



PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRADA ANTE LAS AGRESIONES SEXUALES

Coordinación y apoyo metodológico (por orden alfabético)

Carmen Fernández Alonso
Modesto Rey Novoa
Lydia Salvador Sánchez

Grupo de trabajo (por orden alfabético)

Carmen Fernández Alonso
Maria Angeles Guzmán Fernández
M^a Soledad Montero Alonso
Modesto Rey Novoa
Ana Rodríguez Bujez
Lydia Salvador Sánchez
Susana Sánchez Ramón

Colaboración y revisión (por orden alfabético)

Gerencia Regional de Salud y Gerencias de Áreas: Lourdes Cinos Ramos, Mar Echevarría Zamanillo, Josefa González Pastrana, Noemí de Juan García y M^a José Pérez Boillos
Medicina Interna Infecciosas: Pablo Bachiller Luque
Servicio de Atención Víctimas de la Dirección General de la Mujer: Maria José Chica Ramos
Toxicología: Antonio Dueñas Laita
Medicina Forense: José Amador Martínez Tejedor
Policía Nacional: Juan José Fernández Vaquero y Miguel Angel Prieto Losada
Judicatura: Oscar Hernaiz Gómez
Fiscalía: Marta María Rojo Abad
Con la colaboración de Asociaciones ADAVAS y Federación para la Erradicación de la Violencia contra las Mujeres y la Infancia (FEVIMI)

© Junta de Castilla y León 2020

Gerencia Regional de Salud de Castilla y León

INTRODUCCIÓN.....	5
MISIÓN, DESTINATARIOS Y ALCANCE DEL PROCESO	10
PUNTOS CRÍTICOS DEL PROCESO. Requisitos a los que debe dar respuesta.....	11
MAPA DEL PROCESO	14
ACTIVIDADES DEL PROCESO.....	15
Subproceso 1: Atención inicial.....	15
I Ante agresión sexual reciente (HASTA LOS 7 DÍAS).....	16
Ficha 1. Recepción de la mujer en dispositivo sanitario	16
Ficha 2. Valoración inicial de la mujer en Centro de Salud, SUAP, Emergencias Sanitarias	17
Ficha 3. Derivar a urgencias hospitalarias	18
Ficha 4. Recepción y triaje en urgencias hospitalarias	19
Ficha 5. Atención a la urgencia vital	20
Ficha 6. Valoración integral de la víctima (I): Entrevista e información	21
Ficha 7. Valoración integral de la mujer (II): Exploración y toma de muestras	23
Ficha 8. Plan de intervención I: Intervenciones preventivas.....	24
Ficha 9. Plan de intervención II: Tratamiento e Interconsultas.....	25
Ficha 10. Alta de urgencias/hospitalización	26
II En caso de detección tardía de la agresión sexual (A PARTIR DE LOS 7 DÍAS).....	28
Ficha 11. Valoración integral de la mujer: Entrevista biopsicosocial e investigación serológica	28
Subproceso 2: SEGUIMIENTO y ALTA.....	29
Ficha 12. Coordinación del seguimiento	30
Ficha 13. Atención a la salud sexual, control ITS y embarazo	32
Ficha 14. Atención psicológica	34
Ficha 15. Atención médico forense.....	35
Ficha 16. Acompañamiento social y jurídico	36
Ficha 17. Atención por las FF y CC de Seguridad del estado	37
Ficha 18. Alta del proceso	38
RELACIONES CON OTROS PROCESOS	39

PROFESIONALES SANITARIOS QUE INTERVIENEN	40
RECURSOS NECESARIOS	42
SEGUIMIENTO DEL PROCESO	43
ANEXOS	44
Anexo I. RESUMEN DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL	45
Anexo II. DISTINTAS FORMAS DE PRESENTACIÓN DE UNA VÍCTIMA DE AGRESIÓN SEXUAL	46
Anexo III. SUMISIÓN O VULNERABILIDAD QUÍMICA	47
Anexo IV. CHECK LIST PARA GUIAR LA ANAMNESIS Y RECOGIDA DE MUESTRAS DURANTE LA ATENCIÓN INICIAL EN URGENCIAS	49
Anexo V. VALORACIÓN DEL ESTADO PSICOLÓGICO AGUDO TRAS UNA AGRESIÓN SEXUAL	51
Anexo VI. PREVENCIÓN DE EMBARAZO NO DESEADO Y PREVENCIÓN DE ITS	52
Anexo VII. RIESGOS Y EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS FÁRMACOS ANTIRRETROVIRALES	56
Anexo VIII. SEGUIMIENTO GLOBAL DE LA MUJER VÍCTIMA DE AGRESIÓN SEXUAL	57
Anexo IX. RECOMENDACIONES PARA RELLENAR EL PARTE DE LESIONES	59
Anexo X. RECOMENDACIONES AL ALTA PARA PACIENTES VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL	62
Anexo XI. INFORMACIÓN DE RECURSOS PARA LA MUJER EN CASO DE AGRESIÓN SEXUAL	63
Anexo XII. RECOMENDACIONES PSICOTERAPÉUTICAS EN AGRESIONES SEXUALES	65
GLOSARIO DE TÉRMINOS	66
BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA	67

INTRODUCCIÓN

1 SITUACIÓN ACTUAL

Sufrir una agresión sexual es probablemente una de las situaciones más traumáticas que puede vivir una persona, ya que va a dañar seriamente su salud no sólo física, sino psicológica (a corto y largo plazo) y social (deterioro de sus relaciones sociales y de pareja).

La atención a una agresión sexual es multidisciplinar, se realiza desde distintos servicios de salud, policiales, jurídicos y sociales que deben coordinarse dentro de un proceso integral.

En general, la puerta de entrada al sistema sanitario de las personas que han sufrido una agresión sexual son los servicios de urgencias. En los hospitales existen protocolos de actuación que contemplan solo las actuaciones sanitarias que tienen que ver con los aspectos más biomédicos: atención inmediata a posibles lesiones, prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), prevención de embarazo, indicación de controles serológicos y microbiológicos posteriores y comunicación con el juzgado y realización de parte judicial que se envía al juzgado con carácter urgente. En la mayoría de los casos se realiza una valoración conjunta de la mujer con el forense de guardia para la exploración y recogida de muestras.

Posteriormente se debe hacer un seguimiento ambulatorio de la salud física y psicológica de la mujer. En muchas ocasiones, no hay un seguimiento psicológico posterior y tampoco se suele dar asesoramiento judicial sistemático con recomendaciones para la denuncia.

Los servicios sociales van a tener un papel importante con las víctimas menores o adultas que necesiten los recursos del sistema que se recogen en el [Anexo XI](#).



Se han detectado 6 MOMENTOS CLAVE en los que hay que tener especial atención para que las necesidades de las mujeres sean atendidas adecuadamente:

- REVELACIÓN
- EXPLORACIÓN MÉDICA
- DENUNCIA POLICIAL
- SEGUIMIENTO PSICOLÓGICO
- JUICIO
- SENTENCIA

Lo más importante a tener en cuenta por todas las personas que acompañan a la mujer es evitar el DOBLE TRAUMA (Cyrulnik 2002): el primer trauma es la agresión en sí, y el segundo sería el producido por la representación psicológica que va a tener la víctima de lo que ha pasado. Tanto profesionales como familiares pueden dificultar la recuperación de la mujer con comportamientos como:

- minimización del problema: “no es para tanto”,
- no creerla
- culpabilización: “algo habrá hecho para provocarlo”

- negación del hecho: por ejemplo en casos de sumisión química
- sobredimensionar el hecho: por ejemplo en algunas culturas “se ha manchado el honor de ella y de la familia”...



Es necesario en los servicios sanitarios escuchar empáticamente y nunca juzgar a la mujer, facilitar la expresión de sentimientos, acoger sus emociones y actuar con conocimiento del tema y de los recursos existentes.

2 JUSTIFICACIÓN

- **SE TRATA DE UN PROBLEMA PREVALENTE E INFRADETECTADO**

La *Agresión sexual* se define como delito en la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal modificada por la Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio y sería cualquier atentado contra la libertad sexual de otra persona utilizando violencia o intimidación.

El *Abuso sexual* se define en las mismas leyes como los actos que atentan contra la libertad o indemnidad sexual de otra persona, sin violencia o intimidación y sin que medie consentimiento. Se consideran abusos sexuales no consentidos los que se ejecuten sobre personas que se hallen privadas de sentido o de cuyo trastorno mental se abusare, así como los que se cometan anulando la voluntad de la víctima mediante el uso de fármacos, drogas o cualquier otra sustancia natural o química idónea a tal efecto.

En 2018 en España se denunciaron 10.939 delitos contra la libertad sexual de los cuales 2.820 fueron agresiones sexuales. En Castilla y León se denunciaron 430 delitos contra la libertad sexual de los cuales 96 fueron agresiones sexuales (Fte. Portal Estadístico de Criminalidad)

Pero estas cifras nos indican que es un problema muy subestimado, los expertos dicen que es uno de los crímenes menos declarado, ya que encuestas poblacionales como la de la Agencia Europea de Derechos Fundamentales de 2014, nos muestran que una de cada 20 mujeres mayores de 15 años de la UE ha sido violada y que una de cada 10 mujeres ha sufrido violencia sexual por parte de su pareja o expareja.

En España, en la Macroencuesta 2015 elaborada por la Delegación de Gobierno para la Violencia de Género el 7,2% de la población femenina (1,7 millones de mujeres residentes en el país) ha sufrido una agresión sexual alguna vez en su vida y sólo el 6% de las mujeres que sufren una violación por parte de alguien que no es su pareja ni expareja, denuncian a su agresor.

Este proceso está dirigido a cualquier tipo de víctimas mayores de 14 años con independencia del sexo. En hombres las agresiones sexuales se dan sobre todo en niños y adolescentes. **Pero debido a que la prevalencia es mucho mayor en mujeres (cerca del 90% de los casos) y que existen servicios de atención específica para mujeres, se hablará de las víctimas en femenino.** No obstante se especifican en los apartados correspondientes las diferencias en la atención en el caso de los hombres. En menores, se realizará la valoración por el equipo de pediatría y demás especialistas que deban colaborar y si es un abuso o agresión dentro de la familia se seguirá el Protocolo Sanitario de Actuación ante la sospecha de Maltrato Intrafamiliar en la infancia y adolescencia: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/coordinacion-sociosanitaria/procesos-atencion/maltrato-infantil-adolescencia>.

- **TIENE MUY GRAVES CONSECUENCIAS PARA LA SALUD**

Se conocen las graves consecuencias para la salud de las personas que causa el sufrir agresión sexual y la persistencia de secuelas si no se aborda adecuadamente.

CONSECUENCIAS SEGÚN LA OMS:

Salud reproductiva

- Traumatismo ginecológico
- Embarazo no planeado
- Aborto inseguro
- Disfunción sexual
- Infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la infección por el VIH
- Fístula traumática

Conductuales (sobre todo en niñas o adolescentes)

- Comportamiento de alto riesgo (por ejemplo, relaciones sexuales sin protección, iniciación sexual consensual temprana, múltiples compañeros íntimos, abuso del alcohol y otras drogas)
- Riesgo mayor de perpetrar (los hombres) o de sufrir (las mujeres) violencia sexual posteriormente

Salud mental

- Depresión
- Trastorno por estrés postraumático
- Ansiedad
- Dificultades del sueño
- Síntomas somáticos
- Comportamiento suicida
- Trastorno de pánico

Resultados mortales Muerte por:

- suicidio
- complicaciones del embarazo
- aborto inseguro
- SIDA
- asesinato durante la violación o en defensa del "honor"
- infanticidio de un niño nacido como resultado de una violación

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Panorama general. Washington,DC : OPS , 2013.



Son muy importantes y persistentes las consecuencias psicológicas de una agresión sexual: síndrome de estrés postraumático, depresión, ansiedad, sentimientos de culpa, fobias, o incluso intentos autolíticos cuando no hay apoyo psicológico ni acompañamiento en el proceso.

- **SE DETECTAN NECESIDADES NO CUBIERTAS EN LA ATENCIÓN Y RESPUESTA DESCOORDINADA E INSUFICIENTE**

La respuesta actual por parte del sistema sanitario es parcial y se centra fundamentalmente en los aspectos biomédicos en el marco de la atención urgente, pero sin asegurar que se lleva a cabo el seguimiento ni en el hospital ni en AP de aspectos como los controles serológicos de ITS. No hay seguridad de que se preste el apoyo psicológico necesario ni en los servicios de salud mental, ni en otros servicios, salvo casos que acuden, en general por su cuenta o aconsejados por algunos profesionales a asociaciones de atención a víctimas de agresiones sexuales.

La existencia de incidentes críticos han evidenciado deficiencias en esta atención: el intento autolítico de una menor sin apoyo psicológico tras sentencia absolutoria del acusado, secuelas detectadas tardíamente, embarazo no comunicado hasta muy avanzada la gestación, falta de seguimientos serológicos, etc.

- **INVESTIGACIÓN Y CONOCIMIENTO DE MODELOS QUE DAN RESPUESTA INTEGRADA Y EFICAZ**

A lo largo de la elaboración de este proceso se han investigado y conocido modelos de referencia a la atención a víctimas de agresión sexual en otros contextos de nuestro entorno, como el *Hospital Virchow-Klinikum der Charité* de Berlín con servicio de atención integral a las víctimas de agresiones sexuales, así como los Centros de Atención Integral a las agresiones sexuales *The Havens* en la ciudad de Londres, con atención integrada por enfermería, ginecología, enfermería forense, psicología y asesoría jurídica y con un seguimiento de dos años.

España no cuenta con ningún centro de emergencia para víctimas de violación al estilo de los de Europa y EEUU, aunque varias comunidades están trabajando en implantar protocolos o servicios que aborden el problema de forma más integral.

- **ELEMENTOS CLAVE QUE DEBE INCLUIR EL PROCESO Y POSIBILIDADES DE MEJORA**

La Atención Integral a las víctimas de agresión sexual debe incluir:

- Atención biomédica precoz y con el seguimiento adecuado.
- Atención psicológica precoz y garantizar el acompañamiento hasta la sentencia judicial si la mujer lo precisa.
- Asesoría jurídica desde el momento de poner la denuncia y durante el proceso judicial.
- Apoyo social si precisa.
- Coordinación real entre todos los niveles.

Mejoras que se deben producir:

- Mejorar la acogida de la mujer en todos los niveles asistenciales.
- Especial atención a mujeres de colectivos vulnerables: mujeres con discapacidad, con problemas de salud mental, inmigrantes, en situación de prostitución, mujeres transexuales, mujeres mayores o menores, etc.
- Disminuir la variabilidad en la atención en los distintos centros: exploración conjunta ginecólogo-forense, disponibilidad de materiales que faciliten el procedimiento de recogida de muestras (Material o kit de agresiones sexuales, check list)

- Formación a los/as profesionales de los distintos ámbitos en el procedimiento y las actuaciones a realizar y la secuencia de las mismas.
- Establecer un plan de cuidados y seguimiento, incluyendo siempre el acompañamiento psicológico y acorde a las necesidades de la persona.
- Conocer los canales de derivación para asesoramiento jurídico y ayuda social, según el caso.
- Mejorar la comunicación y coordinación entre los diferentes niveles: entre hospital y atención primaria, y entre los servicios sanitarios y servicios sociales, de atención psicológica y jurídica.

El desarrollo de este proceso de atención a las agresiones sexuales incluye por tanto las actividades centradas en la **atención inicial** a la víctima y que se suelen producir en los servicios de urgencias de los distintos dispositivos sanitarios, con un apartado para el caso de detección tardía, y una segunda parte donde se recogen las actividades a realizar en el **seguimiento** de estas personas y donde el papel del médico/a, enfermera/a y matrón/a de atención primaria adquiere un significado relevante en la coordinación de todas las actuaciones posteriores.

3 OBJETIVOS

- **General:**
 - Proporcionar a las víctimas de agresiones sexuales una atención integral, integrada, ágil, respetuosa y eficaz por parte de los diferentes intervinientes involucrados en el proceso.
- **Específicos:**
 - Atender los aspectos físicos: cura de lesiones, prevenir embarazo secundario a violación, prevenir infecciones de transmisión sexual.
 - Atender los efectos psicológicos del trauma sexual inmediato y hacer un seguimiento para evitar secuelas psicológicas del mismo. Evitar la revictimización.
 - Coordinarse con los otros intervinientes en el proceso para facilitar la atención a la víctima en otros aspectos como atención forense, apoyo jurídico, denuncias etc.
 - Controlar la calidad de la atención a las personas que son atendidas por agresión sexual.

Para conseguir estos objetivos es necesario trabajar en equipo y coordinarse muy de cerca con otros intervinientes externos al sistema sanitario, por eso, en este proceso hemos querido señalar de forma resumida las actuaciones de diferentes agentes. Estos/as profesionales han colaborado con sus aportaciones a la elaboración del mismo y sus fichas tendrán otro código de color (verde).



Se han señalado con este símbolo los puntos más relevantes a tener en cuenta o las novedades más destacadas en este proceso para los y las profesionales.

MISIÓN, DESTINATARIOS Y ALCANCE DEL PROCESO

Misión del proceso

La misión del proceso es minimizar las secuelas en personas que han sufrido una agresión sexual mediante la prestación de una atención integral (biomédica, psicológica, social) e integrada, acorde a sus necesidades, que asegure la accesibilidad, coordinación, continuidad en el tiempo, confidencialidad, seguridad en la atención y un trato e información adecuados.

Destinatarios del proceso

Personas mayores de 14 años que refieren o se sospecha que han sido víctimas de agresión sexual (ver glosario de términos), incluidas aquellas que se encuentran en situaciones especiales (sumisión química, discapacidad, mujeres en situación de prostitución, etc.)

Alcance del proceso

INICIO DEL PROCESO

Solicitud de atención de persona mayor de 14 años que refiere haber sufrido una agresión sexual, o tienen signos de ella aunque no pueda verbalizarlo o recordarlo (por sumisión química o discapacidad).

FINAL DEL PROCESO

- Resolución del proceso y alta
- Traslado fuera de Comunidad Autónoma
- Fallecimiento

SALIDA PARCIAL DEL PROCESO

- Revictimización o cronificación

PUNTOS CRÍTICOS DEL PROCESO. Requisitos a los que debe dar respuesta

1. NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS VÍCTIMAS

Las expectativas y necesidades de las personas afectadas y sus familiares, destinatarias del proceso son:

- Buen trato, respeto, amabilidad y empatía. Apoyo emocional.
- Sentirse creída y apoyada; dirigir la culpa al agresor, el personal sanitario debe posicionarse en contra la violencia sexual y enmarcar el delito en sus raíces sociales y machistas.
- Recibir atención de forma rápida sin demoras o esperas y sin repetir testimonios, exploraciones o pruebas innecesariamente.
- Mantener un ambiente que preserve la intimidad y confidencialidad.
- Información clínica adecuada para manejar la situación.
- Acompañamiento durante las exploraciones y pruebas por la persona que decida la víctima o en su ausencia por profesional sanitario (enfermera).
- Información clara de las actuaciones y sobre los servicios específicos que se aconsejan según las necesidades de la persona.
- Acompañamiento desde la denuncia con apoyo jurídico adecuado.
- Respuestas judiciales en los tiempos adecuados.
- Información clara de las consecuencias que pueden existir a nivel jurídico, sin falsas expectativas.
- Apoyo emocional en los momentos de más vulnerabilidad: denuncia, exploración médica, juicio, sentencia.
- Apoyo psicológico proporcionado por profesionales formados en violencia sexual y de género y de la importancia de esta atención para su salud mental.
- Información a la víctima de cuándo y en qué condiciones el agresor va a ser puesto en libertad.
- Respeto a las decisiones de la persona, una vez informada.

FUENTES: Asociaciones de Víctimas y Bibliografía: *Sexual Assault Victim Service Worker Handbook. British Columbia. Ministry of Public Safety and Solicitor General 2007* y *“Ya es hora de que me creas” Un sistema que cuestiona y desprotege a las víctimas. Amnistía Internacional. España 2018.*


2. LEGALES

Las personas que han sufrido una agresión sexual tienen derecho a:

- Recibir información clínica adecuada a su situación personal.
- A que sus decisiones sean respetadas dentro del marco legal existente (parte judicial, derecho a interrupción voluntaria de embarazo, etc.).
- A ser informada de los servicios y apoyos a que los puede acceder en el marco de este proceso.
- A que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud.
- A la constancia documental de su proceso sanitario y recibir un informe de alta una vez finalizado su proceso asistencial, o en cualquiera de las fases del mismo si lo demanda la persona.


- La Ley 13/2010, contra la violencia de género en Castilla y León, concede el derecho a una atención integral a la mujer que ha sufrido violencia sexual y a las personas dependientes de ella pudiendo por ello acceder a todos los recursos y servicios especializados que actualmente existen en el Catálogo de Servicios Sociales de Castilla y León.

La Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo eleva la edad del consentimiento sexual a los dieciséis años. La Directiva define la «edad de consentimiento sexual» como la «edad por debajo de la cual, de conformidad con el Derecho Nacional, está prohibido realizar actos de carácter sexual con un menor.» De esta manera, la realización de actos de carácter sexual con menores de dieciséis 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. Y se establecen agravaciones si, además, concurre violencia o intimidación, o si los abusos consisten en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal o introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías. En el caso de los menores de edad –de menos de dieciocho años– pero mayores de dieciséis años, constituirá abuso sexual la realización de actos sexuales interviniendo engaño o abusando de una posición reconocida de confianza, autoridad o influencia sobre la víctima.

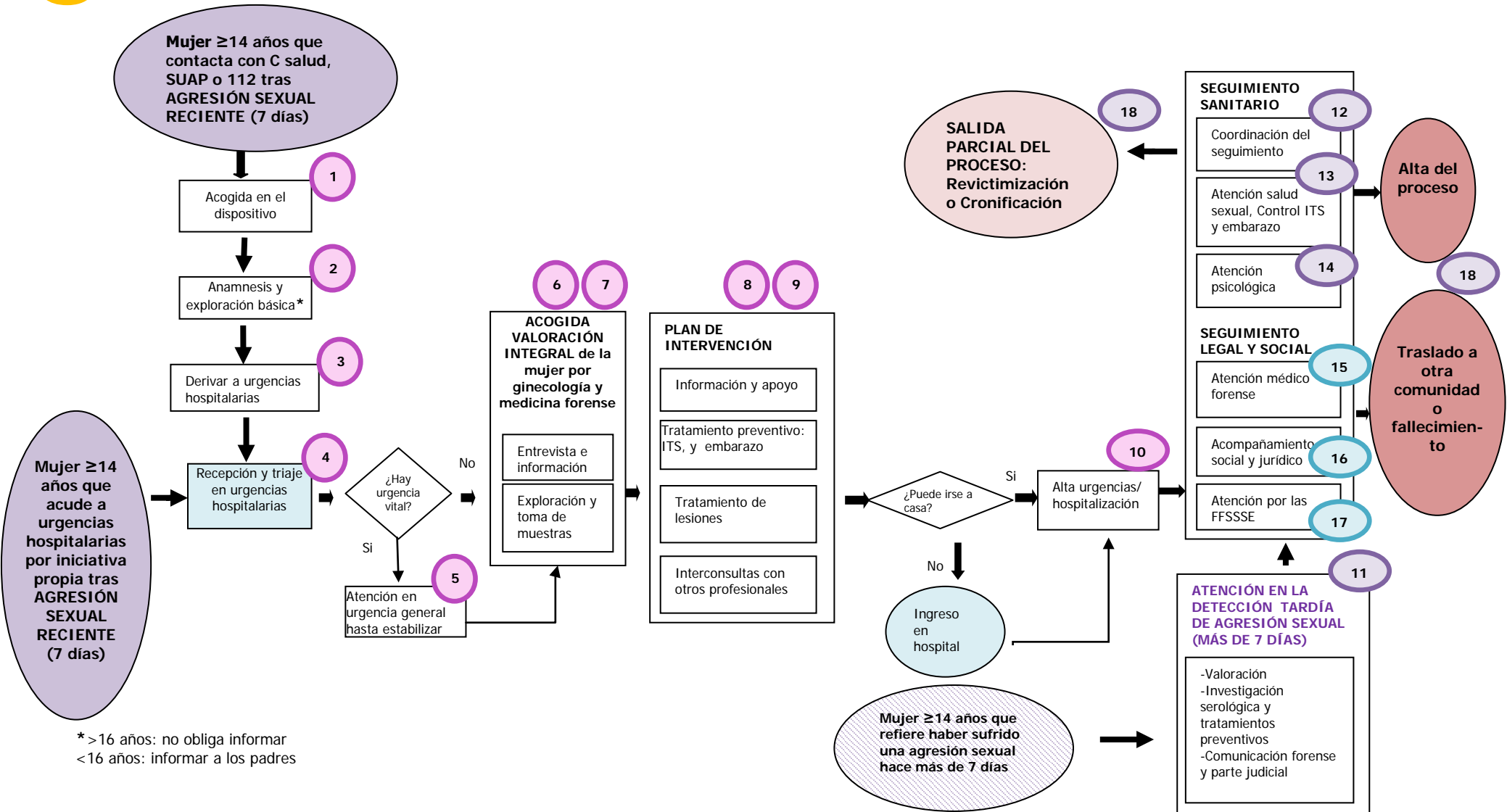
 **En cualquier caso, lo que hay que tener claro es la obligatoriedad legal de realizar el parte judicial ante la confirmación o la sospecha de un delito sexual del tipo que sea, por cualquier sanitario que atienda a la víctima y sobre todo al alta hospitalaria, aunque la mujer no quiera denunciar, tomando medidas para su seguridad y bienestar. Excepcionalmente si la mujer se opone rotundamente a la realización del parte de lesiones se podrá hablar con Fiscalía, registrándolo debidamente en la historia.**

3. TÉCNICOS

- **Atención integral e integrada:** que contemplen las necesidades globales de la persona (a nivel físico, psicológico, social y jurídico) y que asegure la continuidad en la atención y la prestación de servicios, facilitando el acceso ágil y coordinado a los distintos recursos y evitando la reiteración de consultas y pruebas así como la victimización secundaria que con frecuencia sufren las supervivientes de una agresión sexual.
- **Efectividad:** La atención debe ser una ATENCIÓN CENTRADA EN LA VÍCTIMA teniéndose en cuenta sus circunstancias, necesidades y preocupaciones para poder hacer una atención individualizada lo más efectiva posible y aceptando sus decisiones una vez haya sido informada. En cada nivel implicado hay evidencia de prácticas efectivas en la atención ante agresiones sexuales: en el aspecto biomédico tratar las lesiones agudas, prevenir las infecciones de transmisión sexual y el embarazo y atender a la situación de ansiedad; la atención psicológica y el acompañamiento hasta el final del proceso judicial previene de consecuencias psicológicas; el asesoramiento legal ante la denuncia y hasta el fin del proceso judicial, así como la atención sociofamiliar de las mujeres con riesgo de exclusión social son intervenciones que favorecen la recuperación.
- **Adecuación** (de acuerdo a las necesidades individuales de la mujer agredida). Es necesario dar una respuesta inmediata en los servicios de atención a la urgencia pero también se precisa que se movilicen recursos judiciales, sociales y de otros especialistas sanitarios. Todas las personas intervinientes desde cualquier ámbito tendrán en cuenta ciertos aspectos en la atención como: signos de sospecha de agresión sexual, buen trato a las víctimas y conocimiento de los recursos que pueden necesitar, que vienen recogidos como **buenas prácticas en el Anexo I**, teniendo en cuenta que a veces va a ser tan importante hacer algunas cosas como no hacer otras.

- **Seguridad de la paciente:** Los problemas de seguridad en las mujeres víctimas de agresión sexual se relacionan con embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y victimización secundaria. Además, el acompañamiento psicológico va a prevenir consecuencias posteriores como ya se ha comentado.
También es importante tener en cuenta que la mayoría de las agresiones sexuales son producidas en el entorno familiar o cercano, por lo tanto es importante valorar el riesgo de nueva agresión de la mujer, de sus hijos o personas dependientes e incluso de el/la profesional que la atiende, e implementar las medidas de seguridad de su integridad física que sean precisas.
 - **Accesibilidad:** Es necesario garantizar la accesibilidad a todos los servicios y recursos asistenciales que requiere la mujer para su atención integral. Hemos de cuidar especialmente la llegada a cualquier servicio de urgencias o emergencias y la acogida tras revelar la agresión sufrida. Se ha de facilitar el acceso a unos servicios de salud mental especializados en trabajar este tema. Por otro lado, debe existir una asesoría legal desde el principio que ayude en los trámites de la denuncia.
Se debe proporcionar una comunicación ágil y directa con médico/a, enfermera/o y matrona/o de AP para el adecuado seguimiento y la continuidad y coordinación de los recursos.
 - **Continuidad y coordinación de la atención:** Se debe mantener la continuidad en todo el proceso y la coordinación entre los profesionales que participen desde sus distintos ámbitos. Para la salud sexual y física, en general, se realizará un seguimiento (si no aparecen dificultades) durante 6 meses. Se asegurará el seguimiento psicológico y la asesoría jurídica como mínimo, hasta la finalización del juicio y la sentencia para evitar la aparición de secuelas psicológicas (hasta 18-24 meses). **La coordinación del seguimiento se realizará por el equipo de AP.**
 - **Acogida y trato.** Las mujeres que han sufrido un agresión sexual se encuentran en un momento de gran vulnerabilidad y van a tener que pasar por distintos dispositivos en los que van a tener que contar por lo que han pasado. El momento de la acogida es muy importante y debe hacerse de forma amable y sensible por todos los profesionales implicados desde los servicios de admisión, hasta el triaje de urgencias y las distintas consultas. La escucha debe ser empática, cercana y cuidando el lenguaje corporal (contacto ocular, etc.). Debemos acoger sus emociones: lloro, rabia, etc. y transmitir confianza. Hemos de preguntarle sus necesidades y preocupaciones y respetar sus decisiones informadas. Debemos ayudarla a "recuperar el control" que durante la agresión la mujer siente que ha perdido.
-  **El apoyo básico que se debe dar a la mujer que ha sufrido una agresión sexual se englobaría en el acrónimo "ERES":**
- Escucha activa**
 - Reconocimiento de su vivencia**
 - Evaluación de la mujer (lesiones, pruebas periciales, riesgos y seguridad, estado psicológico)**
 - Servicios de apoyo y seguimiento (asesoría jurídica, apoyo psicológico, seguimientos serológicos, etc.)**
- **Información.** La vulnerabilidad y el estado emocional que se produce ante una agresión sexual hacen que la información en el momento de la atención inicial deba ser muy clara y precisa y por escrito, para que en los momentos posteriores pueda consultarla.
Se debe asegurar la confidencialidad de los datos y de la información clínica.
Es muy importante el registro de datos y la elaboración de un completo parte de lesiones ya que nos va a permitir recuperar la información para cuando sea requerida a nivel judicial.

MAPA DEL PROCESO



* >16 años: no obliga informar
 <16 años: informar a los padres

Subproceso 1
Atención inicial y de urgencia

Subproceso 2
Seguimiento y alta

ACTIVIDADES DEL PROCESO

Subproceso 1: Atención inicial

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTRO
1.I Ante agresión sexual reciente (7 días)			
Acogida en dispositivo sanitario (CS, SUAP, Emergencias Sanitarias)	Ficha 1	Personal administrativo, de medicina y enfermería del dispositivo	HCE- MEDORA Registro UME
Valoración inicial de la mujer. Anamnesis y exploración básica	Ficha 2	Médico/a y enfermero/a de dispositivo sanitario	HCE- MEDORA
Derivar a urgencias hospitalarias	Ficha 3	Médico/a de dispositivo sanitario	HCE-JIMENA
Recepción y triaje en urgencias hospitalarias	Ficha 4	Personal Administrativo y enfermería de triaje	HCE-JIMENA
Atención a la urgencia vital	Ficha 5	Médico/a y enfermero/a de urgencias	HCE-JIMENA
Valoración integral de la mujer I: Entrevista e información	Ficha 6	Ginecólogo/a, enfermero/a de urgencias ginecológicas, matron/a y médico/a forense	HCE-JIMENA
Valoración integral de la mujer II: Exploración y toma de muestras.	Ficha 7	Ginecólogo/a, enfermero/a de urgencias ginecológicas, matron/a y médico/a forense	HCE-JIMENA
Plan de intervención I: Información e intervenciones preventivas	Ficha 8	Ginecólogo/a y enfermero/a de urgencias ginecológicas, matron/a	HCE-JIMENA
Plan de intervención II: Tratamiento e interconsultas	Ficha 9	Ginecólogo/a y enfermero/a de urgencias, médico/a de urgencias y otros especialistas (según necesidad)	HCE-JIMENA
Alta de urgencias/hospitalización	Ficha 10	Ginecólogo/a Medicina y enfermería de planta Equipo Salud Mental si ha precisado Trabajador/a social si ha precisado	HCE-JIMENA
1.II En caso de detección tardía de agresión sexual (más de 7 días)			
Valoración integral de la mujer	Ficha 11	Medicina y enfermería de atención primaria	HCE- MEDORA

I Ante agresión sexual reciente (HASTA LOS 7 DÍAS)

Ficha 1. Recepción de la mujer en dispositivo sanitario

Objetivo	Realizar la acogida adecuada a la paciente que refiere o se sospecha que ha sufrido una agresión
Quién	Profesional médico, de enfermería y personal administrativo de dispositivos sanitarios (centro de salud, SUAP, 112, ...)
Cuándo	<ul style="list-style-type: none"> Al acudir la mujer al centro de salud o SUAP verbalizando haber sufrido una agresión sexual o cuando se sospeche según las diferentes formas de presentación de esta. (Ver Anexo II: Distintas formas de presentación de una víctima de agresión sexual) Ante una llamada telefónica al servicio de emergencias que reúna las mismas características indicadas anteriormente
Cómo	<p>En cualquier ámbito de actuación se le prestará el apoyo psicológico basado en una actitud y comportamiento adecuados. No deben realizarse preguntas comprometidas, debiendo recoger los datos que la mujer quiera dar.</p> <p>a.- En el Centro de Salud o SUAP:</p> <p>1-el/la auxiliar administrativo/a ante cualquier mujer que refiera haber sufrido una agresión sexual, o se sospeche de sus palabras, se mostrará amable, respetuoso y sin prejuicios, e inmediatamente acompañará a la mujer a alguna consulta/box u espacio donde pueda tener privacidad, seguridad y confidencialidad y avisará al médico/a y/o al profesional de enfermería.</p> <p>2-el/la médico/a y/o el profesional de enfermería: acudirá a la consulta/box donde se encuentre la víctima evitando demoras innecesarias. Es muy importante la identificación del personal sanitario, el trato ha de ser amable, creando un ambiente que facilite la comunicación, la confidencialidad y con la mayor intimidad posible. Se debe realizar una escucha empática, acogiendo sus emociones. Si la víctima lo desea, puede estar con alguien de su confianza. Se le explicará claramente las actuaciones a seguir y su utilidad.</p> <p>b.- 112: las llamadas al 112 pueden ser realizadas por la mujer o por alguna persona próxima a su entorno. Desde aquí se activarán las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (FFCCSE) y/o los Servicios Médicos más adecuados o cercanos, al lugar de la agresión. En zonas alejadas de un hospital de referencia podrá trasladar a la mujer al Centro de Atención Primaria, donde se realizarán las actuaciones urgentes que precise y se trasladará en ambulancia al Hospital de referencia.</p> <p>GARANTIZAR LA DISCRECIÓN Y LA CONFIDENCIALIDAD EN TODO EL PROCESO</p>
Donde	<ul style="list-style-type: none"> En el centro de Salud o servicio de urgencias de AP Centro de recepción de llamadas del 112/ Emergencias Sanitarias Lugar donde se produce la demanda: vía pública o entorno privado
Documentación asociada	Datos administrativos de la mujer



Ficha 2. Valoración inicial de la mujer en Centro de Salud, SUAP, Emergencias Sanitarias

Objetivo	Descartar riesgo vital y garantizar un traslado seguro a las urgencias del hospital
Quién	Médico/a y enfermero/a del Centro de Salud (CS), Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) o Emergencias sanitarias (ES)
Cuándo	<ul style="list-style-type: none"> Tras la acogida de la mujer en el dispositivo sanitario
Cómo	<p>La actitud del personal sanitario debe ser en todo momento respetuosa debido a la delicada situación en que se encuentra la paciente.</p> <p>Los/las profesionales sanitarios/as realizarán una evaluación del riesgo vital inmediato y las actuaciones urgentes que precisen para estabilización de la víctima. El apoyo psicológico basado en una actitud y comportamientos adecuados debe comenzar en el primer punto de atención sanitaria de la víctima.</p> <p>Se estará alerta ante otras formas de presentación de agresión sexual en que la víctima no lo revela en un principio y específicamente ante la sospecha de sumisión química. Ver Anexo II y III.</p> <p>Se informará de la importancia de no cambiarse de ropa, no lavarse ni ducharse, no orinar, ni defecar, evitar la toma de líquidos (en la medida de lo posible) o alimentos hasta la recogida de muestras. En el caso de que ya lo hubiera realizado se dejará constancia por escrito de ello.</p> <p>Si la mujer no viene acompañada por los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad, alertaremos a las que tengan competencia según la zona (Guardia Civil-EMUME o Policía Nacional-UFAM), si ella desea presentar denuncia.</p> <p>El personal sanitario contactará telefónicamente con juzgado, exponiendo que se trata de una agresión sexual o una sospecha si la mujer no lo confirma.</p> <p>Se realizará un informe médico completo de las actuaciones realizadas en el Centro de Salud, en el Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) o en el propio domicilio de la paciente, incluido el parte de lesiones.</p> <p>Hechas las actuaciones pertinentes y previa información a la víctima, se iniciará el procedimiento de su traslado urgente en ambulancia al hospital de referencia.</p>
Dónde	<ul style="list-style-type: none"> En el Centro de Salud, domicilio o en la calle.
Documentación asociada	<ul style="list-style-type: none"> Informe de valoración inicial y derivación al hospital Parte de lesiones (Anexo IX)

Ficha 3. Derivar a urgencias hospitalarias

Objetivo	Asegurar la continuidad en la atención de la paciente en el dispositivo más adecuado
Quién	Médico/a de AP, del SUAP o ES
Cuándo	<ul style="list-style-type: none"> Tras una primera valoración inicial del riesgo vital inmediato y estabilización de la mujer en el dispositivo sanitario (CS, SUAP o ES)
Cómo	<ul style="list-style-type: none"> Se comunicará telefónicamente el traslado de la paciente al servicio de urgencias del hospital de referencia y se contactará con médico de urgencias para informar de la derivación y para que la paciente sea atendida de forma inmediata a su llegada (código de prioridad en la atención). Se remitirá a la mujer lo más rápidamente posible al Servicio de Urgencias del Hospital, sin que medien lavados ni cambios de ropa. En caso de penetración bucal se intentará, en la medida de lo posible, evitar la toma de líquidos o alimentos antes del reconocimiento de la mujer en el hospital. Siempre que sea posible y la paciente esté de acuerdo, se realizará el traslado en ambulancia por rapidez y seguridad. Se adjuntará el informe de la atención recibida. Si fuera en vehículo particular, deberá ir acompañada por familiar o persona de confianza para asegurarnos que acude al hospital. En caso de que la paciente se niegue a acudir al hospital, se llamará al juzgado para que el juez o el forense indiquen instrucciones.
Dónde	<ul style="list-style-type: none"> En centro de salud, domicilio o la calle
Documentación asociada	<ul style="list-style-type: none"> Informe de valoración inicial Informe de solicitud de ambulancia si procede




Ficha 4. Recepción y triaje en urgencias hospitalarias

Objetivo	Acoger y trasladar a la paciente a un ambiente adecuado para iniciar sin demoras su atención integral
Quién	Administrativo/a de recepción, enfermería de triaje de urgencias
Cuándo	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando venga por iniciativa propia • Cuando acuda derivada de CS, Emergencias sanitarias, SUAP
Cómo	<p> En urgencias hospitalarias, el motivo de agresión sexual tendrá un código de atención inmediata (con nivel de prioridad 2). Se establecerá un circuito de atención a las víctimas de agresiones sexuales desde el triaje. El periodo de tiempo transcurrido entre la agresión y el reconocimiento ha de ser el mínimo posible, tanto por la situación emocional de la víctima como por la preservación de pruebas periciales.</p> <p>1-En el caso de que la víctima acuda directamente sin haber sido vista en un dispositivo sanitario (puede acudir sola o acompañada por las FFCSE) se tendrá en cuenta lo establecido para la acogida y la valoración inicial (ver Fichas 1 y 2):</p> <p> El <u>personal de admisión</u> tomará los datos administrativos y contactará de forma inmediata con la persona que realiza triaje. NO INDAGAR en detalles no necesarios.</p> <p>El <u>profesional de triaje</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizará una valoración para descartar riesgo vital. Si éste existe por presentar lesiones graves con compromiso vital tendrá un mayor nivel de prioridad y se avisará al médico de urgencias para su abordaje diagnóstico-terapéutico inmediato (ver Ficha 5). • En el caso de no existir riesgo vital, se acompañará a la paciente a un espacio acogedor e independiente sin esperas para que pueda estar acompañada por quien desee (incluida la propia enfermera), propiciando un trato comprensivo y un ambiente que favorezca la comunicación, la confidencialidad y la mayor intimidad posible. Debemos manifestarle que es necesaria su colaboración para poder ayudarle. A continuación se avisará a ginecología y la enfermera del box/urgencias de Ginecología para realizar la valoración integral de la mujer junto con medicina forense (ver Ficha 6). • Al realizar el triaje se debe tener en cuenta otras forma de presentación de una posible agresión sexual (ver Anexo II y III). <p>2- En el caso de que acuda habiendo sido vista en un dispositivo sanitario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si hubiera riesgo vital pasará a box de urgencias para estabilización (ver Ficha 5). • Si no hay riesgo vital la mujer pasa directamente a urgencias de ginecología, previa llamada del médico de urgencias al ginecólogo (ver Ficha 6). <p>El/la profesional de ginecología contactará siempre y lo antes posible con Juzgado de Guardia. Informado el forense se acordará la actuación conjunta con el ginecólogo.</p> <p>En caso de un hombre la valoración se realizará por el profesional forense con médico de guardia, urólogo y/o cirujano, según las lesiones.</p>
Dónde	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio de urgencias hospitalarias
Documentación asociada	<ul style="list-style-type: none"> • Historia clínica de urgencias, guiada por Check List de Anexo IV. • Parte de Lesiones (Anexo IX)

Ficha 5. Atención a la urgencia vital

Objetivo	Estabilización de la paciente en situación de riesgo vital
Quién	Médico/a y enfermero/a de urgencias
Cuándo	<ul style="list-style-type: none"> • En el momento de la llegada de la paciente a urgencias con valoración de riesgo vital por dispositivo sanitario o desde el triaje.
Cómo	<ul style="list-style-type: none"> • El médico de urgencias lo primero que debe hacer es una evaluación para descartar o establecer el riesgo vital de la paciente y, en su caso, realizar las actuaciones urgentes que se precisen para su estabilización. Supone un abordaje diagnóstico-terapéutico inmediato y prioritario. • En caso necesario, se procederá a la realización de las pruebas complementarias necesarias, durante las mismas, siempre y cuando el estado de la mujer lo requiera, permanecerá acompañada por alguien que ella designe o bien por personal sanitario. • La anamnesis y actuaciones sanitarias realizadas se registrarán en la historia clínica, evitando realizar preguntas repetitivas sobre el asalto a no ser que sea necesario para el tratamiento. Se informará a la mujer de los pasos que vamos a ir realizando. Durante la exploración se tendrá cuidado para intentar no destruir y recoger el mayor número de pruebas posibles. • Se avisará al Juzgado y ginecólogo una vez estabilizada la paciente. En ocasiones, las lesiones que suponen riesgo vital pueden precisar de la actuación conjunta con el ginecólogo. En estos casos se procederá también preservando pruebas según la descripción realizada en el apartado correspondiente (ver Ficha 7). • Se podrá requerir la intervención de otros especialistas hospitalarios según el grado de afectación o lesiones. • Se estará alerta ante otras formas de presentación de agresión sexual en que la víctima no lo revela en un principio y específicamente ante bajo nivel de conciencia por la sospecha de sumisión química. Ver Anexo II y III.
Documentación asociada	<ul style="list-style-type: none"> • Historia clínica de urgencias, guiada por Check List de Anexo IV. • Parte de lesiones (Anexo IX)

Ficha 6. Valoración integral de la víctima (I): Entrevista e información

Objetivo	Informar a la paciente de las actuaciones específicas que se van a realizar y recoger toda la información necesaria sobre la agresión y los antecedentes de la paciente
Quién	Ginecólogo/a, enfermero/a encargada de urgencias ginecológicas/matrona y médico/a forense Especialista en Cirugía General o Urología junto con forense (según la ubicación de las lesiones si la agresión es a un hombre)
Cuándo	A su llegada a la urgencia ginecológica una vez que llegue el forense.
Dónde	En el box/urgencias de ginecología
Cómo	<ul style="list-style-type: none">  <ul style="list-style-type: none"> • SE DEBE INTENTAR QUE LA EVALUACIÓN GINECOLÓGICA Y FORENSE SE REALICEN EN UN ÚNICO ACTO pues ante una agresión de este tipo, deben reducirse al menor número posible los impactos psíquicos que deba sufrir la mujer tras la agresión procurando QUE NO SE REPITAN LA ANAMNESIS NI LAS EXPLORACIONES innecesarias. El médico forense realizará la exploración y recogida de muestras médico-legales que estime oportunas y el ginecólogo las muestras sanitarias. Excepcionalmente, cuando no sea posible la asistencia del médico-forense, la autoridad Judicial puede delegar en el ginecólogo la obtención de las pruebas periciales, con las instrucciones oportunas para asegurar la cadena de custodia.  <ul style="list-style-type: none"> • Se procederá a la toma de muestras aunque la mujer no quiera en ese momento realizar denuncia, para que lo pueda revalorar posteriormente, a no ser que no de su consentimiento a la exploración (Ficha 7).  <ul style="list-style-type: none"> • La toma de muestras legales (por parte del/a Médico/a Forense) se realizará hasta la primera semana después de la agresión. Este plazo no es estricto y aunque hayan pasado más de 7 días es recomendable consultar al Juzgado y al Médico Forense. • Si no se abre un procedimiento judicial ni diligencias de investigación, el hospital podrá intervenir desde un punto de vista exclusivamente sanitario, sin la participación forense. <p>Es muy importante la presentación del personal sanitario que en todo momento actuaran de forma amable, objetiva, sin prejuicios y sin prisas así como la presencia de profesional femenino y el acompañamiento por la persona que la mujer desee.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antes de comenzar, se informará detalladamente a la paciente de las actuaciones que se van a realizar (entrevista, exploración, toma de muestras) invitándola a preguntar lo que crea oportuno. • Se realizará una anamnesis detallada, general y específica (psicológica y social) que incluya: <ol style="list-style-type: none"> 1.- Información sobre el asalto, tal y como lo relata la paciente (fecha, lugar, hora, tipo de agresión sexual, incluida la oral, anal o vaginal, así como la utilización de instrumentos) 2.- Actos realizados tras la agresión y antes de la exploración (aseo personal, toma de alimentos o medicamentos, orinó, defecó, se cambió de ropa, etc.).

- 3.- Consumo asociado de alcohol u otras drogas.
- 4.- Antecedentes médico-quirúrgicos de la paciente. Tratamientos habituales. Alergias. Estado vacunal.
- 5.- Antecedentes de violencia.
- 6.- Datos ginecológicos: menarquia, fórmula menstrual, fecha última regla, hemorragia o secreción vaginal reciente, método anticonceptivo, fecha del último coito voluntario, antecedente de ITS. Descartar posible embarazo preexistente.
- 7.- Apariencia general de la paciente. Estado de la ropa, si es la que llevaba en el momento de la agresión.
- 8.- Explorar el estado psicológico por parte del equipo sanitario ([Anexo V](#)) y la percepción de culpabilidad de la mujer para, según la valoración, decidir si se requiere la intervención de psiquiatría.
9. Valoración socio familiar.

Se registrará la información recabada en la historia clínica (es una información que puede servir como prueba importante en el proceso judicial).

- El diagnóstico ginecológico se limitará a considerar “agresión sexual” o “sospecha de agresión sexual”, sin prejuicios y actuando de forma objetiva y descriptiva.
- **Consideraciones con menores:** en caso de que la víctima tenga entre 14 y 16 años de edad, la anamnesis puede ser de interés en algunos casos que se realice sin la presencia de los padres, solicitando su permiso para hablar a solas con la víctima.

Documentación asociada

- **Historia clínica de urgencias, guiada por Check List de [Anexo IV](#).**
- **Parte de Lesiones ([Anexo IX](#))**
- **CODIGOS DIAGNÓSTICOS de la CIE-10-ES** equivalentes son los que pertenecen a las categorías:
 - **T74 Abuso, negligencia y otros malos tratos infantiles y de adultos, confirmado** cuando el caso es confirmado
 - **T76 Abuso, negligencia y otros malos tratos infantiles y de adultos, sospecha** cuando el caso es sospecha

Ficha 7. Valoración integral de la mujer (II): Exploración y toma de muestras

Objetivo	Conocer la situación clínica de la mujer y disponer de muestras adecuadas que sirvan de pruebas forenses válidas
Quién	Ginecólogo/a, enfermero/a de urgencias/ matron/a y médico/a forense
Cuándo	<ul style="list-style-type: none"> Una vez realizada la anamnesis
Cómo	<ul style="list-style-type: none"> Es aconsejable, si la paciente lo desea, que durante la exploración, esté acompañada por alguien de su confianza. Se realizará la exploración por ginecología y medicina forense en colaboración con enfermería. La paciente se quitará la ropa de pie, sobre un papel o sábana, con la finalidad de poder recoger todas las pruebas posibles. Es muy importante el orden de las actuaciones para lo que se aporta una Check List en el Anexo IV. La exploración y toma de muestras incluirá: <ol style="list-style-type: none"> Exploración general: Examen de la superficie corporal: localización e importancia de las lesiones (heridas, contusiones, erosiones, laceraciones), consignando en su caso la no existencia de las mismas. Recabar documentación fotográfica (por el médico forense), si la paciente lo consiente. Exploración ginecológica (Anexo IV) Toma de muestras de interés legal. Aunque las muestras recogidas TIENEN MAYOR VALIDEZ EN LAS PRIMERAS 72 HORAS, se pueden recoger muestras con validez forense hasta 7 en incluso 10 días después de la agresión dependiendo del tipo de agresión. (Anexo IV) Toma de muestras vaginales/anales/bucales para cribado de Infecciones de Transmisión sexual (ITS) Recogida muestras sanguíneas. Prueba de embarazo. Cribado serológico ITS. <p>Si en el momento de la agresión la prueba de embarazo, serologías o cultivos son positivas, es que son previas a dicha agresión sexual.</p> <ol style="list-style-type: none"> Prueba de tóxicos en orina para fines sanitarios (realizada en el laboratorio del hospital) y recogida de muestras para fines forenses: sangre, orina y cabello. <p>La custodia de las pruebas de interés legal y de tóxicos ante la sospecha de sumisión química será a cargo del médico forense.</p> Una vez finalizada la exploración y recogida de muestras se ofrecerá a la mujer la posibilidad de aseo.
Documentación asociada	<ul style="list-style-type: none"> Historia clínica de urgencias, guiada por Check List de Anexo IV. Informe Médico Forense para el Juzgado
Material asociado	<ul style="list-style-type: none"> Kit Homologado de Medicina Forense con el material necesario para la recogida de muestras medicolegales.

Ficha 8. Plan de intervención I: Intervenciones preventivas

Objetivo	Informar sobre posibles riesgos tras la agresión y facilitar a la paciente la toma de decisiones. Prevenir la aparición de ITS y embarazos no deseados
Quién	Ginecología y enfermería de urgencias/matrona
Cuándo	<ul style="list-style-type: none"> • Una vez realizada la exploración y toma de muestras
Cómo	<ul style="list-style-type: none"> • Se informará con mucho tacto y empatía de los posibles riesgos que podrían aparecer (ITS, embarazo,...) y de las posibles actuaciones a realizar para prevenirlos. • Establecer el Plan de intervención preventivo que se va a realizar: Prevenición de embarazo (ver Anexo VI) Prevenición de ITS (ver Anexo VI) Prevenición de secuelas psicológicas: sobre todo al observar mucha sintomatología o antecedentes de enfermedad mental que pueda descompensarse (ver Ficha 9).
Documentación asociada	Historia Clínica de urgencias

Ficha 9. Plan de intervención II: Tratamiento e Interconsultas

Objetivo	Tratar las lesiones que se hayan producido durante la agresión. Interconsultas (en caso de ser necesarias) a otros servicios.
Quién	Ginecología y enfermería de urgencias , medicina de urgencias y otros especialistas (según necesidad)
Cuándo	<ul style="list-style-type: none"> • Una vez realizada la valoración integral e informado a la paciente
Cómo	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento específico de las lesiones físicas y vacunación antitetánica según protocolo de urgencias. • Interconsulta con <u>Psiquiatría de guardia</u> si se considera necesario. El/la psiquiatra de guardia valorará la necesidad de tratamiento agudo. Posteriormente, al alta se la derivará a la Unidad de Salud Mental que le corresponda y se informará a la mujer de la importancia de recibir una atención psicológica específica en la mayor brevedad. • Interconsulta con el especialista de guardia de <u>Medicina Interna</u> para valorar la necesidad de iniciar o no, tratamiento profiláctico para VIH. La decisión de realizar profilaxis de VIH tras agresión sexual ha de tomarse de forma consensuada por el médico/a y la paciente. En caso de realizarla ha de iniciarse lo más precozmente posible, preferentemente en las 2 primeras horas o por lo menos antes de las seis horas desde la agresión. Se considera ineficaz cuando han transcurrido más de 72 horas desde la agresión. Si se indica profilaxis debe efectuarse seguimiento por parte de infecciosas/MI. • Recomendaciones tras el alta: Se le informará de los controles de seguimiento que se van a realizar tras el alta hospitalaria y la importancia de los mismos y el lugar donde debe realizarlos. • En caso de situación de riesgo social (no apoyos) se contactará con el/la <u>Trabajador/a Social</u> desde el hospital si ha quedado ingresada o de su Equipo de Atención Primaria si se ha dado el alta. Los/as trabajadores/as sociales del hospital se encargarán de informar a la mujer de la red de recursos y dispositivos sociales para la atención a las mujeres que sufren cualquier tipo de violencia de género, preferiblemente por escrito. • En cualquier caso, los/as Trabajadores/as Sociales del hospital se pondrán en contacto con los profesionales del EAP, si la mujer está de acuerdo, como máximo en 72 horas para informarles del caso y que desde AP se coordinen el resto de las actuaciones. Si no es horario de mañana, se dejará la interconsulta pendiente en trabajo social para que al día siguiente se asegure la continuidad asistencial.
Documentación asociada	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de vacunación en historia clínica electrónica • Documentación asociada: informe médico donde se recojan todas las actuaciones de cada uno de los profesionales y tratamiento

Ficha 10. Alta de urgencias/hospitalización

Objetivo	Informar y asegurar el seguimiento de la paciente tras el alta
Quién	<p>Ginecólogo/a que ha realizado la atención</p> <p>Si ha ingresado, médico/a responsable de la paciente y enfermero/a de planta.</p> <p>Equipo de Salud Mental si ha sido requerida su intervención.</p> <p>Trabajador/a social si ha sido requerida su intervención</p>
Cuándo	<ul style="list-style-type: none"> • En el momento de alta de urgencias a su domicilio • En el momento del alta hospitalaria
Cómo	<p>La información y recomendaciones al alta incluirán los siguientes aspectos:</p> <p><i>De carácter legal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Derecho a denunciar: La agresión sexual es un delito y la mujer tiene derecho a denunciarlo. Independientemente de que la mujer quiera o no presentar denuncia, se le informará de que la realización del parte de lesiones es obligatorio y que será remitido al Juzgado de Guardia (Anexo IX). • Cómo realizar la denuncia: Aconsejar que denuncie y que no vaya sola. Es importante asesorarse para hacer la denuncia (apoyo jurídico ver Ficha 16). <p>En su caso, avisar a Policía Nacional o Guardia Civil (Unidades específicas UFAM y EMUME en horario diurno), notificando que existe un caso de agresión sexual y la mujer desea denunciar, para que se personen en el Centro Hospitalario y acompañen a la mujer para formalizar la denuncia, una vez realizada la exploración.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posibilidad de solicitar protección: Informarle que la legislación protege sus derechos e integridad y que si lo desea puede solicitar una Orden de Protección. <p><i>De carácter social</i></p> <p>Interesarse por cómo volverá la paciente a su casa (si tiene quien la acompañe, si puede volver, si desea que avisemos a alguien).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centro de acogida de emergencia (CEM): La mujer o menor emancipada que haya sufrido una agresión sexual, tenga una situación de riesgo y no tenga alojamiento alternativo seguro puede ingresar en un centro de acogida de emergencia. Para ello el ginecólogo/a o el médico/a de urgencias se pondrán en contacto con las Fuerzas de Seguridad o con el centro de acogida de emergencia directamente (983 336777). • Otros recursos sociales disponibles: Informar verbalmente y por escrito sobre la red de recursos y dispositivos sociales y asociaciones para la atención a las mujeres que sufren violencia de género y/o agresiones sexuales (Anexo XI). <p><i>De carácter sanitario</i></p>


- Precauciones: Recomendarle que no mantenga relaciones sexuales hasta la siguiente valoración.
- En su caso, si se confirma la gestación (haya usado o no contracepción de emergencia), informar a la paciente que puede interrumpir la gestación acogiéndose a Ley de Salud Sexual y Reproductiva e IVE.
- Signos que debe vigilar: si tiene fiebre, malestar general o adenopatías en cuyo caso debe acudir a consultar a su médico de familia.
- Respecto a la vacunación frente al virus del papiloma humano (VPH) no existe consenso, ya que CDC (Centers for Disease Control and Prevention) recomienda comenzar la vacunación tras la agresión sexual y sin embargo la AEPCC (Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia) no hace referencia a este grupo como de riesgo elevado en su última revisión.
- Plan de seguimiento: ha de quedar claro el plan de seguimiento, la importancia del mismo y los centros donde ha de realizarlo. Lo aconsejable es que el seguimiento sea realizado en su centro de salud con la colaboración de otros profesionales, salvo deseo expreso en contra de la paciente. Si ella prefiere que sea realizado en el hospital será derivada al servicio de Ginecología/Unidad de atención a la mujer (U.A.M.)
- Informe de alta: Se entregará el informe de alta a la paciente en el que se incluyan las actuaciones realizadas y el plan de seguimiento a realizar.
- Citas de consultas de seguimiento: Se le facilitará las citas correspondientes a las consultas de seguimiento. Ver [Anexo VIII](#). Podrá incluir citas:
 - Para la matrona de atención primaria, consulta de ginecología o U.A.M. a los 10 días
 - Para la consulta de Medicina Interna para seguimiento del tratamiento, a los 10-15 días, si la paciente va a comenzar con la profilaxis antirretroviral.
 - Para el Centro de Salud: Acudirá a la consulta o se realizará consulta a domicilio o telefónica por su médico/a o enfermero/a de atención primaria a las 24- 48 horas para el seguimiento de tratamientos, dudas y valoración de la situación de la mujer. A las 4-6 semanas acudirá a la consulta de AP para realizar los siguientes controles serológicos.
 - Para la Unidad de Salud Mental que le corresponda según criterio del/de la psiquiatra de guardia que la valore. Si no ha requerido atención psiquiátrica se podrá remitir a la Sección Mujer de la DGM de su provincia para atención psicológica si ha presentado denuncia y si no acudirá a su CEAS para solicitar dicho apoyo.
 - Para el trabajador social: Los/as trabajadores/as sociales del hospital se encargarán de facilitar a la mujer las citas para su seguimiento, si necesidades sociales. Se informará y pondrá en contacto con trabajo social de su Centro de Salud. Desde la Historia Clínica de AP (MEDORA) se podrá visualizar la Historia de la atención Hospitalaria (JIMENA), no obstante el/la trabajador/a social del hospital se pondrá en contacto con su equipo de atención primaria y le enviará copia de dicha historia si es necesario.

**Documentación
asociada**

- **Informe de alta**
- **Recomendaciones escritas** ([Anexo X](#))
- **Citas para el seguimiento**
- **Información sobre la red de recursos y dispositivos sociales** (por escrito) ([Anexo XI](#))
- **Parte de lesiones** ([Anexo IX](#))

II En caso de detección tardía de la agresión sexual (A PARTIR DE LOS 7 DÍAS)

Ficha 11. Valoración integral de la mujer: Entrevista biopsicosocial e investigación serológica

Objetivo	Valorar el estado biopsicosocial de la paciente e informar de las actuaciones específicas que se van a realizar
Quién	<p>Médico/a de Atención Primaria</p> <p>Enfermero/a de Atención Primaria</p>
Cuándo	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando una mujer refiere haber sufrido una agresión sexual hace más de 7 días. • Ante otros motivos de consulta que sugieran agresión sexual tardía (ver Anexo II)
Dónde	<ul style="list-style-type: none"> • En consulta del centro de salud de AP • En urgencias u otras consultas hospitalarias.
Cómo	<ul style="list-style-type: none"> •  Si hace 7 días o menos deberá ser remitida a Urgencias Hospitalarias para exploración y recogida de muestras entre ginecología y medicina forense (ver Ficha 6). En todo caso, se aconseja siempre consultar con el médico forense y/o Juzgado. • Se realizará valoración física e investigación serológica que se adaptará al momento de detección y temporalidad (ver fichas anteriores). • Valoración de embarazo y si quiere o no interrumpirlo (ver Ficha 13) • Atención psicológica independiente del tiempo que haya pasado (ver Ficha 14) • Asesoría jurídica (Ficha 16) y valorar denuncia (Ficha 17). • Realizar parte de lesiones describiendo lo que nos cuenta la paciente, sobre todo si quedan lesiones.
Documentación asociada	<ul style="list-style-type: none"> • Historia clínica de AP (registro en MEDORA) • Historia clínica de urgencias, guiada por Check List de Anexo IV. • Parte de lesiones (Anexo IX)

Subproceso 2: SEGUIMIENTO y ALTA

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTRO
Coordinación del seguimiento	Ficha 12	Médico/a de atención primaria	HCE- MEDORA
Atención a la salud sexual y embarazo	Ficha 13	Matrona de AP/Medicina y enfermería AP especialista en ginecología y obstetricia	HCE- MEDORA HCE-JIMENA
Atención psicológica	Ficha 14	Equipo de atención psicológica de Salud Mental/Servicios sociales/Asociaciones/Oficina de Atención Víctimas del Delito	HCE-JIMENA
Atención médico forense	Ficha 15	Equipo Forense	
Acompañamiento social y jurídico	Ficha 16	Trabajadora Social Sanitaria Asesoría jurídica por violencia de género de Servicios Sociales Asociaciones de mujeres	HCE-MEDORA REGISTRO DE SERVICIOS SOCIALES
Atención por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (FFCCSE)	Ficha 17	Policía Nacional y Guardia Civil	
Alta del proceso	Ficha 18	Medicina de atención primaria	HCE- MEDORA

Ficha 12. Coordinación del seguimiento

Objetivo	Coordinar el seguimiento integral de la paciente que evite la aparición de secuelas
Quién	Médico/a de Atención Primaria
Cuándo	<ul style="list-style-type: none"> Tras el alta hospitalaria
Cómo	<p>EL médico de AP será el que coordine el seguimiento por los distintos intervinientes: Trabajo Social, Medicina Interna y Ginecología. Para evitar la revictimización por déficits en la práctica clínica se recordará a la mujer las siguientes citas e información: (ver Anexo VIII)</p> <ul style="list-style-type: none"> A las 24-48 horas del alta hospitalaria, en AP: Medicina de Familia llamada telefónica para valorar necesidades: visita si precisa, incluso domiciliaria. Trabajador social de AP si precisa. A los 10 días de la agresión: Medicina de Familia y Matrona o Ginecología. Nuevas tomas de cultivos. A los 10-15 días: seguimiento por Medicina Interna si está con tratamiento profiláctico de VIH. A las 4-6 semanas.: Medicina de Familia y Matrona o Ginecología. Controles serológicos. A las 12-16 semanas (Medicina Familia/Medicina Interna): Ultima serología VIH tras profilaxis. A los 6 meses: Medicina de Familia y Matrona/Ginecología. Controles serológicos. Si a lo largo del seguimiento alguna de las pruebas que fueron negativas se positivizan, debemos comunicarle a la mujer que lo adjunte a la denuncia judicial, si ya la ha presentado. Facilitar la comunicación, la confidencialidad así como la mayor intimidad posible en cada visita. <p>Además se debe valorar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Evolución de las lesiones físicas si las hubiera, comprobar estado vacunal: antitetánica y hepatitis B. Estado psicológico para evitar secuelas, tener en cuenta la red social de apoyo. Analizar con la víctima las posibles repercusiones y ofrecer de nuevo recursos de apoyo psicológico si no los ha utilizado ya. Baja laboral si procede. Comprobar que se ha recibido información verbal y escrita sobre tratamientos y fármacos prescritos, pruebas realizadas, citas pendientes... Adherencia al tratamiento y a las diferentes citas de seguimiento del proceso. Resultados de pruebas realizadas, informar sobre resultados positivos y toma de decisiones que procedan.

- Comprobar que se han canalizado adecuadamente las necesidades de la víctima.
- Fomentar acudir a las visitas programadas con los diferentes especialidades para seguimiento de las pruebas realizadas
- Necesidades sociales, legales e informar de los distintos recursos. Informar sobre asociaciones de víctimas y la forma de contacto con ellas.
- Si precisa, programar cita para la siguiente consulta en AP



Además de la coordinación mencionada, debe **coordinarse con el Equipo de Medicina Forense que atiende a la víctima**, que podrá ponerse en contacto con MAP para solicitar los resultados de las pruebas complementarias y otra información que precise. Un convenio reciente entre el Ministerio de Justicia y SACYL permite al forense entrar en los aplicativos MEDORA y JIMENA, exclusivamente en los casos de interés judicial, aunque se requiere el consentimiento de la persona, que será solicitado por el forense.

Además se establecerá buena coordinación con el resto del EAP: enfermería, trabajo social sanitario, matrona.

Documentación asociada

- **Folleto informativo de asociación víctimas agresiones sexuales**
- **Citas para las visitas pendientes a otras especialidades**
- **CODIGOS DIAGNÓSTICOS de la CIE-10-ES: T74 Abuso, negligencia y otros malos tratos infantiles y de adultos, confirmado** Cuando el caso es confirmado. **T76 Abuso, negligencia y otros malos tratos infantiles y de adultos, sospecha** Cuando el caso es sospecha.
- **PROCESOS CLÍNICOS EN MEDORA:** agresión sexual, abuso sexual, violencia sexual, víctima adulta de violación, síndrome traumático de la violación: reacción compuesta, síndrome traumático de la violación: reacción silente.

Ficha 13. Atención a la salud sexual, control ITS y embarazo

Objetivo	Detectar la aparición de ITS y embarazo tras la agresión
Quién	<ul style="list-style-type: none"> • Matrona de Atención Primaria/ ginecología del hospital/ medicina o enfermería de familia/ medicina interna
Cuándo	<ul style="list-style-type: none"> • Control a los 10 días tras atención urgente • Control a los 15 días • 3 semanas en ausencia de menstruación • Control a las 4 semanas • Control a los 6 meses
Cómo	<p><i>CONTROL ITS (Anexo VIII) Seguimiento global de la mujer víctima de agresión sexual)</i></p> <p>Valorará los resultados el/la profesional que haya realizado la toma de muestras. El personal de Atención Primaria si va a su centro de salud (matrona, médico de atención primaria). Si la realiza Ginecología, el mismo facultativo se encargará de citarla para resultados. En caso de muestras positivas se derivará a consultas externas de Ginecología para asegurar que se ha hecho la profilaxis correcta en Urgencias y valorar o no la necesidad de nuevo tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control a los 10 días (Atención Primaria, Matrona y/o Ginecología): valoración resultados de urgencias y recogida de muestras vaginales/anales/bucales para cribado de Infecciones de Transmisión sexual (ITS) <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Penetración vaginal:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dos tomas vaginales con hisopos de algodón estériles en medio de mantenimiento para <i>Tricomonas</i>. ▪ Dos tomas endocervicales en medio de mantenimiento para <i>gonococos y clamidias</i> y hongos. Se limpiará previamente la parte exterior del cérvix con suero fisiológico usando torundas de algodón estériles ○ <u>Penetración anal:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dos tomas anales con torundas de algodón estériles en medio de mantenimiento para <i>gonococos y clamidias</i>. ○ <u>Penetración bucal:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dos tomas faríngeas con torundas de algodón estériles en medio de mantenimiento para <i>gonococos y clamidias</i>. • Control a los 15 días (Atención Primaria/Medicina Interna): adherencia a la profilaxis VIH y control efectos secundarios • Control a las 4 semanas (Atención Primaria, Matrona y/o Ginecología): valoración de resultados y realizar nuevas serologías y control VIH y plantear la continuidad de profilaxis de forma indefinida, modificarla o retirarla. • Control a las 12-16 semanas (Medicina Familia/Medicina Interna): Última serología VIH tras profilaxis.

- Control a los 6 meses (Atención Primaria, Matrona y/o Ginecología): control serológico
- Tratamiento según protocolos actualizados.

CONTROL EMBARAZO

- Realizar prueba de embarazo (beta HCG) a las 3 semanas en caso de ausencia de menstruación.
- Si se confirma la gestación (haya usado o no contracepción de emergencia), informar a la paciente que puede interrumpir la gestación acogiéndose a Ley de Salud Sexual y Reproductiva e IVE.
- En caso de que esté de acuerdo en realizar una IVE será derivada a su trabajadora social
- Si decide no realizar IVE se derivará a la paciente a obstetricia (embarazo de alto riesgo) y ofrecerla la posibilidad de apoyo social si puede tener dificultades: Trabajador/a social, Asociaciones de apoyo (Red Madre, etc.)


Todos los resultados además de registrarse en la Historia clínica de la mujer, se debe facilitar copia de los mismos a la mujer para que los adjunte a la denuncia si fuera preciso.

Se realizará una valoración de la salud sexual de la mujer tras la agresión para detectar dificultades.

**Documentación
asociada**

Historia clínica AP Medora

Ficha 14. Atención psicológica

Objetivo	Evitar la aparición de secuelas psicológicas
Quién	Equipo de atención psicológica /psiquiatría (de Sanidad, Servicios Sociales, Asociación de Víctimas, Oficinas de Atención a Víctimas del delito)
Cuándo	Control a las 48-72 horas de la atención urgente (según necesidades de la paciente)
Cómo	<p>La afectación psicológica en una mujer víctima de violencia sexual suele ser importante tanto en la fase aguda como a largo plazo. Una vez valorada la situación de la paciente, en la fase aguda se puede administrar ansiolítico si existe gran estado de ansiedad.</p> <p> Es necesario que se realice una intervención psicológica específica para estas situaciones, realizada por profesionales formados en el manejo de estos problemas y de inicio inmediato. La periodicidad dependerá de la mujer y se debe mantener hasta que sea necesario y como mínimo hasta el juicio.</p> <p>DERIVACIÓN (ANEXO XI)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si la mujer ha puesto denuncia y se ha iniciado el procedimiento penal se remitirá a los recursos desde la Sección Mujer de la Gerencia Territorial de Servicios Sociales en cada provincia. • Si la mujer no ha puesto denuncia o necesita acceder a otros recursos además del apoyo psicológico y jurídico, se la remitirá a su Centro de Acción Social (CEAS) para su valoración y atención. • Existe una atención psicológica de urgencia en sede policial y judicial a la que pueden avisar desde estas entidades. • Además existe una atención psicológica en las Oficinas de Atención a Víctimas del delito (OAV) de los juzgados en los casos de denuncia • Algunas asociaciones de víctimas de VG o agresiones sexuales cuentan con personal de atención psicológica capacitado. • Se derivará a los Servicios de Salud Mental en caso de trastornos psicopatológicos secundarios: depresión grave, riesgo autolítico, trastorno por estrés postraumático, trastornos fóbicos graves, etc. <p>En el Anexo XII se describen las RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS según la evidencia científica.</p>
Documentación asociada	<p>Hoja con recomendaciones a seguir (Anexo X)</p> <p>Folleto informativo con los servicios de apoyo (Anexo IX)</p>


Ficha 15. Atención médico forense

Objetivo	Conocer la evolución de las lesiones y secuelas
Quién	Equipo Médico Forense si se ha realizado denuncia (médico/a, psicólogo/a, trabajador/a social del equipo)
Cuándo	Seguimiento en función del cuadro clínico y de la evolución durante unos 3-6 meses o más prolongado si se complica.
Cómo	<ul style="list-style-type: none"> • Tras la primera intervención en urgencias, dependiendo del caso, se inicia el seguimiento de la evolución tanto de las lesiones físicas como de las psicológicas (sin revisión ginecológica), y se evalúan posibles lesiones que hayan aflorado posteriormente. • Se valorarán los resultados de las pruebas toxicológicas. • Valoración de las secuelas físicas y las secuelas psicopatológicas. • Tendrá conocimiento de los resultados de las pruebas serológicas y revisiones ginecológicas que se vaya realizando la mujer así como de su estado psíquico, pudiendo solicitar informes a través de la víctima o del Juzgado. Actualmente, como se ha comentado, con el consentimiento de la víctima o por orden del juez, podrán acceder a la historia clínica electrónica de AP u hospitales (MEDORA o JIMENA) y conocer el seguimiento que haya sido registrado. • Se realizará una valoración social por el/la trabajador/a social del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IMLCF) cuando se considere conveniente.
Documentación asociada	<ul style="list-style-type: none"> • Informe médico forense de lesiones y secuelas físicas y psíquicas, sobre los resultados de las pruebas de ADN y sobre el estado psíquico de la víctima y afectación de la capacidad de consentimiento • Informes psicológico y social forenses.


Ficha 16. Acompañamiento social y jurídico

Objetivo	Asegurar que la paciente se sienta acompañada y reciba asesoría, sobre todo en caso de pacientes que no cuentan con apoyo familiar
Quién	Trabajadora social Sanitaria Sección Mujer de la Gerencia Territorial de Servicios Sociales, Centro de Acción Social (CEAS), Oficina de atención a víctimas del delito en los Juzgados, Asociaciones de mujeres y ONGs
Cuándo	<ul style="list-style-type: none"> Desde el momento del alta del hospital, independientemente de que ponga o no denuncia, hasta la sentencia judicial
Cómo	<p>Se le acompañará realizando apoyo psicosocial por parte de las Trabajadoras sociales sanitarias que detectarán las necesidades que vaya teniendo derivándola a los recursos que precise.</p> <p>Información a la mujer de los recursos disponibles para el acompañamiento jurídico y social:</p> <ul style="list-style-type: none"> En el teléfono 016 el programa de Información y Asesoramiento Jurídico (24 horas, todos los días) y a través del 012 Psicológico (de lunes a viernes horario de 8 a 22 y sábado 10 a 15) gratuito a la mujer víctima de violencia de género y/o agresiones sexuales. En el momento de interponer denuncia, existe un servicio de asesoramiento y representación jurídica a lo largo de todo el procedimiento penal de forma gratuita a las mujeres víctimas de agresiones que se activa a través del turno específico de agresiones sexuales del Colegio de Abogados en cada provincia. También se presta atención psicológica (Ficha 14). Si la mujer no ha puesto denuncia puede acceder a un asesoramiento jurídico así como al resto de recursos y servicios del Catálogo de Servicios Sociales a través de su CEAS. <p><u>Otros Recursos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> El Ministerio de Justicia tiene implantados servicios de atención a través de las Oficinas de Asistencia a Víctimas de delitos en los Juzgados, con asesoría jurídica, además del apoyo psicológico. Las Asociaciones de asistencia a la mujer víctima de violencia sexual y de género (diferentes en cada provincia) suelen tener asesoramiento jurídico y acompañamiento psicológico y social según las necesidades de la mujer. Asociaciones de Apoyo al embarazo en caso de dificultades sociales: Red Madre, etc. (Ficha 13)
Documentación asociada	<ul style="list-style-type: none"> Folleto informativo con los servicios de apoyo (Anexo XI)

Ficha 17. Atención por las FF y CC de Seguridad del estado

Objetivo	Asegurar que la paciente se sienta acompañada y reciba atención sanitaria urgente. Realización de la denuncia y recogida de pruebas periciales para el Juzgado
Quién	Policía Nacional o Guardia civil. Será atendida siempre que sea posible por los/as profesionales de las unidades especializadas en estos temas (mujer, familia, etc.)
Cuándo	<ul style="list-style-type: none"> • Desde el momento de una llamada por el 112 o al acudir presencialmente a lugar de la agresión • Al ser avisados desde los servicios de urgencias para acompañar a la mujer a poner la denuncia • Cuando acude la mujer a comisaría a poner la denuncia
Cómo	 <ul style="list-style-type: none"> • La Policía Nacional y Guardia Civil debe velar en primer lugar por la salud y seguridad de la mujer que debe acudir al servicio de urgencias hospitalarias con la mayor brevedad posible para la evaluación de su riesgo de salud y tratamiento urgente, así como la recogida inmediata de las pruebas forenses que se precisen (antes de presentar la denuncia). • Posteriormente según sea el caso, acompañarán a la mujer a realizar la denuncia con el asesoramiento jurídico o atención psicológica que precise. • Podrán remitirla a un centro de emergencia (CEM) si la mujer está en riesgo y no tenga alojamiento alternativo seguro. • Realizarán la investigación policial necesaria para recoger pruebas periciales en el lugar de los hechos, testimonio de testigos, etc.
Documentación asociada	<ul style="list-style-type: none"> • Información Unidades Policía Nacional (UFAM), Unidades de Guardia Civil (EMUME). https://www.policia.es/org_central/judicial/ufam/ufam.html http://www.guardiacivil.es/es/servicios/violenciadegeneroyabusosmenores/index.html

Ficha 18. Alta del proceso

Objetivo	Asegurar la resolución del proceso, evitando altas precoces
Quién	Medicina de atención primaria
Cuándo	<p>La salida del proceso se producirá por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resolución del proceso • Traslado fuera de comunidad autónoma • Fallecimiento de la paciente
Cómo	<p>El alta por resolución del proceso requerirá que se haya producido el alta en todos estos dispositivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fin seguimiento de la salud sexual y embarazo ○ Fin controles serológicos ITS ○ Alta atención psicológica ○ Resolución del juicio <p> Valorar la posible revictimización o cronificación de síntomas para reevaluar el proceso de atención y apoyo psicológico (Ficha 14)</p>
Documentación asociada	Historia Clínica de AP MEDORA

RELACIONES CON OTROS PROCESOS

ENTRADAS	PROCESO PROVEEDOR	CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD
Resultados analíticas (serologías, embarazo, tóxicos)	Laboratorio	Completo, fiable, comprensible, clínicamente útil y en tiempo adecuado
Pruebas Radiológicas	Servicio Radiología	
Exploración del forense	Proceso Judicial	Exploración conjunta y completa con ginecólogo en tiempo adecuado
Transporte sanitario	Traslado	Ágil, cómodo, seguro
Recursos sociales	Apoyo social	Adecuados, accesibles
Recursos legales	Asesoramiento legal	Adecuado, confiable

SALIDAS	PROCESO DESTINATARIO	CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD
Informe de Ingreso	Proceso de Hospitalización	Informe completo y lo más detallado posible
Solicitud de pruebas analíticas	Laboratorio	Solicitud completa de serologías y análisis que se precisen
Solicitud de pruebas radiológicas	Servicio Radiología	Solicitud de las pruebas pertinentes
Muestras de Pruebas Judiciales	Laboratorio del Instituto de Medicina Legal y del Instituto Nacional de Toxicología	Recogida de forma adecuada Conservación y transporte en condiciones adecuadas para que no se deteriore
Parte de Lesiones y Documentación Legal	Juzgado de Guardia	Informe completo y lo más detallado posible
Solicitud de traslado por ambulancia	Servicio de Transporte Sanitario	Cumplimentación completa, legible
Solicitud de Forense	Proceso Judicial (Juzgado de Guardia)	Contacto rápido y agilidad en la resolución del trámite
Solicitud a Sistema de Servicios Sociales	Apoyo Social	Adecuado, completo y en tiempo

6

PROFESIONALES SANITARIOS QUE INTERVIENEN

PERFIL	TITULACIÓN, EXPERIENCIA	COMPETENCIAS REQUERIDAS
Médico/a de atención primaria Médico de Urgencias hospitalarias Ginecólogo/a	Licenciado/graduado en medicina. Especialista en Medicina familiar y comunitaria Especialista en Medicina familiar y comunitaria Especialista Sanitario en Ginecología y Obstetricia	Los/as profesionales de medicina que van a participar directamente en el desarrollo del proceso de PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRADA ANTE LAS AGRESIONES SEXUALES deberán disponer de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de su especialidad siendo necesario asegurar su competencia en el abordaje de la Violencia de Género y en Salud y Género: conocimiento de las estructuras sociales que favorecen la violencia de género y su prevención, consecuencias de la violencia de género y las agresiones sexuales en la salud. Conocimiento de cómo los condicionantes de género afectan a la salud, etc. Conocimiento de recursos para la atención a mujeres que sufren violencia de género y agresiones sexuales.
Psiquiatra	Licenciado en Medicina y especialista en Psiquiatría	-Todo lo anteriormente señalado para los/as profesionales de la medicina en relación a esta especialidad. -Conocimiento de las terapias psicológicas y farmacológicas con más evidencia científica en los casos de violencia de género y agresiones sexuales.
Psicólogo/a	Licenciado en Psicología	-Todo lo anteriormente indicado relacionándolo al ejercicio de la psicología. -Conocimiento de las terapias psicológicas con más evidencia científica en los casos de violencia de género y agresiones sexuales.
Médico forense	Licenciado/graduado en medicina.	Además de lo señalado anteriormente, competencia científico-técnica y sobre el diagnóstico médico-legal de lesiones, signos y síntomas biológicos y psiquiátricos de los delitos contra la libertad sexual, resultados de las pruebas toxicológicas, biológicas (ADN) y sobre las consecuencias de dichos diagnósticos en el procedimiento penal; competencia en bioética sobre los derechos y deberes del paciente y el Estatuto de la Víctima del Delito, confidencialidad.
Enfermería hospitalaria Enfermero/a de atención primaria	Diplomado universitario/ graduado en enfermería. Especialista Sanitario en enfermería familiar y comunitaria	Los/as profesionales de enfermería deberán disponer de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de su especialidad siendo necesario asegurar su competencia en Violencia de Género y en Salud y Género: conocimiento de las estructuras sociales que favorecen la violencia de género y su prevención, consecuencias de la violencia de género y las agresiones sexuales en la salud. Conocimiento de cómo los condicionantes de género afectan a la

Matrona	Diplomado universitario/ graduado en enfermería. Especialista en enfermería obstétrico-ginecológica	salud, etc. Conocimiento de recursos para la atención a mujeres que sufren violencia de género y agresiones sexuales.
Trabajador/a social sanitario atención primaria	Diplomado/graduado en trabajo social	<p>Los/as profesionales de trabajo social sanitario deberán disponer de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de su especialidad siendo necesario asegurar su competencia en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos sobre violencia de género y sus consecuencias para la salud. Conocimientos de Salud y Género. • Conocimiento de recursos para la atención a mujeres que sufren violencia de género y agresiones sexuales. • Conocimiento de los recursos asociativos y sus actividades de apoyo

7

RECURSOS NECESARIOS

RECURSOS DE EQUIPAMIENTO E INFRAESTRUCTURA	CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS
Consultas y equipamiento habituales para la atención sanitaria	Disponibles

RECURSOS MATERIALES	CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS
Kit para recogida de muestras legales durante la valoración inicial en urgencias del hospital.	Presente en todos los Institutos Forenses Ocasionalmente el médico forense puede precisar provisión de tubos por parte del hospital para muestras sanguíneas y frascos para muestras de orina.
Fármacos antirretrovirales y de prevención ITS (ceftriaxona, metronidazol, azitromicina, doxicilina, ...)	Monodosis en el hospital siempre que sea posible y si no se expedirá receta
Tratamiento preventivo embarazo (Levonorgestrel, Acetato de Ulipristal, DIU-Cu)	Administración, receta o colocación en el hospital
Test de prueba de embarazo	

SEGUIMIENTO DEL PROCESO

EQUIPO GESTOR DEL PROCESO			
<p>Es necesario designar un equipo gestor del proceso para coordinar la implantación de las actividades y el seguimiento con participación de profesionales de perfil ejecutivo y técnico de los ámbitos implicados: sanitario (Profesionales de AP y Urgencias Hospitalaria), social y judicial</p>			
INDICADORES			
MISION DEL PROCESO	INDICADOR	FUENTE	PERIODICIDAD DE REVISIÓN
Efectividad	<ul style="list-style-type: none"> % mujeres con IVE tras agresión sexual % personas que presentan secuelas psicológicas en seguimiento por apoyo psicológico de servicios sociales y sanitarios 	HCE-JIMENA HCE-MEDORA	Anual
Continuidad	<ul style="list-style-type: none"> % personas vistas en AP tras el alta hospitalaria por agresión sexual en 7 días % personas que han finalizado el seguimiento serológico programado 	HCE-JIMENA HCE-MEDORA	Anual
Adecuación	<ul style="list-style-type: none"> % personas evaluadas por Medicina Forense en el servicio de urgencias tras una agresión sexual Numero de servicios de urgencias que tienen implantado el proceso para la atención de las agresiones sexuales 	HCE-JIMENA HCE-MEDORA Documento protocolo	Anual
Seguridad	<ul style="list-style-type: none"> % personas que han sufrido agresión sexual con realización de parte de lesiones 	HCE-JIMENA HCE-MEDORA	Anual
Accesibilidad	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo desde llegada al hospital hasta primera atención médica 	HCE-JIMENA	Anual
Trato / Información	<ul style="list-style-type: none"> Quejas/agradecimientos recogidas por asociaciones o recursos sociales relacionadas con la información recibida 	Informe Asociaciones/Recursos Sociales	Anual

9

ANEXOS

[Anexo I. Resumen de buenas prácticas en la atención a las víctimas de agresión sexual](#)

[Anexo II. Distintas formas de presentación de una víctima de agresión sexual](#)

[Anexo III. Sumisión o Vulnerabilidad química](#)

[Anexo IV. Check List para guiar la anamnesis y recogida de muestras durante la atención inicial en urgencias](#)

[Anexo V. Valoración del estado psicológico agudo tras una agresión sexual](#)

[Anexo VI. Prevención de embarazo no deseado y Prevención de ITS](#)

[Anexo VII. Riesgos y efectos secundarios de los fármacos antirretrovirales](#)

[Anexo VIII. Seguimiento global de la mujer víctima de agresión sexual](#)

[Anexo IX. Recomendaciones para rellenar el parte de lesiones](#)

[Anexo X. Recomendaciones al alta para pacientes víctimas de agresión sexual](#)

[Anexo XI. Teléfonos y direcciones de contacto con forense/juzgado de guardia](#)

[Anexo XI. Información de recursos para la mujer en caso de agresión sexual](#)

[Anexo XII. Recomendaciones psicoterapéuticas en agresiones sexuales](#)

Anexo I. RESUMEN DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL

QUÉ HACER	QUÉ NO HACER
<ul style="list-style-type: none"> • Sospechar violación en ciertos motivos de consulta y no sólo cuando lo denuncian directamente • Tratar a la víctima con respeto y sensibilidad • Revisar los informes que trae la mujer para evitar preguntar sobre algo que ella ya haya tenido que responder • Ofrecer información y dar opciones realistas • Considerar globalmente todas las necesidades: médicas, psicológicas y forenses • Tener conocimiento de la información y los recursos sociales, etc. que pueden necesitar las víctimas • Recurrir a expertos/as en este tema si se necesita asesoramiento (en nuestro caso: fiscalía, juez/a de guardia, experto/a en violencia de género) • Elaborar una historia clínica completa y detallada • Pedir consentimiento e informar de todas las exploraciones que se van a hacer. Aclarar las dudas que pueda tener • Realizar correctamente el parte de lesiones y usar el esquema corporal para dibujar lesiones • Valorar la seguridad o riesgo de la víctima o terceras personas a su cargo • Autocuidado del/la profesional: estos casos tienen una gran carga emocional para los/as profesionales que los tratan 	<ul style="list-style-type: none"> • No indagar ante una situación de sospecha o entrar en pánico ante la confirmación • No creer a la víctima o mostrarse con frialdad • Volver a hacer contar los detalles de la agresión una y otra vez • Paternalismo • Sólo tener en cuenta lo aparente o superficial sin explorar en profundidad • Carecer de información y conocimiento de los recursos locales necesarios • Hacer las cosas sin consultar ni asesorarse cuando así sea necesario • Hacer una historia clínica incompleta, sin detalles que ayuden en caso de requerir información por el juzgado • Explorar sin avisar a la mujer de lo que se le va a hacer y sin asegurarse de que lo ha entendido • No realizar el parte de lesiones adecuadamente siguiendo los distintos apartados y dejar sin cubrir alguna información importante • No tomar medidas de seguridad necesarias para la víctimas o personas dependientes de ella • No tener en cuenta el impacto emocional que puede tener para el propio profesional la atención a este tipo de situaciones

Anexo II. DISTINTAS FORMAS DE PRESENTACIÓN DE UNA VÍCTIMA DE AGRESIÓN SEXUAL

- Directamente revela la agresión sexual
- Alteración del nivel conciencia con síntomas de intoxicación (etilica u otra) y aparece con ropa rasgada o sin ropa interior, etc. (sospecha de sumisión química ver [Anexo III](#))
- Petición de contracepción de emergencia
- Cribado de ITS
- Profilaxis postexposición VIH
- Embarazo no deseado, petición de IVE
- Víctima de violencia física, incluida la violencia de género
- Depresión, ansiedad, psicosis, dolor pélvico crónico, dispareunia, abuso de drogas y alcohol, autolesiones y suicidio.

Para una mujer puede ser muy difícil desvelar que ha sido violada. En los casos anteriores en que no es obvio, es aconsejable **investigar si sus relaciones sexuales han sido consentidas** para detectar una agresión sexual.

Anexo III. SUMISIÓN O VULNERABILIDAD QUÍMICA

Sumisión química se denomina a la “utilización de agentes químicos para manipular la voluntad de las personas o modificar su comportamiento con fines delictivos”. Normalmente serían sustancias psicoactivas que evitan que la víctima se encuentre en condiciones de prestar su consentimiento legal o de presentar resistencia a su atacante. También se habla de **vulnerabilidad química**: consumo voluntario de sustancias incapacitantes, que el agresor aprovecha para su beneficio. Algunos autores lo denominan sumisión o vulnerabilidad química (SVQ).

Es un problema de salud pública que se asocia frecuentemente a agresiones sexuales o abuso de menores. En los últimos años se está viendo un incremento de estos casos y por ello desde el ámbito sanitario debe conocerse para favorecer su detección que está por debajo de lo deseado ya que según los expertos se estima que hasta un 20-30% de las agresiones sexuales se producen por medio de la sumisión química, y apenas se denuncia el 20% de los casos de SVQ. Otro obstáculo importante en la investigación es que se produce una tardanza en la denuncia o en acudir a los servicios de salud con lo que se dificulta la recogida de muestras biológicas y la detección de sustancias implicadas en la sumisión química.

Sustancias implicadas: la principal es el alcohol etílico, seguido de benzodiacepinas (sobre todo flunitrazepan y alprazolam), hipnóticos (zolpidem), cannabinoides, analgésicos-anestésicos (ketamina, fentanilo, burundanga o escopolamina), barbitúricos, ácido gamma hidroxibutírico (GHB), disolventes orgánicos, drogas de abuso (opiáceos, cocaína y derivados anfetamínicos, LSD, otras), etc. Se utilizan mezclándolo en las bebidas o los alimentos.

Motivos por los que la mujer consulta por una posible agresión sexual por SVQ (ya que a veces ella misma no sabe con certeza lo que le ha sucedido) basada en Du Mont et al., 2009

- Recuerda que ha sido víctima de una agresión sexual
- Tiene sensación de que le ha sucedido algún hecho extraño de naturaleza sexual.
- Se ha despertado desnuda o con la ropa desarreglada
- Ha encontrado en su cuerpo fluidos (semen...) u objetos (preservativos...) inexplicados.
- Ha presentado lesiones o alteraciones que no se explica a nivel oral, anal o genital
- Se ha despertado al lado de un desconocido o en un lugar extraño
- Le han explicado que se encontraba en una situación extraña o comprometedor

Actuación: será la misma que en el resto de las agresiones sexuales teniendo en cuenta estos aspectos más específicos:

Anamnesis dirigida: motivo de consulta, consumo voluntario de medicamentos o tóxicos y **síntomas asociados** por los que hay que preguntar: amnesia parcial o completa, parálisis sin pérdida de conocimiento, pérdida de conocimiento, disartria y alteraciones en el habla, alteraciones visuales, somnolencia, confusión, resaca desproporcionada o síntomas no acordes con el consumo recordado, desinhibición, agitación o alucinaciones, alteración del juicio, mareo o vértigo, alteraciones de la motricidad o equilibrio, náuseas o vómitos, comportamiento inusual.

Pruebas Complementarias generales:

- Análisis de sangre con bioquímica (incluyendo perfil hepático y CPK), sistemático de sangre y estudio de coagulación. Se añadirán enzimas cardíacas si se sospecha daño miocárdico y una gasometría venosa si se considera necesario. Puede haber trastornos hidroelectrolíticos y rhabdólisis.
- Electrocardiograma: puede haber trastornos del ritmo, cardiopatía isquémica asociada o alteraciones de conducción intraventricular (prolongación QT por psicofármacos).
- Radiología simple: tórax y abdomen si presenta según dolor torácico y abdominal respectivamente y las que sean precisas por traumatismos asociados.
- Ecografía Abdominal: si dolor abdominal agudo
- TAC de cráneo: para descartar patología orgánica en: TCE moderado-grave, cuadro confusional agudo, alteración nivel de conciencia, focalidad neurológica, cefalea o fiebre sin otra causa.

Pruebas Toxicológicas: las sustancias empleadas para la SVQ son muy heterogéneas y con frecuencia indetectables porque algunas en 6-8 horas han desaparecido de los fluidos orgánicos o por no disponerse de los medios para detectarlas en los laboratorios asistenciales.

- Muestras biológicas:
 - o Sangre: Etanol .
 - o Orina: Tóxicos: Anfetaminas, benzodiacepinas, cannabis, cocaína, metadona y opiáceos. Es aconsejable tomarla en las primeras 6 horas. Se deben cursar dos muestras: una con fines asistenciales y otra con cadena de custodia con fines judiciales (de la que se hará cargo el médico forense)
 - o Cabello: distingue la exposición única de la crónica y pone en evidencia el tóxico que ya ha desaparecido en sangre y orina. La recogida la realizará el forense. Análisis del segmento proximal obtenido a las 3-5 semanas. Recoger en 2 supuestos:
 - pacientes que demandan atención urgente diferida (entre 1-6 semanas) y que la sangre y orina no sea rentable.
 - pacientes que acuden en la primera semana y existen dudas de si el paciente ha consumido previamente dichas sustancias.
 - o Parches de sudor: pueden llevarse durante 3-7 días después de la agresión.
 - o Se pueden enviar muestras no biológicas como alimentos o bebidas sospechosas, o la sustancia si se aporta.

Estas muestras se recogerán por el médico/a forense y deben ir acompañadas de una hoja de registro donde se recojan los datos de filiación y la historia clínica así como datos sobre el consumo de sustancias voluntaria o involuntariamente, antes o después de la agresión, así como la hora de obtención de las muestras.

De cara a una **correcta interpretación** de los resultados habrá que tener en cuenta por regla general que:

- Un resultado negativo no implica necesariamente que no se haya administrado ninguna sustancia química, sino que puede haber desaparecido del organismo por el tiempo transcurrido.
- Un resultado positivo apoya la sospecha de sumisión química, aunque habrá que tener en cuenta la anamnesis de la víctima y en general todos los informes realizados por los médicos y forenses implicados.

La cadena de custodia se realizará por el médico forense tras la toma de muestras.

Anexo IV. CHECK LIST PARA GUIAR LA ANAMNESIS Y RECOGIDA DE MUESTRAS DURANTE LA ATENCIÓN INICIAL EN URGENCIAS

1. Valoración General y del Riesgo Vital

2. Recogida muestras sanguíneas. Prueba de embarazo. Cribado serológico ITS

- Determinación del Grupo sanguíneo y Rh de la paciente.
- Prueba de embarazo (beta HCG)
- Hemograma completo y bioquímica general que incluya enzimas hepáticas y parámetros de función renal (especialmente si se va a iniciar profilaxis de VIH).
- Serología de Sífilis (específica), VIH, VHB y VHC

3. Exploración ginecológica, toma de muestras de interés legal y toma de muestras para cribado de Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS)

- Inspección vulvar: detallar heridas, contusiones, hematomas, consignando en su caso la no existencia de las mismas. En los casos de mujeres que no han tenido previamente relaciones, hay que hacer constar la posible existencia y localización de los desgarros himeneales, que ponen de manifiesto la existencia de penetración.
- Exploración vaginal, mediante espéculo lubricado en suero fisiológico, si es posible.
- Exploración ano-rectal, especialmente si refiere agresión anal.
- Tacto bimanual-ecografía, no se aconseja de manera sistemática salvo criterio clínico (dolor pélvico, movilización uterina dolorosa con espéculo en la exploración vaginal, imposibilidad de exploración vaginal)
- Las tomas dependerán del tipo de agresión, dando siempre prioridad a las tomas para detección de esperma.

LAS MUESTRAS RECOGIDAS EN LAS PRIMERAS 72 HORAS TIENEN UNA MAYOR VALIDEZ. Se pueden recoger muestras con validez forense hasta 7 en incluso 10 días después de la agresión dependiendo del tipo de agresión.

(Penetración vaginal hasta 7-10 días. Penetración bucal < de 24 horas, penetración anal hasta 3 días, penetración digital hasta 48 horas; manos de la víctima 2 a 7 días (si no se ha lavado), periné y genitales externos hasta 7 días si no se ha lavado)

Las muestras se rotularán con el nombre de la paciente, fecha y firma del médico. Las distintas muestras se introducirán en un sobre dirigido a medicina forense del Juzgado de Guardia.



A continuación se especifican las muestras periciales que es habitual recoger en una agresión sexual. Es aconsejable el Kit de agresiones del INTCF. **Es importante hacerlo en este orden:**

1. **Si penetración bucal:** Tomas bucales para la búsqueda de semen con dos hisopos estériles que se pasarán con cuidado por debajo de la lengua, alrededor de las encías, de los dientes y por el paladar. Son las primeras tomas en hacerse ya que en la boca los restos de semen pueden desaparecer con celeridad:
 - a. Toma con hisopo en seco por toda la boca, detrás de los incisivos y premolares y debajo de la lengua para investigación de esperma
 - b. Toma faríngea con hisopo seco para investigación de esperma. Los hisopos secos se guardarán en sus fundas sin incluirlos en ningún medio conservante.
 - c. 2 Tomas faríngeas con hisopo de algodón estéril para detección mediante PCR Gonococo y Clamidia

- d. Lavado bucal con suero fisiológico para investigación de esperma. Se utiliza 40ml de suero fisiológico, recogiendo normalmente 2 jeringuillas de 20 ml. El lavado se recogerá en tubo o bote estéril que pueda cerrarse herméticamente y se rotulará. Se mantendrá refrigerado (4-8°C).
2. **Ropas de la paciente** relacionadas con la supuesta agresión, colocando cada prenda en una bolsa independiente e identificada.
 3. **Toma de muestras en superficie corporal (de sangre, saliva, semen u otros fluidos corporales)** mediante hisopo estéril ligeramente humedecido con agua destilada. Se colocarán las muestras en un tubo, se rotularán con el nombre de la paciente, fecha y firma del médico, conservándolo a 4-8° C.
 4. **Peinado público** de la mujer (posible vello del agresor) sobre un papel blanco, enviándose tanto peine como papel.
 5. **Raspado de cara interior de las uñas** (posible piel del agresor) o se recortarán.
 6. **Si penetración vaginal:**
 - a. Toma vaginal, cervical y genitales externos con hisopo seco estéril. Se recomienda hacer la toma con al menos 2 hisopos por área. Se guardarán en sus fundas si incluirlos en ningún medio conservante.
 - b. 2 Tomas vaginales con hisopo en medio de cultivo para la detección de enfermedades de transmisión sexual: cultivo de bacterias (gonococo), hongos y Tricomonas
 - c. 2 Tomas endocervicales con hisopo de algodón estéril, previa limpieza exterior del cérvix con suero fisiológico usando torundas de algodón estériles, para la detección mediante PCR Gonococo y Clamidia
 - d. Toma endocervical con hisopo en medio de cultivo para la detección de ITS: gonococo
 - e. Toma endocervical para cultivo de herpes y virus (MTV) . Los dos se hacen con la misma muestra.
 - f. Lavado vaginal con suero fisiológico para investigación de esperma. El lavado se realiza con 40 ml de suero fisiológico, recogiendo normalmente 2 jeringuillas de 20 ml. El lavado se recogerá en tubo o bote estéril que pueda cerrarse herméticamente y se rotulará. Se mantendrá refrigerado (4-8°C).
 7. **En caso de penetración anal:**
 - a. Toma anal con hisopo en seco para investigación de esperma.
 - b. Toma anal con hisopo de algodón estéril para detección mediante PCR Gonococo, Micoplasma y Clamidia
 - c. Lavado anal con suero fisiológico para investigación de esperma. El lavado se realiza con 40 ml de suero fisiológico, recogiendo normalmente 2 jeringuillas de 20 ml. El lavado se recogerá en tubo o bote estéril que pueda cerrarse herméticamente y se rotulará. Se mantendrá refrigerado (4-8°C).

El cribado de ITS tiene interés sobre todo sanitario, pero puede tener también interés legal. **(RECORDAR QUE LAS TOMAS DEBEN HACERSE ANTES DE LOS LAVADOS)**

4. Prueba de tóxicos (orina, sangre y muestra de cabello).

- Muestra para fines sanitarios: orina con los tóxicos habituales de determinación hospitalaria
- Muestras para fines forenses: orina, sangre y muestra de cabello, que son remitidas al Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (INTCF)

Se garantizará la custodia de las muestras para envío a medicina legal cuando no acude el forense, según instrucciones del juzgado.

5. Valoración y Apoyo Psicológico [Anexo V](#)

Valorar el estado emocional de la víctima y ofrecerla apoyo psicológico.

Anexo V. VALORACIÓN DEL ESTADO PSICOLÓGICO AGUDO TRAS UNA AGRESIÓN SEXUAL

REACCIONES EMOCIONALES:

- Miedo, terror
- Desamparo, vulnerabilidad
- Sensación de pérdida de control
- Bloqueo emocional
- Vergüenza
- Incredulidad
- Desconcierto, confusión
- Culpabilidad
- Depresión, ansiedad, crisis de angustia
- Sensación de impotencia
- Desorientación
- Negación
- Ira, enfado
- Sensación de revivir la experiencia (flashbacks)

MANIFESTACIONES SOMÁTICAS:

- Temblor
- Sudoración
- Palidez
- Alteraciones respiratorias
- Alteraciones del aparato digestivo (nauseas, vómitos), alteración del apetito.
- Insomnio, pesadillas

ALTERACIONES COMPORTAMENTALES:

- Del habla: tartamudez, bloqueo del habla, mutismo, lenguaje confuso, verbalización excesiva
- Hiperactividad
- Actitud de hipervigilancia
- Pasividad
- Reacción de temor, mirada huidiza
- Explosión de enfado o rabia, sobresalto
- Desconfianza de personas del mismo sexo
- Temor al contacto físico. Desprecio por su propio cuerpo
- Trastornos de conducta, cambios de carácter aislamiento.

Anexo VI. PREVENCIÓN DE EMBARAZO NO DESEADO Y PREVENCIÓN DE ITS

PREVENCIÓN DE EMBARAZO. Debemos asegurar la prevención de la gestación en todos los casos de la manera más eficaz posible, aunque la probabilidad sea baja (3-6%).

Si la mujer no usa un método contraceptivo eficaz existen dos posibilidades de contracepción de urgencia:

- Si han transcurrido menos de 72 h cualquier método de anticoncepción de urgencia, el más recomendado: Levonorgestrel (LNG) 1500 µg (Postinor®), dosis única.
- Si han transcurrido entre 72 h- 5 días de la agresión: Acetato de Ulipristal 30 mg (Ellaone®), dosis única o DIU-Cu.

Por encima de los 5 días no hay ningún método que haya demostrado eficacia.

Evitar dar en la misma toma el tratamiento antibiótico y la contracepción. Si vómitos en menos de 3 horas tras toma de contracepción oral administrar nuevo comprimido.

PREVENCIÓN DE LAS ITS: *Sífilis, Gonococla, Clamidas, Tricomonas*

I. ADULTAS:

- La pauta recomendada por los CDC (ver guías 2015) es: CEFTRIAXONA 250, IM (dosis única) + AZITROMICINA 1 g. VO (dosis única)+ METRONIDAZOL 2 g. VO. (dosis única) o TINIDAZOL 2 g, VO (dosis única).
- Alérgicas a la beta-lactámicos: Azitromicina 2 g VO dosis única y/o una quinolona (ej. Levofloxacino 500 mg, en dosis única).
- En gestantes: Ceftriaxona 250 mg, IM + Azitromicina 1g v.o. dosis única

II. MENORES:

- En menores prepúberes, en general, no está recomendada la profilaxis antibiótica. Si es necesario cercionarse de tener completos los calendarios vacunales: hepatitis B, VPH, tétanos.

PREVENCIÓN DE LAS ITS: profilaxis al VHB

Serología VHB del agresor	Actuación ante la paciente		
	No vacunadas del VHB	Vacunación incompleta del VHB	Vacunación completa del VHB
Agresor HBs Ag (+)	1 dosis de IGHB + Serie completa de vacunación del VHB	1 dosis de gammglobulina antiHB + Completar vacunación del VHB	Administrar 1 dosis de recuerdo de la vacuna del VHB

Agresor desconocido	Serie completa de vacunación del VHB	Completar vacunación del VHB	No precisa PPE al VHB
Agresor HBsAg (-)	No precisa PPE al VHB		

Las pacientes con infección previa por VHB son inmunes y no precisan PPE

IGHB: Inmunoglobulina de la Hepatitis B. se debe administrar lo antes posible, preferiblemente en las primeras 24 horas. No demostrada eficacia después de 7 días de agresión sexual.

La primera dosis de la vacuna se debe administrar lo antes posible, preferiblemente en las primeras 24 horas. Se puede administrar a la vez que la IGHB en sitios separados (la vacuna siempre en músculo deltoides).

La población nacida a partir de 1984 está vacunada contra la Hepatitis B, si ha seguido el calendario vacunal

PREVENCIÓN DE LAS ITS: profilaxis VIH

Se seguirán las recomendaciones sobre profilaxis postexposición no ocupacional (PPENO):

Exposición no ocupacional (ENO): acto de exponer (se) una persona al contacto con fluidos potencialmente contaminados con VIH, VHB o VHC, fuera de situaciones ocupacionales o perinatales. Son fluidos potencialmente contaminantes: sangre, semen, secreciones vaginales, leche materna y secreciones rectales.

La probabilidad de transmisión del VIH va a depender del tipo de exposición, del estado virológico de la fuente, infectividad del individuo fuente, presencia de otras ITS o lesiones/heridas en el área genital expuesta.

Evaluación del riesgo. La *violación* es un acto sexual traumático que implica la posibilidad de laceración de la mucosa, aumentando el riesgo de transmisión del VIH. Se suele desconocer el estado virológico del agresor.

En general se estima un riesgo *entre mínimo-bajo*, salvo que se conozca que *el agresor es VIH (+) o pertenece a colectivos de riesgo, en cuyo caso se considera un riesgo apreciable-alto*.

El riesgo es mayor en caso de violación múltiple o repetida y si hubo eyaculación, y más aún en caso de penetración anal con eyaculación.

Recomendaciones sobre Profilaxis de VIH tras agresión sexual:

1. La decisión de realizar PPENO debe ser *individualizada* y ha de tomarse de forma *consensuada por el/la médico y la paciente*.
2. Consultar, en la *evaluación y decisión*, con el/la *especialista* de guardia de *Medicina Interna*

3. La PPENO ha de iniciarse lo más precozmente posible, preferentemente en las 2 primeras horas o por lo menos **antes de las seis horas desde la agresión**, y es tanto más efectiva cuanto antes se inicie. Se considera **ineficaz y, por tanto, se desaconseja cuando han transcurrido más de 72 horas desde la agresión**.
4. Si existen dudas sobre la indicación, se recomienda administrar de inmediato la primera dosis de PPENO y decidir posteriormente si se continúa o no. Los hospitales han de tener fácilmente disponible una selección de fármacos antirretrovirales para comenzar la profilaxis.
5. Antes de iniciar la PPENO, y sin que suponga retraso, se deben realizar todos los estudios analíticos descritos anteriormente.
6. La paciente debe firmar un Consentimiento Informado.
7. Se aconseja que la duración del tratamiento sea de 4 semanas.
8. Se ha de informar a la mujer sobre el cuadro clínico de la primoinfección por VIH (Síndrome retroviral agudo) y se le indicará que consulte en caso de presentarlo.
9. Si se inicia PPENO, la adherencia al tratamiento es un reto importante. La educación de las pacientes sobre su importancia, los posibles efectos adversos (ver [Anexo VII](#)) y permitir un acceso fácil al clínico para resolver dudas, son aspectos fundamentales para favorecer la adherencia.

Indicaciones sobre PPENO

1. Se *recomienda* cuando se haya producido penetración vaginal y/o anal, especialmente si es con eyaculación.
2. Se *puede considerar* en las siguientes circunstancias: sexo oral con o sin eyaculación, eyaculación en los ojos o en piel con integridad comprometida (eccema, dermatitis, laceración, herida abierta)
3. *No indicada*: agresiones con riesgo mínimo.

Pauta de fármacos antirretrovirales para la PPENO

PAUTA DE ELECCIÓN	Emtricitabina 200 mg / Tenofovir disoproxil 300 mg 1 comp. diario, preferentemente con alimentos + Raltegravir 600 mg 2 comp. diarios, con o sin alimentos	
ALTERNATIVA DE ELECCIÓN	Emtricitabina 200 mg / Tenofovir disoproxil 300 mg 1 comp. diario, preferentemente con alimentos + Darunavir 800 mg / Cobicistat 150 mg diario 1 comp. diario, con alimentos	28 días

<p>PAUTA ALTERNATIVA si no se quiere usar Tenofovir (por ejemplo en personas con enfermedad renal)</p>	<p>Zidovudina 300 mg / Lamivudina 150 mg 1 comprimido dos veces al día con o sin alimentos + Darunavir 800 mg / Cobicistat 150 mg diario 1 comp. diario, con alimentos</p>	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

TRUVADA ® (Emtricitabina + Tenofovir) 1 comp. diario
 ISENTRESS 400 ® (Raltegravir) 1 comp. cada 12 horas
 COMBIVIR ® (Zidovudina/Lamivudina (ZDV/3TC) coformulados 1 comp. cada 12 horas
 REZOLSTA ® Darunavir 800 mg /Cobicistat 150 mg 1 comp. diario

Recomendaciones durante la PPENO y el seguimiento

Se recomienda la abstinencia sexual los primeros 7 días, y el uso del preservativo hasta finalizar las profilaxis y/o estudios y suspender la lactancia si es el caso.

Para el seguimiento de la PPENO se debería realizar una interconsulta a la consulta de Enfermedades Infecciosas

Se recomienda una pauta de 28 días de duración del tratamiento para la PPE.

Se recomienda una re-evaluación sobre adherencia y toxicidades 24-48 horas, de iniciar la PPE por su médico de familia, que si precisa se pondrá en contacto con el médico internista.

Los fármacos antirretrovirales pueden ser incompatibles con otros medicamentos, por lo que se han de investigar todos los medicamentos que está tomando.

Si hay intoxicación etílica tanto el metronidazol como el tinidazol deben retrasarse.

Anexo VII. RIESGOS Y EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS FÁRMACOS ANTIRRETROVIRALES

Todos los fármacos antirretrovirales pueden producir toxicidad a corto plazo, aunque las pautas actuales de primera elección presentan muy buena tolerancia y escasas interacciones. Los principales efectos secundarios que pueden aparecer durante la PPENO son:

- *Emtricitabina*: náuseas, vómitos, diarrea, cefaleas, erupción cutánea e hiperpigmentación.
- *Tenofovir*: náuseas, vómitos, diarrea, cefaleas, flatulencia y raramente alteraciones renales.
- *Raltegravir*: diarrea, náuseas, vómitos, dolor de estómago, debilidad, cansancio, dolor de cabeza, mareos, insomnio.
- *Zidovudina (AZT)*: cansancio, náuseas, vómitos, dolor abdominal, insomnio, cefaleas, mareos, mialgias y rara vez anemia o leucopenia.
- *Lamivudina (3TC)*: dolor abdominal, náuseas, diarrea, erupciones cutáneas, y raramente pancreatitis.
- *Darunavir*: dolor de cabeza, vómitos, diarrea, dolor de estómago, estreñimiento, puede causar trastornos hepáticos y graves reacciones cutáneas.

Hay pocos datos sobre posible toxicidad a largo plazo en las pautas PPENO. Si la PPENO está indicada los beneficios superarán los riesgos potenciales.

Anexo VIII. SEGUIMIENTO GLOBAL DE LA MUJER VÍCTIMA DE AGRESIÓN SEXUAL

Cuadro de seguimiento postagresión sexual:

	24-48 horas	48-72 horas	10 días	15 días	4-6 semanas	12-16 semanas	6 meses
Seguimiento ITS (cultivos y serologías)			Medicina de Familia y Matrona/Ginecología		Medicina Familia y Matrona/Ginecología		Medicina Familia y Matrona/Ginecología
Seguimiento profilaxis antirretroviral	Medicina de Familia (efectos adversos, adherencia)			Medicina Familia/ Medicina Interna		Medicina Familia/ Medicina Interna	
Seguimiento psicológico	Medicina de Familia, apoyo emocional	Equipo de atención psicológica a víctimas/psiquiatría (con los controles que precise)	Medicina de Familia		Medicina Familia		Medicina Familia
Seguimiento forense	Seguimiento médico forense hasta 3-6 meses e incluso más si la evolución de las lesiones físicas y/o psíquicas lo requiere						
Seguimiento social	Lo que sea preciso según el caso						

Control a las 24-48 horas (Medicina AP). Puede ser presencial, a domicilio o telefónicamente, según las necesidades de la mujer.

- Si está con tratamiento para profilaxis antirretroviral para valorar adherencia, efectos secundarios, dificultades...y contacto con Medicina Interna si es preciso.
- Valoración y apoyo emocional.

Control a las 48-72 horas por equipo de atención psicológica a víctimas (vía Sección Mujer si hay denuncia y si no vía CEAS)

Control los 10 días (Médico/a Atención primaria y Matrona o Ginecología)

- Revisar el estado de la Vacunación antitetánica y en caso necesario ponerla.
- Valorar los resultados de las pruebas realizadas en Urgencias, que determinan la conducta posterior:
 - Gonococos y Clamidias:
 - Negativos. Repetir dos tomas endocervicales (y/o anales y/o faríngeas).

Positivos: Realizar tratamiento.

- Si β -HCG negativo en urgencias (se haya hecho o no contracepción de emergencia), preguntar si ha tenido la regla.
 - Si no regla nuevo control en 10-15 días con petición de β -HCG.
 - Si se confirma el embarazo, se informará a la mujer de la posibilidad de acogerse a la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo.
- Valorar el estado psicológico, teniendo en cuenta las fases por las que puede pasar una mujer víctima de violencia sexual. Preguntar cómo van las consultas con el/psiquiatra el/la psicólogo/a. En caso de que no haya acudido recordarle la existencia de los recursos específicos para apoyo psicológico.

Control a los 15 días (Médico/a Atención Primaria/Medicina Interna)

- Valorar la adherencia y posibles efectos adversos de los antirretrovirales y dar pauta hasta fin de tratamiento (4 semanas, en el caso de que no lo tuviera)

Control a las 4-6 semanas (Médico/a Atención primaria, Matrona y/o Ginecología)

- Valorar las pruebas complementarias realizadas a los 10 días.
- Repetir la serología de sífilis y VIH si fueron negativos previamente. Si VIH y/o sífilis: positivo, derivar a M. Interna
- Poner la segunda dosis de la Hepatitis B. No ponerla si los marcadores pedidos en urgencias indican que la mujer ya es portadora (HBsAg+) o que ha pasado una HB con anterioridad (AntiHBc+, AntiHBs+).
- Comprobar y actualizar el estado del cribado de cáncer de cérvix según protocolo de la Junta de Castilla y León.
- Valorar el estado psicológico en que se encuentra la mujer. Si está acudiendo a psicólogo/a preguntar cómo va. En caso de que no haya acudido, recordarle los recursos existentes.



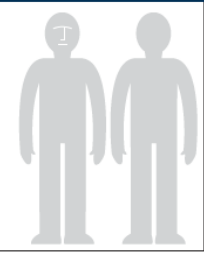
Control a las 12-16 semanas (Medicina Familia/Medicina Interna)

- Última serología VIH tras profilaxis.

Control a los 6 meses (Atención Primaria, Matrona y/o Ginecología)

- Repetir serología de VIH y sífilis si fue negativa.
- Realizar citología para descartar presencia de papilomavirus
- Pedir marcadores de Hepatitis B (HBsAg), para comprobar si a pesar de la vacunación la mujer se ha contagiado. Si HBsAg es negativo, poner la tercera dosis de la vacuna de hepatitis B.
- Valorar el estado psicológico en que se encuentra la mujer. Si está acudiendo a psicólogo/a preguntar cómo va. En caso de que no haya acudido recordarle los recursos existentes

Anexo IX. RECOMENDACIONES PARA RELLENAR EL PARTE DE LESIONES

 			
PARTE DE ASISTENCIA POR LESIONES			
1. DATOS DEL CENTRO			
Nombre del centro			
Dirección			
Localidad	Provincia C.P. Teléfono		
2. DATOS DE LA PERSONA LESIONADA			
Apellido 1	Apellido 2	Nombre	Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
Dirección		Teléfono	
Provincia	Municipio	C.P.	
Fecha de nacimiento		Lugar de nacimiento	
DNI	Nº de Historia Clínica y/o CPA (GP)		
3. FECHA Y HORA DE LA ASISTENCIA			
4. CAUSA PRESUMIBLE DE LAS LESIONES			
<input type="checkbox"/> ACCIDENTE <input type="checkbox"/> Tráfico <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Otra (especificar)			
<input type="checkbox"/> VIOLENCIA DE GÉNERO			
<input type="checkbox"/> MALTRATO <input type="checkbox"/> Menores de edad <input type="checkbox"/> Personas mayores <input type="checkbox"/> Personas con discapacidad			
<input type="checkbox"/> AGRESIÓN <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Otra (especificar)			
<input type="checkbox"/> ANIMALES			
<input type="checkbox"/> INTOXICACIÓN			
<input type="checkbox"/> OTRAS CAUSAS (especificar)			
5. LESIONES QUE PRESENTA			
Tipo de lesiones / Localización / Data aproximada			
			
6. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS			
7. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA			
8. PLAN DE ACTUACIÓN			
Especificar si causa alta, queda ingresado, se deriva a otros recursos, precisa seguimiento, tratamiento			

CUMPLIMENTAR EN CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO // PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD			
9. HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA (según manifiesta la persona asistida)			
Fecha, hora y lugar de los hechos o del incidente:		Tipo de maltrato <input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Psíquico <input type="checkbox"/> Sexual	
¿Conoce a las personas agresoras? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No contesta		Nombre de las personas agresoras:	
Dirección de las personas agresoras		Teléfono	Relación con las personas agresoras <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
OTRAS PERSONAS LESIONADAS EN EL MISMO INCIDENTE			
Nombre y Apellidos:		Relación con la persona asistida	
TESTIGOS DEL INCIDENTE			
Nombre y Apellidos:			
Describir como han ocurrido los hechos utilizando si es posible las mismas palabras de la persona asistida:			
Estado emocional actual de la persona asistida:			
CUMPLIMENTAR SOLO EN CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO			
10. ANTECEDENTES PERSONALES DE INTERÉS EN RELACIÓN CON LAS LESIONES			
¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		¿Tiene trabajo remunerado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
¿Tiene alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		¿Tiene alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
¿Tiene personas menores o discapacitados a su cargo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		Nombre y Apellidos:	
Relación de parentesco:			
¿Acude sola? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Acompañada de:			
¿Ha sufrido agresiones anteriores? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Desde cuándo?			
¿Lo ha comunicado anteriormente en el centro de salud o en el hospital? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			
ANTECEDENTES CLÍNICOS DE INTERÉS			
11. CUMPLIMENTAR SOLO EN CASOS DE LESIONES A PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD			
La exploración es <input type="checkbox"/> compatible <input type="checkbox"/> incompatible con los hechos recogidos			
12. OBSERVACIONES			
13. DATOS PERSONALES DEL FACULTATIVO			
Nombre y Apellidos:		Firma	
Nº de colegiado:			
EMOIA SRA MAGISTRADO/A - JUJIZA DEL JUZGADO DE GUARDIA			

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DEL PARTE DE ASISTENCIA POR LESIONES

El parte de asistencia por lesiones es el documento que deben cumplimentar los médicos de todos los centros y servicios sanitarios de la Gerencia Regional de Salud para comunicar al Juzgado de Guardia la asistencia sanitaria prestada por lesiones de cualquier tipo.

El parte de asistencia por lesiones debe cumplimentarse informáticamente en el formulario disponible en el programa informático de registro de Historia Clínica Electrónica y en los casos que no esté disponible, en el modelo autocopiativo que se facilitará a todos los profesionales para su cumplimentación en bolígrafo, con letra clara y legible y sin tachaduras. Debe comprobarse que todas las copias son legibles. Si no se dispone de modelo basta su cumplimentación en un documento en blanco suscrito por el facultativo.

Los apartados que procedan deben de cumplimentarse en su totalidad según las siguientes instrucciones:

Apartado 1. Datos del centro y del personal sanitario

Se registrarán los datos del centro sanitario en el que se presta la asistencia: Centro de Salud, Punto de Atención Continuada (PAC) u Hospital. En el caso de Emergencias Sanitarias se registrará el nombre de la Unidad Medicalizada de Emergencias (UME) que realiza la asistencia. Incluir el nombre o código profesional de identificación del personal sanitario interviniente en la atención al paciente.

Apartado 2. Datos del paciente

Se consignarán los datos del paciente. Podrá utilizarse la etiqueta identificativa del paciente cuando la cumplimentación del documento se realice de forma manual siempre que esta incluya todos los datos requeridos en este apartado.

Apartado 3. Fecha y hora de la asistencia

Se usará el formato hh:mm para la hora y dd/mm/aaaa para la fecha.

Apartado 4. Causa presumible de las lesiones.

Deben tenerse en cuenta los siguientes conceptos:

- **Violencia de género:** todo acto de violencia física o psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las coacciones o la privación arbitraria de libertad ejercidas sobre la mujer **por parte de quién sea o haya sido su cónyuge**, o esté o haya estado ligado a ella por relaciones similares de afectividad, aún sin convivencia.
- **Maltrato a personas:** incluye los malos tratos físicos, psíquicos o sexuales. Se hará constar específicamente el maltrato a menores de edad, personas mayores y personas con discapacidad.
- **Agresión:** acción con violencia que incluye tanto las de índole físico como las de tipo verbal. Se hará constar específicamente en este apartado las **agresiones sexuales** no incluidas en la definición anterior de violencia de género.

- Otras causas: aquellas situaciones que no estén recogidas en los apartados relacionados anteriormente y precisen ser comunicados al Juzgado, como por ejemplo el fallecimiento por causa no natural. Se especificará la posible causa.

Apartado 5. Lesiones que presenta

Se describirán lo más detalladamente posible las lesiones que presenta el paciente (tipo, localización, tamaño, número, aspecto, data aproximada y otras características de interés) además de señalarse en las figuras disponibles.

ES IMPORTANTE REFLEJAR TAMBIÉN EL **ESTADO EMOCIONAL DE LA MUJER** EN EL MOMENTO DE LA EXPLORACIÓN Y SI SE LA HA ADMINISTRADO ALGUNA MEDICACION ANSIOLÍTICA O SE LA HA TRANQUILIZADO CON APOYO EMOCIONAL.

Apartado 6. Pruebas complementarias realizadas

Deben enumerarse las pruebas complementarias que se realicen.

Apartado 7. Impresión diagnóstica.

Se trata de un diagnóstico de presunción que se realiza en función de la anamnesis, exploración física y pruebas complementarias realizadas.

Apartado 8. Plan de Actuación.

Tras la atención es necesario registrar si la persona recibe el alta médica, precisa ingreso hospitalario, es derivada a otro servicio o centro sanitario, así como si precisa seguimiento o tratamiento.

Apartados 9 y 11.

Estos apartados, en los que se debe hacer constar todos los datos requeridos según las manifestaciones de la persona lesionada, SOLO se cumplimentarán en los casos de asistencia sanitaria cuya causa presumible sea violencia de género y cuando la persona que recibe asistencia sanitaria por lesiones se encuentre privada de libertad. Sólo en este último caso, se hará constar si la exploración es compatible o no con los hechos recogidos.

Apartado 10.

SOLO en los casos de violencia de género también es necesario consignar los antecedentes personales de interés en relación con las lesiones y si hay discapacidad física y mental.

La correcta cumplimentación de los datos recogidos, especialmente en los apartados 9 y 10, contribuye a aglizar las actuaciones judiciales y la adopción de las medidas legales necesarias en cada caso.

Los datos recogidos se registrarán por lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, garantizándose su confidencialidad, seguridad e integridad.

Anexo X. RECOMENDACIONES AL ALTA PARA PACIENTES VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL

Ésta es una hoja informativa que tiene como finalidad facilitarle los pasos a seguir una vez que se le da el alta en el Servicio de Urgencias y de lo que ha de hacer a partir de esta primera asistencia.

En el Servicio de Urgencias se le han administrado medicamentos y antibióticos para la prevención de enfermedades infecciosas y embarazo no deseado. Es muy importante que siga atentamente las instrucciones hasta acudir a la consulta donde se pautarán los demás tratamientos y se realizará el seguimiento.

Se recomienda que no mantenga relaciones sexuales hasta la siguiente valoración.

Si se confirma la gestación (haya usado o no contracepción de emergencia), sepa que puede interrumpir la gestación acogiéndose a Ley de Salud Sexual y Reproductiva e Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Si se le pautan medicamentos para prevenir la infección por VIH y está lactando hay que suspender la lactancia. Durante el seguimiento, sobre todo las primeras 6-12 semanas tras la agresión, es preciso que tome medidas para prevenir la posible transmisión del VIH y otras infecciones. Se recomienda la abstinencia sexual los primeros 7 días, y el uso del preservativo hasta finalizar las profilaxis y estudios.

Si presenta fiebre, malestar general o adenopatías, deberá consultarlo a su médico de familia.

Pregunte a su matrona o médico de Atención Primaria sobre la vacunación VPH según las recomendaciones de las sociedades científicas.

Entre las consecuencias psicológicas se encuentran el miedo, humillación, vergüenza, culpabilidad, insomnio, baja autoestima, depresión, ansiedad, temor, confusión, inquietud y desconfianza, abuso de sustancias y, entre otros, síndrome de estrés postraumático. Además si tiene pareja sus relaciones pueden verse afectadas, igual que sus relaciones sociales (de amistad, compañerismo, vecindad) y familiares.

Si siente alguno o varios de estos síntomas no dude en acudir a la consulta de atención primaria y pida cita para la **Unidad de Salud Mental** o acuda directamente a los **centros especializados** en violencia sexual que se le han facilitado.

Ante cualquier duda con la medicación, citas próximas, etc., no dude en contactar con el/la Trabajador/a Social de su Centro de Salud, que le gestionará las citas con los profesionales capaces de ayudarle.

No olvide que la agresión sexual es un delito y tiene derecho a denunciarlo. Si en algún momento cree estar en peligro llame al 112 o al Servicio de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia de Género en el 012, pida ayuda.

Anexo XI. INFORMACIÓN DE RECURSOS PARA LA MUJER EN CASO DE AGRESIÓN SEXUAL

Puede acudir siempre que necesite apoyo sanitario o social a los **Servicios Sanitarios**: Medicina, enfermería, trabajadora social y matrona de Atención Primaria, y en caso de emergencia médica llamar al 112 o acudir a los Servicios de Urgencias Hospitalarias.

Si usted quiere interponer denuncia, acuda a la **Comisaría de Policía Nacional**, a la **Guardia Civil** o al **Juzgado de Guardia**, una vez finalizada la asistencia sanitaria con su copia del Parte de Lesiones e Informe Médico que se le ha sido entregado en este Servicio de Urgencias.

Tiene derecho a **Atención Psicológica y Jurídica**

- En el **teléfono 016** el programa de Información y Asesoramiento Jurídico (24 horas, todos los días) y **012** Apoyo Psicológico (de lunes a viernes horario de 8 a 22 y sábado 10 a 15) gratuito a la mujer víctima de violencia de género y/o agresiones sexuales.
- **En el momento de interponer la denuncia, puede disponer de una atención psicológica urgente y de un asesoramiento y representación jurídica gratuita en todo el procedimiento penal.** Ambos servicios se pueden activar por Policía Nacional, Guardia Civil o Juzgado de Guardia.
- Si usted no ha puesto denuncia puede dirigirse a su **Centro de Acción Social (CEAS)** para solicitar estos servicios u otros apoyos sociales. Si necesita información sobre qué CEAS le corresponde, llame al 012.

Otros apoyos:

- El Ministerio de Justicia tiene implantados servicios de atención a través de las **Oficinas de Asistencia a Víctimas de delitos en los Juzgados**, con asesoría jurídica y psicológica.
- En caso de embarazo con dificultades sociales **Asociaciones de apoyo al embarazo en caso de dificultades sociales**: Red Madre, etc.
- Las **Asociaciones de asistencia a víctimas de violencia sexual**: ADAVAS Burgos, ADAVAS León, ADAVAS Salamanca y ADAVASYMT Valladolid conforman FEVIMI (Federación para la erradicación de la violencia contra las mujeres y la infancia):

Las cuatro asociaciones ofrecen gratuitamente los mismos servicios en su ámbito de actuación:

- **Tlfno. de información y urgencias (24 horas)** – Información sobre qué hacer ante las diferentes situaciones en las que se puede encontrar una víctima.

- **Asistencia jurídica** – Se ofrece asesoramiento a nivel legal sobre que hacer ante una agresión sexual. En el caso de que la víctima haya puesto denuncia, se ejerce la acusación particular en su nombre. La asociación está presente a lo largo de todo el proceso judicial, declaraciones, juicio, recursos...
- **Asistencia psicológica** – Terapias individualizadas para cualquier persona víctima de violencia sexual (mayores y menores de edad), independientemente de que haya puesto o no denuncia, y del tiempo que haya pasado desde que sufrió la agresión sexual.

<i>Nombre asociación</i>	<i>Dirección</i>	<i>Tlfn.</i>	<i>Pg. web – c. electrónico</i>	<i>Ámbito de actuación</i>
ADAVAS Burgos	Plaza Alonso Martínez, 7 ^a 3 ^a pta. Oficina 36 09003 Burgos	947 206 783	www.adavasburgos.es adavasburgos@hotmail.com	Provincias de Burgos y Soria
ADAVAS León	Gran Vía de S. Marcos 4 2 ^o dcha. 24002 León	987 230 062	www.adavas.org adavasleon@gmail.com	Provincia de León y norte de Zamora
ADAVAS Salamanca	Calle Corral de Villaverde, 1 5 ^o B. 37002 Salamanca	923 260 599	www.adavas-salamanca.org/ adavas@gmail.com	Provincias de Salamanca, Avila y sur de Zamora
ADAVASYMT Valladolid	Mirabel N ^o 44, 4 ^o C. 47010 Valladolid	983 350 023 606 792 398 (urgencias 24 h.)	www.adavasymt.org asociacion@adavasymt.es	Provincias de Valladolid, Palencia y Segovia

Anexo XII. RECOMENDACIONES PSICOTERAPÉUTICAS EN AGRESIONES SEXUALES

Aproximadamente un 80% de las mujeres que han sufrido una agresión sexual siguen presentando sintomatología psicológica al cabo de un año. Y sin embargo desafortunadamente muchas víctimas no buscan asesoramiento posterior, solo un 24-40% lo hacen. Esto, teniendo en cuenta que está demostrado el papel de la terapia y asesoramiento profesional en la recuperación de las mujeres.

En las Guías Clínicas de la OMS se recomienda*:

- Es muy importante que los profesionales que atienden a víctimas de agresión sexual tengan formación en el tema
- No se debe recurrir a las intervenciones psicológicas breves para revivir el incidente (“debriefing” psicológico)
- La evidencia aconseja **la terapia cognitivo-conductual o intervenciones de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares**, aplicada por profesionales de la salud con una buena comprensión de la violencia sexual contra la mujer, en casos de trastorno por estrés postraumático.
- Debido a la naturaleza especial de la agresión sexual hacia las mujeres la **terapia feminista o con enfoque de género** resulta interesante en estas pacientes. Reconoce la necesidad de establecer límites apropiados en las relaciones, promueve el empoderamiento y la autonomía de la víctima para pasar de víctima a superviviente. Trata la violación como un crimen con raíces sociales que por lo tanto no es un problema individual, con lo cual se reducen los sentimientos de culpa, vergüenza y baja autoestima.

En esta terapia a veces se prefiere el trabajo grupal especialmente para las personas que carecen o tienen poco apoyo social, ya que podría ofrecer los siguientes beneficios:

- ayuda a disminuir el aislamiento que muchas veces las supervivientes de agresión sexual sufren
- crea un ambiente de apoyo
- las supervivientes se pueden animar a compartir sus experiencias
- las ayuda a crear por sí mismas una red de apoyo

Esta experiencia grupal es especialmente de ayuda para las personas que carecen o tienen poco apoyo social.

La terapia individual por otro lado puede ser más beneficiosa en personas con problemas psicopatológicos preexistentes que podrían encontrar dificultades para adaptarse a un grupo.

- **FARMACOTERAPIA:** con prudencia en estos casos. Sólo cuando sea necesaria para la reducción de síntomas utilizando los fármacos más adecuados para cada caso.

* *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines. World Health Organization 2013*
Rape: How women, the community and the health sector respond. Sexual Violence Research Initiative. World Health Organization. 2007.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Violencia sexual (OMS 2002) “Todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo. La coacción puede abarcar una amplia gama de grados de uso de la fuerza. Además de la fuerza física, puede entrañar la intimidación psíquica, la extorsión u otras amenazas, como la de daño físico, la de despedir a la víctima del trabajo o de impedirle obtener el trabajo que busca. También puede ocurrir cuando la persona agredida no está en condiciones de dar su consentimiento, por ejemplo, porque está ebria, bajo los efectos de un estupefaciente o dormida o es mentalmente incapaz de comprender la situación”.

Agresión sexual*: cualquier acto contra la libertad sexual de otra persona, realizado con violencia o intimidación.

Abusos sexuales*: cualquier atentado contra la libertad sexual de otra persona, realizado sin violencia ni intimidación, pero sin que medie consentimiento. Son considerados abusos sexuales:

- Actos de carácter sexual con un menor de dieciséis años
- Sobre personas privadas de sentido o con trastorno mental, así como los que se cometan anulando la voluntad de la víctima mediante el uso de fármacos, drogas o cualquier otra sustancia natural o química idónea a tal efecto
- Consentimiento obtenido en situación de superioridad manifiesta

Acoso sexual*: solicitar favores sexuales, para sí o para un tercero, en el ámbito laboral, docente o de prestación de servicios, continuada o habitual, provocando con este comportamiento una situación objetiva y gravemente intimidatoria, hostil o humillante.

Violación*: agresión sexual con acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o la introducción de cualquier clase de objeto o miembros corporales por vía vaginal o anal.

Sumisión química: sería la “utilización de agentes químicos para manipular la voluntad de las personas o modificar su comportamiento con fines delictivos”. Ver [Anexo III](#).

* Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Revisión vigente desde 13 de Marzo de 2019.

BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA

- AEPCC-Guía: Vacunación selectiva frente al virus del papiloma humano en poblaciones de riesgo elevado. Coordinador: Campins, M. Autores: Alemany L., Bayas J.M., Borrueal N., Campins M., Castellsagué X., Curran A., Díaz de Heredia C., Martínez X., Moraga-Llop F.A, Torné A. Revisores-Editores: Torné A., del Pino M. Publicaciones AEPCC. 2016; pp: 1-46. ISBN 978-84-617-6553-9
- Alonso Llamazares, M. J. Protocolo anticoncepción de urgencia. Sociedad Española de Contracepción. 2019.
- Amnistía Internacional. Ya es hora de que me creas. Un sistema que cuestiona y desprotege a las víctimas. España 2018.
- British Columbia. Ministry of Public Safety and Solicitor General. Sexual Assault Victim Service Worker Handbook. 2007
- Centers for Disease Control and Prevention. 2015 Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines <https://www.cdc.gov/std/tg2015/sexual-assault.htm>.
- Comisión contra la violencia del Hospital Clínico San Carlos. Guía de Detección Clínica de la Sumisión Química. Hospital Clínico San Carlos. Marzo 2016
- Gerencia Regional de Salud Castilla y León. Guía clínica de atención sanitaria ante la violencia de género. 2017.
- Gobierno de Cantabria. Servicio Cántabro de Salud. "Protocolo de atención sanitaria a víctimas de agresiones/abusos sexuales". 2006.
- González Fernández, Jorge (Coordinador/a). Manual de Atención y valoración pericial en violencia sexual. Barcelona. España 2018
- Hospital Universitario materno-infantil de Canarias. "Protocolo de Atención a Mujeres Víctimas de Agresión Sexual en el Área de Salud de Gran Canaria".
- Hospital de Basurto. Protocolo de actuación ante las agresiones sexuales. 2009.
- Hospital Clínic de Barcelona Comissió de Violència intrafamiliar i de gènere. Guia assistencial de la violència sexual. 2012
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal modificada por la Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio. Revisión vigente desde 13 de Marzo de 2019.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

- Ley 13/2010, de 9 de diciembre, contra la Violencia de Género en Castilla y León.
- Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito.
- Lombardía J. Ginecología y Obstetricia. Manual de consulta rápida. Ed. Panamericana. 2007
- Martínez-Hernández y cols. Fundamentos de Ginecología (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia). Capítulo 18: Agresiones sexuales. 247-254.
- Ministry of Public Safety and Solicitor General. British Columbia. Sexual Assault Victim Service Worker Handbook. 2007
- Organización Panamericana de la Salud. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Panorama general. Washington,DC : OPS , 2013
- Sánchez Ramón, S., Herrero Velázquez, S. and Rivas Vilas, M. D. El médico de familia ante las agresiones sexuales, *Atencion Primaria*, 34(8), pp. 437–441. 2004
- Sociedad Española de Ginecología Y Obstetricia. Agresión Sexual. Protocolos Asistenciales de la SEGO. 2005
- Suárez Ramos et al. Protocolo andaluz de actuación sanitaria ante la violencia de género. Guías Rápidas. 2019.
- World Health Organization. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence WHO/RHR/14.26 A clinical handbook. 2014
- World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines. 2013
- World Health Organization. Rape: How women, the community and the health sector respond. Sexual Violence Research Initiative. 2007
- World Health Organization. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. 2003
- Xifró A. y Grupo de Investigación en Sumisión Química del Instituto de Medicina Legal de Cataluña. Sumisión química: guía de actuación médico-forense. *Rev Esp Med Legal* 2014; 39 (1): 32-36