Teo CG, et al. Recommendations for the identification of chronic hepatitis C virus infection among persons during 1945–1965. *MMWR Recomm Rep* 2012; 61(RR-4):1–32.
22. Adlington R, Browne R. Management of patients seen post-sexual assault at a North London inner city genitourinary medicine clinic 2005–2008. *Int J STD AIDS.* 2011;22:286–7.
23. UK National Guidelines on the Management of Adult and Adolescent Complainants of Sexual Assault 2011. London: Clinical Effectiveness Group: British Association for Sexual Health and HIV; 2011.
24. Grossin C, Sibille I, Lorin de la Grandmaison G, Banasr A, Brion F, et al. Analysis of 418 cases of sexual assault. *Forensic Sci Int.* 2003;131:2–3.
25. Riggs N, Houry D, Long G, Markovchick V, Feldhaus KM. Analysis of 1,076 cases of sexual assault. *Ann Emerg Med.* 2000;35:358–62.
26. Digiovanni C, Berlin F, Casterella P, Redfield RR, Hiken M, Falck A, et al. Prevalence of HIV antibody among a group of paraphilic sex offenders. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 1991;4:633–7.
27. Irvine C, Egan KJ, Shubber Z, van Rompay KK, Beanland RL, Ford N. Efficacy of HIV postexposure prophylaxis: systematic review and meta-analysis of nonhuman primate studies. *Clin Infect Dis.* 2015;60 Suppl. 3:S165–9.
28. New York State Department of Health AIDS Institute. HIV Prophylaxis Following Non-Occupational Exposure Including Sexual Assault New York, NY: New York State Department of Health AIDS Institute; 2014 [consultado 2 Oct 2018]. Disponible en: <https://www.hivguidelines.org/pep-for-hiv-prevention/after-sexual-assault/>.
29. Long L, Butler B. Sexual assault. *Obstet Gynaecol.* 2018;20:87–93, <https://doi.org/10.1111/tog.12474>.
30. Dominguez KL, Smith DK, Vasavi T, Crepez N, Lang KS, Heneine W, et al. Updated guidelines for antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection drug use, or other nonoccupational exposure to HIV – United States, 2016. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services [consultado 17 Oct 2018]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/programresources/cdc-hiv-npep-guidelines.pdf>.
31. Documento de consenso sobre profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2016;34:122–31.
32. Griffith WF, Ackerman GE, Zoellner CL, Sheffield JS. Sexual assault: a report on human immunodeficiency virus postexposure prophylaxis. *Obstet Gynecol Int.* 2010;2010(196963):1–6.
33. Wong K, Hughes CA, Plitt S, et al. HIV non-occupational postexposure prophylaxis in a Canadian province: treatment completion and follow-up testing. *Int J STD AIDS.* 2010;21:617–21.
34. Ford N, Venter F, Irvine C, Beanland RL, Shubber Z. Starter packs versus full prescription of antiretroviral drugs for postexposure prophylaxis: a systematic review. *Clin Infect Dis.* 2015;60 Suppl. 3:S182–6.
35. Schillie S, Vellozzi C, Reingold A, Harris A, Haber P, Ward JW, et al. Prevention of hepatitis B virus infection in the United States: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR Recomm Rep.* 2018;67:1–31.
36. Alemany L, Bayas JM, Borruel N, Campins M, Castellsagué X, Curran A, et al. AEPCC-Guías: Vacunación selectiva frente al virus del papiloma humano en poblaciones de riesgo elevado. Campins M (coord.), Torné A, del Pino M (revisores editores). Madrid: Publicaciones Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia; 2016. p. 1–46.
37. Guía y manual de valoración integral forense de la violencia de género y doméstica. Secretaría General Técnica del Ministerio de Justicia. Boletín de Información (Suplemento al núm. 2000), 2005.
38. Anticoncepción de Urgencia. Guía de Asistencia Práctica de la SEGO, 2013.
39. Cresswell F, Waters L, Briggs E, Fox J, Harbottle J, Hawkins D, et al. Guía del Reino Unido para el uso de la profilaxis post-exposición del VIH después de la exposición sexual, 2015. *Int J STD AIDS.* 2016;27:713–38.
40. Pereda N, Forns M. Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child Abuse Negl.* 2007;31:417–26.
41. Trenchs V, Curcoy AI, y grupo de trabajo de malos tratos y situaciones de riesgo de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP). Registro multicéntrico de maltrato en urgencias: casuística de un año. *Emergencias.* 2014; 26:468–71.
42. Kelly P, Koh J. Sexually transmitted infections in alleged sexual abuse of children and adolescents. *J Paediatr Child Health.* 2006;42:434–40.
43. Guidelines for the Evaluation of Sexual Abuse of Children: Subject Review. Committee on Child Abuse and Neglect. *Pediatrics* 1999;103:186.
44. Black C, Driebe EM, Howard LA, Fajman NN, Sawyer MK, Girardet RG, et al. Multicenter study of nucleic acid amplification tests for detection of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* in children being evaluated for sexual abuse. *Pediatr Infect Dis J.* 2009;28:608–13.
45. Kelly P, Koh J. Sexually transmitted infections in alleged sexual abuse of children and adolescents. *J Paediatr Child Health.* 2006;42:434–40.
46. Policy Statement - Protecting children from sexual abuse by health care providers. Committee on Child Abuse and Neglect Pediatrics. 2011 128 407.
47. Gibb AM, McManus T, Foster G. Should we offer antibiotic prophylaxis post sexual assault? *Int J STD AIDS.* 2003;14:99–102.
48. Mollen C, Goyal MK, Frioux SM. Acute sexual assault: a review. *Pediatr Emerg Care.* 2012;28:584–93.
49. Hammerschlag M. Sexual assault and abuse of children. *Clin Infect Dis.* 2011;53 Suppl. 3:S103–9.