



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

**SECRETARÍA DE SALUD**

HOSPITAL DE LA MUJER

**“PROFILAXIS PARA VIH, ITS Y EMBARAZO EN MUJERES VÍCTIMAS  
DE VIOLENCIA SEXUAL”**

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA  
(GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA)

P R E S E N T A

**UBALDO RAMOS ALAMILLO**

**ASESOR**

MTRO. NILSON AGUSTIN CONTRERAS CARRETO

**MÉXICO, D.F.**

**OCTUBRE, 2014.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

---

**DRA. MARIA DE LOURDES MARTÍNEZ ZÚÑIGA**

DIRECTORA.

---

**DR. JOSE JESUS PRADO ALCAZAR**

JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

---

**DR. ESTEBAN GARCÍA RODRÍGUEZ**

PROFESOR TITULAR DEL CURSO

---

**MTRO. NILSON AGUSTIN CONTRERAS CARRETO**

ASESOR

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis padres por su apoyo incondicional durante mi vida profesional.

A mis hermanos por el empuje que siempre me brindaron para concluir con mis estudios profesionales.

A mis pacientes por darme la oportunidad de servirles y de quien fortalezco cada vez más mis conocimientos para brindarles una mejor atención.

## INDICE

	<b>Pág</b>
<b>Resumen</b>	<b>4</b>
<b>I. Marco teórico</b>	<b>6</b>
<b>II. Justificación</b>	<b>9</b>
<b>III. Planteamiento del problema</b>	<b>10</b>
<b>IV. Hipótesis</b>	<b>11</b>
<b>V. Objetivo</b>	<b>12</b>
<b>VI. Material y métodos</b>	<b>13</b>
<b>VII. Resultados</b>	<b>15</b>
<b>VIII. Discusión</b>	<b>22</b>
<b>IX. Conclusiones</b>	<b>24</b>
<b>X. Bibliografía</b>	<b>25</b>

## RESUMEN

**Introducción:** La Organización de las Naciones Unidas (ONU) define a la violencia sexual como: *“Todo acto o tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios, insinuaciones sexuales, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el trabajo”*. La prevalencia mundial indica que el 35% de las mujeres han sufrido violencia de pareja o violencia sexual en algún momento de su vida. Desde el punto de vista de la salud existe preocupación por el riesgo de embarazo en edades tempranas y el riesgo de adquirir alguna infección de transmisión sexual (ITS) incluyendo el VIH. **Objetivo.** Describir el resultado de pruebas de detección para ITS/VIH desde el momento en que ocurrió el evento de violencia sexual con la finalidad de realizar el seguimiento por 1 año; el tiempo de inicio de la profilaxis con medicamentos antirretrovirales y antibióticos antes de las 72 horas y prácticas de anticoncepción de emergencia. **Resultados.** Se estudió una muestra de 1077 mujeres víctimas de violencia sexual que acudieron a la Clínica Especializada Condesa durante el periodo comprendido entre el 2 de enero al 31 de diciembre del 2013. Edad promedio  $22.2 \pm 8.0$  años. Presentaron penetración vaginal en 94.7%; penetración vaginal y penetración rectal 4.36% y penetración oral 0.27%. Se administró anticoncepción de emergencia al 49.76% de las pacientes. El 37.23%

recibió profilaxis para VIH con inhibidores de la transcriptasa reversa, además de profilaxis para ITS antes de las 72 horas. El 0.18% presentaron resultado positivo en la prueba rápida para VIH. El 0.18% (n=2) reportaron prueba positiva para Hepatitis C. Un 0.83% presentaron embarazo secundario al evento de violencia sexual. La tasa de embarazo fue de 0.3% en aquellas pacientes que recibieron anticoncepción de emergencia. **Conclusión.** En pacientes que sufren de violencia sexual, es prioritario el brindar consejería en VIH e ITS. Realizar pruebas inicial y de seguimiento de laboratorio para determinar VIH e ITS, realizar profilaxis farmacológica para éstas y brindar anticoncepción de emergencia.

**Palabras clave:** *violencia sexual, profilaxis, Infecciones de transmisión sexual, virus de la inmunodeficiencia humana, anticoncepción de emergencia.*

## I. MARCO TEÓRICO

Según estimaciones de la OMS, cada año se producen en el mundo 340 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual (ITS) curables (sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis) en adultos de 15 a 49 años.<sup>1-3</sup> Esta cifra no incluye las infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y otras ITS de origen viral (virus del papiloma humano, VPH; virus de la hepatitis B, VHB) que siguen afectando la vida sexual, productiva y social de las personas en todo el mundo. En los países en desarrollo, las ITS y sus complicaciones se encuentran entre las cinco primeras categorías de padecimientos que llevan a los adultos a buscar asistencia médica.<sup>2</sup>

Las ITS constituyen un problema de salud pública en el mundo y en México<sup>4</sup>, cuyas complicaciones van de leves a graves e incrementan la morbilidad y morbilidad en las mujeres, donde el porcentaje mayor de ITS son asintomáticas lo que dificulta el diagnóstico en etapas avanzadas de infección. Entre un 50 a un 80% de las gestaciones con infección por sífilis acabarán de forma adversa, pudiendo producirse aborto, muerte fetal, muerte neonatal, parto prematuro, bajo peso al nacer e infección congénita con diversos grados de afectación.<sup>5</sup>



La infección por el VIH/SIDA en México se encuentra concentrada en el grupo de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), la cantidad de mujeres con VIH ha aumentado siendo el principal mecanismo de transmisión las prácticas sexuales no protegidas. La prevalencia en la población general de mujeres es baja (0.2%), se calcula que a finales de 2009 aproximadamente 50,000 de ellas vivían con VIH y los casos siguen aumentando de manera constante, mientras que en 1985 se reportaban 11 hombres infectados por cada mujer, en 2009 la razón se había reducido a 4 por una ellas, más del 95% lo adquirieron por relaciones heterosexuales. La evaluación del riesgo de transmisión de la infección por VIH se valora de acuerdo al tipo de penetración: en la penetración vaginal receptiva el riesgo de adquirir la infección por VIH es de 10, en la penetración vaginal insertiva de 5, en la penetración anal insertiva de 6.5, en la penetración anal receptiva de 50, en la penetración anal insertiva de 6.5, en el sexo oral receptivo de 1, en la penetración oral insertiva de 0.5% todos, por cada 10,000 exposiciones.<sup>6</sup>

La evidencia científica respalda que iniciar un tratamiento profiláctico oportuno disminuye el riesgo de transmisión de la Infección por VIH/ITS. Así mismo el proporcionar anticoncepción de emergencia disminuye el riesgo de embarazo<sup>7</sup> no deseado en mujeres víctimas de violencia sexual.

*Las estrategias de prevención en violencia sexual están encaminadas a:*<sup>8-13</sup>

1. *Prevenir la infección por VIH.* Es recomendable que las mujeres víctimas de violencia sexual inicien profilaxis antirretroviral antes de las 72 horas de ocurrido el evento de violencia sexual que se realiza con medicamentos antirretrovirales (ARV)<sup>8</sup> previa evaluación del riesgo e información sobre los efectos secundarios de los ARV para evitar suspender la profilaxis.
2. *Prevenir las ITS.* La profilaxis para ITS se inicia antes de las 72 horas de ocurrido el evento.<sup>9, 10</sup> Se inicia el esquema de tratamiento para *Treponema pallidum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y *Trichomona vaginalis*. Es recomendable la aplicación de Vacuna para Hepatitis B.
3. *Prevenir el Embarazo.* Iniciar profilaxis con anticoncepción de emergencia como máximo hasta 120 horas de ocurrido el evento, si hubo penetración vía vaginal con eyaculación.
4. *Apoyo psicoterapéutico.* A través de sesiones terapéuticas a cargo de psicólogos capacitados en el tema del Centro de Atención a Víctimas de Violencia Sexual de la Procuraduría General de Justicia (PGJ).

## II. JUSTIFICACIÓN

Las ITs son un serio problema de salud pública y más aún en pacientes que sufren violencia sexual. En este aspecto, el analizar la experiencia en la atención de pacientes que sufrieron violencia sexual y determinar si se les brindó consejería en VIH e ITS es fundamental.

Realizar pruebas iniciales y de seguimiento de laboratorio para determinar VIH e ITS, realizar profilaxis farmacológica para éstas patologías y brindar anticoncepción de emergencia es una prioridad en la atención de este tipo de pacientes; analizar estas prácticas y su documentación en el expediente clínico permitirá conocer si se cumplen los estándares y las normas nacionales e internacionales en cuanto a atención de mujeres víctimas de violencia sexual.

### **III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Una de las principales preocupaciones ante el hecho de un abuso sexual es el riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual (ITS), incluyendo VIH.

Resulta importante poder distinguir las diagnosticadas en la primera consulta y aquellas encontradas durante el seguimiento, esto es puntualmente importante en no sólo para el diagnóstico de la enfermedad sino, para elegir el tratamiento apropiado.

En el presente trabajo se realizó una revisión actualizada sobre la asociación entre el abuso sexual y la presencia de las ITs, además de la revisión del abordaje del manejo de estas pacientes, incluido el tratamiento profiláctico. Revisar el abordaje y acciones implementadas por los profesionales de salud que atienden a víctimas de violencia sexual, nos permitirá saber si ofertamos servicios con calidad y seguridad para el paciente de acuerdo a la normativa nacional e internacional en prevención de ITs.

Debido al campo de trabajo del tesista, la investigación se realizó en la Clínica Especializada Condesa, dependiente de la Secretaría de Salud del DF; centro de referencia de víctimas de violencia sexual y clínica especializada en la atención de pacientes con VIH/SIDA.

#### **IV. HIPÓTESIS**

En pacientes mujeres víctimas de violencia sexual, el realizar pruebas de detección para ITS/VIH tras el evento y al seguimiento por un año, permitirá diagnosticar y tratar adecuadamente las patologías que se detecten; además de que si se oferta la anticoncepción de emergencia, se disminuirán los embarazos no deseados en este rubro de pacientes.

## **V. OBJETIVO**

Describir el resultado de pruebas de detección para ITS/VIH desde el momento en que ocurrió el evento de violencia sexual con la finalidad de realizar el seguimiento por 1 año; el tiempo de inicio de la profilaxis con medicamentos antirretrovirales y antibióticos antes de las 72 horas y prácticas de anticoncepción de emergencia.

## VI. MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo y analítico realizado en mujeres víctimas de violencia sexual referidas de los Servicios de Procuración de Justicia (PGJ) del DF, Unidades de atención médica del primero y segundo nivel de atención, hospitales privados, de gobierno y Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) con trabajo en violencia, en usuarias y que acudieron en el período del 2 de enero al 31 de diciembre de 2013 a la Clínica Especializada Condesa (CEC), siendo el único requisito de inclusión, haber sido víctimas de violencia sexual vaginal, rectal u oral.

### *Variables analizadas:*

- Edad.
- Resultados de pruebas de laboratorio en la primera consulta y a los 3, 6 y 12 meses:
  - o Prueba rápida.
  - o Ac. Anti VIH 1 y 2 (western blot).
  - o Antígeno de superficie del virus de hepatitis B (HBsAg).
  - o Anticuerpos contra virus de la Hepatitis C y D.
  - o Anticuerpos anti-*Treponema pallidum*.

- Profilaxis para VIH con antirretroviral por 28 días si acudían antes de las 72 horas de ocurrido el acto de violencia sexual.
- Profilaxis para otras ITS como: sífilis (*Treponema pallidum*), gonorrea (*Neisseria gonorrhoeae*), infección por clamidia (*Chlamydia trachomatis*), y tricomoniasis vaginal (*Trichomonas vaginalis*).
- Prácticas de anticoncepción de emergencia.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS®) versión 20.0 para Windows®, determinándose estadísticos descriptivos y medidas de tendencia central.

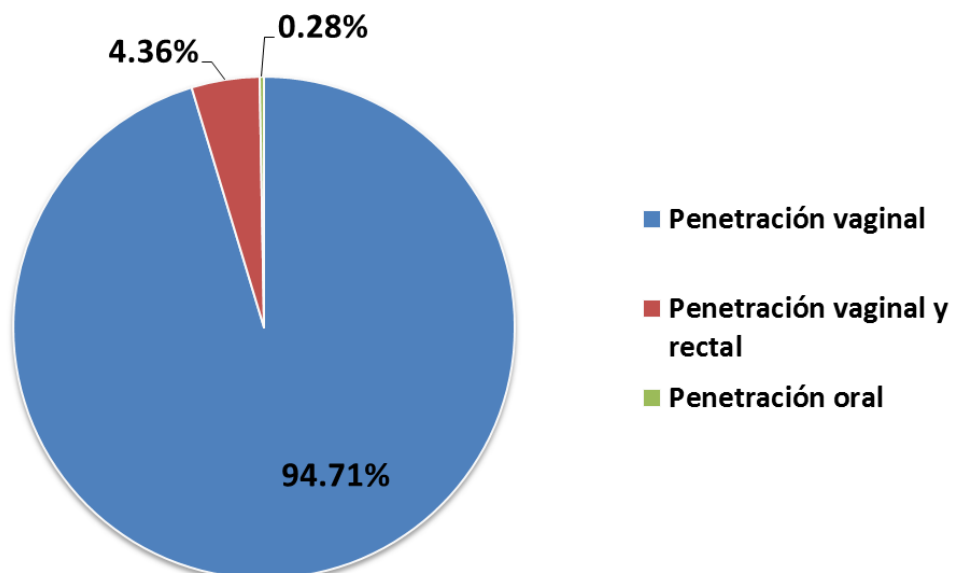


## VII. RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 1077 mujeres atendidas en la CEC durante el periodo comprendido del 2 de enero al 31 de diciembre de 2013. La media de edad fue de  $22.2 \pm 8.0$  años, con un rango de 20-86 años. El 46.8% (n=504) de las pacientes correspondieron a población adolescente en etapa temprana y tardía.

La violencia sexual con penetración vaginal ocurrió en 94.7% (n=1020); penetración vaginal y con penetración rectal (ambas) en 4.36% (n=47) y penetración oral únicamente en el 0.27% (n=3).

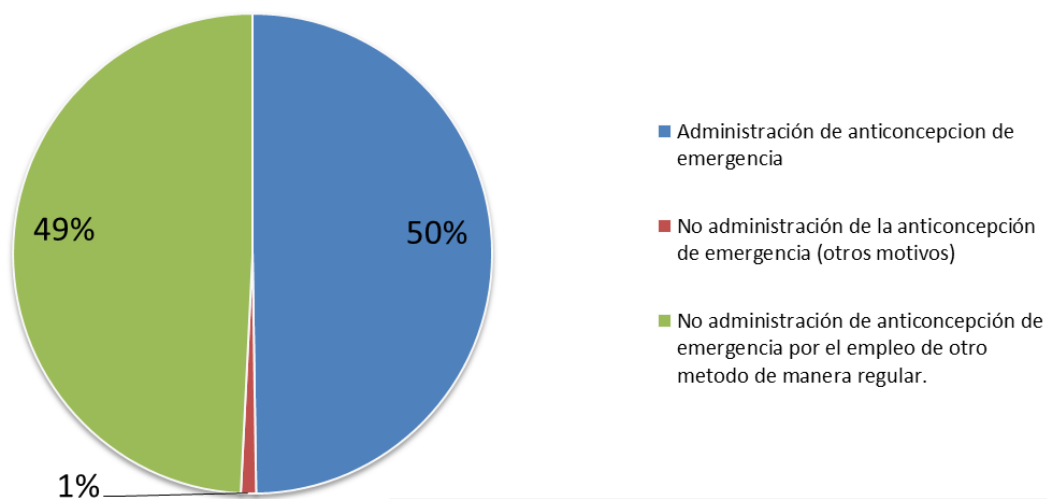
Gráfica 1) Porcentaje de agresiones sexuales por sitio de penetración, mujeres incluidas en el estudio "Prevención del VIH e ITS y embarazo en mujeres víctimas de violencia sexual" Clínica Especializada Condesa, México, 2013



Fuente: Base de datos, CEC, Servicios de Salud del DF, México, 2013

Se administró anticoncepción de emergencia a 536 pacientes (49.76%) con comprimidos de levonorgestrel de 0.75 mg cada 12 horas por vía oral, antes de las 120 horas de ocurrido el evento; 11 mujeres (1.02%) no tomaron anticoncepción de emergencia ya que no reportaron el evento de violencia sexual por miedo, hasta después de 2 semanas en promedio y por desconocimiento del método. El resto de ellas, (n=530, 49.21%) ya contaban con algún método del control de la fertilidad; otras habían tomado la anticoncepción por recomendación de su mamá, amigo u otro servicio de atención médica externo a la clínica y en menor proporción ya contaban con oclusión tubaria bilateral o histerectomía.

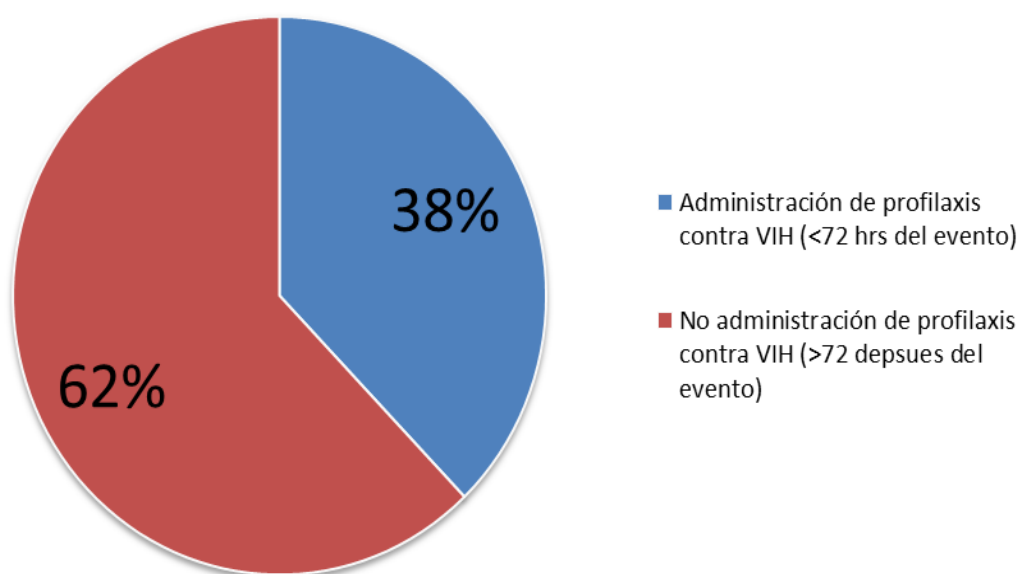
Gráfica 2) Porcentaje administración de anticoncepción de emergencia, mujeres incluidas en el estudio "Prevención del VIH e ITS y embarazo en mujeres víctimas de violencia sexual" Clínica Especializada Condesa, México, 2013 (N=1077)



Fuente: Base de datos, CEC, Servicios de Salud del DF, México, 2013

Un total de 37.23% (n=401) usuarias acudieron antes de las 72 horas posteriores al evento de violencia sexual. Se les administró profilaxis para VIH con inhibidores de la transcriptasa reversa (análogos nucleósidos), Atripla® (600 mg de Efavirenz, 200 mg de Emtricitabina y 245 mg de Tenofovir disoproxililo) cada 24 horas por la noches por 28 días ininterrumpidos.

**Gráfica 3) Porcentaje administración de profilaxis para VIH, mujeres incluidas en el estudio "Prevención del VIH e ITS y embarazo en mujeres víctimas de violencia sexual" Clínica Especializada Condesa, México, 2013 (N=1077)**



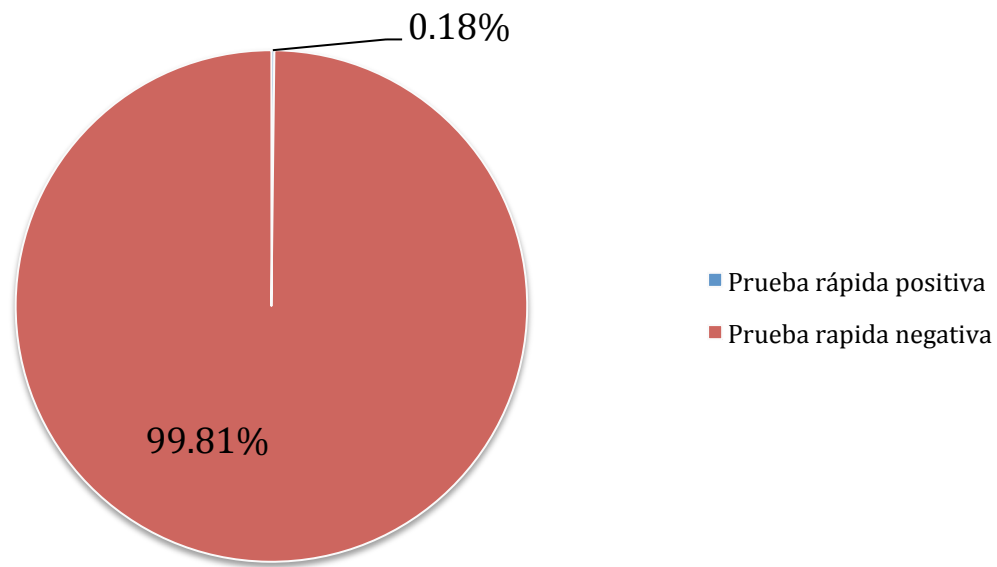
Fuente: Base de datos, CEC, Servicios de Salud del DF, México, 2013

A este mismo grupo, se prescribió la profilaxis para ITS antes de las 72 horas (con Ceftriaxona 500 mg intramuscular en dosis única; Azitromicina 1g por vía oral en dosis única y Metronidazol 2g por vía oral en dosis única).

No se registró durante el seguimiento algún resultado positivo para sífilis, gonorrea, clamidia y tricomoniasis. Un total de 62.76% (n=676) acudieron posterior a las 72 horas de ocurrido el evento de violencia sexual por lo que no se administró la profilaxis antirretroviral. Durante el seguimiento realizado a los 3, 6 y 12 meses no hubo seroconversiones.

Del total de las 1077 usuarias que acudieron a realizarse prueba de detección de VIH, 0.18% (n=2) presentaron resultado positivo en la prueba rápida inicial y confirmado con Western blot, ambas conocían su estado serológico de VIH, una de ellas ya estaba en tratamiento ARV y la otra usuaria se ingresó a la clínica para su atención. En ambas se elaboró la historia clínica, se les informó que el resultado positivo para VIH no era consecuencia del acto de violencia sexual y una paciente se ingresó al programa de atención y seguimiento del VIH con estudios de carga viral, linfocitos CD4 y otros exámenes de laboratorio y gabinete para inicio de tratamiento antirretroviral acorde a los lineamientos establecidos en la *“Guía de Manejo Antirretroviral de las personas con VIH”* y la *“NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana”*. La otra usuaria continuó con su tratamiento proporcionado en otra institución.

**Gráfica 4) Porcentaje de positividad de prueba rápida para VIH, mujeres incluidas en el estudio "Prevención del VIH e ITS y embarazo en mujeres víctimas de violencia sexual" Clínica Especializada Condesa, México, 2013 (N=1077)**

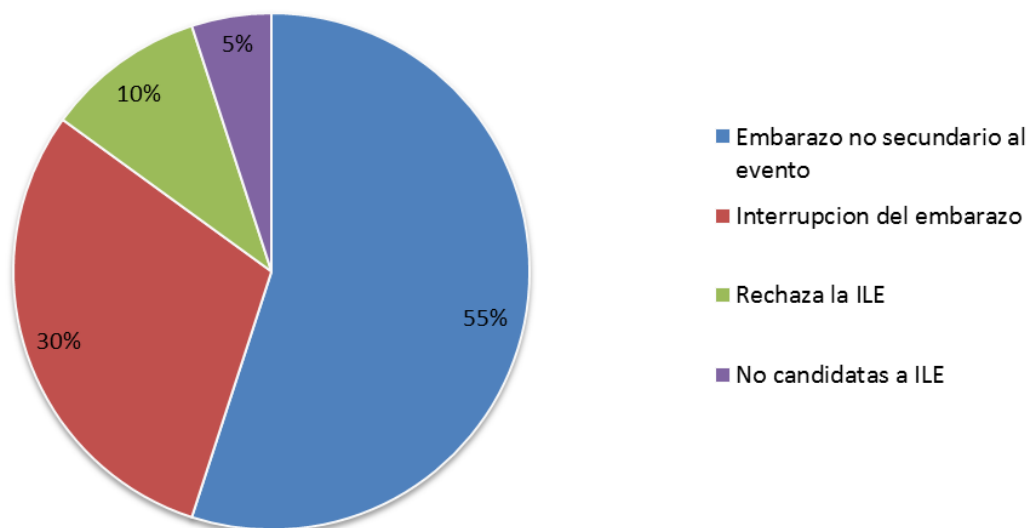


Fuente: Base de datos, CEC, Servicios de Salud del DF, México, 2013

Un 0.18% (n=2) reportaron prueba positiva para Hepatitis C. En ambos casos la infección no fue por el evento de violencia sexual. No hubo resultado positivo a Hepatitis B en las pruebas basales de detección, ni al concluir el año.

En 1.85% (n=20) usuarias se diagnosticó embarazo; en 0.83% (n=9) secundario al evento de violencia sexual: de ellas 0.55% (n=6) solicitaron interrupción del embarazo por violencia sexual, 0.18% (n=2) no aceptaron el procedimiento y una paciente no fue candidata a interrupción por embarazo de término.

**Gráfica 5) Porcentaje de pacientes con detección de embarazo y curso de acción decidido, mujeres incluidas en el estudio "Prevención del VIH e ITS y embarazo en mujeres víctimas de violencia sexual" Clínica Especializada Condesa, México, 2013 (N=20)**



Fuente: Base de datos, CEC, Servicios de Salud del DF, México, 2013

La tasa de embarazo fue de 0.3% en aquellas pacientes que recibieron anticoncepción de emergencia. El 1.02% (n=11) cursaban con gestación previo al evento de violencia.

## VIII. DISCUSIÓN

La violencia sexual hacia las mujeres constituye un problema social y frecuente en el mundo. Si bien es cierto que las recomendaciones internacionales reportan que una de las estrategias de prevención para las ITS incluyendo la infección por el VIH, se realiza a través del uso sistemático del condón masculino o femenino en cada práctica sexual<sup>9</sup>, el uso de medicamentos antirretrovirales y antibióticos para la prevención de estos padecimientos ha cobrado cada vez mayor auge, por lo que diversos países lo han adoptado dentro de sus programas estratégicos para evitar nuevas infecciones por VIH e ITS.

La penetración desprotegida por vía anal y vaginal constituye un riesgo para la transmisión de las ITS, riesgo que se incrementan cuando la violencia sexual es ejercida por más de un agresor; así como por la presencia de alteraciones inflamatorias secundarias a infecciones endógenas y/o exógenas en las mujeres. Por otro lado, la prevención de embarazos no deseados a través del uso de la anticoncepción de emergencia recobra importancia vital en mujeres adolescentes en quienes un embarazo en etapas tempranas de la vida incrementa la morbimortalidad en este grupo de edad.



De acuerdo a los resultados presentados en nuestra investigación, aquellas mujeres en quienes se inició profilaxis ARV con Atripla® por un período de 28 días para VIH y antibióticos en dosis única para ITS no se detectó infección por VIH, tricomoniasis, clamidiasis o infección por gonorrea en los seguimientos consecutivos, dándose de alta al año de ocurrido el evento.

Si bien el diagnóstico etiológico de las ITS de tipo secretor se realiza a través de las pruebas de laboratorio, nosotros utilizamos el análisis sindrómico tanto para el diagnóstico y tratamiento.<sup>10</sup> La prevención del embarazo implica proporcionar anticoncepción de emergencia en aquellas mujeres en quienes el riesgo de embarazo es mayor de acuerdo al ciclo menstrual y en aquellas en quienes no están cubiertas por un método del control de la fertilidad. Con base en nuestros resultados, los embarazos secundarios a la violencia sexual deben ser diagnosticados a la mayor brevedad posible a través de las pruebas de laboratorio disponibles con la finalidad de ofrecer los servicios de interrupción de acuerdo a la ley aplicativa en estos casos y evitar que las mujeres continúen con embarazos que no desean.

Consideramos que de acuerdo a los resultados obtenidos en la implantación de esta estrategia en la CEC, se debe ofrecer la profilaxis para VIH e ITS a las mujeres víctimas de violencia sexual en todas las unidades del sector salud que atiendan mujeres en estas situaciones de manera gratuita, confidencial con seguridad, calidad y calidez para evitar nuevas infecciones.

## **IX. CONCLUSIÓN**

En pacientes que sufren de violencia sexual, es prioritario el brindar consejería en VIH e ITS. Realizar pruebas inicial y de seguimiento de laboratorio para determinar VIH e ITS, realizar profilaxis farmacológica para éstas y brindar anticoncepción de emergencia.

Iniciar la profilaxis con ARV y antibióticos antes de las 72 horas de ocurrido el evento, reduce la probabilidad de infección por VIH e ITS. Proporcionar la anticoncepción de emergencia evitará embarazos no deseados en este grupo de pacientes.

## X. BIBLIOGRAFÍA

1. Centro de Noticias de la Organización de las Naciones Unidas. ONUSIDA: la violencia de género aumenta posibilidades de que las mujeres contraigan el VIH. Publicación en línea consultada el 14 de mayo de 2014 y disponible en: <http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=28083#.VCrJcvmSz-s>
2. Krung E, Dahlberg L, Mercy A, Lozano R. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2003. Publicación en línea consultada el 10 de junio de 2014 y disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275315884\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275315884_spa.pdf)
3. Peláez Mendoza J. El abuso sexual y su asociación con las infecciones de transmisión sexual. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2010; 36(1): 109-123.
4. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial y control de las infecciones de transmisión sexual 2006 – 2015. OMS 2007. Publicación en línea consultada el 30 de junio de 2014 y disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789243563473\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789243563473_spa.pdf)
5. Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil de VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe: documento conceptual. Montevideo: CLAP/SMR; set. 2009. Publicación en línea consultada el 15 de julio de 2014 y disponible en:

[http://www.paho.org/clap/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&id=79&Itemid](http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&task=doc_download&id=79&Itemid)

6. Smith DK, Grohskopf LA, Black RJ, Auerbach JD, Veronese F, Struble KA, Cheever L, Johnson M, Paxton LA, Onorato IM, Greenberg AE. Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States: recommendations from the U.S. Department of Health and Human Services. *MMWR Recomm Rep.* 2005;54(2):1-20.
7. Agboghoroma C. Contraception in the context of HIV/AIDS: A review. *Afr J Reprod Health.* 2011; 15(3):15-23.
8. Rey D. Post-exposure prophylaxis for HIV infection. *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2011; 9(4):431-42.
9. Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Atención Médica a personas Violadas. Publicación en línea consultada el 6 de agosto de 2014 y disponible en: [http://vidasinviolencia.inmujeres.gob.mx/sites/default/files/pdfs/sistema\\_nacional/modelos/atencion/Atencion%20Medica%20personas%20violadas.pdf](http://vidasinviolencia.inmujeres.gob.mx/sites/default/files/pdfs/sistema_nacional/modelos/atencion/Atencion%20Medica%20personas%20violadas.pdf)
10. Cruz Palacios C, Ramos Alamillo U, González Rodríguez A. Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de ITS. Dirigida a personal de servicios de salud. Fundación Mexicana para la Salud A.C. México 2011. Publicación en línea consultada el 18 de agosto de 2014 y disponible en: [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/documentos/guia\\_its.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/documentos/guia_its.pdf)

11. Norma Oficial Mexicana, NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar. Publicación en línea consultada el 8 de septiembre de 2014 y disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html>
12. Norma Oficial Mexicana, NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. Publicación en línea consultada el 10 de septiembre de 2014 y disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/039ssa202.html>
13. Norma Oficial Mexicana, NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Publicación en línea consultada el 11 de septiembre de 2014 y disponible en: <http://emcs.mty.itesm.mx/wp/wp-content/uploads/2011/03/NOM-010-SSA2-2010.pdf>