



ACADEMIA ESPAÑOLA
DE DERMATOLOGÍA
Y VENEREOLÓGIA

ACTAS Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



DOCUMENTO DE CONSENSO

Recomendaciones de expertos de la AEDV sobre los aspectos legales en el manejo de las infecciones de transmisión sexual



R. Pérez Mesonero^{a,*}, A. Català Gonzalo^b, P. González Muñoz^c,
P. González Rey^d e I. Fuertes de Vega^b

^a Servicio Dermatología, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid, España

^b Servicio de Dermatología, Programa de Salud Sexual, Hospital Clínic, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

^c Servicio Dermatología, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

^d Servicios jurídicos, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 27 de diciembre de 2023; aceptado el 20 de febrero de 2024

Disponible en Internet el 6 de marzo de 2024

PALABRAS CLAVE

Infecciones de transmisión sexual;
Enfermedades de transmisión sexual;
Aspectos legales;
Estudio de contactos;
Incomparencias;
Menores;
Agresión sexual

Resumen La incidencia de las infecciones de transmisión sexual está aumentando en nuestro medio desde hace décadas. Estas infecciones representan un problema no solo individual, del paciente que las presenta, también de salud pública y, por tanto, su manejo implica el objetivo de reducir su incidencia en la comunidad. En este sentido, cuestiones habituales en la consulta, como son las incomparencias, pueden suponer un problema más complejo; a lo que se añade la difícil y delicada tarea de localizar contactos sexuales que merecerían un cribado o un tratamiento adecuado. Por otro lado, se trata de un grupo de enfermedades con implicaciones legales directas cuando se trata de pacientes menores o si son secundarias a una agresión sexual.

El manejo correcto de las infecciones de transmisión sexual requiere, por tanto, de un conocimiento del marco legal que las ampara. Los dermatólogos estamos clínicamente formados y preparados para atender estas enfermedades; sin embargo, a menudo los aspectos legales que conllevan resultan difíciles de resolver.

Este documento pretende ser una guía sencilla, de consulta, para ayudar a resolver los principales temas legales que podemos encontrarnos en una consulta de infecciones de transmisión sexual.

© 2024 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rpmesoneroderma@gmail.com (R. Pérez Mesonero).

KEYWORDS

Sexually transmitted infections;
Sexually transmitted diseases;
Legal issues;
Contact tracing;
Failure to attend;
Underage;
Sexual assault

Expert Recommendations from the AEDV on Legal Aspects Surrounding the Management of Sexually Transmitted Diseases

Abstract The incidence of sexually transmitted diseases has been on the rise in our setting for decades. These infections represent not only an individual problem, but also a problem of public health. Therefore, the management of STDs involves reducing community incidence, which means that common issues in the clinical practice such as failure to attend may become a more complex problem, which adds to the difficult and delicate task of locating sexual contacts that would benefit from screening and the appropriate treatment. On the other hand, STDs have direct legal implications in cases of underage patients, or suspected sexual assault.

Therefore, the correct handling of these scenarios requires knowledge of the legal framework that regulates them. Dermatologists are clinically trained and prepared to deal with these conditions. Nonetheless, the legal issues involved are often difficult to solve.

This document stands as a simple reference guide to help solve the main legal issues we may encounter in a consultation when dealing with STDs.

© 2024 AEDV. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

En las últimas décadas asistimos a un incremento de la incidencia y prevalencia de las infecciones de transmisión sexual (ITS). El manejo de estas enfermedades tiene repercusión en materia de salud pública, ya que nuestro objetivo, además de controlarlas a nivel individual, es proteger de su difusión entre la población. Por otro lado, su abordaje tiene implicaciones legales muy evidentes en algunos supuestos, especialmente cuando los pacientes son menores de edad o si han aparecido en el contexto de una agresión sexual.

Los especialistas en Dermatología y Venereología estamos formados en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS; sin embargo, una adecuada atención requiere, además, conocer el marco legal que las ampara, encontrándonos muy limitados a la hora de consultar fuentes que reúnan y faciliten información a este respecto.

Este documento pretende aportar información práctica para ayudar a resolver los principales conflictos médico-legales que nos podemos encontrar en la asistencia de las ITS, dando respuesta a algunas de las preguntas que más frecuentemente se nos plantean en la consulta: cómo realizar un correcto estudio de contactos, cómo comunicar resultados de forma no presencial, cómo manejar una ITS en pacientes menores de edad y cómo atender a una víctima de una agresión sexual.

Para ello, miembros del Grupo de Investigación de ITS y VIH de la Academia Española de Dermatología y Venereología (RP, PG, IF, AC), junto a una experta en medicina legal (PG), realizamos una búsqueda de legislación en la materia en los principales motores de búsqueda de información digital, portales web de organismos oficiales y en los documentos de consenso de diferentes sociedades médicas españolas. Así mismo, se realizó una búsqueda bibliográfica en inglés en PubMed y la biblioteca Cochrane utilizando los términos «ITS», «aspectos legales», «estudio de contactos», «absentismo», «agresión sexual» y se revisaron las últimas guías en materia de ITS del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de los EE. UU. (CDC), de la Unión

Internacional contra las Infecciones de Transmisión Sexual (IUSTI) y de la Asociación Británica para la Salud Sexual y el VIH (BASHH).

Estudio de contactos

El estudio de contactos es el proceso por el cual las parejas sexuales de un paciente diagnosticado de una ITS son identificadas e informadas de su exposición, ofreciéndoles atención y tratamiento por un profesional sanitario. Esto tiene beneficios clínicos y de salud pública por 3 razones¹:

1. Para el paciente (caso índice): reducir las tasas de reinfección.
2. Para las parejas (contactos): prevenir infecciones o enfermedades potencialmente graves y tratar infecciones curables.
3. Para la comunidad: romper la cadena de transmisión a nivel poblacional.

Métodos de estudio de contactos

Existen 3 modalidades básicas de búsqueda de contactos: la notificación por el caso índice (*patient referral* [PaR]), la notificación por parte del profesional sanitario (*provider referral* [PoR]) y la notificación condicionada (*conditional-patient referral* [CpR]), en la cual el paciente se responsabiliza inicialmente de la notificación y, si pasado un tiempo no lo ha hecho, se hace cargo el profesional sanitario. Otra herramienta adicional utilizada en algunos países es la dispensación directa de medicación a los contactos por parte del caso índice (*patient-delivered partner treatment* [PDPT] o *expedited partner therapy* [EPT]^{2,3}). La **figura 1** resume estos 4 métodos, incluyendo sus ventajas e inconvenientes.

El PaR se puede reforzar suministrándole al paciente información escrita sobre la infección para que se la entregue a sus contactos, ya que se ha demostrado que la provisión de materiales educativos aumenta el éxito del tratamiento de la pareja^{4,5}. Además, el uso de las nuevas tecnologías (mensajes de texto, correo electrónico, apli-

	PaR	PoR	CpR	EPT
Definición gráfica				
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> -Método más común -Opción preferida por la mayoría de los pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> -Garantiza la transmisión de la información al contacto -Mantiene anonimato del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> -Permite al paciente tener la oportunidad de notificar a sus contactos -Garantiza la transmisión de la información al contacto 	<ul style="list-style-type: none"> -Menor número de barreras para tratar al contacto -Menor tasa de reinfección del caso índice.
Inconvenientes	Baja tasa de éxito si no se complementa con información adicional	Mayor carga de trabajo para el profesional sanitario	-Posible retraso en la notificación	Se pierde la oportunidad de screening y tratamiento de otras ITS

Figura 1 Manejo de contactos.

PaR: *patient referral*; PoR: *provider referral*; CpR: *conditional-patient referral*; EPT: *expedited partner therapy*.

Adaptado de: Hansman et al.³.



caciones móviles, sitios web automatizados) permite una comunicación anónima entre el paciente y la pareja y puede agilizar el proceso de notificación⁴. Una revisión sistemática concluyó que, aunque los estudios encontraron altos nive-

les de interés y aceptabilidad de la notificación electrónica, hubo poca evidencia del uso real de la misma⁶.

La EPT es un proceso por el cual el contacto recibe tratamiento sin que sea valorado por un profesional sanitario,

bien mediante la administración directa de medicación o facilitándole recetas médicas⁷. Esta modalidad no se contempla en la legislación vigente en España; sin embargo, está avalada por estudios clínicos para el tratamiento de gonorrea y *Chlamydia* en parejas heterosexuales y podría tener un papel en la tricomoniasis. No se aconseja en la sífilis ni en pacientes hombres que tienen sexo con hombres, debido al alto riesgo de coexistencia de otras ITS.

Una revisión Cochrane no identificó una única estrategia óptima para la búsqueda de contactos para ninguna ITS en particular⁴ y, por tanto, debemos individualizarla según cada escenario clínico. Según una revisión sistemática, entre el 58 y el 93% de los pacientes prefieren comunicar ellos mismos la infección (PaR). Sin embargo, solo el 20-30% de las parejas acudían finalmente para ser evaluadas⁸.

Periodo de búsqueda de contactos

En la mayoría de las ocasiones es difícil determinar el momento preciso de la infección del caso índice. Los contactos deben rastrearse en el tiempo según el tipo de infección basándose en la historia natural de cada ITS, los antecedentes del paciente y las pruebas de laboratorio. La [tabla 1](#) recoge los periodos de búsqueda recomendados para cada infección⁹.

Manejo y tratamiento de contactos

Los contactos deben someterse a las pruebas adecuadas para detectar las infecciones a las que han estado expuestos y tratar en función de los resultados. Además, según antecedentes y conductas de riesgo, el contacto debe ser examinado para detectar otras ITS (grado A, nivel I)⁹.

El manejo epidemiológico, en el cual se administra tratamiento empírico antes de la confirmación de laboratorio de la infección, tiene menor grado de recomendación (grado C, nivel IV)⁹ y en general debe evitarse salvo en el caso de la sífilis¹⁰.

El régimen de tratamiento debe ser el mismo recomendado al caso índice salvo en pacientes embarazadas o alergias conocidas. Se debe recomendar el uso de preservativo hasta que se haya completado el tratamiento y hayan desaparecido los síntomas⁷.

Cuestiones ético-legales

Uno de los principales factores asociados al mal control de las ITS son las dificultades ético-legales que se plantean durante la búsqueda de contactos. En España no existe ninguna legislación que atienda de forma específica a la especial complejidad de las ITS. Según el marco jurídico a nivel nacional, se plantean las siguientes cuestiones:

1. ¿Existe obligación legal de realizar dicha notificación? ¿Quién es el responsable de la notificación a los contactos? Sí. El principal responsable desde el punto de vista jurídico y ético de la búsqueda de contactos es el caso índice (*patient referral*), el cual tiene la obligación legal de comunicar el riesgo de haber contraído una enfermedad grave a sus contactos¹¹⁻¹³, pudiendo incurrir en un delito doloso de lesiones si no lo hace¹⁴.
2. ¿Y si el caso índice se niega a informar? El médico debe dejar constancia en la historia clínica y advertir al paciente de que, de no asumir su deber de informar, el

profesional podría quedar exento del deber de secreto al existir un riesgo grave para terceros¹¹. La búsqueda de contactos por parte del profesional sanitario (*provider referral* y *contract referral*) plantea problemas jurídicos y éticos relevantes respecto a la confidencialidad de datos, al secreto profesional y al deber de socorro^{12,15-17}. Para salvaguardar otros intereses de especial importancia, como lo es la integridad física de terceras personas, el ámbito ético y jurídico permitiría al profesional sanitario quebrar el deber de secreto profesional, acceder a los datos personales confidenciales y comunicar el riesgo a los contactos^{13,17-20}.

3. ¿Y si el paciente desconoce o se niega a facilitar los datos de los contactos? La Ley General de Salud Pública prevé deberes de colaboración de los ciudadanos que implican, entre otros, el de abstenerse de realizar conductas que dificulten o impidan actuaciones en materia de salud pública²¹. En estas situaciones solo podemos informar debidamente al paciente de sus obligaciones, de las consecuencias derivadas de incumplirlas, y dejar constancia en la historia clínica.

Sin perjuicio de todo lo anterior, en casos dudosos o cuando la ponderación de bienes en juego susceptibles de protección sea especialmente complicada, siempre se puede consultar al Comité de Ética Asistencial correspondiente y a los Servicios Jurídicos del hospital, en la medida que constituyen una herramienta de soporte para la toma de decisiones clínicas.

Comunicación no presencial y absentismo en la consulta especializada en ITS

Según la OMS, la telemedicina implica «la prestación de servicios de atención de la salud a distancia [...] utilizando tecnologías de la información y la comunicación para el intercambio de información válida para el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades [...], en aras de mejorar la salud de los individuos y sus comunidades»²². Esta forma de atención sanitaria supone ventajas no solo en términos de accesibilidad, sino también de eficiencia, al disminuir significativamente los costes (desplazamiento, horas de trabajo perdidas, etc.)²³.

Aunque se ha priorizado su uso en los pacientes con trastornos crónicos, algunos estudios indican que en el ámbito de las ITS y VIH puede facilitar su manejo e interrumpir la transmisión en la población²⁴ y ya se ha utilizado para mejorar los mensajes de prevención, aumentar la aceptación de la profilaxis preexposición al VIH (PrEP), optimizar la intervención clínica y ayudar a los servicios de salud mental²⁵. No obstante, en este campo la telemedicina plantea problemas de privacidad respecto a otras áreas de atención. Son destacables las implicaciones legales en lo referente a seguridad, intimidad, confidencialidad y protección de datos y responsabilidad médica²⁶. Ante la ausencia de un marco regulador específico, de forma subsidiaria se aplicará lo establecido en otras leyes o directivas europeas y nacionales en materia de autonomía del paciente, el secreto profesional, la protección de datos, la intimidad y la confidencialidad ([anexo 2.1](#))²⁷.

Tabla 1 Periodo recomendado para la búsqueda y notificación de contactos sexuales

Infección por orden alfabético	Periodos recomendados
Chancroide	10 días
<i>Chlamydia Trachomatis</i> (incluyendo LGV)	6 meses
Donovanosis	Hasta un año según tiempo estimado de infección
Epididimo-orquitis	6 meses
Gonorrea	3 meses
Hepatitis A	Según tiempo estimado de la infección o 2 antes de la ictericia
Hepatitis B	Según tiempo estimado de la infección o 2 semanas antes de la ictericia
Hepatitis C	Hasta el tiempo estimado de la infección si el caso índice o contacto es VIH positivo (solo hombres que tienen sexo con hombres)
VIH	3 meses en infección reciente o desde la última prueba de VIH negativa o guiado por la historia sexual si no se ha realizado pruebas
Uretritis no gonocócica	4 semanas
Enfermedad pélvica inflamatoria	6 meses
Pediculosis pubis	3 meses
Sarna	2 meses
Sífilis	- Primaria: 3 meses previo a inicio clínica - Secundaria: 6 meses - Sífilis latente precoz: 2 años - Sífilis latente tardía y sífilis terciaria: más de 30 años
<i>Trichomonas vaginalis</i>	2 meses
Verrugas anogenitales (VPH)	No se recomienda el estudio de contactos. Se puede citar a las parejas sexuales con fines informativos
Virus herpes simple	No se recomienda el estudio de contactos. Se puede estudiar con serología específica a las parejas asintomáticas para proporcionar información sobre los riesgos de transmisión

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana; VPH: virus papiloma humano.
Adaptada de Tiplica et al.⁹.

Los principios básicos de la telemedicina se exponen en la [tabla 2](#).

Por otro lado, la incomparecencia de los pacientes a las consultas programadas es uno de los principales problemas en los centros de Atención Especializada, pues genera ineficiencias económicas y productivas²⁸. Para mitigar el problema habría que analizar la situación concreta de cada centro y, así, determinar los factores que pueden estar incidiendo en el absentismo, clasificarlos e implantar las medidas adecuadas para su rectificación^{29,30}. El envío de recordatorios a través del teléfono móvil o disponer de protocolos de gestión de citas que contemplen mecanismos para la recuperación de la actividad no realizada parecen ser medidas efectivas para paliar sus efectos²⁸.

En el marco concreto de la consulta de ITS, el absentismo puede suponer la ausencia de tratamiento de enfermedades con repercusión no solo individual, sino también en términos de salud pública. Según el artículo 61.4 del Código de Deontología Médica: «el médico debe informar al paciente con una infección de transmisión sexual sobre el riesgo potencial de ser transmisor de la misma y sobre la obligación ineludible de comunicar esta circunstancia a las personas con las que haya mantenido o vaya a mantener relaciones sexuales. Además, el médico debe advertir al paciente que, si no asume voluntariamente, este deber de informar, «el profesional podría quedar relegado del deber de secreto en caso de grave riesgo para terceros»¹¹. Por tanto, aunque el paciente no acuda a la cita programada, cuando los profesionales detectan casos relacionados con enfermedades

de declaración obligatoria o brotes epidémicos están obligados a comunicarlo a las autoridades sanitarias. Llegado este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica. Tanto los profesionales como las autoridades sanitarias deben asegurarse de que esta información no sea la causa de discriminación o daños de ningún tipo para las personas afectadas. En el [anexo 2.2](#) se indican los límites del consentimiento informado en una consulta de ITS.

Dudas legales en el manejo de las ITS en menores

Asumimos que durante la infancia los menores no son capaces de tomar ciertas decisiones complejas ya que, por motivos evolutivos, formativos, etc., carecen de los recursos suficientes para entender el impacto y las consecuencias de las mismas, así como para comprender las alternativas posibles. Por ello, la capacidad de decisión de los menores está limitada de forma legal.

La adolescencia es una etapa de transición desde la infancia a la edad adulta. Un periodo marcado por importantes cambios físicos, sociales y emocionales entre los que destaca el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y, para la mayoría, una etapa en la que se moldea su orientación sexual.

El personal sanitario implicado en la atención de adolescentes debe integrar la educación sexual en su práctica

Tabla 2 Principios básicos de la telemedicina

Identificación recíproca y fiable	<ul style="list-style-type: none"> • Para dar tranquilidad al paciente y seguridad respecto a que la persona que le está atendiendo es un profesional de la salud
Respeto a las normas deontológicas y de la normativa en materia de la protección de los datos	<ul style="list-style-type: none"> • La consulta médica no presencial constituye un acto médico. En consecuencia, le son de aplicación todas las consideraciones y consecuencias éticas y médico-legales de cualquier relación médico-paciente • Es obligado asegurar la confidencialidad y la intimidad del paciente, por ello es aconsejable utilizar vías de comunicación que garanticen la máxima seguridad disponible
Transparencia en la información	<ul style="list-style-type: none"> • La información que reciba el paciente debe ser concisa, transparente, inteligible y de fácil acceso, con un lenguaje claro y sencillo • El paciente debería poder tener acceso a toda la información dada por teléfono de forma física. Si el paciente solicita esta información por escrito se la deberíamos facilitar
Consentimiento informado	<ul style="list-style-type: none"> • La opción de recibir una atención a distancia debe ser aceptada y consensuada con el paciente y las decisiones que de ella se deriven han de ser asimismo acordadas y no impuestas por ninguno de los implicados • Debería haber una voluntad implícita y consentimiento al menos verbal del paciente, familiar responsable o tutor legal, según corresponda, del que debe quedar constancia en la historia clínica • El médico debe ser totalmente independiente y libre para elegir o rechazar una visita mediante el uso de la telemedicina. Cuando se acepta su uso, asume la responsabilidad profesional de dicho acto médico y todo aquello que supone, especialmente lo relativo al diagnóstico, consejos, opciones terapéuticas e intervenciones médicas directas. Por tanto, en determinadas ocasiones (p. ej., indicar a un paciente que se ha diagnosticado el VIH o cuando se debe administrar un tratamiento por vía no oral) será necesario derivar al paciente hacia una consulta presencial²⁵
Hacer constar por escrito en la historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Se debe hacer constar por escrito en la historia clínica el medio de teleasistencia por el que se ha realizado la consulta, así como el tratamiento médico pautado y recomendaciones dadas

Adaptada de Arimany-Manso et al.²⁷.

clínica. Esto incluye hablar sobre conductas de reducción de riesgos: alternativas como la abstinencia, el uso sistemático y correcto del preservativo, y la reducción del número de parejas sexuales deben formar parte de la entrevista con el paciente.

La protección de la intimidad y la confidencialidad de los datos de salud constituyen principios fundamentales en la atención médica de cualquier paciente, pero adquiere una importancia mayor, si cabe, en el manejo de las ITS en menores. Disponer de la posibilidad de una conversación privada, entre el paciente adolescente y el profesional sanitario, es un aspecto importante que debemos poder garantizar en la visita sanitaria.

Los pacientes deben conocer la existencia de las leyes que protegen su intimidad y confidencialidad^{16,17,20} (anexo 3.1), así como sus limitaciones; es decir, situaciones en las que, debido a su edad, grado de madurez o gravedad será necesario contar con el conocimiento y, en ocasiones consentimiento, de los representantes o tutores legales.

Manejo de ITS en menores de 12 a 16 años

Los menores entre 12 y 16 años se consideran menores de edad a nivel sanitario. El paciente de esta edad, siempre que pueda considerarse maduro emocional y afectivamente y capaz de entender la situación, tiene derecho a ser escuchado, teniéndose debidamente en cuenta sus opiniones, en función de su edad y madurez. Para ello, deberá recibir

la información en un lenguaje comprensible, en formatos accesibles y adaptados a sus circunstancias. Sin embargo, corresponderá a sus representantes o tutores legales prestar el consentimiento por representación para la toma de decisiones¹⁴.

La presencia de una ITS en un menor de 16 años debe considerarse un posible marcador de agresión sexual.

Manejo de ITS en pacientes de 16 a 18 años

En caso de un menor de edad civil, emancipado o con 16 años cumplidos, que no haya sido declarado incapacitado legalmente ni se considere incapaz (a juicio del facultativo), el menor sería el único titular del derecho al consentimiento informado en cuanto a realización de pruebas, recibir resultados y administración de tratamientos, sin necesidad de informar a los representantes legales o de prestar consentimiento por representación.

En caso de que la decisión sanitaria a consentir implique un riesgo grave para su salud o su vida (de nuevo a criterio del facultativo), el consentimiento será prestado por los padres o tutores, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del menor.

Sospecha de agresión sexual en un menor

De forma general, se considera un delito de agresión sexual cualquier acto que atente contra la libertad sexual de otra persona sin su consentimiento. Solo se entenderá

Tabla 3 Muestras médico-legales, clínico-microbiológicas y otras evidencias que deben ser recogidas durante la exploración física en caso de sospecha de agresión sexual reciente y tras consentimiento del paciente

Muestras médico-legales			
Muestras para estudios biológico-genéticos (seguir el orden indicado)	Cavidad oral	Hasta 48 h tras la agresión	<ul style="list-style-type: none"> • a) Búsqueda de semen: es la primera que debe realizarse. Pasar 2 hisopos estériles de forma suave por debajo de la lengua, sobre las encías, dientes y paladar • b) Enjuague bucal enérgico con SSF estéril, vertido en un envase estéril. Mantener refrigerado • c) Muestra indubitada: 2 hisopos frotando la zona interna de las mejillas
	Superficie corporal	Hasta 72 h tras la agresión	Pasar 2 hisopos estériles por cada posible resto de semen, sangre, saliva u otros
	Margen anal	Hasta 72 h tras la agresión	Pasar 2 hisopos estériles humedecidos por la superficie cutáneo-mucosa
	Conducto anorrectal	Hasta 72 h tras la agresión	Introducir 2 hisopos estériles humedecidos hasta una profundidad de 3-5 cm
	Vello púbico		Peinado sobre papel blanco. Enviar peine y papel
	Genitales externos		Pasar 2 hisopos estériles humedecidos por toda la región vulvar
	Genitales internos	Hasta 7-10 días tras la agresión	Válido independientemente de las actividades realizadas posteriormente a la agresión (ducharse, orinar, relaciones sexuales)
	Uñas		<ul style="list-style-type: none"> • a) Pasar 2 hisopos estériles secos por las paredes de la cavidad vaginal • b) Introducir 2 hisopos estériles secos en el cuello uterino • c) Lavado vaginal con 10 ml de SSF estéril, vertido en un envase estéril
	Ropa		Cortar la parte más distal de todas las uñas. Si no es posible, limpiar con 2 hisopos estériles. Guardar las muestras de cada mano por separado
	Sangre venosa		Envolver cada prenda por separado en papel e introducirla en bolsas de papel independientes
Muestras para estudios químico-toxicológicos (si ingesta referida, signos o síntomas sugestivos)	Sangre venosa		Muestra indubitada: 2,5 ml de sangre en un tubo con anticoagulante tipo EDTA. Mantener refrigerada
	Orina	Hasta 5 días tras la agresión	Muestra de elección. Recoger toda la cantidad posible en frasco estéril. Mantener refrigerada (o congelada si se prevé una demora > 24 h para su análisis)
	Sangre venosa	Hasta 48 h tras la agresión	2 tubos de 5 ml, uno con fluoruro sódico como conservante y oxalato potásico como anticoagulante, y otro con EDTA
	Pelo	Si > 5 días	Esperar 4-6 semanas tras la agresión. Entonces, cortar un mechón de 7 mm de diámetro de la zona occipital, cortado lo más próximo posible al cuero cabelludo. Fijar en un trozo de papel señalando extremo proximal y distal. Conservar a temperatura ambiente

Tabla 3 (continuación)

Muestras clínico-microbiológicas		
Deben tomarse de todas aquellas localizaciones expuestas en las prácticas sexuales llevadas a cabo, además de úlceras y heridas cutáneo-mucosas. Deben recogerse, para cada localización, inmediatamente después de las muestras médico-legales		
Orina	5-10 ml en frasco estéril Idealmente tras 2 h sin orinar	<ul style="list-style-type: none"> • Primera micción: PCR de ITS (Amies líquido³⁹) • Micción media: Urocultivo • Test de embarazo.
Faringe (si penetración oral)	Recoger ANTES del lavado bucal. Frotar 2 hisopos estériles secos por toda la orofaringe	<ul style="list-style-type: none"> • PCR de ITS (Amies líquido) • Cultivo de <i>N. gonorrhoeae</i> (Amies gel)
Vagina	No utilizar lubricante 2 hisopos estériles secos. Recoger exudado si abundante, o hisopado del fondo de saco vaginal posterior	<ul style="list-style-type: none"> • PCR de ITS (Amies líquido) • Gram y cultivo microbiológico (Amies gel)
Cérvix	No utilizar lubricante 2 hisopos estériles secos. Frotar cérvix e introducir por canal cervical	<ul style="list-style-type: none"> • PCR de ITS (Amies líquido) • Gram y cultivo microbiológico (Amies gel)
Uretra (pene)	No utilizar lubricante 2 hisopos estériles secos. Recoger exudado si abundante, o hisopado del interior de la uretra	<ul style="list-style-type: none"> • PCR de ITS (Amies líquido) • Gram y cultivo microbiológico (Amies gel)
Anorrectal	No utilizar lubricante 2 hisopos estériles secos. Recoger exudado si abundante, o hisopado del interior del canal anal (3 cm)	<ul style="list-style-type: none"> • PCR de ITS (Amies líquido) • Cultivo de <i>N. gonorrhoeae</i> (Amies gel)
Úlceras orales o genito-anales	Lavado por arrastre con SSF estéril Frotar hisopo estéril seco sobre el lecho	PCR de ITS causantes de úlceras (herpes, <i>Treponema pallidum</i> , LGV, CMV, MPOX, <i>Haemophilus ducreyi</i>) (Amies líquido)
Conjuntiva (si exudado)	2 hisopos estériles secos. Recoger exudado si abundante o frotar el borde libre del párpado	PCR de ITS (Amies líquido)
Sangre venosa	Valoración por oftalmólogo 1 tubo 5 ml sin anticoagulante Seroconversión: repetir según periodos ventana	Serologías ITS: VIH, sífilis, VHA, VHB, VHC, VHS
Imágenes		
Garantizar confidencialidad (cubrir rostro)		
Mostrar todas las imágenes a la víctima para recabar su conformidad con cada una de ellas de manera individualizada para su almacenamiento		
Explicar que las imágenes podrán ser mostradas en un procedimiento judicial en caso de ser requeridas y que la parte contraria tendrá acceso a ellas		

SSF: suero salino fisiológico; EDTA: ácido etilendiaminetetraacético; PCR: reacción en cadena de la polimerasa; ITS: infecciones de transmisión sexual; LGV: linfogranuloma venéreo; CMV: citomegalovirus; MPOX: viruela símica; VHA: virus de la hepatitis A; VHB: virus de la hepatitis B; VHC: virus de la hepatitis C; VHS: virus del herpes simple; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

Adaptada de Guía de pautas básicas comunes del SNS para la actuación sanitaria ante violencia sexual³⁷.

Tabla 4 Profilaxis postexposición frente a ITS. Niveles de evidencia GRADE

VIH		
Tipo de exposición	Recomendación	Pauta
Relación sexual anal o vaginal, insertiva o receptiva, sin preservativo o mal uso del mismo	Se recomienda PPE (recomendación fuerte, baja calidad de la evidencia)	Tenofovir/emtricitabina cada 24 h + raltegravir cada 12 h, durante 28 días (recomendación fuerte, moderada calidad de la evidencia) Iniciar preferiblemente en las primeras 24 h y siempre antes de que pasen 72 h. No iniciar si > 72 h (recomendación fuerte, moderada calidad de la evidencia) Suspender si se comprueba que la fuente es VIH negativo (recomendación fuerte, baja calidad de la evidencia)
Relación sexual orogenital, insertiva o receptiva, sin preservativo o mal uso del mismo, con o sin eyaculación	Individualizar PPE (recomendación débil, baja calidad de la evidencia)	
Exposición de otras mucosas o de piel no intacta a fluidos potencialmente infectantes (sangre, semen o secreciones vaginales, cualquier fluido con restos de sangre)		
Exposición a cualquier fluido sobre piel intacta	No se recomienda PPE (recomendación fuerte, baja calidad de la evidencia)	
Cualquier tipo de exposición con fluidos no infectantes (orina, heces, saliva, sudor, vómito, lágrimas, secreciones nasales, siempre que no contengan restos de sangre)		
VHB		
Estado vacunal víctima	Recomendación y pauta	
Desconocido o incompleto	Administrar 1 dosis de IGHB e iniciar/completar vacunación en las primeras 24 h (recomendación fuerte, moderada calidad de la evidencia)	
Completo	Actuar en función de los títulos anti-HBs, siempre que estén disponibles en < 24 h: <ul style="list-style-type: none"> ● Anti-HBs \geq 10mUI/ml: protegido. No precisa PPE ● Anti-HBs < 10mUI/ml o no disponibles en < 24 h: 1 dosis de IGHB + vacunación (recomendación fuerte, moderada calidad de la evidencia) 	
Otras ITS		
Infección	Recomendación y pauta	
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	● Pauta en monodosis (comodidad posológica): ceftriaxona 500 mg vía i.m + azitromicina 1 g v.o. + metronidazol 2 g v.o. (recomendación fuerte, moderada calidad de la evidencia).	
<i>Chlamydia trachomatis</i>	● CDC ⁷ : ceftriaxona 500 mg vía i.m. + doxiciclina 100 mg v.o. cada 12 h durante 7 días + metronidazol 500 mg v.o. cada 12 h durante 7 días	
<i>Trichomonas vaginalis</i>		
Sífilis	No se recomienda PPE con penicilina G i.m.	
VHC	No se recomienda PPE. Seguimiento serológico para tratamiento precoz (recomendación fuerte, muy baja calidad de la evidencia)	
VPH	CDC ⁷ : primera dosis de vacuna si la víctima es menor de 26 años y no está vacunada	

CDC: Centers for Disease Control; i.m.: intramuscular; IGHB: inmunoglobulina de la hepatitis B; anti-HBs: anticuerpos contra el antígeno de superficie; PPE: profilaxis postexposición; v.o.: vía oral; VHB: virus de la hepatitis B; VHC: virus de la hepatitis C; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana; VPH: virus del papiloma humano.

Adaptada de Grupo de expertos de Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS), Grupo de Estudio de sida (GeSIDA), Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo (SEMST) et al.⁴⁰.

Tabla 5 Calendario de repetición de pruebas diagnósticas

Prueba	Según síntomas	2-3 sem	4-6 sem	12 sem	24 sem
VIH	×		×	×	× ^a
Hepatitis B	×		×	×	×
Hepatitis C	×		×	×	×
Sífilis	×		×	×	
Otras ITS	×				
Test embarazo		×			

Adaptada de Grupo de expertos de Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS) et al.⁴⁰.

^a Si la detección se realiza en sangre mediante pruebas de cuarta generación (detección combinada de anticuerpos y antígeno p24), un resultado negativo se considera definitivo pasadas las 6 semanas.

que hay consentimiento cuando se haya manifestado libremente mediante actos que, en atención a las circunstancias del caso, expresen de manera clara la voluntad de la persona³¹.

El Código Penal dedica un apartado específicamente a las agresiones sexuales a menores de 16 años, considerando agresión en este contexto no solo la realización de cualquier acto de carácter sexual con el menor, sino también los actos de carácter sexual que realice el menor con un tercero o sobre sí mismo a instancia del autor (anexo 3.3)³².

No obstante, no se considerará que exista una agresión sexual cuando concurra el libre consentimiento del menor de 16 años y el autor sea una persona cercana al menor por edad y grado de desarrollo o madurez física y psicológica.

Los titulares de los Servicios de Salud y el personal sanitario de los mismos están especialmente obligados a denunciar a la autoridad judicial cualquier hecho del que tengan conocimiento por razón de su oficio que pueda ser objeto de delito y más si afecta a menores de 16 años.

Atención a las víctimas de agresión sexual

La atención a víctimas de agresión sexual reciente (≤ 10 días) suele centralizarse en el Servicio de Urgencias de los hospitales de referencia³³⁻³⁵. No obstante, por nuestra especialización en Venereología y la realización de guardias de atención continuada durante la residencia, los dermatólogos debemos estar familiarizados con las actuaciones médico-legales pertinentes.

En el anexo 4.1 se recoge una introducción legal y el marco jurídico por el que se rigen dichas actuaciones, cuya aplicación es independiente de la formalización o no de denuncia por parte de la víctima^{36,37}.

Valoración clínica y médico-legal

La evaluación sanitaria y la médico-forense deben realizarse conjuntamente en un único acto, en un lugar que permita preservar la seguridad e intimidad de la víctima y en presencia, si lo desea, de un acompañante autorizado. El paciente debe prestar su consentimiento expreso por escrito para los distintos procedimientos (anexo 4.2). Esto permitirá dar aviso al Juzgado de Guardia para el traslado inmediato del médico forense y a la Policía Judicial para posibilitar la formulación in situ de la denuncia. Si no hay consentimiento, se realizará una evaluación exclu-

sivamente clínica y se procederá a la emisión del parte de lesiones.

Anamnesis. La entrevista clínica debe incluir:

- Antecedentes personales: médicos, consumo de sustancias, violencia previa.
- Circunstancias de la agresión: lugar, hora, presencia de testigos, etc., con datos descriptivos y expresiones textuales entrecomilladas.
- Si ha existido, o persiste, alguna sintomatología que oriente al consumo o administración de algún tipo de sustancia³⁸: amnesia, alteraciones del estado de consciencia, de la motricidad, del habla, visuales, etc.
- Actos realizados con posterioridad a la agresión: aseo, toma de alimentos o de medicación, etc.

Exploración física y toma de muestras. Existen 2 tipos de muestras según su finalidad:

- Muestras con fines médico-legales: tienen prioridad sobre el resto y son recogidas por el forense (si no es posible su presencia, el personal sanitario queda habilitado para su obtención³⁶). Deben constar en un formulario específico y están sujetas a una estricta cadena de custodia, para garantizar que no sufren manipulaciones indebidas que pudieran invalidarlas.

1. Para identificación de ADN:

- a) Muestras indubitadas: origen conocido, perteneciente a la víctima.
- b) Muestras dubitadas: de origen desconocido, pendiente de identificación.

2. Para estudios químico-toxicológicos.

3. Imágenes.

4. Otras evidencias

- Muestras con fines clínico-microbiológicos: para diagnóstico de ITS y embarazo. Deben constar en la historia clínica. Posteriormente también podrán ser utilizadas con fines médico-legales.

En la tabla 3 se detallan todas las muestras que deben ser tomadas³⁷. En el Anexo 4.3 se amplían las normas generales para su recogida. Tras este procedimiento, la víctima podrá asearse.

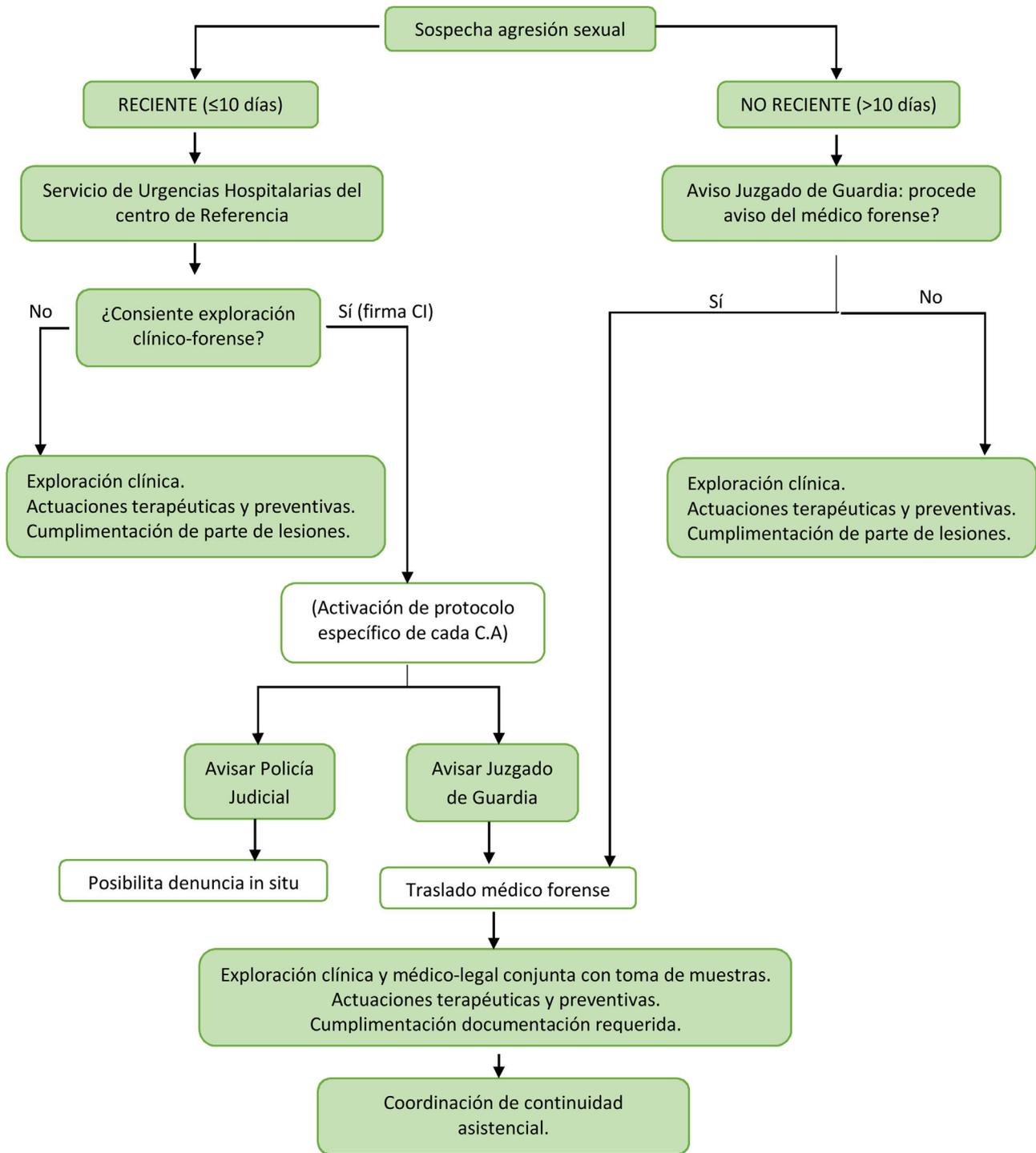


Figura 2 Flujograma de actuación ante sospecha de agresión sexual. Adaptada de Guía de pautas básicas comunes del SNS para la actuación sanitaria ante violencia sexual³⁷.

Actividades terapéuticas y preventivas en víctimas de agresión

Sin perjuicio de aquellas lesiones que supongan una urgencia vital y deban ser atendidas desde el inicio, una vez recogidas las muestras se debe instaurar el tratamiento médico y las medidas preventivas necesarias:

- Tratamiento de las lesiones físicas.

- Profilaxis antitetánica: ante la existencia de heridas inciso-contusas, en función de sus características.
- Prevención de embarazo:
 - a. Si la víctima no estaba embarazada previamente o no se encuentra bajo un método anticonceptivo eficaz, tras recabar su consentimiento puede realizarse profilaxis de embarazo por parte del Servicio de Ginecología.

- b. Debe confirmarse la siguiente regla o repetir la prueba de embarazo a las 2-3 semanas.
 - c. La víctima ha de ser informada de que, en caso de resultar embarazada fruto de la agresión sexual, puede optar legalmente a la interrupción de la gestación.
- Prevención de ITS^{1,7,40}: debe ofrecerse profilaxis postexposición (PPE) frente a VIH, VHB, gonococo, *Chlamydia*, sífilis y *Trichomonas vaginalis* (tabla 4) y realizar un seguimiento posterior mediante controles serológicos (tabla 5).

Documentación asociada

La atención a una víctima de presunta agresión sexual requiere la cumplimentación de distintos documentos, cuyo contenido se amplía en el anexo 4.4:

- Historia clínica e informe médico.
- Parte de lesiones.
- Formulario estandarizado de muestras recogidas y cadena de custodia.

Continuidad asistencial

Antes de emitir el alta médica debe quedar definido el plan de continuidad asistencial posterior:

- Coordinación con otros recursos sanitarios: Atención Primaria, Dermatología, Ginecología, Medicina Interna, Medicina Preventiva, Psiquiatría y Salud Mental, según las necesidades de cada caso.
- Coordinación con otros dispositivos de la comunidad autónoma para la asistencia integral de la víctima: centros de crisis 24 h, teléfono 016, servicios sociales, etc.

En la figura 2 se detalla, mediante un flujograma, el esquema de actuación general.

Conclusiones

Las ITS tienen ciertas particularidades médico-legales derivadas de su naturaleza infecto-contagiosa, de su modo de transmisión y del posible conflicto entre el derecho a la confidencialidad del paciente y la protección de la salud pública. El conocimiento del marco legal que las rodea y su aplicación en la práctica clínica diaria adquiere una gran relevancia en paralelo al incremento de su incidencia. Este documento pretende proporcionar información teórica y práctica a este respecto para facilitar la tarea asistencial y guiar la actuación de los facultativos.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.ad.2024.02.028](https://doi.org/10.1016/j.ad.2024.02.028).

Bibliografía

1. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescente [actualizado Mar 2017] [consultado 6 Feb 2024].

- Grupo de Estudio del sida de la SEIMC (GeSIDA). Disponible en: https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2017/06/Documento_de_consenso_sobre_diagnostico_y_tratamiento_de_las_infecciones_de_transmision_sexual_en_adultos_02.pdf
2. Vallès X, Carnicer-Pont D, Casabona J. Estudios de contactos para infecciones de transmisión sexual. ¿Una actividad descuidada? Gac Sanit. 2011;25:224–32, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.12.003>.
 3. Hansman E, Klausner JC. Approach to managing sex partners of people with sexually transmitted infections. Infect Dis Clin North Am. 2023;37:405–26, <http://dx.doi.org/10.1016/j.idc.2023.02.003>.
 4. Ferreira A, Young T, Mathews C, Zunza M, Low N. Strategies for partner notification for sexually transmitted infections, including HIV. Cochrane Database Syst Rev. 2013;10:CD002843, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd002843.pub2>.
 5. Trelle S, Shang A, Nartey L, Cassell JA, Low N. Improved effectiveness of partner notification for patients with sexually transmitted infections: systematic review. BMJ. 2007;334:354, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39079.460741.7c>.
 6. Pellowski J, Mathews C, Kalichman MO, Dewing S, Lurie MN, Kalichman SC. Advancing partner notification through electronic communication technology: A review of acceptability and utilization research. J Health Commun. 2016;21:629–37, <http://dx.doi.org/10.1080/10810730.2015.1128020>.
 7. Workowski KA, Bachmann LH, Chan AP, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et al. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021;70:1–187, <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.rr7004a1>.
 8. Alam N, Chamot E, Vermund SH, Streatfield K, Kristensen S. Partner notification for sexually transmitted infections in developing countries: A systematic review. BMC Public Health. 2010;10:19–30, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-10-19>.
 9. Tiplica GS, Radcliffe K, Evans C, Gomberg M, Nandwani R, Rafla A, et al. 2015 European guidelines for the management of partners of persons with sexually transmitted infections. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2015;29:1251–7, <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.13181>.
 10. Janier M, Hegyi V, Dupin N, Unemo M, Tiplica GS, Potočník M, et al. 2014 European guideline on the management of syphilis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2014;28:1581–93, <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.12734>.
 11. Código de Deontología Médica. Consejo General de Colegios Oficiales de médicos. Artículo 61.4 [consultado 6 Feb 2024]. [Consultado 06 Feb 02 2024]. Disponible en: <https://senec.es/wp-content/uploads/2023/05/2023-OMC-Codigo-de-Deontologia-Medica-3.pdf>
 12. Ley 33/2011, de 4 octubre, General de Salud Pública. Artículo 9. BOE núm 240, de 05 de octubre de 2011. [Consultado 06 Feb 02 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-15623-consolidado.pdf>
 13. Macaya A, Guardia- Hernández JJ, Nuevo P. Confidencialidad de datos, secreto profesional y búsqueda de contactos en infecciones de transmisión sexual. Med Clin (Barc). 2020;154:366–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2019.11.011>.
 14. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Artículo 147. [Consultado 06 Feb 02 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-25444-consolidado.pdf>.
 15. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Artículos 197-199. [Consultado 06 Feb 02 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-25444-consolidado.pdf>
 16. Ley 41/2002, de 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Artículo 7.1. BOE núm. 274, de 15 de noviembre de 2002. [Consultado 06

- Feb 02 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>
17. Ley 3/2018 Orgánica, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Artículos 5 y 6. BOE núm. 294, de 06 de diciembre de 2018. [Consultado 06 Feb 02 2024], Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2018/BOE-A-2018-16673-consolidado.pdf>
 18. Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública. Artículo 3. BOE núm. 102, de 29 de abril de 1986. [Consultado 06 Feb 02 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10498-consolidado.pdf>
 19. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Artículo 9. BOE núm. 274, de 15 de noviembre de 2002. [Consultado 06 Feb 02 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>
 20. Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016. Artículo 9.2. [Consultado 06 Feb 02 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2016/119/L00001-00088.pdf>
 21. Ley 33/2011, de 4 octubre, General de Salud Pública. Artículo 8. BOE núm 240, de 05 de octubre de 2011. [Consultado 06 Feb 02 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-15623-consolidado.pdf>
 22. Ryu S. Telemedicine: Opportunities and Developments in Member States: Report on the Second Global Survey on eHealth 2009 (Global Observatory for eHealth Series, Volume 2). *Healthc Inform Res.* 2012;18:153–5, doi: 10.4258%2Fhir.2012.18.2.153.
 23. Informe de la Comisión Central de Deontología. La telemedicina en el acto médico, consulta médica no presencial, e-consulta o consulta online. Madrid a 10 de junio del 2020. Disponible en: <https://www.cgcom.es/notas-de-prensa/informe-de-la-comision-central-de-deontologia-en-relacion-la-telemedicina-en-el>
 24. Estcourt CS, Gibbs J, Sutcliffe LJ, Gkatzidou V, Tickle L, Hone K, et al. The eSexual Health Clinic system for management, prevention, and control of sexually transmitted infections: Exploratory studies in people testing for Chlamydia trachomatis. *Lancet Public Health.* 2017;2:e182–90, [http://dx.doi.org/10.1016/s2468-2667\(17\)30034-8](http://dx.doi.org/10.1016/s2468-2667(17)30034-8).
 25. Cao B, Bao H, Oppong E, Feng S, Smith KM, Tucker JD, et al. Digital health for sexually transmitted infection and HIV services: A global scoping review. *Curr Opin Infect Dis.* 2020;33:44–50, <http://dx.doi.org/10.1097/qco.0000000000000619>.
 26. Seiler N, Chaudhry HJ, Lovitch K, Heyison C, Karacuschansky A, Organick-Lee P, et al. Telehealth services and the law: The rapidly evolving regulatory landscape and considerations for sexually transmitted infection and HIV services. *Sex Transm Dis.* 2022;49:518–21, <http://dx.doi.org/10.1097/olq.0000000000001629> (11S Suppl 2):.
 27. Arimany-Manso J, Pujol RM, García-Patos V, Saigí U, Martín-Fumadó C. Medicolegal aspects of teledermatology. *Actas Dermosifiliog (Engl ed).* 2020;111:815–21, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2020.08.008>.
 28. Pereira-Victorio CJ, Vázquez-Molinero A, Lizán-García M, Gómez-Guardiola JL, González López-Valcárcel B. Absentismo de pacientes a la consulta externa especializada en un hospital de tercer nivel en España. *Med Gen y Fam.* 2016;5:83–90, <http://dx.doi.org/10.1016/j.mgyf.2016.02.002>.
 29. Malek AM, Chang CC, Clark DB, Cook RL. Delay in seeking care for sexually transmitted diseases in young men and women attending a public STD clinic. *Open AIDS J.* 2013;7:7–13, <http://dx.doi.org/10.2174/1874613620130614002>.
 30. Tanton C, Geary RS, Clifton S, Field N, Heap KL, Mapp F, et al. Sexual health clinic attendance and non-attendance in Britain: Findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Sex Transm Infect.* 2018;94:268–76, <http://dx.doi.org/10.1136/sextrans-2017-053193>.
 31. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Artículos 178-180. [Consultado 06 Feb 02 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-25444-consolidado.pdf>
 32. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Artículo 181. [Consultado 06 Feb 02 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-25444-consolidado.pdf>
 33. Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019. Subdirección General de Sensibilización, Prevención y Estudios de la Violencia de Género (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género). Ministerio de Igualdad, 2020. [Consultado 06 Feb 02 2024]. Disponible en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/Macroencuesta.2019_estudio_investigacion.pdf
 34. Violence against women: An EU-wide survey. Main results. European Union Agency for Fundamental Rights, 2014. [Consultado 06 Feb 02 2024]. Disponible en: https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2014-vaw-survey-main-results-apr14_en.pdf
 35. Violencia contra las mujeres, estimaciones para 2018. Resumen. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021. [Consultado 06 Feb 02 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349589/9789240027114-spa.pdf?sequence=1>
 36. Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual (LOGILS). [Consultado 06 Feb 02 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2022/BOE-A-2022-14630-consolidado.pdf>
 37. Guía de Pautas Básicas Comunes del SNS para la actuación sanitaria ante violencia sexual. Ministerio de Sanidad, 2023. [Consultado 06 Feb 02 2024]. Disponible en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/GUIA.PAUTAS.BASICAS-SNS.VSEXUAL_07-03-2023_web.pdf
 38. Recalde-Esnoz I, Prego-Meleiro P, Montalvo G, del Castillo H. Drug-facilitated sexual assault: A systematic review. *Trauma Violence Abuse.* Published online August 31, 2023, <http://dx.doi.org/10.1177/15248380231195877>, 15248380231195877.
 39. Sánchez-Romero MI, García-Lechuz Moya JM, González López JJ, Orta Mira N. Recogida, transporte y procesamiento general de las muestras en el Laboratorio de Microbiología. *Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl ed).* 2019;37:127–34, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2017.12.002>.
 40. Grupo de expertos de Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS), Grupo de Estudio de sida (GeSIDA), Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo (SEMST), Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH); Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT); Sociedad Española de Salud Laboral en Administración Pública (SESLAP), et al. 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;34:121.e1-1215. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2015.08.005>. [Consultado 06 Feb 02 2024]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/PPE_23Marzo2015.pdf.