



VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES



PROTOCOLO DE ATENCIÓN SANITARIA A VÍCTIMAS DE AGRESIONES/ABUSOS SEXUALES



GOBIERNO
de
CANTABRIA

CONSEJERÍA DE SANIDAD



SERVICIO
CANTABRO
DE SALUD



VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES



PROTOCOLO DE ATENCIÓN SANITARIA A VÍCTIMAS DE AGRESIONES/ABUSOS SEXUALES

Edita: Gobierno de Cantabria
Consejería de Sanidad
Dirección General de Salud Pública

Depósito Legal: SA-881-2007



COORDINACIÓN

Mar Sánchez Movellán Jefa de Sección de Programas.
Dirección General de Salud Pública

GRUPO DE TRABAJO

Enrique De la Puente Campano Jefe de Sección de Ginecología.
Hospital de Laredo

José Ramón De Miguel Sesmero Jefe de Servicio de Ginecología. H.U.
Marqués de Valdecilla

Ana Estébanez Ortega Trabajadora Social. COF. La Cagiga

José Estevez Tesouro Jefe de Sección de Ginecología.
Hospital de Sierrallana

M^a Concepción Freijo Martin Pediatra. H.U. Marqués de Valdecilla

Pilar Guillen Navarro Médica Forense. Directora del Instituto
de Medicina Legal de Cantabria

Concepción Sastre García Médica de Familia. Zona de Salud
Maruca

M^a Luisa Toca Gutiérrez Supervisora de Enfermería. Servicio
de Urgencias. H.U. Marqués de
Valdecilla

ORGANISMOS O INSTITUCIONES CON LOS QUE SE HA CONSENSUADO EL DOCUMENTO

Delegación del Gobierno en Cantabria Como responsable de los Cuerpos y
Fuerzas de Seguridad del Estado

**Tribunal Superior de Justicia de
Cantabria**

**Dirección General de la Mujer del
Gobierno de Cantabria** Como organismo con competencias en
materia de violencia contra las mujeres

**CAVAS (Centro de Asistencia a Víctimas
de Agresiones Sexuales)** Como representante de víctimas

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
ASPECTOS GENERALES	9
PROTOCOLO GENERAL DE ACTUACIÓN	13
1 - Recepción y acogida	17
2 - Actuación clínica	18
2.1 - Anamnesis	18
2.2 - Valoración del estado psicológico	19
2.3 - Exploración física	19
2.4 - Exámenes de laboratorio	20
2.5 - Tratamiento	22
2.5.1 - Profilaxis de ETS	22
2.5.2 - Profilaxis antitetánica	23
2.5.3 - Profilaxis de embarazo	23
2.5.4 - Apoyo psicológico	24
2.6 - Criterios de hospitalización	24
3 - Cumplimentación del Parte de Lesiones	24
4 - Actuaciones e información al alta	26
5 - Seguimiento y controles posteriores	28
ANEXO I (Parte de Lesiones)	29
BIBLIOGRAFÍA	33

INTRODUCCIÓN

La Naciones Unidas reconocieron en 1976 que la violencia que se ejerce sobre las mujeres es el atentado contra los derechos humanos más frecuente y menos conocido del mundo. La violencia puede producirse por agresión física, psíquica o sexual; aunque en muchos casos estos tres tipos de violencia van unidos.

Por violencia sexual se entiende cualquier acto de naturaleza sexual realizado sin consentimiento de la mujer, con independencia de que el agresor guarde o no relación conyugal, de pareja, afectiva o de parentesco con la misma.

Desconocemos de forma precisa la magnitud del problema en nuestro medio, aunque según los datos oficiales del Instituto de la Mujer (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) durante el año 2005 se realizaron en España 7.207 denuncias por delitos conocidos de abuso, acoso y agresión sexual, de los cuales 94 correspondieron a nuestra Comunidad. Si tenemos en cuenta que solo se denuncian aproximadamente el 50% de los casos que demandan asistencia, podemos deducir con toda seguridad que el número real de casos es mucho mayor.

En el “Centro de Asistencia e Información a Víctimas de Violencia de Género” del Gobierno de Cantabria, centro de referencia en nuestra Comunidad, se atendieron durante el año 2005, 54 nuevas consultas en el área de agresión, abuso y acoso sexual, con las siguientes características:

- El 98% de las personas atendidas fueron mujeres.
- El 65% de las mujeres atendidas eran menores de 30 años y un 26% eran menores de edad.
- En el 52% de las personas atendidas, la agresión o el abuso sexual era actual. En un 22% habían sido agredidas cuando eran menores.
- El 44% de las personas habían sufrido agresiones o abusos sexuales de manera reiterada en el tiempo.
- El 72% de los agresores eran personas conocidas de la víctima.
- Cuando el agresor era conocido, en la mitad de los casos era un familiar de la víctima, sobre todo en el caso de menores de edad.
- Dentro de los agresores familiares, es el padre o pareja de la madre el más frecuente (50%).
- En la mitad de las ocasiones las agresiones se producen en el domicilio, ya sea del agresor, de la víctima o de ambos (44%).

La violencia sexual puede provocar daños a corto y largo plazo en el bienestar físico, psíquico y social de la mujer, impidiendo o limitando la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos.

Aunque las formas de violencia sexual pueden ser muy diversas (Tabla I), el presente Protocolo establece la atención que debe prestarse desde los servicios sanitarios a una persona que sufre una **violación** en el contexto de una **agresión** o **abuso sexual**,

ya que esta situación precisa de una actuación específica y urgente por parte de los servicios sanitarios, así como de su coordinación con el estamento judicial, debido a que la persona que lo sufre es fuente de indicios, datos, huellas, de signos de violencia impresos en su cuerpo, en sus ropas y en su estado psíquico, que es necesario analizar. La coordinación de estos dos estamentos (sanitario y judicial) evitará la repetición de pruebas y exploraciones innecesarias, o la interferencia en la recogida de muestras.

El presente Protocolo se enmarca dentro de las estrategias del *Plan de Actuación: Salud para las Mujeres (2004-2007)*, dirigidas a reducir los riesgos para la salud de las mujeres debidos a la violencia de género y supone la actualización del Protocolo original puesto en marcha en nuestra Comunidad en el año 1993.

Se enmarca igualmente, en la Ley de Cantabria 1/2004, *Integral para la Prevención de la Violencia contra las Mujeres y la Protección a sus Víctimas*, donde se establece la necesidad de contemplar pautas uniformes de actuación sanitaria en materia de violencia de género, entre las que se encuentra la agresión y el abuso sexual.

FORMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Violencia sexual que no implica contacto corporal:

Exhibicionismo, forzar a ver material pornográfico, mensajes por correo telefónico, gestos y palabras obscenas, insultos sexistas, acoso sexual, proposiciones sexuales indeseadas, voyerismo.

Violencia sexual con contacto corporal:

- Tocamientos, caricias, masturbación, obligar a adoptar posturas que la mujer considera degradantes.
- Violación: Penetración con el órgano sexual por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de cualquier clase de objeto o miembros corporales por vía vaginal o anal.

Violencia contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres: Incluye cualquier actuación que restrinja a las mujeres el libre ejercicio de su derecho a la salud sexual y reproductiva, y por tanto que afecte a su libertad para disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos para su salud, así como de ejercer libremente su derecho a la maternidad.

Tráfico o utilización de personas con fines de explotación sexual, prostitución y comercio sexual.

Mutilación genital femenina.

TABLA I



ASPECTOS GENERALES

ASPECTOS GENERALES

DEFINICIONES

(Basadas en el Código Penal, Título VIII: Los Delitos Contra La Libertad e Indemnidad Sexuales. Capítulo I y II)

Agresión sexual: Cualquier atentado 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 o intimidación, pero sin que medie consentimiento.

Se consideran abusos sexuales no consentidos:

- Los que se ejecuten sobre menores de 13 años.
- Los que se ejecuten sobre personas que se hallen privadas de sentido o con trastorno mental.
- Cuando el consentimiento se obtenga prevaleciendo el responsable de una situación de superioridad manifiesta que coarte la libertad de la víctima.

Violación: Agresión sexual/abuso sexual consistente en la penetración con el órgano sexual por vía vaginal, anal o bucal, o la introducción de cualquier clase de objeto o miembros corporales por vía vaginal o anal.

REPERCUSIONES SOBRE LA SALUD

La violencia sexual provoca daños a corto y largo plazo en el bienestar físico, psíquico y social de la mujer, pudiendo impedir o limitar la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos. Los efectos sobre su salud estarán condicionados o agravados en función de una serie de variables que van a influir en la recuperación de la mujer:

- *Naturaleza de la agresión*: grado de violencia, lesiones causadas, tiempo de duración, lugar donde ocurrieron los hechos.
- *Características del agresor*: conocido de la mujer o desconocido, uno o más agresores.
- *Características personales*: historia de vida de la mujer, edad, etapa del ciclo vital en la que se encuentra, habilidades para afrontar situaciones difíciles.
- *Acogida y atención prestada en los servicios sanitarios*: el plan de acción planteado puede condicionar la respuesta colaboradora o de bloqueo inicial de la mujer y la repercusión posterior.
- *Respuesta del entorno familiar y social*: de creer y apoyar a la mujer o bien de cuestionar los hechos.

La violación constituye un traumatismo para la mujer a nivel físico, psicológico y social.

A nivel físico, pueden producirse lesiones debidas a la agresión directa o al forcejeo con el agresor, tanto a nivel genital como extragenital. A esto hay que añadir el riesgo de contagio de una enfermedad de transmisión sexual o de embarazo no deseado en el caso penetración vaginal.

A nivel psicológico, puede producirse un estado de crisis. El miedo es el tema dominante ya que la persona siente el ataque como una amenaza vital. Otros posibles sentimientos son la despersonalización, degradación, vergüenza, culpabilidad, humillación y rabia. La persona agredida pasa por las mismas fases que cualquier otra sometida a una crisis situacional. La fase inicial es la de shock y negación. Posteriormente hay un periodo de pseudoequilibrio en que la mujer racionaliza el acontecimiento e intenta evitar los pensamientos asociados con la agresión. Por último hay una fase de depresión, reacciones fóbicas y pesadillas. Toda esta sintomatología incluida dentro del trastorno de estrés postraumático, puede aparecer en un 32% de las mujeres que sufren este tipo de agresión.

A nivel social, si la mujer tiene pareja, sus relaciones pueden verse afectadas. Si se trata de una mujer sola puede temer nuevos ataques y sentir la necesidad de mudarse de casa, especialmente si la agresión se produjo en ella. Puede haber inquietud sobre a quién comunicar lo ocurrido, ya que se teme la pérdida del apoyo necesario por parte de familiares y amigos. Puede verse comprometido el empleo y las relaciones con los compañeros y compañeras de trabajo.

Algunas mujeres temen las represalias del agresor, o no quiere que otras personas se enteren de que han sido agredidas, por lo que no solicitan asistencia sanitaria.



PROTOCOLO GENERAL DE ACTUACIÓN

NIVEL DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA (SERVICIO DE URGENCIAS)

1- RECEPCIÓN Y ACOGIDA

2- ACTUACIÓN CLÍNICA

- Anamnesis
- Valoración del estado psicológico
- Exploración física
 - Exploración general
 - Exploración ginecológica
- Exámenes de laboratorio
 - Estudio cito-bacteriológico
 - Analítica de sangre
 - Toma de otras muestras
- Tratamiento
 - Profilaxis de ETS
 - Profilaxis antitetánica
 - Profilaxis de embarazo
 - Apoyo psicológico
- Criterios de hospitalización

3- CUMPLIMENTACIÓN DEL PARTE DE LESIONES

4- ACTUACIONES E INFORMACIÓN AL ALTA

NIVEL DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA (CONSULTAS - COF LA CAGIGA)

5- SEGUIMIENTO Y CONTROLES POSTERIORES

La mujer que ha sufrido una agresión sexual precisa de una atención y una asistencia adecuada e integral, en un ambiente capaz de preservar su intimidad. Se trata de una persona que ha vivido una situación de peligro para su supervivencia y sufrido un gran choque emocional, por ello se considera la violación como una urgencia sanitaria de atención especializada e implicación legal, por lo que debe ser atendida en el Servicio de Urgencias de Ginecología del Hospital de referencia. En el caso de menores de 14 años, la atención se realizará en el Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital de referencia.

El periodo de tiempo desde que sucede la agresión hasta que se realiza el reconocimiento, debe ser el mínimo posible, ya que transcurrido un lapso de tiempo más o menos largo pueden desaparecer algunos de los signos de la agresión.

La actitud del personal sanitario debe ser extremadamente respetuosa debido a la delicada situación en que se encuentra la mujer, las preguntas necesarias para el esclarecimiento de los hechos deben ser realizadas con máximo cuidado, utilizando un lenguaje adecuado a su edad y circunstancias.

1. Recepcion y acogida

La mujer será recibida por personal de enfermería en un espacio acogedor e independiente para que pueda estar sola o acompañada de la persona que desee. Se deberá esperar a que la mujer verbalice y narre los hechos, una pregunta puede inhibir la comunicación. Debemos manifestarle que es necesaria su colaboración para poder ayudarle.

A continuación se realizaran las siguientes actuaciones:

- Valoración de la situación física, psicológica y social (si la mujer viene acompañada por un familiar, amigo/amiga, pareja o bien acude sola).
- Escucha activa sin emitir juicios, con asentimientos verbales o de gestos.
- Explicar a la mujer las actuaciones que se van a realizar y la utilidad de cada procedimiento, pidiendo su consentimiento para realizarlas.
- Indicarle que NO debe lavarse ni cambiarse de ropa antes de la exploración. Tampoco debe beber ni orinar antes de serle tomadas las muestras.
- Prestar apoyo y acompañamiento durante todo el examen clínico, proporcionando un ambiente relajado y respetando su intimidad.
- Conocer si tiene o no intención de presentar una denuncia (en el caso de que no venga acompañada por Cuerpos o Fuerzas de Seguridad del Estado).

SUPUESTOS POSIBLES:

- **Quiere presentar denuncia:** Avisar al Juzgado de Guardia. Esto se puede realizar directamente o a través de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado más próximos al lugar de los hechos. La llamada al Juzgado de Guardia constituye la notificación de la existencia de un posible hecho delictivo y será el Juez o la Juez quien avise al Medico/a Forense para que acuda al hospital.
- **NO quiere presentar denuncia:** Explicarle los beneficios de la denuncia. Deberemos advertirle que aunque no presente denuncia, los servicios sanitarios estamos obligados a la notificación al juzgado de los hechos mediante un Parte de Lesiones. Dejar constancia en la Historia Clínica que no quiere presentar la denuncia.
- **NO se encuentra en condiciones de contestar:** Se actuará como en el caso de la mujer que quiere presentar la denuncia.

En el caso de menores: El personal de enfermería acompañará al menor a un espacio acogedor, en el que intentara crear un clima de confianza, para que se exprese sin miedo, para lo cual se aconseja separarle del adulto/a que le acompaña, dado que en ocasiones puede ser el responsable de la violencia que sufre.

En el caso de menores de 18 años, se debe avisar siempre al Juzgado de Guardia, bien directamente o a través de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, independientemente de que sus padres o tutores deseen o no presentar una denuncia.

2. Actuación clínica

El/la médico/a actuarán en presencia de un profesional de enfermería (procurando que al menos uno sea mujer) de forma amable, objetiva, sin prejuicios y sin prisas. Explicará la utilidad de las actuaciones que se van a realizar y permitirá a la mujer participar en la toma de decisiones, invitándola a preguntar lo que crea oportuno y asegurándose que comprende las explicaciones.

Siempre que haya puesto una denuncia o tenga intención de hacerlo, el reconocimiento debe realizarse conjuntamente por el /la Médico/a Clínico y el/la Médico/a Forense. De esta manera se evitara reconocimientos posteriores y se asegura la recogida adecuada de las muestras (Tabla II).

2.1- ANAMNESIS

Datos que deben figurar en la historia:

- Fecha, hora, lugar y circunstancias de la agresión. En la descripción de los hechos no se debe presuponer o interpretar, sino relatar escrupulosamente los mismos.
- Tipo de violencia sexual, incluidas penetración vaginal, anal u oral así como utilización de instrumentos.
- Si la mujer, tras la supuesta agresión y antes de la exploración se bañó, duchó, o efectuó irrigación vaginal, orinó, defecó, se cambió de ropa o tomó algún medicamento.
- Fecha de la última regla, hemorragia o secreción vaginal reciente, uso de anticonceptivos, momento de la última relación sexual voluntaria, y posibles enfermedades de transmisión sexual, alergias o tratamientos médicos.
- Posible consumo asociado de alcohol y drogas.
- Descartar posible embarazo preexistente, por si afecta al plan ulterior de tratamiento y seguimiento.

En el caso de que tenga entre 13 y 18 años de edad, la anamnesis se hará a la interesada a solas, solicitando su permiso para hablar con el padre, la madre o tutores.

En el caso de menores de 13 años de edad, la anamnesis se realizará también a solas, después de haber oído la versión de la madre, del padre, o de los tutores. Se debe tener siempre precaución, ya que alguno de ellos puede estar implicado en el abuso. Se utilizará un lenguaje sencillo y se transcribirá literalmente las palabras del menor, teniendo en cuenta que si es menor de 5 años y cuenta una historia de abusos, le hace altamente creíble. Muchas veces es el único dato con el que se cuenta al no haber en la mayoría de los casos lesiones físicas.

2.2- VALORACIÓN DEL ESTADO PSICOLÓGICO

- Manifestaciones somáticas:

- Temblor
- Sudoración
- Palidez
- Alteraciones respiratorias
- Alteraciones del aparato digestivo (nuseas/vomitos)
- Enuresis (en menores)

- Comportamiento verbal:

- Tartamudez
- Bloqueo del habla, confusión
- Mutismo
- Verbalización excesiva

- Alteraciones comportamentales:

- Hiperactividad
- Actitud de hipervigilancia
- Pasividad
- Ansiedad
- Reacciones de temor, mirada huidiza
- Sensación de vergüenza, sentimientos de culpa
- Vulnerabilidad o desamparo
- Explosión de enfado, rabia o sobresalto
- Desconfianza de personas del mismo sexo que el atacante
- Temor al contacto físico
- Trastornos de conducta, cambios de carácter, aislamiento

2.3- EXPLORACIÓN FÍSICA

- Exploración general (cabeza, tórax, abdomen, extremidades)

Detallar localización e importancia de lesiones (hematomas, equimosis, heridas, erosiones, señales de prehensión manual, etc.), bien por escrito o en esquema anatómico, consignando en su caso la no existencia de las mismas. Puede ser útil el uso de una cámara fotográfica instantánea, si la mujer lo autoriza y con medidas que impidan que pueda ser identificada (tapar el rostro, tapar los ojos, etc). Explorar también la boca en caso de contacto buco-genital.

- Exploración ginecológica

Incluye los siguientes apartados:

- Inspección vulvo-vaginal: Monte de Venus, vello púbico, labios mayores y menores, himen, carúnculas.
- Exploración de vagina y cuello uterino, mediante espejulo húmedo.
- Exploración de útero y anejos, a individualizar según el caso.
- Inspección de ano y periné.

Consignar la existencia o no de lesiones y sus características, bien a través de una descripción por escrito o bien utilizando esquema anatómico, puede ser útil el uso de cámara fotográfica instantánea, si la mujer lo autoriza.

2.4- EXÁMENES DE LABORATORIO

- Estudio cito-bacteriológico

Las tomas dependerán del tipo de violación que se haya sufrido. Se dará prioridad a las tomas de esperma.

Penetración vaginal

La toma se hará con espejulo lubricado con suero fisiológico.

- 1- Toma vaginal con hisopo en seco para esperma.
- 2- Toma vaginal con hisopo de algodón estéril para tricomonas.
- 3- Toma endocervical con hisopo de algodón estéril, previa limpieza exterior del cervix, para gonococos y clamydias.
- 4- Lavado vaginal con suero fisiológico para investigación de esperma. El lavado se realiza con aproximadamente 10 ml de suero fisiológico estéril y se recogerá en un bote o tubo estéril que pueda cerrarse herméticamente.

Penetración anal

- 1- Toma anal con hisopo en seco para investigación de esperma.
- 2- Toma anal con hisopo de algodón estéril para gonococos y clamydias.
- 3- Lavado anal con suero fisiológico estéril para investigación de esperma. El lavado se realiza con aproximadamente 10 ml de suero fisiológico estéril y se recogerá en un bote o tubo estéril que pueda cerrarse herméticamente.

Penetración bucal

- 1- Toma con hisopo en seco por toda la boca, especialmente por detrás de los incisivos y premolares, para investigar esperma.
- 2- Toma faríngea con hisopo en seco para investigar esperma.
- 3- Toma faríngea con hisopo de algodón estéril para gonococos y clamydias.
- 4- Lavado bucal con suero fisiológico estéril para la investigación de esperma. El lavado se realiza con aproximadamente 10 ml de suero fisiológico estéril y se recogerá en un bote o tubo estéril que pueda cerrarse herméticamente.

- **Analítica sanguínea**

- Serología luética.
- Serología de hepatitis B (HBsAg, AntiHBc, AntiHBs) (si no tiene vacunación previa).
- Serología VIH, previo consentimiento de la mujer.
- Beta- HCG (diagnóstico de embarazo).

- **Otras muestras**

Es imprescindible una correcta recogida de pruebas y muestras, la recopilación de las mismas se efectuará por el/la médico/a forense.

- Recogida de ropa rota o manchada de semen, sangre, etc. de la mujer relacionada con la supuesta agresión, colocando cada prenda en una bolsa independiente y rotulada.
- Pelos que pueden encontrarse adheridos a la víctima o en sus ropas.
- Recortes de limpieza de uñas (posible piel del agresor).
- Peinado púbico (posible vello del agresor).

En las muestras clínicas debe figurar la consulta del centro sanitario al que debe remitirse sus resultados, para su valoración en los controles de seguimiento posteriores.

Todas las muestras judiciales deben etiquetarse con el nombre del médico/a forense que las recoge, el de la mujer y fecha de la recogida, para su posterior envío al laboratorio de referencia del Ministerio de Justicia. Las muestras judiciales deberán mantenerse en la nevera que a tal efecto haya en el Servicio de Urgencias, hasta que el Juzgado envíe a la persona encargada de su recogida, quien portará la autorización correspondiente del Tribunal.

Finalizada la exploración y toma de muestras debe ofrecerse a la mujer la posibilidad de aseo.

2.5- TRATAMIENTO

El tratamiento debe dirigirse preferentemente a la profilaxis de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y de embarazo, así como el tratamiento de las lesiones y la prevención las secuelas psíquicas.

2.5.1- Profilaxis de ETS

Profilaxis de gonococia, clamidia, trichomonas y sífilis

ADULTAS:

Ceftriaxona (250 mgr i.m) monodosis, más *Metronidazol* monodosis (2gr oral) seguido de *Doxiciclina* (100 mg/12 horas) oral durante 7 días.

En alergia a betalactámicos: *Espectinomina* (2 gr i.m) añadiendo de igual forma *Metronidazol* (2 gr oral) seguido de *Doxiciclina* (100 mg/12 horas) oral durante 7 días.

En gestantes: *Azitromicina* (1gr oral) en monodosis ó *Eritromicina* (500 mg/6 horas) 7 días.

MENORES:

Ceftriaxona 125 mg i.m monodosis, *Metronidazol* 2 gr. monodosis y *Doxiciclina* 100 mg, via oral cada 12 horas durante 7 días o si son pequeños *Azitromicina* 20 mg/Kg (máximo 1 gr.) dosis única.

En alérgia a betalactamicos: *Azitromicina* 20 mg/Kg (máximo 1 gr.) durante 7 días.

Profilaxis VIH

Una vez realizada la toma de muestras, se debe hacer un lavado profuso de la vagina con suero fisiológico para retirar el semen y que esté el menor tiempo en contacto con la mucosa vaginal.

Valorar la posibilidad de derivar a la consulta de Enfermedades Infecciosas del Hospital de referencia, donde se valorará la terapia preventiva para HIV y se informará del riesgo/beneficio. El tiempo máximo del inicio de la terapia será de 48 horas, siendo más efectivo cuanto antes se indique.

Profilaxis de Hepatitis B

En el caso de que no tenga vacunación previa, se administra en urgencias una dosis de gammaglobulina antiHb y la primera dosis de vacuna de hepatitis B.

La población nacida a partir de 1984 está vacunada contra la hepatitis B, si ha seguido el calendario vacunal de nuestra Comunidad.

2.5.2- Profilaxis antitetánica

De acuerdo con las recomendaciones establecidas en el calendario vacunal vigente en nuestra Comunidad, su aplicación depende de la existencia de heridas de tipo inciso-contuso y de las características de las mismas, así como de la existencia de vacunación previa.

Antecedentes vacunales	Heridas limpias		Heridas sospechosas ^a	
	Td	Gamma-globulina	Td	Gamma-globulina
Desconocido o <3 dosis	Sí ^b	No	Sí ^b	Sí ^c
≥ 3 dosis	No, si han pasado ≤ 10 años Sí, si han pasado > 10 años	No	No, si han pasado ≤ 5 años Sí, si han pasado > 5 años o VIH +	No Sí, si VIH+ o inmuno-deficiencia.

a. Heridas contaminadas con polvo, heces, tierra y saliva, heridas punzantes, pérdida de tejido, aplastamientos, quemaduras, congelación, etc.

b. Comenzar o completar vacunación.

c. Dosis de gammaglobulina: 250 U.I. en niños/as, y 500 U.I. en adolescentes y adultos, en sitio distinto de la vacuna y con distinta jeringa. El Comité Asesor de Vacunaciones de la Asociación Española de Pediatría recomienda 500 U.I. también para los niños/as si han transcurrido más de 24 horas de la herida o lesión, si el riesgo de contaminación es elevado, y en las quemaduras.

2.5.3- Profilaxis de embarazo

Aunque la posibilidad de que ocurra un embarazo después de una agresión sexual con penetración vaginal es muy baja (3-6%), si esto sucede, las consecuencias son terribles, por lo que deberá realizarse en todos los casos la profilaxis de embarazo:

- Si han transcurrido menos de 72 horas de la agresión, se administrará Levonorgestrel, 1.5 mg en dosis única. Esta pauta se ha demostrado que proporciona un bajo porcentaje de embarazos (0,6-1,9%) y escasos efectos colaterales.
- Si han transcurrido entre 72 horas y menos de 5 días de la agresión, el procedimiento anterior no es eficaz y se debe proceder a la colocación de un DIU.

2.5.4- Apoyo psicológico

La afectación psicológica en una mujer víctima de violencia sexual suele ser importante tanto en la fase aguda como a largo plazo. En la fase aguda puede administrarse un ansiolítico si existe gran estado de ansiedad, así como ofrecer acompañamiento y apoyo a la mujer en todo momento.

Después del alta hospitalaria es aconsejable, que se realice una valoración psiquiátrica o psicológica con intervención específica para estas situaciones, para lo cual puede remitirse a la mujer a la Unidad de Salud Mental u otros recursos de la Comunidad (Tabla III) para una atención psicológica inmediata.

2.6- CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

Se ingresará a aquellas mujeres que presenten un importante daño físico genital o extragenital o grave deterioro psíquico.

3. Cumplimentación del Parte de Lesiones

Después de realizada toda la actuación clínica, el personal facultativo emitirá el **Parte de Lesiones** (Anexo I), que será remitido al Juzgado de Guardia. La realización del Parte de Lesiones es obligatorio, independientemente de que la mujer quiera o no presentar denuncia y deberá contemplar todos los aspectos recogidos en el Anexo I.

El Parte de Lesiones se realiza por triplicado, una copia se envía al Juzgado, otra permanece en la Historia Clínica y la otra debe ser entregada a la mujer.

El médico o médica forense realizará su informe específico para el Juzgado.

ACTUACIONES DE CADA PROFESIONAL

Actuaciones Médico/a Clínico

Actuaciones Médico/a Forense

Realizar la anamnesis y el examen clínico	Toma de muestras con hisopo de zonas o superficies corporales
Toma de muestras del aparato genital para ETS	En penetración oral, toma de muestras bucales para semen y lavado bucal
Petición de analítica sanguínea	En penetración vaginal, toma de muestras vaginales para semen y lavado vaginal
Tratamiento inmediato de las posibles lesiones físicas	En penetración anal, toma de muestras anales para semen y lavado anal
Tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual	Señalar la localización e importancia de las lesiones (fotografiar lesiones)
Profilaxis del embarazo	Recortes de limpieza de uñas de la paciente
Colaborar con el medico/a forense	Peinado púbico
Realización del Parte de Lesiones	<p>Recogida de la ropa de la paciente relacionada con la supuesta agresión, colocando cada prenda en una bolsa y rotularla</p> <p>Realización del Informe Médico Forense para el Juzgado</p>

TABLA II

4. Actuaciones e información al alta

Se le informará de los controles de seguimiento que se van a realizar tras el alta hospitalaria y la importancia de los mismos, así como del centro donde puede realizarlos. Asignándole, si es posible, la cita para la primera revisión.

Área de Salud	Revisiones posteriores
Santander	Centro Orientación Familiar La Cagiga
Laredo	Consultas H. Laredo
Torrelavega/Reinosa	Consultas H. Sierrallana

Se le remitirá, si lo desea, a la Unidad de Salud Mental correspondiente u otros recursos de la Comunidad (Tabla III) para recibir atención psicológica.

Se le informará de la existencia de recursos de la Comunidad donde pueden ofrecerle un abordaje integral. (Tabla III)

Puede ser necesario en algunos casos para salvaguardar su seguridad, contactar con los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, para acompañar a la mujer a presentar la denuncia o su domicilio, centro de acogida, etc.

RECURSOS COMUNITARIOS**RECURSOS ESPECÍFICOS PARA SITUACIONES URGENTES
(Servicio 24 horas)****- Servicio de Atención a la Familia (SAF) de la Policía Nacional**

Tel: 942 361081. Fax: 942361127. La atención urgente 24h. se presta a través del 091.

- Equipo de Atención a la Mujer y al Menor (EMUME) de la Guardia Civil

Tel: 942 321400, Ext:2320. FAX: 942 354110. La atención urgente 24h. se presta a través del 062 (Se tendrán en cuenta los teléfonos de la Guardia Civil de cada zona).

RECURSOS ESPECIFICOS**- Centro de Asistencia e Información a Víctimas de Violencia de Género del Gobierno de Cantabria. (Dirección General de la Mujer/Dirección General de Servicios Sociales)**

Tel: 942 214141

Area de trabajo específica sobre agresión sexual, abuso sexual y acoso sexual (Equipo Multidisciplinar: trabajo social, psicología, del derecho, sexología y psiquiatría)

RECURSOS GENERALES**- Dirección General de la Mujer. Consejería de Relaciones Institucionales y Asuntos Europeos. Gobierno de Cantabria**

Tel: 942 221433 / 942 222739

- CAVAS (Centro de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales).

Tel: 942 219500

- Colegio de Abogados/as de Cantabria.

Tel: 942 364700

TABLA III

5. Seguimiento y controles posteriores

Control a los 10 días:

- Valorar la evolución de las lesiones físicas que haya podido sufrir.
- Valoración de los resultados de las pruebas realizadas en el Servicio de Urgencias, de lo cual depende la actitud terapéutica posterior.
 - Repetir cultivo endocervical para descartar la presencia de gonococos y clamydias, si estos fueron negativos en Urgencias.
 - Determinación de B-HCG para confirmar la existencia o no de embarazo, si fue negativo en Urgencias. Si se confirma el embarazo, se informará a la mujer de la posibilidad de acogerse a la Ley de Interrupción del Embarazo (por el supuesto de violación), siempre que haya presentado la denuncia y se encuentre de menos de 12 semanas.
- Valorar nuevamente el estado psicológico, teniendo en cuenta las fases por las que puede pasar una mujer víctima de violencia sexual. Informar nuevamente de la existencia de los recursos específicos para apoyo psicológico, si no los ha utilizado ya.

Control 4-6 semanas:

- Valorar pruebas complementarias realizadas a los 10 días.
- Repetir cultivos si fueron negativos en el último control.
- Repetir serología de sífilis y HIV si fueron negativos previamente.
- Poner la segunda dosis de vacuna de hepatitis B.
NO ponerla si los marcadores pedidos en Urgencias indican que la mujer ya es portadora (HBsAg +) o que ha pasado la hepatitis B con anterioridad (AntiHBc +, AntiHBs +).
- Valoración del estado psicológico e informar de los recursos específicos, si lo desea.

Control a los 6 meses:

- Repetir serología VIH si fue negativa previamente.
- Realizar citología para descartar la presencia de papilomavirus.
- Pedir marcadores de la hepatitis B (HBsAg), para comprobar si a pesar de la vacunación la mujer se ha contagiado.
- Poner tercera dosis de vacuna de hepatitis B, si HBsAg es negativo.

Si alguna de las pruebas que fueron negativas en el Servicio de Urgencias, se positiviza en los controles de seguimiento, debemos comunicárselo a la mujer para que pueda adjuntarlo a la denuncia judicial, si ya la ha presentado.



ANEXO I

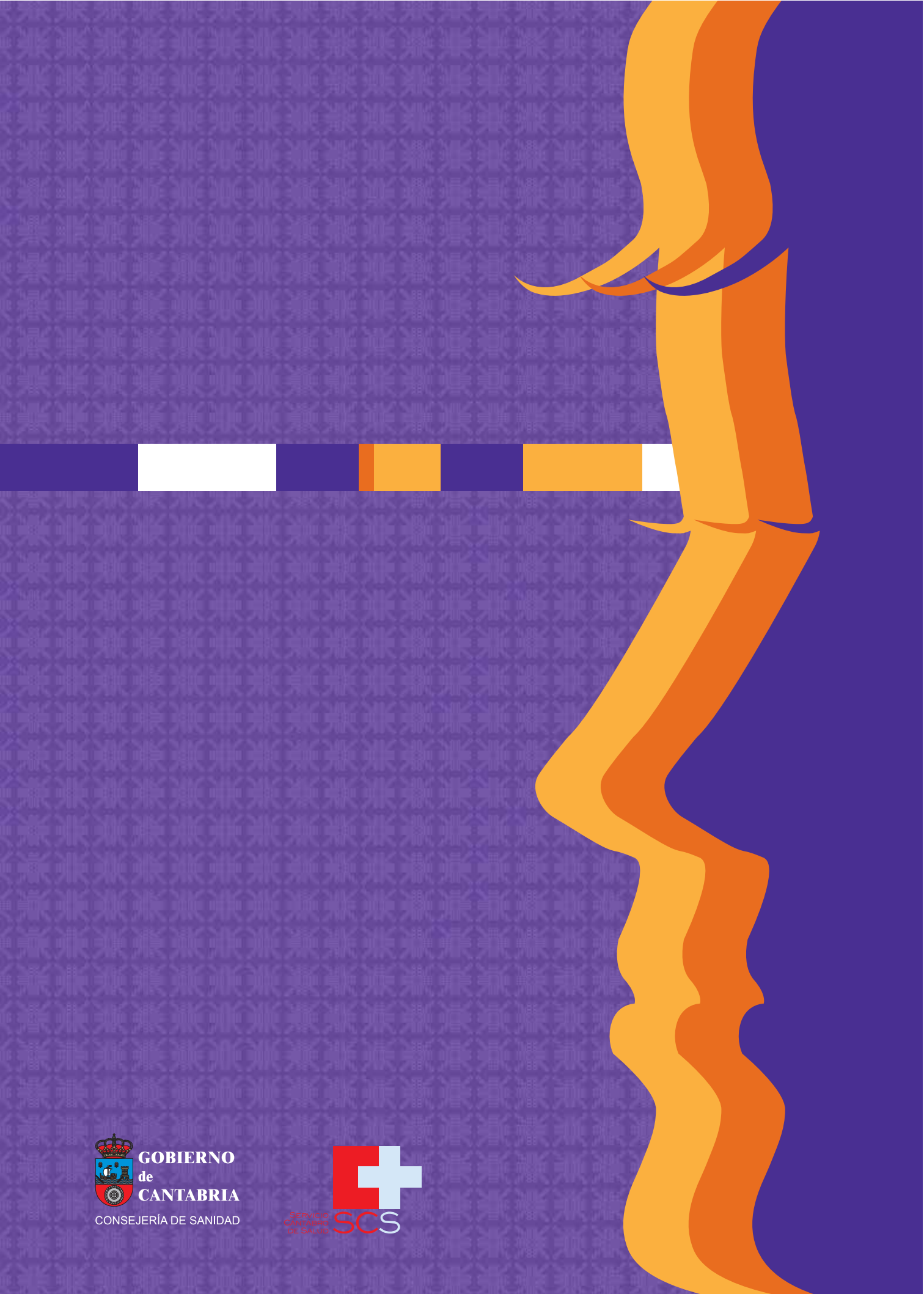


BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- BANI-SADR F, TEISSIERE F, CURIE I, BERNARD L, MELCHIOR JC, BRION F, DURIGON M, PERRONE C, DE TRUCHIS P. *Anti-infection prophylaxis after sexual assault. Experience of the Raymond Poincare-Garches Hospital*. Presse Med 2001; 30: 253-8.
- CAGIGAS ARRIAZU A. *Una década trabajando en la erradicación de la violencia de género en Cantabria (1993-2003)*. Santander, Asociación "Consuelo Berges". 2004.
- C.A.V.A.S. *Plan de coordinación para la asistencia inmediata a víctimas de agresiones sexuales*. Santander. 2000.
- COBO PLANA JA. *Manual de asistencia integral a las mujeres víctimas de agresión sexual. Formularios y guía de exploración y toma de muestras*. Ed. Masson. 1999
- DE LOS REYES PEÑA S; LERTXUNDI BARAÑANO R; HAYA PALAZUELOS J. *Abusos y agresiones sexuales*. En: Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos (capítulo. 29). Sociedad Española de Contracepción. 2001.
- DE MIGUEL JR. *Agresión sexual y violación*. En Usandizaga JA y de la Fuente P. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Volumen 2 (2ª ed), Mc Graw-Hill Interamericana;2004:595-601.
- DE MIGUEL JR; TOCA ML; ESTEBAN V; VALDOR C: La agresión sexual y violación como consulta ginecológica de urgencias: estudio 1986-1988. Toko-Gin Pract. 1990. 49.3:138-144
- DEPARTAMENTO DE BIENESTAR SOCIAL, DEPORTE Y JUVENTUD. INSTITUTO NAVARRO DE LA MUJER. GOBIERNO DE NAVARRA. *Acuerdo institucional para la atención integral a las víctimas de maltrato doméstico y/o agresiones sexuales. Protocolo de actuación*. 2002
- FONG C. *Post-exposure prophylaxis for HIV infection after sexual assault: when is it indicated?* Emerg Med J 2001; 18:242-5.
- GOBIERNO DE CANTABRIA. CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES. Programa de vacunaciones Cantabria 2005.
- GOBIERNO DE CANTABRIA. CONSEJERÍA DE RELACIONES INSTITUCIONALES Y ASUNTOS EUROPEOS. DIRECCIÓN GENERAL DE LA MUJER. *Informe de la ley integral para la prevención de la violencia contra las mujeres y la protección sus víctimas. abril 2004-2005*. 2005.
- GOSSET D, HEDOUIN V. *Sexual assaults*. Rev Prat 2002; 52:734-8.
- GUTIERREZ RUMAYOR B, GUTIERREZ CAMUS M. *17 Años de asistencia a víctimas de agresiones sexuales en Cantabria (1987-2003)*. CAVAS. 2005
- LETE A. *Acuerdo interinstitucional para la atención integral a las mujeres víctimas de maltrato doméstico y/o agresiones sexuales. Protocolo de actuación*. Pamplona, Instituto Navarro de la Mujer, 2002.

- LINET T, NIZARD J. *Constats de violences sexuelles: redaction d'un protocole d'accueil et mise en pratique*. Masson. Paris. J Gynecol Obstret Biol Reprod 2004; 33: 99-109.
- PARSONS L, ALLEN A. *Sexual Assault*. 2002; Obstetrics & Gynecology. Principles for practice, 552-61.
- PATEL M, MINSHALL L. *Management of sexual assault*. Emerg Med Clin North Am 2001; 19: 817-31.
- SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (PLAN ESTRATÉGICO). CONSEJERÍA DE SALUD. JUNTA DE ANDALUCÍA. *Atención sanitaria a mujeres víctimas de malos tratos*. 2001
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES: Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States. MMWR. Recommendations and Reports. Vol 54/RR-2/ 2005



GOBIERNO
de
CANTABRIA

CONSEJERÍA DE SANIDAD



SERVIJO
CANTABRIO
DE SALUD

SCS