

## ORIGINAL BREVE

Recibido: 17 de marzo de 2021  
Aceptado: 27 de mayo de 2021  
Publicado: 27 de agosto de 2021

## ABUSO SEXUAL INFANTO-JUVENIL AGUDO: UNA APORTACIÓN METODOLÓGICA PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL

Vanessa Arias Constantí (2,3), Ana I. Curcoy Barcenilla (2,3), Victoria Trenchs Sainz de la Maza (2,3), Irene Martínez de Albéniz (1), Carla González Grado (1) y Carles Luaces Cubells (2,3)

(1) Servicio de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat (Barcelona). España.

(2) Área de Urgencias. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat (Barcelona). España.

(3) Influencia del entorno en el bienestar del niño y del adolescente. Institut de Recerca Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat (Barcelona). España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

### RESUMEN

**Fundamentos:** La complejidad de las consultas por abuso sexual infantojuvenil (ASI) sumada a la presión asistencial en el servicio de urgencias (SU) hace que se prioricen las diligencias legales a la actuación médica pudiendo aparecer incidentes de seguridad. El objetivo de este trabajo fue evaluar el impacto de un *checklist* para el manejo de ASI en el SU valorando el número y tipo de incidentes de seguridad.

**Métodos:** Estudio unicéntrico, descriptivo-observacional. Se recogieron datos clínicos, epidemiológicos y de seguimiento de todos los pacientes menores de 18 años que fueron atendidos en el SU por sospecha de ASI agudo durante 2018. Se analizaron los incidentes de la historia clínica, procedimientos y medicación. La muestra se dividió en dos grupos en relación al inicio del uso del *checklist* en el SU (Grupo: Enero-mayo y Grupo 2: junio-diciembre).

**Resultados:** Se incluyeron 32 casos: 13 Grupo 1, 19 Grupo 2. En 25 (78,1%) se detectaron incidentes de historia clínica, en 20 (56,3%) de procedimiento y en 5 (15,5%) de medicación. Se observaron 100% de incidentes tanto de historia clínica como de procedimiento en el Grupo 1 vs 63,2% y 36,8% respectivamente en el Grupo 2 ( $p=0,025$  y  $p=0,007$ ) y 30,8% de medicación en Grupo 1 vs 5,3% en Grupo 2 ( $p=0,051$ ).

**Conclusiones:** La implantación del *checklist* ha supuesto una mejora en la atención médica de los pacientes con ASI agudo, con una disminución de los incidentes de seguridad.

**Palabras clave:** Abuso sexual agudo, Adolescencia, Enfermedades de transmisión sexual.

### ABSTRACT

#### Acute sexual abuse in children and adolescents: a methodological contribution to improve the quality of care

**Background:** The complexity of consultations for child and adolescent sexual abuse (CSA), added to the high service pressure in Emergency Department (ED), makes legal proceedings to be prioritized over medical action, and security incidents may appear. Our objective was to evaluate the impact of a checklist for the management of acute CSA in ED, assessing the number and type of security incidents.

**Methods:** A single-centre, descriptive-observational study was conducted between 2018 in ED. Clinical, epidemiological and follow-up data were collected in those patients younger than 18 that were reported as acute CSA suspicions. Incidents about clinical history, procedures and medication were analyzed. The sample were divided in two groups in relation the use of checklist (Group1: January-May and Group 2: June-December).

**Results:** Thirty-two patients were included: 13 Group 1, 19 Group 2. In 25 (78.1%) incidents were detected from the clinical history, in 20 (56.3%) from procedures and in 5 (15.5%) from medication. One-hundred by one-hundred clinical history incidents and 100% procedural incidents were observed in Group 1 vs 63.2% and 36.8% in Group 2 ( $p=0.025$  y  $p=0.007$ ) and 30.8% of medication incidents in Group 1 vs 5.3% in Group 2 ( $p=0.051$ ).

**Conclusions:** The implementation of the checklist has led to an improvement in the medical care of patients with acute CSA with a decrease in security incident.

**Key words:** Acute sexual abuse, Adolescence, Sexually transmitted diseases.

Cita sugerida: Arias Constantí V, Curcoy Barcenilla AI, Trenchs Sainz de la Maza V, Martínez de Albéniz I, González Grado C, Luaces Cubells C. Abuso sexual infanto-juvenil agudo: una aportación metodológica para mejorar la calidad asistencial. Rev Esp Salud Pública. 2021; 95: 27 de agosto e202108116.

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años ha aumentado la sensibilización sobre el abuso sexual infanto-juvenil (ASI) y ha adquirido mayor importancia clínica y social, de manera que se han incrementado el número de casos declarados, así como la proporción de pacientes que llegan a urgencias con esta sospecha diagnóstica<sup>(1,2)</sup>. 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 infecciones de transmisión sexual (ITS)<sup>(3,4,5,6)</sup>. En los casos de sospecha de ASI agudo, la complejidad de la situación sumada a la presión asistencial hace que en ocasiones se prioricen las diligencias legales a la actuación médica, pudiendo aparecer más incidentes. No es infrecuente que se recojan muestras para estudio judicial y no se realicen todos los estudios microbiológicos pertinentes pese a las recomendaciones de las guías y protocolos sobre ASI<sup>(1,4,7,8)</sup>. Asimismo, en ocasiones se pautan tratamientos profilácticos que no siempre se cumplen o hay dificultades para realizar un buen seguimiento médico de estos pacientes. Estudios previos realizados en adultos reportan tasas bajas de ITS secundarias a ASI, que en parte se atribuyen a la escasa realización de algunos test diagnósticos. En el caso de niños y adolescentes, son pocos los estudios realizados, y a nuestro conocimiento, ninguno en nuestro país<sup>(3,4,5,6)</sup>. La escasa prevalencia de este tipo de consultas ligada al desconocimiento en profundidad del protocolo por muchos de los profesionales de urgencias<sup>(9)</sup>, facilita la aparición de incidentes en el proceso asistencial<sup>(10)</sup>. En 2018, en el hospital centro del estudio se planteó esta problemática y se decidió elaborar una lista de comprobación (*checklist*) específica para facilitar el manejo de estos pacientes.

El *checklist* (anexo I) está en formato papel en Urgencias y consta de dos caras. En el anverso se especifican todos los pasos a seguir en la atención del paciente desde que llega a Urgencias

hasta el alta hospitalaria. En el reverso, la dosificación de medicación para menores de 12 años y definiciones. La elaboración del *Checklist* se complementó con la creación de campos específicos en la historia clínica informatizada. En concreto, se crearon perfiles de laboratorio que incluían todas las pruebas microbiológicas indicadas según el tipo de muestra, de prescripción de profilaxis de ITS y derivaciones específicas para control y seguimiento por la Unidad Funcional de Abuso al Menor (UFAM) y en el Servicio de Infecciosas. En su elaboración estuvieron implicados profesionales de los servicios de Urgencias, Infecciosas, Laboratorio y UFAM.

El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto del *checklist* para el manejo de ASI agudo en urgencias valorando el número y tipo de incidentes.

## SUJETOS Y MÉTODOS

Estudio descriptivo-observacional realizado en el Servicio de Urgencias de un hospital urbano, materno-infantil, de tercer nivel, que atiende a un área de influencia de 1.300.000 habitantes y recibe anualmente unas 100.000 visitas pediátricas.

Se incluyeron los pacientes menores de 18 años atendidos por sospecha de ASI agudo en urgencias durante el año 2018.

Se definió sospecha de ASI como las consultas por actuaciones realizadas a un menor de 18 años, con asimetría de poder (edad, jerarquía, profesión, violencia...) bajo coacción, agresión, engaño o seducción, con el fin de obtener una satisfacción sexual, fuese al propio abusador, a la víctima o a otra persona<sup>(7,11)</sup>. Se consideró agudo si el tiempo transcurrido entre la agresión y la consulta a urgencias fue menor a 72 horas, abarcando tanto agresión esporádica reciente como abuso sexual crónico, con la última agresión inmediata.

Se excluyeron los casos en los que no hubo intercambio de secreciones entre abusador y víctima.

En los casos incluidos, estuvo indicada la toma de muestras y la administración de fármacos profilácticos.

El estudio se realizó en dos periodos en relación con el inicio de la implantación del *checklist* (anexo I) de ASI agudo:

- Grupo 1: Periodo pre-implantación *checklist*: Enero-mayo 2018.
- Grupo 2: Periodo post-implantación *checklist*: Junio-diciembre 2018.

Se compararon los incidentes de seguridad entre ambos grupos. Se consideró incidente de historia clínica o documentación si faltaban datos referentes al tipo de agresión, lugar de la agresión, tiempo transcurrido desde la agresión, presunto agresor, medidas de higiene previas a la consulta, fecha de última regla, antecedente de ITS, consumo de tóxicos, estado vacunal o exploración física completa. Se consideró incidente de procedimiento si alguna de las serologías indicadas (virus de la inmunodeficiencia humana, virus de la Hepatitis B, virus de la hepatitis C, sífilis y Chlamydia) no había sido cursada, si alguno de los frotis (vaginal, rectal o faríngeo) se realizó sin estar indicados o no se realizaron estando indicados, o si no se solicitó seguimiento al alta, en Infectología o en la UFAM. Se consideró incidente de medicación cuando no se hubiesen administrado uno o varios fármacos estando indicados, cuando se hubiese administrado uno o varios fármacos no estando indicados, cuando existió error de dosis o error en la vía de administración.

Los datos extraídos se analizaron con el programa estadístico SPSS versión 25.0. La estadística descriptiva se mostró mediante

medianas (intervalo intercuartil) en las variables cuantitativas y recuento (porcentaje) en las variables categóricas. Se aplicaron pruebas para estudio de distribución de datos (Kolmogorov-Simrov), de comparación de datos cuantitativos (t de Student, U de Mann-Whitney) y cualitativos (Chi-cuadrado, tabla de contingencia, test exacto de Fisher). Se consideraron significativos los valores de p menores a 0,05.

El estudio fue aprobado por el comité de ética del centro de estudio, solicitándose consentimiento informado a todos los participantes.

## RESULTADOS

Se incluyeron 32 casos de abusos sexuales agudos; 13 en el Grupo 1 y 19 en el Grupo 2. La mediana de edad de los pacientes fue de 14,7 años y 29 (90,6%) son de sexo femenino. En 27 (84,4%) se detectó algún incidente; en la **tabla 1** se muestran las características epidemiológicas de los pacientes y tipos de incidentes de seguridad detectados para cada uno de los grupos analizados.

En 25 (78,1%) se detectaron incidentes de historia clínica, en 20 (56,3%) de procedimiento y en 5 (15,5%), de medicación (**tabla 1**).

Los incidentes de procedimiento incluyeron errores en las muestras solicitadas (realizadas cuando no fueron indicadas o no realizadas cuando fueron indicadas) o en la derivación al alta a Infectología o a la UFAM.

Se observó una disminución estadísticamente significativa en los incidentes de historia clínica y en los de procedimiento.

Respecto a los incidentes de medicación, se observó una tendencia a la disminución ( $p=0.051$ ). En el Grupo 1 se detectaron incidentes en 4 pacientes (ninguno recibió tratamiento con azitromicina, en dos casos no se administró

**Tabla 1**  
**Características epidemiológicas y tipos de incidentes de seguridad.**

Características	Global (n=32)	Grupo 1 (n=13)	Grupo 2 (n=19)	p
<b>Edad (años)</b>	14,7 (13,6-15,9)	15,5 (14,1-16,5)	14,4 (13,6-15,2)	0,147
<b>Sexo femenino</b>	29 (90,6)	11 (84,6)	18 (94,7)	0,552
<b>Algún incidente de seguridad</b>	27 (84,4%)	13 (100)	14 (73,7)	0,064
<b>Incidentes de historia clínica</b>	25 (78,1)	13 (100)	12 (63,2)	0,025
Faltan datos anamnesis	25 (78,1)	13 (100)	12 (63,2)	
Exploración física incompleta	2 (6,3)	2 (15,4)	0 (0)	
<b>Incidentes de procedimiento</b>	20 (56,3)	13 (100)	7 (36,8)	0,007
Estudio microbiológico inapropiado	19 (59,9)	13 (100)	6 (31,5)	
Falta de seguimiento al alta	3 (9,4)	1 (7,7)	2 (10,0)	
<b>Incidentes de medicación</b>	5 (15,5)	4 (30,8)	1 (5,3)	0,051
Profilaxis incompleta	4 (12,5)	3 (23,1)	1 (5,3)	
Error de dosis	1 (3,1)	1 (7,7)	0 (0)	
Las variables cuantitativas se expresan en mediana (intervalo intercuartil) y la categóricas en recuento (porcentaje).				

profilaxis antiretroviral, en un caso no se administró metronidazol y hubo un error de dosis de ceftriaxona). En el grupo 2, hubo un incidente de medicación no administrándose ceftriaxona ni azitromicina.

## DISCUSIÓN

Los resultados del estudio constatan que la existencia del *checklist* supone una mejora leve-moderada en la adherencia a las recomendaciones clínicas<sup>(12)</sup>. En concreto, en el manejo de los pacientes con ASI agudo en urgencias se muestra especialmente útil para reducir los incidentes de procedimiento en cuanto al estudio de ITS. Ésta era una de las finalidades de la creación de esta herramienta, comprobándose que previa a su implantación la recogida de muestras era muy deficitaria. Se detecta también una disminución en los incidentes de historia clínica, pero con menor impacto del *checklist*, y la práctica desaparición de los incidentes de medicación. En el caso de la historia clínica aún se objetivan muchas anamnesis incompletas, la falta de herramientas de los profesionales sanitarios para una comunicación fluida con el paciente en este tipo de situaciones puede haber influido en ello. La introducción de enfermeras especializadas en la primera atención de estos pacientes<sup>(13)</sup>, el uso de la simulación clínica para el entrenamiento de los profesionales<sup>(14)</sup> o su formación específica en las entrevistas personales<sup>(15)</sup>, entre otras, son estrategias que se han mostrado útiles en situaciones similares y podrían ayudar a mejorar el rendimiento del *checklist* en este aspecto.

En cuanto a las limitaciones de este trabajo, están las propias de su diseño retrospectivo: puede haberse producido cierta pérdida de información, sobre todo en relación a la anamnesis, que haya influido en la evaluación de los incidentes al no mostrarse en el informe clínico de urgencias. Por otro lado, se realiza una

interpretación rígida del protocolo, pudiendo haber casos en los que alguna medida de procedimiento y/o tratamiento no se haya aplicado por circunstancias específicas del paciente. En tercer lugar, es probable que la mejora obtenida en este estudio no se deba únicamente a la creación del *checklist*, sino del conjunto de intervenciones realizadas en este contexto: disposición del documento en formato papel, creación de campos específicos a nivel de nuestro programa informático y preparación de kits de medicación disponibles para enfermería. El pequeño tamaño de la muestra dificulta la detección de diferencias significativas entre los grupos analizados, y la distribución de la muestra en dos grupos estudiados en meses no aleatorios, puede introducir un sesgo de estacionalidad. No obstante, incluso con estas limitaciones, se objetiva una tendencia a la disminución de los incidentes de seguridad analizados.

En conclusión, se confirma la dificultad del personal de urgencias en el manejo adecuado de los pacientes que consultan por ASI, suponiendo la implementación del *checklist* una mejora en la calidad de su atención.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Crawford-Jakubiak JE, Alderman EM, Leventhal JM; Committee on child abuse and neglect; Committee on adolescence. Care of the Adolescent After an Acute Sexual Assault. *Pediatrics*. 2017; 139: e20164243.
2. Chiesa A, Goldson E. Child Sexual Abuse. *Pediatr Rev*. 2017; 38:105-18.
3. Girardet RG, Lahoti S, Howard LA, Fajman NN, Sawyer MK, Driebe EM *et al*. Epidemiology of sexually transmitted infections in suspected child victims of sexual assault. *Pediatrics*. 2009; 124: 79-86.
4. Mollen CJ, Goyal MK, Frioux SM. Acute sexual assault: a review. *Pediatr Emerg Care*. 2012; 28: 584-90.

5. Seña AC, Hsu KK, Kellogg N, Girardet R, Christian CW, Linden J *et al*. Assault and Sexually Transmitted Infections in Adults, Adolescents, and Children. *Clin Infect Dis*. 2015; 61 (8 Suppl):S856-64.
6. Kellogg ND, Melville JD, Lukefahr JL, Nienow SM, Russell EL. Genital and Extragenital Gonorrhea and Chlamydia in Children and Adolescents Evaluated for Sexual Abuse. *Pediatr Emerg Care* 2018;34:761-766.
7. Protocol d'actuació davant de maltractament en la infància i l'adolescència en l'àmbit de la salut. [Protocolo en formato electrónico] 2019 (consultado 12-11-2020). Disponible en: [https://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio\\_salut/infancia-i-adolescencia/05maltractament-infantajuvenil/protocol-actuacio-maltractaments-infancia.pdf](https://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/infancia-i-adolescencia/05maltractament-infantajuvenil/protocol-actuacio-maltractaments-infancia.pdf)
8. González Del Castillo J, Guillermo Burillo-Putze G, Cabello A, Curran A, Saavedra E.J, Malchair P *et al*. Recomendaciones dirigidas a los servicios de urgencias para el diagnóstico precoz de pacientes con sospecha de infección por VIH y su derivación para estudio y seguimiento. *Emergencias* 2020;32:416-26.
9. Curcoy AI, Trenchs V; Grupo de trabajo de atención al maltrato infantil de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría; Miembros del Grupo de trabajo de atención al maltrato infantil de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP). Cribado de maltrato en urgencias, una asignatura pendiente. *An Pediatr (Barc)*. 2020; 93: 337-8
10. Alcaraz-Martínez J, Aranaz-Andrés JM, Martínez-Ros C, Moreno-Reina S, Escobar-Álvaro L, Ortega-Liarte JV; grupo de trabajo ERIDA. Estudio Regional de Incidentes Derivados de la Atención en Urgencias. *Rev Calid Asist*. 2016; 31 (5): 285-92.
11. Estopiña Ferrer G, Gancedo Baranda A, Castuera Jurado E, Simarro Bravo M. Abuso sexual infantil. En: Grupo de trabajo de atención al maltrato infantil de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Aproximación al manejo del maltrato infantil en la urgencia. Madrid: Ergon; 2015.p.27-35.
12. Pantoja T, Grimshaw JM, Colomer N, Castañón C, Leniz Martelli J. Manually-generated reminders delivered on paper: effects on professional practice and patient outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;12: CD001174.
13. Bechtel K, Ryan E, Gallagher D. Impact of sexual assault nurse examiners on the evaluation of sexual assault in a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care*. 2008;n24:442-7.
14. Scannell M, MacDonald AE, Berger A, Boyer N. The Priority of Administering HIV Postexposure Prophylaxis in Cases of Sexual Assault in Emergency Department. *J Emerg Nurs*. 2018; 44: 117-22.
15. Leone M., Lapucci E., De Sario M., Davoli M., Farchi S., Michelozzi P. Social network analysis to characterize women victims of violence. *BMC Public Health*. 2019; 19: 494.

## Anexo I Checklist ASI agudo.

PROTOCOLO SOSPECHA ABUSO SEXUAL AGUDO			ETIQUETA
Hora asistencia: __ : __			
<b>1. TRIÁNGULO EVALUACIÓN PEDIÁTRICA</b>			<b>2. TOMA DE CONSTANTES</b>
APARIENCIA	RESPIRACIÓN	CIRCULACIÓN	Temperatura – Peso
<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	
<b>3. ABCDE: Valorar y tratar</b>			
<b>A: Vía aérea</b>	<b>B: Respiración</b>	<b>C: Circulación</b>	<b>D: Neurológico</b>
<input type="checkbox"/> Libre <input type="checkbox"/> Requiere maniobras	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Estable <input type="checkbox"/> Inestable	<input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Alterado
<b>3. ABCDE: Valorar y tratar</b>			
<b>4. ANAMNESIS completa</b>			
Debe incluir: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Procedencia: espontáneo, CAP, Mossos/policia, otro hospital</li> <li><input type="checkbox"/> Tipo agresión</li> <li><input type="checkbox"/> Tiempo transcurrido</li> <li><input type="checkbox"/> Lugar de la agresión</li> <li><input type="checkbox"/> Medidas realizadas antes de la llegada a urgencias (ej. ducha, cambio ropa)</li> <li><input type="checkbox"/> Posibilidad exposición a tóxicos (alcohol, otras sustancias psicoactivas)</li> <li><input type="checkbox"/> Posible agresor</li> <li><input type="checkbox"/> Estado vacunal (hepatitis y tétanos)</li> <li><input type="checkbox"/> Antecedente de ITS</li> <li><input type="checkbox"/> En adolescentes FUR (Q); si procede, fecha última relación sexual consentida</li> </ul>			
<b>5. Aviso a forense , Mossos equadra +/- ginecología +/- psiquiatría</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Forense guardia: (teléfono xxxx)</li> <li><input type="checkbox"/> Mossos de escuadra: 112 decir "necesidad de intervención policial"</li> <li><input type="checkbox"/> Ginecología: XXXX (busca adjunto), XXXX/XXXX (sala trabajo)</li> <li><input type="checkbox"/> Psiquiatría: XXXX (busca adjunto)</li> <li><input type="checkbox"/> UFAM / Trabajo Social: extensión XXXX (horario laboral)</li> </ul>			
<b>6. Exploraciones complementarias (muestras oral, genital y/o anal, en presencia de forense)</b>			
A TODOS <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Perfil de laboratorio: "Abuso sexual/Pinchazo accidental de riesgo" (dejar vía)</li> <li><input type="checkbox"/> Muestras judiciales (si se han de guardar en hospital, etiquetadas en nevera específica de urgencias)</li> </ul> SEGÚN TIPO ABUSO Y SEXO <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Perfil de laboratorio: "Abuso sexual – Frotis rectal"</li> <li><input type="checkbox"/> Perfil de laboratorio: "Abuso sexual – Frotis vaginal"</li> <li><input type="checkbox"/> "RESP - FROTIS FARINGEO Cultivo"</li> <li><input type="checkbox"/> "Test Embarazo (LAB)"</li> <li><input type="checkbox"/> "TÓXICOS EN ORINA (Opiáceos, Cannabis, Cocaína, Anfetamina)" + "Benzodiazepinas en orina" + "Etanol en sangre (LAB)" (si posible contexto de intoxicación)</li> </ul>			
<b>7. Tratamiento profiláctico ≥ 12 años (en &lt; 12 años o &lt; 35 Kg, mirar cara posterior)</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Azitromicina: 1g oral (2 comprimidos de 500 mg)</li> <li><input type="checkbox"/> ceftriaxona : 250 mg EV</li> <li><input type="checkbox"/> Genovya®: 1 comprimido oral (se facilitan 4 más, pautar 1 comprimido cada 24h)</li> <li><input type="checkbox"/> Levonogestrel 1,5mg (en mujeres tras test embarazo negativo)</li> <li><input type="checkbox"/> Vacuna Hepatitis B (dosis adulto) + IG hepatitis B (en no vacunados)</li> </ul>			
<b>8. Plan al alta</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Parte de lesiones</li> <li><input type="checkbox"/> Derivación: CCEE Infecciosas "Visita a PED-Infectología-MTS" el primer día laborable (salen de Urgencias con cita)</li> <li><input type="checkbox"/> Derivación: CCEE Trabajo Social (UFAM): anotar teléfono y a quien corresponde (nombre y relación con el menor)</li> <li><input type="checkbox"/> Si test embarazo negativo, aconsejar repetirlo en 15 días</li> <li><input type="checkbox"/> Dar medicación antiretroviral (ver tratamiento profiláctico)</li> <li><input type="checkbox"/> Dar papel informativo de farmacia y de urgencias</li> </ul>			

## Anexo I (continuación) Checklist ASI agudo.

### Tratamiento profiláctico < 12 años o peso <35 kg

- Azitromicina 20 mg/kg vo (máximo 1g)
- Ceftriaxona 250 mg EV
- Levonogestrel 1,5mg → en niñas si test embarazo negativo
- Profilaxis VIH (facilitar medicación para 5 días):
  - Isentress®(Raltegravir) + Combivir ® (300 mg Zidovudina+150 mg Lamivudina)
    - Isentress® Comprimidos masticables (25mg y 100 mg):
      - 10-14 Kg: 75 mg/12h.
      - 14-20 Kg: 100 mg/12h.
      - 20 -28 Kg: 150 mg/12h.
      - 28 -40 Kg: 200 mg/12h
      - >40 Kg: 300 mg/12h
      - Comprimidos 400 mg: Si > 25 kg: 1 comprimido/12h
  - A partir de 25 kg de peso se pueden dar tanto comprimidos tipo adulto (400mg) como masticables, pero la posología es diferente (preparados no bioequivalentes)
  - Combivir®
    - 14-20kg: ½ comprimido/12h
    - 20-30Kg: ½ comprimido mañana y 1 comprimido noche
    - Si > 30Kg: 1 comprimido/12h
- Vacuna Hepatitis B (+/- IG Hepatitis B) y dT según estado vacunal

### Abuso sexual

Aquellas actuaciones realizadas a un menor de 18 años, con asimetría de poder (edad, jerarquía, profesión, violencia...) bajo coacción, agresión, engaño o seducción, con el fin de obtener una satisfacción sexual, sea al propio abusador, a la víctima o a otra persona.

Cuando el perpetrador del abuso es otro menor, se acepta que existe asimetría de poder y, por lo tanto, ASI, cuando la edad del abusador supera en 4 años la edad de la víctima.

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

**Abuso sexual agudo:** si el tiempo transcurrido entre la agresión y la consulta a urgencias es menor a 72 horas. Abarca tanto agresión esporádica reciente como abuso sexual crónico, con la última agresión inmediata.



### Por tanto, avisar al forense:

- siempre que el paciente sea menor de 16 años y el abusador mayor de 18 años
- siempre que sea una relación NO consentida
- en caso de relación "consentida" entre dos menores, si el abusador supera en edad en 4 o más años al paciente o si el paciente tiene discapacidad psíquica