



PROTOCOLOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA

Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP)

4ª EDICIÓN, 2024

30 Agresión sexual en la infancia y adolescencia

Karmele Diez Sáez¹, Antonio Gancedo Baranda²,
Gloria Estopiñá Ferrer³

¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Basurto. Bilbao.

*²Unidad de Pediatría y Neonatología. Hospital Universitario
Fundación Alcorcón. Madrid.*

³Pediatra Consorci Sanitari de Terrassa. Barcelona.

*Miembros del grupo de trabajo contra la violencia en la infancia
y la adolescencia. SEUP*

Junio, 2025



Agresión sexual en la infancia y adolescencia

Karmele Diez Sáez¹, Antonio Gancedo Baranda², Gloria Estopiñá Ferrer³

¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Basurto. Bilbao.

²Unidad de Pediatría y Neonatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

³Pediatra Consorci Sanitari de Terrassa. Barcelona.

Miembros del grupo de trabajo contra la violencia en la infancia y la adolescencia. SEUP

Resumen

Cuando estamos ante un niño, niña o adolescente (NNA) que ha podido sufrir una agresión sexual, la respuesta que le demos va a condicionar el éxito o fracaso del proceso de intervención y de su recuperación. Desde el principio de nuestra actuación tenemos que evitar la victimización secundaria.

Se considerarán casos urgentes aquellos en los que existe la necesidad de instaurar tratamiento, de protección urgente al NNA o en los que se prevé obtener pruebas médico-forenses válidas por haber transcurrido menos de 72 horas-10 días desde la agresión. Estos casos precisan derivación urgente al hospital de referencia y comunicación inmediata al Juzgado de Guardia, quien autorizará la actuación médico forense. En los casos no urgentes, el sistema de salud debe atenderles tan pronto como sea posible, pero no como una urgencia. Tanto en los casos urgentes como en los no urgentes, siempre realizaremos la notificación a servicios sociales. También cuando solamente existen indicadores comportamentales en los que la agresión sexual es una posibilidad a tener en cuenta.

Presentamos unas pautas de actuación que aseguren una intervención eficaz, señalando los elementos claves de la entrevista, exploración física, toma de muestras y pruebas complementarias, tratamiento, notificación y elaboración de informes.

Palabras clave: abuso sexual infantil, agresión sexual.

Abstract

When we are dealing with a child or adolescent who may have suffered a sexual assault, the response we give will determine the success or failure of the intervention process and the recovery. From the beginning of our actions we must avoid secondary victimization.

Urgent cases will be considered those in which there is need of treatment, of urgent protection of the child victim or in which valid forensic-medical evidence is foreseen to be collected because less than 72 hours-10 days have elapsed since the assault. These cases require urgent referral to emergency department is required and mandatory report to the judge on duty who will authorize the forensic medical intervention. In non-urgent cases, medical evaluation is needed as soon as possible, but not as an emergency.

In both urgent and non-urgent cases, we will always report to social services. Also when there are only behavioral indicators in which sexual abuse is a possibility to be considered.

Guidelines to achieve effective intervention are described, pointing out the key aspects of anamnesis, physical examination, evidence collection and complementary tests, treatment and reporting.

Key words: child sexual abuse, sexual assault.

ASPECTOS CONCEPTUALES

Violencia sexual contra la infancia y adolescencia

- Cualquier acto de naturaleza sexual realizado por parte de una persona adulta a un niño, niña o adolescente (en adelante, NNA) menor de 16 años.
- Los actos de carácter sexual con una persona menor de 18 años realizados en un contexto de abuso de una situación de superioridad o de vulnerabilidad de la víctima o llevados a cabo bajo coerción, manipulación o uso de la violencia.
- Se incluyen las actividades sexuales impuestas por un NNA a otro si el primero es considerablemente mayor que la víctima a o utiliza la fuerza, amenazas y u otros medios de presión. Esta violencia sexual toma múltiples formas⁽¹⁾:

1. Agresión sexual. La ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual elimina la distinción entre agresión y abuso sexual*, considerándose agresiones sexuales todas aquellas conductas que atenten contra la libertad sexual sin el consentimiento de la otra persona.

La legislación vigente⁽²⁾ establece la edad de consentimiento sexual en los 16 años. La realización de actos de carácter sexual con personas menores de 16 años será considerada como un hecho delictivo, salvo que se trate de relaciones consentidas libremente con una persona próxima al NNA por edad y grado de desarrollo o madurez.

- **Contacto sexual** realizado o intentado:
 - contacto sin penetración: tocamientos, masturbación del agresor a la víctima o viceversa.
 - penetración: vaginal, anal, oral, penetración digital, introducción de objetos.
- **Actos de naturaleza sexual que no incluyen contacto:** pedirle al NNA que se desnude, mostrarle los órganos sexuales, mostrarle material pornográfico, diálogos sexuales,

hacer presenciar a un NNA actos de carácter sexual. Se consideran incluidos en los actos de carácter sexual los que realice el NNA con un tercero o sobre sí mismo a instancia del autor.

- 2. Violencia sexual a través de las tecnologías de la información y comunicación (Violencia digital):** imágenes de agresión sexual infantil, grooming (ganarse la confianza de un NNA a través del engaño con el propósito de involucrarle en una actividad sexual), explotación sexual online, etc.
- 3. Explotación sexual de la infancia y adolescencia y trata de personas con fines de explotación sexual:** utilización de un NNA en actividades sexuales a cambio de una contraprestación (económica o de cualquier tipo o bien la promesa de algo) a través de mecanismos como la fuerza física, las amenazas o la coacción, u otros como el desequilibrio de poder o el uso de una relación de confianza.
- 4. Otros tipos de violencia sexual:** matrimonio forzado; actos violentos contra la integridad sexual de las mujeres, como la mutilación genital femenina y las inspecciones obligatorias para comprobar la virginidad; denegación del derecho a utilizar métodos anticonceptivos o a adoptar otras medidas de protección contra las enfermedades de transmisión sexual, etc.

Victimización secundaria⁽³⁾

Se define como el daño que puede generarse en el NNA víctima por la respuesta y la actuación del sistema de apoyo informal (entorno familiar, amistades, etc.) y formal (policía, sistema judicial, servicios sociales, personal sanitario) y que puede contribuir a empeorar el daño psicológico generado por la victimización primaria o cronificar sus secuelas.

Desde pediatría tenemos que tener esto en cuenta desde el principio de nuestra actuación. Nuestra actitud, gestos, exploración, etc. pueden suponer para el NNA una agresión más. Especial importancia tiene la entrevista o recogida de la historia. Contar su historia a diversos profesionales supone exponerse a revivir la agresión y perjudicar la credibilidad de su testimonio por eventuales contradicciones.

**Abuso sexual infantil es el término más ampliamente utilizado por los y las profesionales asistenciales, pero en este protocolo vamos utilizar el término agresión sexual como establece la legislación vigente (LO 10/2022)*

Prueba preconstituida

Para evitar esta victimización secundaria y para “cuidar el testimonio” se establece en la Ley 8/2021 de Protección Integral a la infancia y adolescencia frente a la violencia, la prueba preconstituida o anticipada como norma general para víctimas especialmente vulnerables (menores de 14 años, personas con discapacidad).

Consiste en recoger y grabar el testimonio del NNA en una entrevista liderada por una o un psicólogo forense que trasmita las preguntas de fiscalía, autoridad judicial y defensa (que se hayan en otras sala y vía telemática pueden ver, oír e interactuar con la o el psicólogo forense). Esa declaración en fase de instrucción realizada con determinadas garantías judiciales, se reproduce en el acto del juicio y puede ser valorada como prueba, evitando la declaración del NNA en juicio oral.

Es importante no haber hecho contar antes al NNA el relato para asegurarse de disponer de un testimonio más rico y espontáneo, a través de una memoria menos interferida.

AGRESIÓN SEXUAL: EVIDENCIA Y SOSPECHA

Para facilitar nuestra actuación se consideran a efectos de este protocolo dos cauces diferenciados⁽⁴⁾.

Evidencia de agresión sexual

Cuando existan indicadores altamente específicos⁽⁵⁾:

- La revelación por parte del NNA. El hecho de que un NNA nos cuente que ha sido víctima de abuso sexual es uno de los indicadores más potentes y específicos.
- Indicadores físicos: dolor, sangrado o secreción genital o anal inexplicable; erosiones, contusiones y hematomas en la zona genital, anal o en senos; sugilaciones en cuello o mamas; dificultad para andar y sentarse; ropa interior rasgada o manchada; presencia de esperma, semen, antígenos específicos, o enzimas (p. ej. fosfatasa ácida), pelo púbico en boca, ano, genitales, ropa; infecciones de transmisión sexual o embarazo.

En los casos de evidencia se ha de diferenciar entre casos urgentes y no urgentes.

1. Casos urgentes: derivación urgente al hospital de referencia:

- Abuso sexual con contacto agudo o reciente⁽⁶⁾.

- Hasta 10 días en casos de presunta penetración vía vaginal. El semen y restos celulares pueden permanecer en cavidad vaginal ese tiempo después de producidos los hechos.
- Hasta 72 horas en el resto de agresiones.

- Manifestaciones físicas o psicológicas que requieran tratamiento urgente.
- Necesidad de instaurar profilaxis post exposición para infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
- Necesidad de anticoncepción de urgencia.
- Necesidad de protección urgente a la víctima.

2. Casos no urgentes (no precisan derivación hospitalaria urgente)

Aquellos en los que el abuso no es reciente, no precisa tratamiento ni protección urgente o existe revelación del NNA pero sin contacto físico.

Sospecha de agresión sexual

Cuando existan indicadores comportamentales en el NNA observados por profesionales o la familia, o suposiciones de terceras personas, pero sin indicadores físicos ni revelación por parte del NNA.

Indicadores comportamentales⁽⁷⁾:

- Conductas sexuales impropias de la edad (masturbación compulsiva con objetos, caricias bucogenitales, pedir ser tocado en el área genital, conductas sexualmente seductoras). Agresiones sexuales a otras NNA. Conocimiento sexual precoz e inapropiado para su edad. Promiscuidad en adolescentes. Los comportamientos sexuales inapropiados no siempre pueden atribuirse a ASI. Sin embargo, cuando están presentes justifican una evaluación. Debemos considerar, además, otros estresores (abuso emocional, abuso físico, disfunción familiar, etc.) o exposición inapropiada a material sexualizado.
- Indicadores inespecíficos (pueden observarse como reacciones ante diversas situaciones de estrés): llanto, trastornos del sueño y el apetito, alteraciones en la alimentación, dolores funcionales, enuresis secundaria, encopresis, conductas regresivas, depresión, ansiedad, aislamiento, falta de control emocional, fobias repetidas y variadas, culpa o vergüenza extremas, desórdenes funcionales, agresiones, fugas, consumo

excesivo de alcohol y drogas, conductas auto-destructivas o intentos de suicidio, etc.

Es importante tener en cuenta que los NNA que han sido agredidos sexualmente pueden estar aparentemente asintomáticos (lo que no significa que los hechos no hayan podido ocurrir).

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ESPECÍFICA^(8, 9): CASOS URGENTES

Evaluación primaria: TEP + ABCDE

- Triage. Triángulo evaluación pediátrico (TEP). Si el paciente está estable, posponer triaje hasta su ubicación en un espacio adecuado y discreto que garantice su privacidad y seguridad. Acompañado de una persona de su confianza.
- Aproximación ABCDE: Tratamiento urgente de lesiones físicas/síntomas emocionales si precisa.
- Evitar actuaciones que puedan interferir en la posterior toma de muestras de interés legal.

Evaluación secundaria: anamnesis y exploración física

Objetivos:

- Contribuir al diagnóstico de agresión sexual.
- Hacer el diagnóstico diferencial.
- Notificar el caso a las autoridades y profesionales pertinentes.

Anamnesis

La realizará un o una pediatra con experiencia y siempre acompañado.

Historia recogida del acompañante sin la presencia del NNA para evitar contaminar su relato, reseñando brevemente lo referido. Elementos que deben constar en la historia clínica:

- Identificar al acompañante. Relación con el NNA.
- ¿Por qué sospechan agresión sexual?: revelación, indicadores físicos, comportamentales.
- Tipo de agresión sexual (con o sin contacto). Lugar y tiempo transcurrido.
- Datos del supuesto agresor: ¿edad?, ¿relación con la persona menor de edad?, ¿testigos?
- Medidas realizadas antes de la llegada a Urgencias.
- Antecedentes personales. Historia ginecológica si es adolescente.

- Síntomas actuales y pasados. Síntomas genitourinarios o gastrointestinales, quejas somáticas, etc.

- Entorno familiar, escolar y social: convivientes en el domicilio y parentesco, violencia de género.

Cuándo y cómo notificar al Juzgado de Guardia de manera urgente:

- Si se confirma contacto físico reciente, se debe comunicar siempre de forma inmediata al Juzgado de Guardia (o Fiscalía de Menores en el caso de que el presunto agresor sea también menor de edad) con independencia de que sus progenitores/tutores deseen presentar denuncia.
 - Se realizará la notificación con el organismo legal competente vía telefónica. También por escrito, vía telemática o mediante el sistema establecido en cada comunidad autónoma para comunicarse con la Administración de Justicia. La o el juez de guardia determinará la asistencia del profesional forense. La intervención forense no estará condicionada a la existencia de una denuncia previa, ya que esta podrá ser interpuesta posteriormente⁽¹⁰⁾.
 - Salvo en el supuesto de gravedad se esperará a que éste se persone para realizar la entrevista clínica y la exploración física.
 - Ante la eventualidad de que no se acuerde esta diligencia por el juzgado, podemos contactar con fiscal de guardia quien valorará la procedencia de recurrir la resolución que deniega el examen forense de la víctima⁽³⁾.
 - Cuando la seguridad del NNA pudiera estar amenazada, debemos comunicarlo a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad. También cualquier otra circunstancia en que la presencia de los cuerpos policiales puede ser de ayuda para la investigación o protección del NNA.
- Historia recogida del NNA (Medicina Forense y Pediatra)⁽¹¹⁾.** El relato del NNA es la pieza fundamental en el diagnóstico pero nuestro objetivo no es conseguir una narrativa sobre la supuesta violencia sexual, si no obtener la información médico asistencial y médico legal necesaria para nuestra actuación.
- Hacer la entrevista al NNA sin su familiar presente, si es posible. Esto es fundamental si un progenitor es el supuesto perpetrador o si

encubre al sospechoso, para evitar que la víctima pueda sentirse intimidada o amenazada. Sin embargo, si el NNA se siente incómodo a solas con él o la pediatra, puede ser más eficaz permitir que su familiar se quede, advirtiéndole previamente que no debe intervenir.

- Adaptar las preguntas a la edad y nivel de desarrollo.
- No apremiar ni forzar a que revele lo sucedido.
- Preguntas abiertas y con lenguaje sencillo.
- Reforzar la idea de que fue muy valiente al contarlo, que no tiene la culpa y que le creemos.
- En el informe escribiremos lo que el NNA cuenta con sus propias palabras, entrecomillado.
- Nuestras percepciones subjetivas las identificaremos como tales.

Para entrevistar al NNA a solas pediremos el consentimiento (verbal) a la familia y lo señalaremos en nuestro informe. Si no se puede realizar por edad (<3 años), no cooperación o negativa de sus progenitores, se debe dejar reflejado en el informe.

Exploración física detallada⁽¹¹⁾

En el 90-95% de las ocasiones la exploración física será normal, incluso cuando ha habido penetración, especialmente si la exploración no es inmediata. Una exploración normal no excluye la agresión sexual y este hecho debe constar en nuestro informe.

- No duplicar innecesariamente la exploración. Se hará una exploración conjunta pediatría - medicina forense - ginecología-cirugía (cuando estas sean necesarias) en un acto único.
- El NNA estará acompañado por una persona adulta de su confianza (respetaremos si el NNA prefiere que no esté presente).
- Explicaremos en un lenguaje adecuado a su edad todo lo que se va a realizar, tomándonos el tiempo necesario. Además, la o el médico forense informará a su progenitor o representante legal de las actuaciones que se van a llevar a cabo y de la finalidad de las mismas y le solicitará el consentimiento escrito para el reconocimiento médico-forense (exploración, toma de muestras y fotografías) y para la divulgación de la información a terceros a través del informe pericial⁽¹⁰⁾. La opinión del NNA será más o menos determinante según

su madurez. De existir duda o discrepancia, la situación se pondrá en conocimiento de la autoridad judicial a los efectos de que se adopte la decisión correspondiente en salvaguarda del mejor interés del NNA.

- Darles sensación de control sobre la situación. Preservar su pudor. No utilizar métodos de contención física, valorar la necesidad de sedación.

Exploración general completa

- Empezar siempre con una exploración general, para ganar confianza y relajar al NNA.
- Desarrollo puberal: estadio Tanner.
- Exploración de la superficie corporal extragenital. Debe ser completa, inspeccionando la cabeza, el rostro y las regiones retroauriculares, zonas de defensa, y también el cuello y las mamas como zonas en las que pueden aparecer sugilaciones. Buscar signos de contusiones, abrasiones, laceraciones, de retención en muñecas y tobillos, de separación en rodillas, muslos y brazos...
- Al existir la posibilidad de sexo oral forzado se debe explorar siempre la cavidad oral (laceraciones, equímosis, hematomas, sobre todo en la unión del paladar duro y el blando).

Exploración genitoanal

- Posición adecuada. Niñas prepúberes, en supino y en posición de "piernas de rana" o en posición genupectoral. Niños, en supino y rodillas hacia el pecho, o en posición genupectoral o en decúbito lateral (Figs. 1, 2 y 3)⁽¹²⁾. En adolescentes se realizará en posición ginecológica o decúbito lateral.
- Realizaremos una inspección visual. Una combinación de diferentes técnicas aumenta el rendimiento de los resultados: separación labial y tracción labial en posición "piernas de rana" y elevación de glúteos en posición genupectoral en niñas, y separación de nalgas y elevación de glúteos en posición genupectoral en niños.
- No se deben realizar exámenes con espéculo o digitales en niños o niñas prepúberes a menos que estén bajo anestesia (p. ej. para detectar la sospecha de un cuerpo extraño).
- No se necesitan exámenes digitales del recto. La clasificación de Adams⁽¹³⁾ ha logrado una



Figura 1. Posición piernas de rana.

aceptación generalizada y es la principal guía para la evaluación de los hallazgos anogenitales en el contexto de sospecha de agresión sexual infantil. En dicha clasificación se describen:

1. Variantes normales. Variantes anatómicas normales de la región genital y perianal. Muchos hallazgos que anteriormente fueron mal interpretados como evidencia de abuso ahora se consideran hallazgos y variantes normales. En particular, la anchura de la abertura del himen no tiene ningún valor.
2. Hallazgos causados por afecciones médicas distintas de trauma o contacto sexual que pueden confundirse con abuso (diagnóstico diferencial)
 - Lesiones accidentales anogenitales: en general son lesiones superficiales de los genitales externos, más comúnmente de labios mayores, labios menores y clítoris. El relato del mecanismo accidental se da habitualmente de modo espontáneo por el o la paciente y es agudo, dramático y consistente. Habitualmente se procura atención médica rápidamente.
 - Otros hallazgos que pueden confundirse con abuso:



Figura 2. Posición genupectoral.



Figura 3. Posición decúbito lateral.

- Úlcera de Lipschütz y otras úlceras vulvares (Beçhet, virus de Epstein-Barr).
 - Infecciones: vulvovaginitis inespecífica, perianitis estreptocócica.
 - Liquen escleroso y atrófico anogenital.
 - Sinequias vulvares.
 - Prolapso uretral.
 - Fisuras anales, prolapso rectal, proctitis (citomegalovirus).
3. Hallazgos sin consenso de expertos sobre su significado con respecto a un posible contacto sexual o trauma como es la dilatación anal completa con relajación de los esfínteres anales internos y externos, o la sección no completa en el borde del himen.
 4. Hallazgos causados por trauma: son altamente sugestivos de agresión sexual, incluso en ausencia de una revelación por parte del NNA, a menos que se proporcione una descripción oportuna y verosímil del accidente.
 - Traumatismo agudo en los tejidos genitales/anales:

- Laceración aguda o hematoma de labios, horquilla posterior, vaginal, pene, escroto o periné.
- Hematomas, Petequias o abrasiones en el himen.
- Laceración aguda del himen, de cualquier profundidad; parcial o completa.
- Laceración perianal con exposición de los tejidos debajo de la dermis.
- Lesiones residuales (cicatrices) de los tejidos genitales/anales:
 - Cicatriz perianal, de horquilla posterior.
 - Hendidura completa del himen debajo de la ubicación de las 3 a 9 en punto, que se extiende a través de la base del himen, sin tejido himenal discernible en esa localización.
 - Signos de mutilación genital femenina.

Evaluación terciaria

Pruebas complementarias

Toma de muestras de interés médico legal⁽¹⁰⁾

- Durante la toma de muestras debe estar presente una persona adulta en el que el NNA confíe y no esté relacionada con el suceso.
- El o la médico forense decidirá en cada caso qué tipo de muestras debe tomar y lo hará según el relato de los hechos, los hallazgos en la exploración y el tiempo transcurrido.
- Si bien los mejores resultados se obtienen cuando la recogida se realiza en las primeras 72 horas, se recomienda que la toma vaginal se lleve a cabo hasta transcurridos 10 días independientemente de las actividades de la víctima posteriores a la agresión. En la boca el plazo de toma de muestras será hasta 48 horas tras el incidente y en canal ano-rectal y superficie corporal hasta 72 horas.
- En niñas prepúberes, se obtienen únicamente de las superficies genitales externas, a menos que exista necesidad de usar anestesia por otro motivo.

La toma de muestras, su empaquetado y transporte, la cadena de custodia y documentación, deben cumplir una serie de criterios recogidos en el protocolo de actuación de los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

TABLA 1. Relación entre infecciones de transmisión sexual y diagnóstico de agresión sexual infantil
Infecciones causadas por contacto sexual (descartada la transmisión perinatal)
• Infección por <i>N. gonorrhoeae</i> genital, rectal o faríngea • Sífilis • Infección por <i>C. trachomatis</i> genital, rectal o faríngea • Infección por <i>T. vaginalis</i> • Infección por VIH (si la transmisión por sangre o agujas contaminadas ha sido descartada)
Infecciones que pueden transmitirse por contacto sexual y no sexual
• Molusco contagioso en el área genital o anal. En niños pequeños, la transmisión probablemente no sea sexual • Condiloma acuminado (VPH) en el área genital o anal. Es más probable que las verrugas que aparecen por primera vez después de los 5 años de edad se hayan transmitido por contacto sexual • Infecciones por VHS tipo 1 o 2 en el área oral, genital o anal
Infecciones no relacionadas con el contacto sexual
• Eritema, inflamación, fisura de tejidos perianales, perineales o vulvares por bacterias, hongos, virus o parásitos que se transmiten por vía no sexual, como <i>Streptococcus A</i> o <i>B</i>, <i>Staphylococcus sp.</i>, <i>Escherichia coli</i>, <i>Shigella</i> u otros organismos gramnegativos. • Úlceras genitales causadas por infecciones virales como VEB u otros virus respiratorios
VPH: virus del papiloma humano; VHS: virus del herpes simple; VEB: virus de Epstein-Barr. Fuente: adaptado de Adams JA, Farst KJ, Kellogg ND. Interpretation of Medical Findings in Suspected Child Sexual Abuse: An Update for 2018. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2018 Jun; 31(3):225-231.

Despistaje de infecciones de transmisión sexual (ITS)

Se recomienda cuando el NNA⁽¹⁴⁾:

- ha sufrido una penetración o hay evidencia de una herida profunda en zona genital, ano u orofaringe,
- ha sido abusado por un extraño,
- ha sido abusado por una persona que tiene una ITS o tiene un alto riesgo de ITS,
- tiene un conviviente en el hogar con una ITS,

- presenta signos y síntomas de ITS,
- solicita (el NNA o su familia) la realización de pruebas.

El tiempo transcurrido entre los hechos y el primer reconocimiento médico de la víctima no debe ser un impedimento para la recogida de muestras para análisis microbiológico. Considerar el periodo de incubación si el abuso ha sido reciente (si los test iniciales son negativos y no se ha pautado profilaxis, repetir en 2-6 semanas).

El detectar una ITS por encima del periodo neonatal, obliga a descartar en primer lugar la agresión sexual, teniendo en cuenta también la transmisión vertical y accidental (Tabla 1).

Estudio microbiológico

- La toma de muestras se realizará en la zona anatómica de la agresión sexual: exudado vaginal, muestra endocervical, uretral, rectal o faríngea.
- Se recogerán muestras para cultivos (escobillón con medio Amies, con tapón azul) y análisis moleculares por PCR (medio de transporte viral) para el diagnóstico de infecciones por *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* y *T. vaginalis*.
- Existe la posibilidad de recoger una muestra de orina (no limpiar la zona genital) de la primera parte de la micción para realizar PCR de los gérmenes mencionados.
- En niñas prepuberales son adecuadas las muestras vulvo-vaginales, en lugar de cervicales; en niños prepuberales se puede valorar la recogida de orina en sustitución de la muestra uretral.
- Si hay lesiones ulcerosas genitales, en recto o en boca se debe realizar una toma de muestra de lesión o lesiones para PCR, la técnica incluye: virus herpes simple (VHS) tipo 1 y 2, citomegalovirus, *Haemophilus ducreyi*, linfogranuloma venéreo y *Treponema pallidum*.
- Si hay condilomas: PCR Papilomavirus (medio de transporte viral).

Muestras sanguíneas:

- Serología para virus de la hepatitis B (VHB): HBsAg, IgG anti-HBc y anti-HBs; para virus de la hepatitis C (VHC): Ac anti-VHC; para VIH: Ac anti-VH y Ag p24; para *T. pallidum*:

Ac totales anti *T. pallidum*) y para VHS, para conocer el estado serológico basal.

- Analítica sanguínea (hematimetría con recuento y fórmula, urea, creatinina, transaminasas) antes de instaurar tratamiento postexposición frente a VIH.

Parásito *Pthirus pubis* en pestañas y en genitales

En el examen físico y teniendo en cuenta las particularidades de la agresión, se podrá chequear la presencia de dicho parásito.

Otras pruebas

Test de embarazo

Si menarquia y presunta penetración vaginal. En caso de test de embarazo negativo, aconsejar repetir en 15 días.

Tóxicos en sangre y orina⁽¹⁰⁾

No se recomienda la realización de pruebas toxicológicas de rutina, estando limitada la toma de muestras a la existencia de signos de intoxicación por drogas o alcohol o cuando el NNA refiere la ingestión de sustancias o describe síntomas compatibles con uso voluntario o involuntario de sustancias psicoactivas.

- Sangre: dos tubos de 5 ml, uno de ellos con EDTA (tapón lila) y otro con fluoruro sódico y oxalato potásico (tapón gris claro). Conservar y enviar en condiciones de refrigeración al laboratorio (2-8°).
- Orina: se remitirá al laboratorio 1 frasco estéril de 10 ml sin conservante. Refrigeración (2°-8°).

Tratamientos específicos

Profilaxis antibiótica empírica (gonococia, clamidiasis y tricomoniasis) (Tabla 2)

Se planteará en los casos en los que se ha considerado necesario la toma de muestras microbiológicas⁽¹⁴⁾.

Profilaxis frente a VHB

El tipo de profilaxis dependerá de la persona expuesta y de la fuente (Tabla 3). Se recomienda iniciar la profilaxis preferentemente en las prime-

TABLA 2. Profilaxis antibiótica empírica

	Peso < 45 kg	Peso ≥ 45 kg
<i>C. trachomatis</i>	Azitromicina, dosis única: 20 mg/kg v.o (DM 1g) Suspensión oral (200 mg/5 ml) Alternativa en > 8 años: doxiciclina 2,2 mg/kg/12 h v.o (DM 200 mg), 7 días	Azitromicina, dosis única: 1g v.o Comp. 500 mg Alternativa en >8 años: doxiciclina 100 mg/12 h v.o, 7 días
<i>N. gonorrhoeae</i>	Ceftriaxona, dosis única: 50 mg/kg im/iv (DM 500 mg) * Alergia a β lactámicos: Gentamicina, dosis única: 2,5mg/kg IM (DM 240 mg) + azitromicina 20 mg/kg v.o (DM 1g) * Si rechaza inyección im: cefixima, dosis única: 8 mg/kg v.o (DM 400 mg) + azitromicina 20 mg/kg v.o (DM 1g)	Ceftriaxona, dosis única: 500 mg im/iv * Alergia a β lactámicos: Gentamicina, dosis única: 240 mg + azitromicina 1 g v.o * Si rechaza inyección im: cefixima, dosis única: 400 mg v.o + azitromicina 1g v.o
<i>T. vaginalis</i>	Tinidazol, dosis única: 50-75 mg/Kg v.o (DM 2g) Comp. 500 mg Mejor posología que metronidazol	Tinidazol, dosis única: 2g v.o Comp. 500 mg
	Metronidazol: 15 mg/Kg/día c/8h v.o, durante 7 días Susp. 125 mg/5ml Si ingesta de alcohol reciente o se va a administrar contracepción de urgencia, el metronidazol o tinidazol pueden ser administrados en domicilio para minimizar los potenciales efectos secundarios e interacciones	Metronidazol, dosis única: 2g v.o Comp. 250 mg
<i>Abreviaturas: DM: dosis máxima; v.o: vía oral; comp.: comprimidos; susp.: suspensión</i>		

TABLA 3. Profilaxis frente al VHB

Estado de la persona expuesta	Fuente HBs Ag positivo	Fuente status HBs Ag desconocido
Vacunada previamente	1 dosis de refuerzo de vacuna VHB	No requiere vacunación
No vacunada o pauta incompleta	1 dosis de IGHB + iniciar o completar pauta de vacunación VHB (3 dosis)	Iniciar o completar pauta de vacunación VHB + 1 dosis de IGHB
<i>Abreviaturas: VHB: virus de la hepatitis B; HBsAg: antígeno de superficie del VHB; IGHB: inmunoglobulina contra la hepatitis B</i>		

ras 24 horas o hasta un plazo máximo de 14 días después de la exposición.

En caso de precisar dosis de vacuna frente a VHB o inmunoglobulina contra la hepatitis B (IGHB) éstas se administrarán en Urgencias:

- Vacuna frente a VHB: Engerix B ped® (10 mcg/0,5 ml) en deltoides.
- IGHB: dosis única intramuscular en glúteo de 0,06 ml/kg (min. 0,5 ml, max. 5 ml), zona diferente de la de la vacuna.

TABLA 4. Profilaxis postexposición frente a VIH

< 12 años Raltegravir (RAL) ISENTRESS® comp. masticables, 25 mg y 100 mg

Peso (kg)	Dosis	Número comprimidos
3-6	25 mg/dosis c/12 h	1 x 25 mg
6-10	50 mg/dosis c/12 h	2 x 25 mg
10-14	75 mg/dosis c/12 h	3 x 25 mg
14-20	100 mg/dosis c/12 h	1 x 100 mg
20-28	150 mg/dosis c/12 h	1,5 x 100 mg
28-40	200mg/dosis c/12 h	2 x 100 mg
> 40	300 mg/dosis c/12 h	3 x 100 mg

Zidovudina (AZT) susp. oral 10 mg/mL, caps. 250 mg

Peso (kg)	Dosis
4 a 9 kg	12 mg/kg/12 h
≥ 9 a < 30 kg	9 mg/kg/ 12 h
>30 kg	300 mg/12 h

Lamivudina (3TC) susp. oral 10 mg/ml, caps. 150 mg

Dosis: 4-5 mg/kg/12h (dosis máx. 150 mg cada 12 h)

≥ 12 años
(pauta adultos) Raltegravir (RAL): 1 comp/12h (ISENTRESS® 400 mg) no puede masticarse ni triturarse
Emtricitabina/tenofovir (FTC/TDF) 1 comp/24h (TRUVADA® 200/245)

En mayores de 12 años que no son capaces de ingerir comprimidos:

Raltegravir (RAL) ISENTRESS® comp. masticables 100 mg. Dosis: 300 mg/12 h

Zidovudina (AZT) susp. oral 300 mg/cada 12 h

Lamivudina (3TC) susp. oral 150 mg/ cada 12 h

En caso de insuficiencia renal, la pauta recomendada es (AZT/3TC) + (RAL)

Abreviaturas: comp.: comprimidos; susp.: suspensión; caps.: cápsulas

Profilaxis frente VHC

No existe opción para profilaxis.

Vacunación frente a VPH

Se recomienda iniciar o completar la vacunación frente VPH en NNA que han sufrido agresión sexual. La indicación se hará desde infectología pediátrica.

Profilaxis post-exposición (PPE) VIH

La indicación debe ser individualizada. Consultar con infectología pediátrica, si es posible. La

decisión final deberá incluir siempre la opinión de la familia.

La PPE (Tabla 4) se iniciará si 15:

- Existe contacto directo de semen, fluidos vaginales o sangre del agresor con genitales, ano o boca de la víctima.
- No han transcurrido más de 72 horas desde la exposición (preferiblemente en las primeras 6 horas postexposición).
- El NNA y la familia están dispuestos a realizar el seguimiento, conociendo los efectos secundarios

del mismo, y a mantener el mismo durante 4 semanas.

Previo a su inicio hay que realizar hemograma y pruebas de función renal/hepática.

Debemos contar con un kit de medicación anti-retroviral de urgencia que contenga el tratamiento necesario para cubrir al menos 5 días, hasta que la o el paciente pueda ser evaluado en la consulta de infectología pediátrica. La duración de la PPE será de 28 días.

Principales efectos secundarios de estas pautas de PPE: malestar general, náuseas, vómitos y diarrea. Deberemos informar al NNA y a su responsable legal del riesgo de que se presenten y de la actitud a tomar.

Anticoncepción de urgencia (AU)

Se pautará si la paciente ha tenido la menarquia, se trata de un contacto de riesgo y han transcurrido menos de 120 h desde la agresión⁽¹⁶⁾.

- Si < 48 h: levonorgestrel (Norlevo®, Postinor®) 1,5 mg en dosis única, v. o.
- De 48 h a 120 h: acetato de ulipristal (Ellaone®) 30 mg en dosis única, v. o. Contraindicado en asma severa.

La seguridad de la AU permite ofrecerla incluso si la paciente no está segura de si la penetración ha ocurrido o no. Pueden provocar náuseas y vómitos, manchado o sangrado vaginal en los días siguientes.

Se deberá confirmar la próxima regla o realizar prueba de embarazo a las 3 semanas. Se informará que en caso de embarazo puede optar a su interrupción según los supuestos legales vigentes.

Se puede tomar simultáneamente la anticoncepción de emergencia, los antibióticos para las ITS y la PPE por VIH sin perjuicio alguno.

Tratamiento de lesiones físicas y alteraciones psicológicas

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

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

Se realizará una interconsulta al servicio de psiquiatría si presenta un cuadro psicoemocional

agudo que requiera intervención urgente. El tratamiento psicológico se realizará a través del servicio especializado establecido para tal fin en cada comunidad autónoma.

Criterios de ingreso hospitalario

Gravedad de las lesiones físicas o psíquicas.

Cuando la protección no esté asegurada. Hay dos opciones hasta clarificar el entorno familiar:

- Ingreso hospitalario. Ante la negativa de sus progenitores, contactar con el juez de guardia.
- Contactar con servicios sociales para valorar derivar a centro de acogida si no existen indicaciones médicas de ingreso hospitalario.

A petición del órgano judicial, de la persona menor de edad o de su responsable legal.

CASOS DE EVIDENCIA NO URGENTES

Indicadores altamente específicos (relato o indicadores físicos) sin contacto reciente o sin contacto físico y que no precisan tratamiento ni protección urgente.

No requiere derivación a Urgencias. El sistema de salud debe atenderles tan pronto como sea posible, pero no como una urgencia.

Se realizará la historia al acompañante como se ha descrito anteriormente.

Notificar el caso al Juzgado de Guardia (o Fiscalía de Menores, en caso de que la persona agresora sea menor de edad). La autoridad judicial decidirá la asistencia del profesional forense. Si no acude, atenderemos al NNA desde nuestra función asistencial, siguiendo el protocolo específico.

Entrevista al NNA sin la presencia del acompañante, excepto que el NNA prefiera que esté presente, pero advirtiéndole previamente que no intervenga.

Exploración física general incluida inspección genital visual realizada por el o la pediatra (o por la ginecóloga según el caso). Idealmente en una unidad especializada en la atención de ASI, si se cuenta con este recurso. Si no, la realizará su pediatra de referencia de atención primaria o derivará a Urgencias, si no es posible en el centro de salud.

Lo más importante es asegurar la protección del NNA y separación del supuesto agresor.

Pruebas complementarias:

- Si hay indicación de realizar despistaje de ITS, realizar interconsulta a infectología pediátrica.
- Valorar la realización de test de embarazo.

ACTUACIONES ANTES DEL ALTA

Notificación a servicios sociales/servicios de protección a la infancia

Tanto en los casos urgentes como en los no urgentes, una vez puestos los hechos en conocimiento del juzgado, realizaremos la notificación a servicios sociales, a fin de que acompañen a la familia en el caso de que esta esté en condiciones de ofrecer protección al NNA, o de que proceda con el procedimiento de protección vigente en aquellos casos en que los responsables legales de la persona menor sean negligentes o no cuiden adecuadamente. Es deseable utilizar una hoja de notificación específica.

Informes

Informe clínico. El informe médico de alta lo realizará el o la pediatra. Utilizar un lenguaje claro y comprensible, evitando la jerga médica. Debemos detallar la presencia de hallazgos (historia, síntomas o signos, laboratorio) compatibles con una posible agresión sexual y las razones por las que esta se sospecha. Reflejará procedimientos efectuados, tratamientos administrados y el seguimiento que se plantee.

Informe médico forense. El informe pericial para el juzgado lo realizará la o el médico forense.

Parte de lesiones. Acompaña al informe médico cuando haya lesiones físicas o manifestaciones psíquicas o emocionales. Si existe una actuación judicial el parte de lesiones lo cumplimentará, en su oportuno informe, el profesional forense.

Planificar el seguimiento

Lo primordial en el tratamiento y recuperación del daño es el apoyo psicológico y la programación de un seguimiento por personal preparado⁽¹⁶⁾.

- Derivaciones adecuadas a los recursos especializados: servicios sociales, pediatría social, salud mental infantojuvenil, dispositivos especializados en la atención a las víctimas de agresión sexual.

- Derivación a infectología pediátrica si se han tomado muestras para despistaje de ITS y para seguimiento o valoración de PPE frente a VIH.
- Establecer la necesaria coordinación con los distintos profesionales.

DIAGNÓSTICO (CIE 10)

Los códigos CIE a utilizar son:

- T74.22X Abuso sexual infantil, confirmado (incluye agresión sexual)
- T76.22X Abuso sexual infantil, sospecha (incluye agresión sexual)

ACTUACIÓN EN CASOS DE SOSPECHA DE ASI

Indicadores comportamentales en el NNA observados por profesionales o la familia, o suposiciones de terceras personas, pero sin indicadores físicos ni revelación por parte del NNA.

- No requiere derivación a Urgencias. El sistema de salud debe atenderles tan pronto como sea posible, pero no como una urgencia.
- Se realizará la historia al acompañante como se ha descrito anteriormente.
- En estos supuestos no notificaremos el caso al Juzgado de Guardia ni Fiscalía de menores de forma urgente. Se valorará una comunicación diferida.
- No se interrogará al NNA por no contaminar el relato; se anotará lo que refiera de manera espontánea si se considera relevante. La entrevista al NNA se realizará en los recursos especializados.
- Exploración física general incluida inspección genital visual, realizada por el o la pediatra (o por la ginecóloga según el caso). Idealmente en una unidad especializada en la atención de ASI, si se cuenta con este recurso. Si no, la realizará su pediatra de atención primaria en el centro de salud.
- Realizar siempre notificación a servicios sociales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Basile KC, Smith SG, Breiding MJ, Black MC, Mahendra R Sexual violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements, Version 2.0. Atlanta (GA): National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2014.

2. 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. Recomendación Rec (2006)8 del Comité de Ministros de los Estados miembros del Consejo de Europa sobre asistencia a víctimas del delito.
4. Defensoría del Pueblo del País Vasco. Pautas de actuación en casos de abuso y explotación sexual de niños, niñas y adolescentes en Euskadi. Recomendación General del Ararteko 2/2021, de 18 de mayo. Disponible en: https://www.ararteko.eus/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/2_5131_3.pdf
5. Gifford J. A practical guide to conducting a child sexual abuse examination. *Paediatr Child Health*. 2019;29(10):448–54.
6. Actuación en la atención a menores víctimas en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Ministerio de Justicia. Secretaría General Técnica, 2018. Disponible en https://www.observatorio-delainfancia.es/ficherosoia/documentos/5688_d_ActuacionAtencionMenoresVictimas.pdf.
7. Chiesa A, Golding C. Child sexual abuse. *Pediatr Rev*. 2017;38(3):105–18.
8. Protocolo de actuación ante sospecha de agresión sexual y abuso sexual contra la infancia y adolescencia. Organización sanitaria integrada Bilbao Basurto; 2022.
9. Diez Saez C, Estopiña Ferrer G, Gancedo Baranda A. Abuso sexual infantil. En: Gancedo Baranda A, editor. *Manual para la atención a situaciones de Maltrato Infantil*. Madrid: Editorial Grupo 2 Comunicación Médica; 2021.
10. Protocolo de actuación médico-forense ante la violencia sexual en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Ministerio de Justicia. Secretaría General Técnica, 2021.
11. Jenny C, Crawford-Jakubiak JE and Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics. The evaluation of children in the primary care setting when sexual abuse is suspected. *Pediatrics*. 2013;132(2):e558–567.
12. Saitua G. [Ilustración]. En Gancedo Baranda A, editor. *Manual para la atención a situaciones de Maltrato Infantil* (p. 55, 56). Editorial Grupo 2, Comunicación Médica 2021. Reimpresión autorizada.
13. Kellogg ND, Farst KJ, Adams JA. Interpretation of medical findings in suspected child sexual abuse: An update for 2023. *Child Abuse Negl*. 2023 Nov;145:106283.
14. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep* 2021;70(No. RR-4):1–187.
15. Documento de consenso de GeSIDA/Plan Nacional sobre el Sida sobre Profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños (Actualización marzo 2015).
16. Crawford-Jakubiak JE, Alderman EM, Leventhal JM, AAP Committee on Child Abuse and Neglect, AAP committee on adolescence. Care of the adolescent after an acute sexual assault. *Pediatrics*. 2017;139(3):e20164243.