

PROTOCOLO DE ATENCIÓN A MUJERES VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL



SECRETARÍA DE ESTADO
DE IGUALDAD
Y CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO
DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO



**Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad
Servicio Canario de la Salud
Dirección General de Programas Asistenciales**

Diciembre 2020

Depósito Legal:
GC364-2020

ISBN-978-84-16878-15-5

**Este protocolo se acompaña de una
guía rápida que sintetiza y facilita la
aplicación del mismo.**

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN
A MUJERES VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL**

Directora General de Programas Asistenciales

Elizabeth Hernández González

Coordinación

- **Rosa Del Valle Álvarez.** Técnica del Servicio de Atención Primaria. Dirección General de Programas Asistenciales.
- **María Dolores Amador Demetrio.** Técnica del Servicio de Atención Primaria. Dirección General de Programas Asistenciales.
- **Aythamy González Darias.** Técnica del Servicio de Atención Primaria. Dirección General de Programas Asistenciales.
- **María Victoria Moreno Portela.** Técnica del Servicio de Atención Especializada. Dirección General de Programas Asistenciales.

Grupo de trabajo

- **Juan Luis Alonso Jerez.** Jefe del Servicio de Urgencias. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife.
- **M^a Isabel Arduán Pérez.** Jefa de Sección de Ginecología y Obstetricia. Hospital Dr. José Molina Orosa. Lanzarote.
- **Margarita Arozena Abad.** Jefa del Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Tenerife.
- **Isidro Manuel Brito Hernández.** Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Nuestra Señora de Guadalupe. La Gomera.
- **Fernando Perfecto Conde Fernández.** Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Dr. José Molina Orosa. Lanzarote.
- **Elena Cortés Cros.** Jefa de Sección de Extrahospitalaria y Coordinadora con Atención Primaria. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil. Gran Canaria.
- **Ricardo Cortés Ocaría.** Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Insular Nuestra Señora de los Reyes. El Hierro.
- **Benancio José Delgado Delgado.** Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital General de la Palma.
- **Isaac Díaz Melián.** Jefe del Servicio de Urgencias. Hospital Insular Nuestra Señora de los Reyes. El Hierro.
- **Félix Felipe Díaz.** Jefe del Servicio de Urgencias. Hospital General de La Palma.
- **José Ángel García Hernández.** Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil. Gran Canaria.
- **Sebastián Hernández Vera.** Jefe del Servicio de Urgencias. Hospital Nuestra Señora de Guadalupe. La Gomera.
- **Antonio Martín Martín.** Jefe del Servicio de Urgencias. Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Tenerife.
- **Emilio José Martínez Coral.** Jefe del Servicio de Urgencias. Hospital Dr. José Molina Orosa. Lanzarote.

- **Javier Montalbo Fernández.** Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital General de Fuerteventura.
- **Erika Padrón Pérez.** Jefa del Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife.
- **Alberto Purriños González.** Jefe del Servicio de Urgencias. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil. Gran Canaria.
- **María Auxiliadora Ripoll Leria.** Jefa del Servicio de Urgencias. Hospital General de Fuerteventura.

Colaboraciones

Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales:

- **Natalia González Brito.** Responsable del Servicio de Salud Mental. Dirección General de Programas Asistenciales.
- **Juana Teresa Almeida Falcón.** Técnica del Servicio de Salud Mental. Dirección General de Programas Asistenciales.

Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses:

- **María José Meilán Ramos.** Directora del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Las Palmas.
- **Jesús María Vega González.** Director del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Santa Cruz de Tenerife.

Gerencia de Servicios para la Salud y la Seguridad del Gobierno de Canarias:

- **Elías Castro Feliciano.** Gerente de Servicios para la Salud y la Seguridad del Gobierno de Canarias.
- **Marcela Adriana Posca Maina.** Directora Territorial del SUC. Santa Cruz de Tenerife.
- **Luis Cabrera Peña.** Director Territorial del SUC. Las Palmas de Gran Canaria.
- **Elena María Suárez Pérez.** Servicio de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia (SAMVV).

Instituciones con las que se ha consensuado el documento

- **Consejería de Derechos Sociales, Igualdad, Diversidad y Juventud.** Viceconsejería de Igualdad y Diversidad.
- **Instituto Canario de Igualdad.**

Revisión de estilo y maquetación

Alejandrina Hernández Albertos. Auxiliar Administrativo. Servicio de Atención Primaria. Dirección General de Programas Asistenciales.

Índice

Presentaciones	9
1. Aspectos generales	15
1.1. Definición y clasificación	17
1.2. Magnitud del problema	18
1.3. Aspectos legales y éticos	20
1.4. Instrumentos de comunicación o notificación	21
2. Consecuencias en la salud	23
3. Protocolo de actuación	27
3.1. Ámbito de aplicación	29
3.2. Objetivos	29
3.3. Plan de actuación - algoritmo	30
3.4. Desarrollo de las actuaciones	32
Recepción - Acogida -Triage	32
Valoración inicial	33
Comunicación al 112	34
Anamnesis y exploración física ginecológica específica	35
Valoración del estado psico-emocional	37
Toma de muestras	38
Cumplimentación del parte de lesiones	40
3.5. Tratamiento	40
3.6. Alta y seguimiento	44
3.7. Circuito administrativo de documentos y citas	47
3.8. Indicadores	48
3.9. Recursos	50
4. Anexos	55
5. Bibliografía	71

La violencia de género constituye un grave atentado, directo e inmediato contra la dignidad, los derechos individuales, la calidad de vida y la salud integral de las mujeres, de sus hijos e hijas y de su entorno.

No es un fenómeno nuevo ni característico solo de nuestra sociedad. Es una terrible lacra social que debilita los pilares de nuestro sistema político y nuestra convivencia cotidiana y que se fundamenta en una consideración desigual y desequilibrada de las relaciones de poder entre hombres y mujeres, prejuicios sexistas y actitudes discriminatorias en los más variados aspectos.

Una de las formas frecuentes de violencia de género es la violencia sexual, ejercida a lo largo de la historia, tanto en tiempos de guerra como en tiempos de paz, para dominar, humillar y controlar a las mujeres invadiendo su cuerpo, su mente y su sexualidad.

Si bien acabar con la violencia contra las mujeres es responsabilidad de toda la sociedad, la Consejería de Sanidad, sensible y con firmeza ante este problema, no está dispuesta a dar un paso atrás y continúa lanzando el mensaje de «No estás sola, en los servicios sanitarios plantamos cara a la violencia».

Por ello, y como continuidad de la labor que ha venido desarrollando durante más de dos décadas el Servicio Canario de la Salud e impulsado por la Dirección General de Programas Asistenciales, se ha elaborado un Protocolo autonómico de atención a las víctimas de agresiones sexuales con violación. Si bien tiene como ámbito sanitario de aplicación los servicios de Urgencias y de Ginecología hospitalarios, conlleva la implicación y coordinación de los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses de ambas provincias, las salas del 112 —que ponen en marcha los recursos necesarios, como son las fuerzas y cuerpos de seguridad— y el Servicio de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia de Género; todo ello, para prestar una mejor atención y dar respuestas más eficientes.

Con este Protocolo se da cumplimiento, además, al compromiso adquirido en el Protocolo de Coordinación Interinstitucional para la Atención de las Víctimas de Violencia de Género en la Comunidad Autónoma Canaria (2018) y a las medidas sanitarias propuestas en el Pacto de Estado contra la Violencia de Género suscrito por el Gobierno de España y las comunidades autónomas.

Blas Gabriel Trujillo Oramas
Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la violencia de género como un problema de salud pública prioritario, que es además una violación de los derechos humanos. Se presenta de diferentes maneras y tiene lugar en múltiples espacios, y las agresiones sexuales son una de las formas de manifestarse. Según esta organización, una de cada tres mujeres en el mundo ha sufrido violencia física y/o sexual; no hay que olvidar tampoco que la violencia psíquica y emocional siempre está presente y deteriora la salud integral de quien la sufre y la de su entorno y afecta también al saludable desarrollo de la sociedad.

El Servicio Canario de la Salud, consciente de la necesidad de ofrecer una asistencia homogénea y coordinada a las mujeres víctimas de agresiones sexuales, adquiere el compromiso de facilitar a los y las profesionales una herramienta que permita un óptimo abordaje en la atención.

El **Protocolo de Atención a Mujeres Víctimas de Agresión Sexual** es el fruto del trabajo y la revisión de la evidencia científica, así como de la sensibilidad de un grupo de profesionales de diferentes ámbitos de nuestra Comunidad Autónoma, que refrendan el interés, la voluntad y el compromiso por mejorar la atención sanitaria en este problema de salud.

Muchas mujeres víctimas de este tipo de agresiones expresan en la mayoría de las ocasiones que son los y las profesionales sanitarios/as quienes, en su atención, les generan más confianza cuando se enfrentan a situaciones de esta naturaleza. De ahí el reconocimiento al importante papel que juega cada profesional que interviene en esta asistencia y la necesidad de disponer de herramientas que faciliten su trabajo.

Además del Protocolo, se dispone de una guía breve dirigida a la mujer tras una agresión sexual, que se entregará en el momento del alta hospitalaria y que pretende orientar y servir de guía y apoyo para la recuperación.

Quiero aprovechar la oportunidad que me brinda presentar este documento para transmitir mi felicitación y gratitud, no solo a quienes lo han elaborado, ejemplo de trabajo y de compromiso profesional con este problema de salud, sino también a todos/as aquellos y aquellas que van a ponerlo en práctica en su día a día.

Conrado Domínguez Trujillo
Director del Servicio Canario de la Salud

Las pautas de actuación ante las agresiones sexuales tienen determinadas particularidades que justifican que se aborden en un protocolo independiente, ya que requieren una actuación específica y urgente por parte de los servicios sanitarios, así como su coordinación con el sector judicial - Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

La atención a las mujeres mayores de 15 años víctimas de delitos contra la libertad sexual, concretamente agresión sexual con violación, se presta en el ámbito hospitalario del Servicio Canario de la Salud. Hay que tener en cuenta que los servicios de Urgencias hospitalarios son, en muchos casos, el primer contacto que tienen las mujeres que padecen este tipo de situaciones con el sistema sanitario. Asimismo, son los servicios que atienden los casos de mayor gravedad y complejidad.

El personal sanitario de Atención Primaria o de otro ámbito sanitario no hospitalario que atienda una agresión sexual con violación, salvo en supuestos de gravedad y riesgo vital que obliguen a un tratamiento médico inmediato, remitirá a la víctima lo más rápidamente posible al hospital de referencia, garantizando su traslado.

El documento que presentamos está basado en el Protocolo de Atención a Mujeres Víctimas de Agresión Sexual en el Área de Salud de Gran Canaria (Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil del Servicio Canario de la Salud, 2013), reconocido en 2015 como Buena Práctica por el Sistema Nacional de Salud (SNS) en el ámbito de la Estrategia de actuación frente a la violencia de género.

Además, se han revisado los protocolos existentes en el resto de los hospitales de la red asistencial del SCS, así como documentos existentes en otras comunidades autónomas y en el propio Sistema Nacional de Salud.

En el ámbito internacional, se ha consultado la herramienta de referencia de la Organización Mundial de la Salud: *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women* (2013), específicamente, a partir de la directriz tres: «Atención clínica a sobrevivientes de agresión sexual», con sus trece recomendaciones.

Confiamos en que este instrumento de trabajo guíe y oriente las actuaciones del gran número de profesionales que intervienen, facilitando la coordinación y aportando homogeneidad y eficacia a las mismas.

Elizabeth Hernández González
Directora General de Programas Asistenciales

1. ASPECTOS GENERALES

1.1.- DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

Las Naciones Unidas reconocieron en 1976 que la **violencia contra las mujeres y las niñas** es el atentado más habitual ejercido contra los derechos humanos, que afecta a un número cada vez mayor de personas y que es a la vez el menos conocido del mundo. Además, está presente en todas las sociedades, independientemente de su sistema político o económico. La violencia contra las mujeres no sabe de culturas, de clases sociales ni de etnias. Se manifiesta de diferentes maneras y tiene lugar en múltiples espacios, pero tiene una raíz única: la discriminación que sufren las mujeres por el mero hecho de serlo¹.

La violencia de género se define como «todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada». (Resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas de 1993).

Es la expresión más brutal de la desigualdad y del poder que ejercen los hombres sobre las mujeres, un problema que traspasa fronteras y que en la actualidad se hace presente en todos los países del mundo. Existen tres tipos de violencia de género: psicológica, física y sexual, si bien en la mayoría de los casos los tres 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». (OMS, 2002). Puede adoptar las siguientes formas^{1, 2, 3}:

- Violencia sexual que **no implica contacto corporal**: exhibicionismo, forzar a ver material pornográfico, mensajes por correo electrónico o telefónicos, 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 su derecho a la maternidad.

- **Tráfico o utilización de personas** con fines de explotación sexual, prostitución y comercio sexual.
- **Mutilación sexual femenina.**

De todas estas formas de violencia sexual, en este documento se aborda la **atención sanitaria a las víctimas de violación** dentro del contexto de agresiones sexuales. Habitualmente, este tipo de violencia, cuando se ejerce dentro de la pareja, suele permanecer oculta y su detección resulta más difícil.

En España, la Ley Orgánica 10/95, de 23 de noviembre, del Código Penal define los delitos contra la libertad e indemnidad sexuales, y entre ellos se incluye la **agresión sexual**, definida como cualquier atentado contra la libertad sexual de otra persona, realizado con violencia o intimidación.

En los últimos años ha cobrado especial protagonismo, por su asociación con las agresiones sexuales, la **sumisión química (SQ)**. Consiste en «la administración de sustancias psicoactivas a una persona sin su conocimiento con el fin de provocar una modificación de su grado de vigilancia, de su estado de consciencia y de su capacidad de juicio». La mayoría de las víctimas son mujeres jóvenes a las que el agresor administra una sustancia a fin de disminuir su resistencia al acto sexual^{4, 5, 6}.

1.2.- MAGNITUD DEL PROBLEMA

Como en otros tipos de violencia de género, la prevalencia real del problema se desconoce. Según el informe de la Macroencuesta 2019 de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (Ministerio de Igualdad), el **13,7 %** de las mujeres residentes en España de 16 o más años (2.802.914) han sufrido **violencia sexual por parte de** la pareja actual, parejas pasadas o personas con las que no han mantenido una relación de pareja en algún momento de su vida. Si se calcula el porcentaje sobre el total de mujeres que han tenido pareja, la **prevalencia** de la violencia sexual a lo largo de la vida sería del **9,2 %**.

Violencia sexual por parte de la pareja actual o pasada

El **8,9 %** refiere haber sufrido violencia sexual de alguna pareja actual o pasada en algún momento de su vida. Extrapolando esta cifra a la población, se estima que 1.810.948 mujeres residentes en España de 16 o más años han sufrido violencia sexual de alguna pareja o expareja a lo largo de su vida.

El porcentaje de mujeres de 16 o más años violadas en algún momento de su vida por parejas o exparejas es de **7,5**. Extrapolando las cifras, se estima que son 1.535.941 mujeres.

Violencia sexual fuera de la pareja

Del total de mujeres de 16 o más años residentes en España, el **6,5 %** han sufrido violencia sexual en algún momento de su vida de alguna persona con la que no mantienen ni han mantenido una relación de pareja. Extrapolando estas cifras a la población, se estima que son 1.322.052 mujeres.

Un **2,2 %** del total de mujeres de 16 o más años han sido violadas alguna vez en su vida.

El **21,6 %** de las mujeres que han sufrido violencia sexual fuera de la pareja refieren que el **agresor** fue un **familiar** hombre, el **49 %**, un **amigo o conocido** hombre y el **39,1 %** manifiestan que el agresor fue un hombre desconocido.

En relación al **grupo de edad**, las mujeres de 18 a 24 años son las que en mayor porcentaje afirman haber sufrido violencia sexual fuera del ámbito de la pareja (11,5 %), seguidas de las que tienen 16 y 17 años (9,3 %)⁷.

Otros datos.

Se estima que **cada año se cursan más de 8.000 denuncias por violencia sexual en nuestro país**. Según datos del Ministerio del Interior, en 2018 se registraron un total de 1.702 delitos conocidos de agresión sexual con penetración en España, 315 casos más con respecto a 2017, año en el que se registraron 1.387. Si se tiene en cuenta que, del número de hechos denunciados en 2017 por personas que manifiestan ser víctimas o perjudicadas con ocasión de alguna infracción penal —a lo que llamamos **victimizaciones**—, 9.537 fueron por algún tipo de agresión sexual, y de estos, 975 fueron agresiones sexuales con penetración, vemos que el número de denuncias es mucho menor que la prevalencia real, lo que es muy preocupante. En 2018, el 93,02 % de las victimizaciones por agresión sexual con penetración fueron de mujeres⁸.

Hay que considerar que las estadísticas oficiales no dan a conocer datos sobre las **agresiones sexuales múltiples**. En 2018 se registraron en geoviolenciasexual.com⁹ un total de 60 casos y 73 (13 más) en el año 2019.

Es conveniente destacar que en nuestro país aún no hay datos sobre la **incidencia** de la **sumisión química**, no porque no se produzca, sino porque nunca se ha investigado. No obstante, si los datos de otros países son extrapolables al nuestro, y teniendo en cuenta el elevado número de delitos conocidos de abuso, acoso y agresión sexual que hay cada año en España, es de esperar que los casos de sumisión química sean numerosos⁴.

En Canarias, atendiendo al **balance de criminalidad del Ministerio del Interior**⁸, los datos son especialmente preocupantes, puesto que la cifra de delitos contra la libertad sexual, y más concretamente de agresiones sexuales con penetración,

se ha visto incrementada de manera notable en los dos últimos ejercicios. En el acumulado enero-diciembre de los años 2017 y 2018, el número de delitos de agresiones sexuales con penetración es de 80 en 2017 y de 88 en 2018. Si analizamos estos datos por provincias, encontramos que el aumento de casos es superior en la provincia de Las Palmas para los dos años de estudio, 45 y 53 respectivamente, con un porcentaje de variabilidad de 17,8.

De los 88 delitos de agresiones sexuales con penetración registrados en 2018, 53 tuvieron lugar en la provincia de Las Palmas, 36 de ellos en Gran Canaria, 7 en Fuerteventura y 10 en Lanzarote. En la provincia de Santa Cruz de Tenerife se registraron 35 agresiones con penetración (igual número que en 2017), 32 de ellas en Tenerife, 2 en La Palma y 1 en La Gomera. No se registró ninguna en El Hierro⁸.

Aún no se encuentra disponible en el balance de criminalidad del Ministerio del Interior⁸ el acumulado enero-diciembre de los años 2018 y 2019. En cuanto al porcentaje de variación en ese periodo en la Comunidad Autónoma de Canarias de los delitos contra la libertad sexual, es de 21,15, y en el caso de las agresiones sexuales con penetración, esta variación es de -15,9.

1.3.- ASPECTOS LEGALES Y ÉTICOS

Aspectos legales

Los delitos contra la libertad e indemnidad sexuales están tipificados en el Título VIII del Libro II del Código Penal (Ley Orgánica 10/95, de 23 de noviembre, del Código Penal). Se definen, de forma resumida, de la siguiente manera:

- **Agresiones sexuales:** Cualquier atentado contra la libertad sexual de otra persona, realizado con violencia o intimidación. Cuando la agresión sexual consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de miembros corporales u objetos por vía vaginal o anal, se considerará una **violación**.
- **Abusos sexuales:** Comprenden cualquier atentado contra la libertad sexual de otra persona, realizado sin violencia ni intimidación y sin que medie consentimiento. Se consideran abusos sexuales no consentidos:
 - Los que se ejecuten sobre menores de 16 años.
 - Los que se ejecuten sobre personas que se hallen privadas de sentido o con trastorno mental.
 - Cuando el consentimiento se obtenga prevaliéndose el responsable de una situación de superioridad manifiesta que coarte la libertad de la víctima.

- 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. (Sumisión química. Anexo 1).
- **Acoso sexual:** Existe cuando se solicitan a la mujer (para sí o para un tercero) favores de naturaleza sexual en el ámbito laboral, docente o de prestación de servicios, provocando con ello en la víctima una situación objetiva y gravemente intimidatoria, hostil o humillante¹⁰.

Aspectos éticos

En la intervención en situaciones de agresiones sexuales, como de hecho en cualquier intervención sanitaria, deben respetarse los siguientes principios éticos:

- Velar por la vida y el beneficio de la salud de las pacientes (principio de beneficencia).
- Evitar perjuicios para la salud de las pacientes (principio de no maleficencia).
- Respetar la autonomía de la paciente.
- Respetar el compromiso de confidencialidad respecto a la información conocida en virtud del ejercicio profesional¹³.

1.4.- INSTRUMENTOS DE COMUNICACIÓN O NOTIFICACIÓN

Los instrumentos de comunicación o notificación son el parte de lesiones y el oficio de notificación a la Dirección General de Protección a la Infancia y la Familia.

Las instituciones sanitarias del Servicio Canario de la Salud, tanto en el ámbito de Atención Primaria como de Atención Especializada, atienden a mujeres maltratadas y/o agredidas sexualmente en sus servicios pertinentes: prestan la atención clínica, valoran la situación y la seguridad de la paciente, activan los recursos adecuados a cada caso y emiten el **parte de lesiones** correspondiente, siguiendo para ello el modelo oficial aprobado en la Instrucción 4/2019 del Director del Servicio Canario de la Salud¹⁴.

El parte de lesiones es un documento médico-legal de extraordinaria importancia y de comunicación obligatoria al juez/a competente frente a cualquier lesión que pudiera ser constitutiva de falta o delito. Constituye el punto de partida de unas diligencias previas o de un sumario penal por lesiones o muerte.

Su realización es obligatoria, independientemente de que la mujer quiera o no presentar denuncia. Debe recogerse de forma explícita todo lo que cuente la mujer, utilizando y entrecomillando, cuando sea posible, las mismas palabras empleadas por ella. Además, en los casos de lesiones originadas supuestamente por **violación**

en el contexto de una agresión sexual, dicho parte contiene información relevante a cumplimentar, tal como la exploración física específica, el estado psico-emocional, si hay sospecha de sumisión química, la toma de muestras, etcétera. Una vez cumplimentado y firmado, deberá remitirse con carácter inmediato y obligatorio al Juzgado de Guardia.

El **oficio de notificación** se cumplimentará en los casos en los que la agredida sea menor de 18 años y se enviará a la Dirección General de Protección a la Infancia y la Familia¹⁴.

2. CONSECUENCIAS EN LA SALUD

2. CONSECUENCIAS EN LA SALUD

La agresión sexual es una forma especial de delito violento altamente estresante, que es vivenciado por la víctima con un miedo intenso a sufrir un grave daño físico o incluso la muerte, al que se añaden sensaciones de vejación extrema, repugnancia, rabia, impotencia y desesperanza en cuanto a su incapacidad para escapar o poder evitarlo. De ello deriva un impacto psíquico tras el trauma cuyas repercusiones pueden manifestarse con inmediatez o bien de manera diferida en el tiempo¹¹.

Las agresiones sexuales provocan daños a corto y largo plazo en el bienestar físico, psíquico y social de la mujer. Pueden impedir o limitar el desempeño personal, laboral y social, así como la capacidad de disfrutar de las relaciones sociales y de una vida sexual satisfactoria.

En diversos estudios se reconoce que las repercusiones sobre la salud son mayores cuanto más graves y mantenidas a lo largo del tiempo han sido las agresiones, cuando la persona agresora es un familiar o alguien cercano o si existe más de un agresor. También son determinantes otros factores, como las características personales de la mujer (sus habilidades para afrontar situaciones difíciles, su historia personal, su edad, etc.), la respuesta del entorno familiar y social (si ponen en duda su relato, si no la apoyan, etc.), la acogida y atención prestada en los servicios sanitarios y la respuesta a la atención recibida por otros recursos no sanitarios, entre otros.

En la atención a mujeres agredidas sexualmente, es necesario, además, tener en cuenta aquellos contextos o situaciones que aumentan la vulnerabilidad, ya que producen en ellas una mayor indefensión. Situaciones como: padecer algún tipo de discapacidad, problemas de salud mental, drogodependencias; si proceden de otros países o se encuentran en situación administrativa irregular, si residen en entornos rurales o aislados; si son mayores, menores de edad, si se encuentran en situación de exclusión social, etcétera¹².

Consecuencias físicas

- La muerte de la mujer es la consecuencia más extrema de las agresiones sexuales.
- Lesiones genitales o extragenitales.
- Embarazo no deseado, abortos voluntarios secundarios o inducidos
- Enfermedades de transmisión sexual e infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
- Hemorragias e infecciones vaginales y urinarias de repetición.
- Disfunciones sexuales, dispareunia, dolor pélvico y disminución del deseo sexual, entre otras.

Consecuencias psicológicas

- Miedo, humillación, vergüenza, culpabilidad, reacciones fóbicas.
- Crisis emocionales, somatizaciones, insomnio, baja autoestima.
- Depresión, ansiedad, temor, confusión, inquietud, desconfianza.
- Riesgo de suicidio y de sufrir trastornos psicopatológicos.
- Síndrome de estrés postraumático.

Consecuencias sociales

- Aislamiento social (de amistad, compañerismo, vecindad) y familiar.
- Pérdida del empleo, absentismo laboral.
- Abandono del domicilio habitual (especialmente si la agresión se produjo en él).
- Si tiene pareja, sus relaciones pueden verse afectadas^{12, 13}.

3. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

3.1. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Este Protocolo está dirigido a la atención de las mujeres de 15 o más años, mujeres trans y hombres trans que no hayan sido sometidos a cirugía de reasignación de sexo que sufren presuntamente una violación en el contexto de una agresión sexual.

Los servicios de Urgencias Pediátricas que atiendan a menores de 15 años que sufran presuntamente una violación en el contexto de una agresión sexual podrán solicitar la asistencia ginecológica, en cuyo caso se procederá, en la exploración y toma de muestras, como se refiere en el presente Protocolo.

Previamente, dichos servicios de Urgencias Pediátricas llamarán al 112. La Policía Nacional/Guardia Civil será la que se pondrá en contacto con el Juzgado para solicitar la presencia del médico/a forense en el Servicio de Urgencias hospitalario, con la finalidad de que la exploración clínica específica y la recogida de muestras se realicen de forma conjunta y en un solo acto.

3.2. OBJETIVOS

Objetivo general

Establecer pautas homogéneas de actuación en la atención a las víctimas de agresión sexual con violación, a la luz de la normativa vigente, la evidencia científica y la práctica clínica, que posibiliten una atención integral, con criterios de equidad y calidad.

Objetivos específicos

- Sensibilizar a las y los profesionales sanitarios acerca de la magnitud, gravedad e impacto en la salud de las agresiones sexuales.
- Desarrollar un protocolo de actuación útil y práctico que contemple la acogida de la mujer víctima de agresión sexual en el servicio sanitario, las exploraciones, la toma de muestras, el tratamiento y la emisión del parte de lesiones, el registro en la Historia Clínica Electrónica, las derivaciones y las consultas de seguimiento.
- Tener en cuenta las situaciones de especial vulnerabilidad que pueden presentar estas pacientes.
- Mejorar los circuitos de coordinación y derivación entre los diferentes ámbitos de atención sanitaria y con los recursos comunitarios.
- Establecer indicadores para la evaluación de las actuaciones que permitan implementar mejoras y visibilizar el comportamiento de este fenómeno en cada área sanitaria.

3.3. PLAN DE ACTUACIÓN – ALGORITMO

Consideraciones previas

La mujer que llega al Servicio de Urgencias o de Urgencias Ginecológicas, tras haber sufrido presuntamente una violación, precisa de una atención e intervención específicas por parte del personal sanitario que la atiende. No hay que olvidar que se trata de una persona que ha vivido una situación de peligro para su supervivencia y que sufre un gran choque emocional.

La actuación comienza con una toma de contacto en la que, en un ambiente de confianza, confidencialidad y empatía, la mujer pueda hacer un relato de lo que le ha ocurrido y sentirse escuchada. Es necesario mantener una actitud empática y de respeto: mirándole a la cara, facilitándole la comunicación («la comprendo bien», «sé cómo se siente»...), transmitiéndole interés por su bienestar, estando alerta a las características y gravedad del problema, clarificando dudas, preguntando sin juzgar, conteniendo cualquier descarga emocional, haciéndose cargo de su situación, etcétera.

A modo de resumen, una actuación adecuada debe reunir al menos las siguientes características^{12, 13}:

- Acogida - confidencialidad - intimidad.
- Empatía - respeto - escucha activa.
- Transmitir seguridad y tranquilidad.
- Apoyar y acompañar durante toda la exploración.

Evitar:

- Racionalizar, banalizar o justificar la violencia de la que ha sido objeto.
- Los comentarios o las frases inadecuadas entre el personal que la asiste.
- Los juicios morales particulares.
- El excesivo dramatismo.
- Criticar su actitud o ausencia de respuesta.
- Infravalorar su sensación de peligro.
- Emitir juicios de valor sobre lo que le ha sucedido.
- Tomar decisiones por ella. Querer «solucionarle la vida».

ALGORITMO DE ACTUACIÓN

QUIÉN	QUÉ	CÓMO
Mujer víctima de agresión sexual.	Acude al Servicio de Urgencias.	<ul style="list-style-type: none"> • Acompañada por fuerzas de seguridad. • Por iniciativa propia. • Derivada desde Atención Primaria.
Servicio de Admisión. Enfermero/a y matró/a de Urgencias.	Recepción y acogida.	<ul style="list-style-type: none"> • Apertura de Historia Clínica. • Realización de triaje. • Dar apoyo y acompañamiento.
Médico/a de Urgencias. Ginecólogo/a.	Valoración inicial.	<p>Realizar la evaluación inicial y el despistaje de patología que requiera atención médica urgente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamnesis general. • Exploración general.
Médico/a de Urgencias. Ginecólogo/a.	Activación de recursos de emergencia y aviso a ginecólogo/a de guardia.	<p>Llamada al Centro Coordinador de Emergencias-112, quien solicita:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presencia de Policía Nacional o Guardia Civil (si no ha venido con la paciente). • Activación del SAMVV.
Fuerzas de seguridad.	Comunicación al Juzgado solicitando presencia de médico/a forense.	<p>Llamada al Juzgado de Guardia para que el/la juez/a ordene el desplazamiento del médico/a forense.</p>
Ginecólogo/a de guardia. Médico/a forense.	Anamnesis específica. Exploración conjunta. Recoger muestras.	
Ginecólogo/a de guardia.	Elaborar parte de lesiones. Si es menor, envío de oficio de notificación a la DGPIF.	

3.4. DESARROLLO DE LAS ACTUACIONES

Recepción - Acogida - Triage

Recepción: La paciente puede desplazarse hasta el hospital por iniciativa propia, llegar acompañada por las fuerzas de seguridad (Policía Nacional, Guardia Civil, etc.) o ser derivada desde Atención Primaria.

El Servicio de Admisión registrará los datos de filiación y abrirá un número de Historia Clínica para poder recoger toda la documentación que se genere. Este procedimiento puede estar organizado de forma diferente en cada hospital.

Acogida y triaje: Es necesario tener en cuenta que 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, pueden desaparecer algunos signos de la agresión.

La mujer que ha sufrido una violación precisa de una atención y una asistencia integral, en condiciones de privacidad, seguridad y confidencialidad^{15, 16, 17, 18}.

Será **acogida** inicialmente por **personal de enfermería** encargado del **traje** en una sala adecuada. Se procurará tranquilizar a la mujer y mantener con ella un comportamiento profesional, discreto y empático, evitando cualquier comentario que la haga sentir culpable. Se le dará la información pertinente sobre las exploraciones / actuaciones que se le van a realizar y la utilidad de cada una de ellas y se le pedirá su consentimiento para llevarlas a cabo. Se le explicará que debe esperar vestida y sin lavarse hasta que pueda ser explorada y se hayan tomado las muestras biológicas en presencia del ginecólogo/a y el/la médico/a forense de forma conjunta, para evitar reconocimientos posteriores y asegurar la adecuada recogida de dichas muestras.

Se deberá crear un clima de confianza donde la mujer pueda expresarse sin miedo a ser juzgada o a no ser creída. Se le preguntará si viene acompañada, si puede volver a casa, y en caso de que tenga menores o personas dependientes a su cargo, si están con alguna persona de su confianza o solas. También se le preguntará si quiere que avisemos a alguna persona, en caso de que desee estar acompañada.

Se le informará sobre el Servicio de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia (SAMVV) y los recursos que ofrece (acompañamiento, asesoramiento, etc.), que se activa a través del 112 si ella lo necesita. Así mismo, se le explicará que, independientemente de que interponga o no una denuncia, los servicios sanitarios tienen la obligación legal de comunicar estos hechos al Juzgado de Guardia a través de un parte de lesiones, y que se le entregará una copia.

Se prestará apoyo y acompañamiento a la mujer durante toda la exploración clínica. Todas las actuaciones se registrarán en la Historia Clínica.

Valoración inicial

Hay que tener en cuenta la delicada situación en la que se encuentra la paciente. La actitud del personal sanitario debe ser respetuosa. Las preguntas deben ser realizadas con sumo tacto y con un lenguaje adecuado a su edad y sus circunstancias.

Será el/la médico/a de Urgencias quien valorará inicialmente a la paciente en aquellos hospitales en los que no exista un servicio de Urgencias Ginecológicas. Esta valoración consistirá en una anamnesis y exploración física general que permita descartar patologías o problemas que requieran una actuación urgente (ver Tabla 1). Se actuará siempre en presencia de personal de enfermería (que haya al menos una mujer), de forma amable, objetiva, sin prejuicios y sin prisas. Se le explicará la utilidad de las actuaciones que se van a realizar, permitiéndole la toma de decisiones, y se le invitará a preguntar lo que crea oportuno, asegurándose de que comprenda las explicaciones.

TABLA 1. EXPLORACIÓN FÍSICA GENERAL

(Médico/a de Urgencias / Urgencias Ginecológicas)

Exploración general (cabeza, tórax, abdomen, extremidades). Detallar localización e importancia de lesiones:

- **Cutáneas:** eritemas, erosiones, escoriaciones, contusiones - hematomas, heridas (incisa, contusa, punzante), equimosis, señales de compresión manual, quemaduras, mordeduras, etc.
- **Oculares.**
- **Auditivas.**
- **Internas** (neurológicas, viscerales).
- **Musculoesqueléticas** (fracturas, luxaciones, contracturas).

Las lesiones encontradas y la data de las mismas (antiguas, recientes, distintas datas) se reflejarán, bien por escrito o en un esquema anatómico, consignando, en su caso, la no existencia de las mismas.

Coloración de las lesiones en función del tiempo de evolución

Coloración	Tiempo de evolución
Negro-azul oscuro	Inmediato (≤ 1 día)
Rojo, violáceo	1 - 5 días
Rojo púrpura	5 - 7 días
Verdoso	7 - 10 días
Amarillento	≥ 2 semanas

En los casos en los que la mujer NO venga acompañada por las fuerzas de seguridad, el/la médico/a de Urgencias o el/la ginecólogo/a de guardia contactará telefónicamente con el 112. Expondrá que se trata de una agresión sexual, que no viene acompañada por las fuerzas de seguridad y especificará **cuándo** y **dónde** han ocurrido los hechos. El 112 activará al cuerpo de seguridad que corresponda, así como al Servicio de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia (SAMVV).

La Policía Nacional o la Guardia Civil será la que se pondrá en contacto con el Juzgado de Guardia para solicitar la presencia del médico/a forense en el Servicio de Urgencias hospitalario, con la finalidad de que la exploración clínica específica y la recogida de muestras se realicen de forma conjunta (Ginecología y Medicina Forense) y en un solo acto.

El 112 confirmará con las fuerzas y cuerpos de seguridad que se ha avisado al Juzgado de Guardia.

El SAMVV activará, si la mujer lo necesita, al Dispositivo de Emergencias para Mujeres Agredidas (DEMA), que, una vez en el centro hospitalario, prestará a la mujer acompañamiento, asesoramiento y, si fuera necesario, alojamiento y protección en el Centro de Acogida Inmediata (CAI).

En los casos en los que la mujer SÍ venga acompañada por las fuerzas de seguridad (Guardia Civil, Policía Nacional), el/la médico/a de Urgencias o el/la ginecólogo/a de guardia contactará con el 112. Expondrá que se trata de una agresión sexual y que viene acompañada por las fuerzas de seguridad. En esta situación, el 112 solo activará al SAMVV.

El personal de la fuerza de seguridad que acompaña a la mujer será quien contactará con el Juzgado para solicitar la presencia del médico/a forense, con el fin de realizar las exploraciones y tomas de muestras en un solo acto.

El 112 confirmará con las fuerzas de seguridad que estén presentes que se ha avisado al Juzgado de Guardia.

El SAMVV activará, si la mujer lo necesita, al DEMA, que, una vez en el centro hospitalario, prestará a la mujer acompañamiento, asesoramiento y, si fuera necesario, alojamiento y protección en el Centro de Acogida Inmediata (CAI).

Anamnesis ginecológica específica

En este primer momento de la intervención, **el/la ginecólogo/a prestará especial atención al relato que la mujer haga de los hechos, sin presuponer o interpretar, sino registrando escrupulosamente los mismos.** Se indagará sobre los siguientes datos:

- Fecha, hora, lugar y circunstancias de la agresión.
- Tipo de agresión sexual, vaginal, anal u oral, así como si se utilizaron instrumentos o si existe **sospecha de sumisión química (SQ)** (ver Anexo I).
- Fecha de la última regla, hemorragia o secreción vaginal reciente, uso de anticonceptivos, alergias o tratamientos médicos.
- Descartar posible embarazo preexistente, por si afecta al plan posterior de tratamiento y seguimiento.
- Antecedentes de enfermedades o intervenciones quirúrgicas.
- Momento de la última relación sexual consentida y posibles enfermedades de transmisión sexual.
- Especificar si la mujer, tras la supuesta agresión, se duchó, bañó, efectuó irrigación vaginal, orinó, defecó, se cambió de ropa o tomó algún medicamento.

En los casos de **sospecha de sumisión química**, el relato más frecuente de la víctima es que *estaba en un ambiente carente de peligro (restaurante, discoteca, casa de conocidos, etc.) y, tras consumir una bebida, en un corto periodo de tiempo pierde la conciencia. Cuando despierta han pasado varias horas, no recuerda lo ocurrido, incluso se encuentra en un lugar desconocido, diferente. Algunas víctimas pueden no estar seguras de si han sido o no agredidas sexualmente, mientras que en otros casos hay signos y síntomas evidentes de tal agresión⁴.*

Indicadores de sospecha de posible agresión sexual por sumisión química

- La mujer tiene la sensación de que le ha sucedido algún hecho de naturaleza sexual.
- Se ha despertado desnuda o con la ropa desarreglada.
- Ha encontrado en su cuerpo fluidos (semen...) u objetos (preservativos).
- Ha presentado lesiones o alteraciones inexplicables a nivel oral, anal o genital.
- Se ha despertado al lado de un desconocido o en un lugar extraño¹⁶.

Exploración física específica (conjunta)

La mujer debe ser informada en todo momento de las exploraciones, tomas de muestras, etcétera, que se le realicen. Se le invitará a que pregunte cuanto crea oportuno. Una vez finalice la exploración y la toma de muestras, se le debe ofrecer la posibilidad de aseo (ver Tabla 2)^{15, 16, 17, 18}

TABLA 2. EXPLORACIÓN FÍSICA ESPECÍFICA
(Urgencias Ginecológicas)

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 espéculo húmedo.
- Exploración de útero y anejos, a individualizar según el caso.
- Inspección de ano y periné.
- Exploración de mamas.
- Exploración oral.

Consignar la existencia o no de lesiones y sus características, bien a través de una descripción por escrito o bien utilizando un esquema anatómico.

En los casos de sospecha de sumisión química suelen observarse escasas lesiones genitales, debido a la falta de resistencia por efecto de la sustancia administrada.

Valoración del estado psico-emocional

Se tendrán en cuenta las circunstancias que originaron la agresión y la valoración subjetiva que hace la paciente. Se favorecerá la expresión de sentimientos y se mantendrá una actitud empática y de escucha activa (ver Tabla 3).

TABLA 3. VALORACIÓN DEL ESTADO PSICO-EMOCIONAL

(Urgencias Ginecológicas)

Respuesta psíquica inmediata:

- Shock emocional.
- Negación de lo sucedido.
- Confusión - abatimiento.
- Temor a una nueva agresión - vulnerabilidad.
- Sensación de culpabilidad y vergüenza.

Manifestaciones somáticas:

- Temblor, sudoración, palidez.
- Alteraciones respiratorias, alteraciones del aparato digestivo (náuseas / vómitos).

Alteraciones del habla:

- Tartamudez, bloqueo del habla, mutismo, verbalización excesiva.

Alteraciones del comportamiento:

- Hiperactividad, hipervigilancia.
- Pasividad, ansiedad.
- Explosión de enfado, rabia o sobresalto.
- Desorientación.
- Temor al contacto físico.

Toma de muestras*

Se realizará conjuntamente por el o la ginecóloga y la Medicina Forense.

Las tomas dependerán del tipo de violación sufrida. Se dará prioridad a las tomas de esperma.

Se podrán recoger muestras hasta 20 días después de la agresión.

La Medicina Forense aportará el consentimiento informado para la toma de muestras y/o de fotografías, en su caso.

* Regulada en el Art. 35, Orden JUS/1291/2010, por la que se aprueban las normas para la preparación y remisión de las muestras objeto de análisis por el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses.

Se seguirán además los protocolos específicos para la recogida de muestras de los laboratorios de los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Canarias.

PROCEDIMIENTO DETALLADO

En todos los casos se tomará una muestra indubitada (células epiteliales de la mujer) con hisopo en seco en la cavidad bucal.

Penetración vaginal

La toma se hará con espéculo lubricado con suero fisiológico.

1. Toma vaginal: dos muestras con hisopo en seco para esperma.
2. Toma vaginal con hisopo en medio de cultivo para despistaje de ETS.
3. Toma endocervical con hisopo de algodón estéril previa limpieza exterior del cérvix, para estudio mediante PCR de gonococo y chlamydia.
4. Lavado vaginal con suero fisiológico para investigación de esperma. El lavado se realiza con aproximadamente 40 ml de suero fisiológico estéril y se recogerá en 2 jeringuillas de 20 ml.

Penetración anal

1. Toma anal: dos muestras con hisopo en seco para investigación de esperma.
2. Toma anal con hisopo de algodón estéril para estudio mediante PCR de gonococo y chlamydia.
3. Lavado anal con suero fisiológico estéril para investigación de esperma. El lavado se realiza con aproximadamente 40 ml de suero fisiológico estéril y se recogerá en 2 jeringuillas de 20 ml.

Penetración bucal

1. Toma de dos muestras con hisopo en seco por toda la boca, especialmente por detrás de los incisivos y premolares, para investigar esperma.

Continúa en página siguiente >>

2. Toma faríngea con hisopo en seco para investigar esperma.
3. Toma faríngea con hisopo de algodón estéril para estudio mediante PCR de gonococo y chlamydia.
4. Lavado bucal con suero fisiológico estéril para la investigación de esperma. El lavado se realiza con aproximadamente 40 ml de suero fisiológico estéril y se recogerá en 2 jeringuillas de 20 ml.

Muestras biológicas en caso de sospecha de sumisión química*

1. Muestra de sangre en tubo de 3 ml con EDTA y tubo de 3 ml con fluoruro sódico como conservante y oxalato potásico como anticoagulante (tubo del Instituto de Medicina Legal).

2. Muestra de orina.

Estas muestras se las llevará el o la médico forense.

* Instrucciones de actuación en casos de agresión sexual con sospecha de intoxicación (Ministerio de Justicia – 2012) dirigidas a los servicios médico-forenses de los Institutos de Medicina Legal.

Otras muestras

Las siguientes muestras se recogerán a criterio del médico/a forense, que aportará el material necesario para:

- Recorte o limpieza de uñas.
- Recogida de pelos adheridos a la ropa o a la víctima.
- Peinado púbico (posible vello del agresor).
- Recogida de muestra de manchas de sangre, semen u otros fluidos corporales, que se realizará con un hisopo estéril ligeramente humedecido en agua destilada.
- Recogida de todas las prendas u objetos involucrados en la agresión, colocando cada prenda en un sobre de papel rotulado independiente.

Recogida de muestras clínicas: analítica sanguínea y urinaria

- Serología lúes, hepatitis B – C – A, se remitirá al laboratorio según el protocolo del hospital correspondiente.
- Serología VIH y carga viral VIH basal, previo consentimiento (por si la paciente estuviera en periodo ventana en el momento de la agresión).
- Hemograma y bioquímica (para valorar la función renal).
- Test de embarazo en orina.

El/la forense se llevará las muestras recogidas. Quedarán pendientes los resultados del laboratorio de Microbiología, que se remitirán al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses una vez obtenidos.

Hay que tener en cuenta que si han transcurrido más de 20 días desde la agresión y la recogida de muestras no está indicada, se debe realizar siempre el parte de lesiones si no se ha realizado con anterioridad, donde se hará constar lo referido por la paciente.

Cumplimentación del parte de lesiones

Tras la finalización de las actuaciones sanitarias descritas, el/la ginecólogo/a responsable de la asistencia emitirá el parte de lesiones, que deberá ser cumplimentado electrónicamente siguiendo las normas¹⁴ que figuran como Anexo III de la Instrucción 4/19 del Director del Servicio Canario de la Salud. Deberá ser remitido por fax al Juzgado de Guardia y posteriormente por correo ordinario, hasta que se disponga de los medios telemáticos que permitan su envío electrónico.

Siempre hay que cumplimentar el formulario del parte de lesiones de agresiones sexuales con violación disponible en Drago AE y SAP; además, es imprescindible crear y validar en Drago AE o liberar en SAP los informes del parte de lesiones correspondiente.

La validación de los informes que se emitan al alta, partes de lesiones, informes de urgencias, etcétera, garantiza que puedan ser visualizados en la Historia Clínica Electrónica Drago AP y en la Historia Clínica Compartida (HCC). Este procedimiento permitirá al profesional de la Medicina de Familia de la usuaria tener la información necesaria para una valoración y seguimiento más efectivos.

Quedará registrada una copia del parte de lesiones en la Historia Clínica Electrónica y en la Historia Clínica Compartida, así como constancia de haber sido enviado al Juzgado. Además, se le entregará una copia a la interesada, siempre que no perjudique su situación, como por ejemplo en los casos de menores o en mujeres que puedan venir acompañadas por el presunto agresor, etc.

En pacientes de edades comprendidas entre 15 y 18 años, se cumplimentará el oficio de notificación a la Dirección General de Protección a la Infancia y la Familia, según Anexo 2 de la Instrucción 4/19 del Director del Servicio Canario de la Salud.

3.5. TRATAMIENTO

Hay que valorar las alteraciones psicológicas que pueda estar sufriendo la mujer. El tratamiento médico debe dirigirse también a la profilaxis de enfermedades de transmisión sexual (ETS), a la anticoncepción de emergencia y al tratamiento de las lesiones físicas^{20, 21}. (ver Anexo II. Tabla-resumen del tratamiento médico).

Tratamiento psicológico

La mujer víctima de violación sufre un gran impacto psíquico y emocional a corto plazo (fase aguda), con consecuencias a medio y largo plazo. En la fase aguda se puede administrar un ansiolítico si existe un gran estado de ansiedad, así como ofrecer acompañamiento y apoyo en todo momento.

Anticoncepción de emergencia

Según la anticoncepción que use la paciente, se procederá a facilitarle en el Servicio de Urgencias tratamiento anticonceptivo de urgencia si lo precisa:

Hasta 72 horas después de la agresión.	Levonorgestrel 1,5 mg en una sola dosis vía oral.
Entre 72 horas y 5 días después de la agresión.	Acetato de Ulipristal 30 mg (ElleOne®) en una sola dosis vía oral.

Se le informará que debe estar pendiente de su próxima regla y que, si no menstrúa antes, se le realizará un test de embarazo en la primera visita de seguimiento. También se le comentará que, en caso de embarazo no deseado, puede optar a su interrupción, según la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo²².

Profilaxis ETS (gonococia, clamidia, trichomonas y sífilis)

Pauta estándar	Ceftriaxona 250 mg intramuscular dosis única + Metronidazol 2 gr vía oral dosis única + Azitromicina 1 gr vía oral en dosis única
Si hay vómitos, valorar tratamiento parenteral con los tres antibióticos	Ceftriaxona 250 mg intramuscular dosis única Metronidazol 1500 mg en infusión intravenosa a pasar en 1 hora dosis única Azitromicina 500 mg en infusión intravenosa a pasar en 1 - 3 horas dosis única
En alergia a betalactámicos	Levofloxacin 500 mg vía oral dosis única + Metronidazol 2 gr vía oral dosis única + Azitromicina 1 gr vía oral dosis única
En gestantes	Azitromicina 1 gr vía oral dosis única

Profilaxis VIH

Se iniciará tratamiento médico profiláctico en las agresiones sexuales que hayan tenido:

- Penetración vaginal con o sin eyaculación.
- Penetración anal con o sin eyaculación.
- Sexo oral con o sin eyaculación.

NO está indicado pautar tratamiento antirretroviral, por considerarse que el riesgo de transmisión es mínimo, cuando en la agresión solo se hayan producido besos, caricias, masturbación o contacto de secreciones con piel íntegra.

La profilaxis debe iniciarse lo antes posible, preferentemente en las 6 primeras horas y siempre antes de las 72 horas tras la práctica de riesgo. La decisión de administración debe ser tomada entre la persona afectada y la o el médico. Además, se le debe informar de los efectos secundarios del tratamiento, de las posibles interacciones medicamentosas y de la necesidad de hacer una buena adherencia al mismo.

Una vez realizada la toma de muestras, se realizará un lavado profuso de la vagina con suero fisiológico para retirar el semen, de modo que esté el menor tiempo posible en contacto con la mucosa vaginal. Si está indicado, se iniciará tratamiento profiláctico, que se hará según las recomendaciones del Documento de Consenso sobre Profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en personas adultas y menores (GESIDA 2015)^{23, 24, 25}.

La profilaxis consiste en la toma durante 28 días de:

- Emtricitabina/Tenofovir 200/245 (**Truvada**®): 1 comprimido cada 24 horas, con alimentos, vía oral.
- Raltegravir 400 mg (**Isentress**®): 1 comprimido cada 12 horas, con o sin alimentos, vía oral.

Esta medicación se le facilitará a la paciente para su inicio en el domicilio con la primera ingesta y se continuará hasta la valoración y el seguimiento de dicha medicación en el Servicio de Medicina Interna o en la Unidad de Enfermedades Infecciosas (UEI), según la organización de cada hospital.

Hay que tener en cuenta, antes de prescribir los antirretrovirales, los siguientes aspectos:

- **Truvada**® no puede administrarse en pacientes con insuficiencia renal. Por ello es necesario valorar el hemograma y la bioquímica solicitadas al ingreso en el Servicio de Urgencias. En caso de sospecha de insuficiencia renal se puede utilizar, como alternativa, Zidovudina/Lamivudina (ZDV/3TC) coformulados (1 comprimido dos veces al día) hasta que se ajuste la dosis en el Servicio de Medicina Interna o en la Unidad de Enfermedades Infecciosas.
- **Isentress**® presenta interacciones con la rifampicina, carbamacepina, fenitoína, fenobarbital, Erlonib (antineoplásico), ibandronato, antiácidos (excepto los que contienen carbonato cálcico).

En caso de que la paciente esté en tratamiento con alguno de estos fármacos, se contactará con el Servicio de Farmacia para valorar en cada caso la conducta a seguir según el tipo y relevancia clínica de la interacción, ya que, por ejemplo, puede estar indicado un ajuste de dosis de Raltegravir que permita el uso conjunto con el fármaco con el que interacciona, sin necesidad de suspenderlo o cambiar a otro antirretroviral (consultar ficha técnica de Isentress®).

Profilaxis antitetánica

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 de vacunación	Herida limpia		Herida tetanígena (2)	
	Vacuna Td	IGT (1)	Vacuna Td	IGT (1)
< 3 dosis o desconocida	SÍ (completar pauta)	NO	SÍ (completar pauta)	SÍ
3 o 4 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 en inmunodeficientes y usuarias de drogas por vía parenteral	NO (3)
5 o más dosis	NO	NO	NO	NO (3)

- 1. GT: inmunoglobulina antitetánica.** Administrar en lugar separado de la vacuna. En general, se administran 250 UI. Si han transcurrido más de 24 horas, en personas con más de 90 kg de peso, en heridas con alto riesgo de contaminación o en quemaduras, fracturas o heridas infestadas, se administrarán 500 UI.
- 2. Heridas tetanígenas.** Heridas o quemaduras con importante grado de tejido desvitalizado (por ejemplo, aplastamiento) o de pérdida de tejido; heridas punzantes (sobre todo si se ha estado en contacto con suelo o estiércol, o contaminadas con polvo, heces, tierra o saliva); las contaminadas con cuerpo extraño, especialmente de origen biológico (madera); heridas por misil o con fracturas; mordeduras; congelación; las que requieran intervención quirúrgica y que esta se retrase > 6 horas; y las que se presenten en pacientes con sepsis sistémica.

- 3. Si administrar en heridas tetanígenas de «alto riesgo».** Las contaminadas con gran cantidad de material que puedan contener esporas y/o que presenten grandes zonas de tejido desvitalizado, o en cualquier herida tetanígena en inmunodeficientes y usuarias de drogas por vía parenteral, independientemente de su estado de vacunación.

Profilaxis hepatitis B

La profilaxis frente a la hepatitis B dependerá del estado de inmunización de la víctima:

- Si la paciente está vacunada, se pondrá una dosis de recuerdo de la vacuna.
- En caso de que no esté vacunada o desconozca el estado de vacunación, se administrará en el Servicio de Urgencias una **dosis de gammaglobulina antihepatitis B** intramuscular y la primera dosis de la vacuna de hepatitis B. La vacunación se completará en las visitas de seguimiento en el Servicio de Medicina Interna o en la Unidad de Enfermedades Infecciosas.

3.6. ALTA Y SEGUIMIENTO

ALTA HOSPITALARIA EN EL DÍA DE LA AGRESIÓN

Información y derivación

Antes del alta, se revisará el informe de alta hospitalaria y el parte de lesiones. Se verificarán los datos de filiación y contacto de la persona atendida, así como que toda la documentación esté debidamente firmada por la persona responsable de la asistencia. Finalmente, el parte de lesiones se remitirá al Juzgado de Guardia por fax y se entregará copia del mismo a la paciente. **Es importante recordar que hay que crear y validar en Drago AE o liberar en SAP los informes que se realicen, entre ellos el del parte de lesiones, para que puedan ser visualizados por la Medicina de Familia en la Historia Clínica Electrónica Drago AP y en la Historia Clínica Compartida (HCC).**

Se informará a la mujer de los controles de seguimiento que se le realizarán tras su alta hospitalaria y de la importancia de acudir a los mismos.

Se tramitará cita con **la consulta de Ginecología**, a través del programa DRAGO o equivalente, con indicación para ser citada en tres - cuatro semanas.

También se solicitará **interconsulta al Servicio de Medicina Interna o a la Unidad de Enfermedades Infecciosas**, a través del programa DRAGO o equivalente, donde será valorada el siguiente día laborable. Se le indicará que acuda en horario de 8.00 a 15.00 horas, de lunes a viernes.

Se solicitará consulta preferente a la unidad de Salud Mental correspondiente, a través del programa Drago o equivalente, si por la gravedad de la sintomatología psíquica fuera necesario.

En el momento del alta hospitalaria, se facilitará a la paciente:

- Informe detallado de las exploraciones y tratamientos realizados.
- Copia del parte de lesiones, siempre que no comprometa su seguridad.
- Kit con la medicación necesaria hasta su revisión en Medicina Interna o en la UEI.
- Folleto-Guía breve *Tras una Agresión Sexual* con información complementaria.
- Recomendaciones de cuidados (relaciones sexuales, lesiones...).
- Información sobre la medicación y los efectos secundarios.
- Información sobre las visitas de seguimiento.
- Información sobre el apoyo psicológico que pudiera necesitar y la **red de servicios especializados en la atención a las víctimas de violencia**, en donde podrá recibir ayuda en el marco de una atención integral y multiprofesional. En www.dalaalarma.com encontrará los servicios especializados que existen en cada isla, con la dirección y el teléfono correspondiente. De forma específica, para la atención a la violencia sexual / agresión sexual existen:
 - En Santa Cruz de Tenerife, el Centro de Atención e Intervención Especializada a Víctimas de Violencia Sexual (CAVIS). Ofrece atención telefónica en el 670011244 o por correo electrónico, cavis@iass.es, de lunes a viernes y en horario de 8.30 a 16.30 horas. En casos de urgencia, ofrece atención presencial, o si la persona tiene discapacidad y no puede comunicarse telefónicamente.
 - En Las Palmas de Gran Canaria, Cruz Roja ofrece este tipo de atención a través del teléfono 678483271, de 8.00 a 16.00 horas, y por correo electrónico: laspalmas@cruzroja.es.

Es recomendable interesarse por cómo volverá la paciente a su casa (si tiene quien la acompañe, si puede volver, si desea que avisemos a alguien). Se le informará que la agresión sexual es un delito y tiene derecho a denunciarlo, que si cree que está en peligro puede solicitar ayuda y que existen recursos específicos adecuados a su situación.

SEGUIMIENTO EN CONSULTA HOSPITALARIA

Primera visita post-agresión: Servicio de Medicina Interna o Unidad de Enfermedades Infecciosas (UEI). Según la organización de cada hospital.

Se realizará el primer día laborable siguiente a la agresión.

Contenido:

- Información sobre infecciones y efectos secundarios de los tratamientos.
- Comprobar que se ha solicitado serología en el Servicio de Microbiología, solicitar serología de control a realizar en un mes y valoración de la carga viral basal de VIH.
- Pauta de tratamiento de continuación antirretroviral.
- Vacuna de hepatitis B si precisa.
- Informe e información del seguimiento.

Control a las 3 - 4 semanas: en consulta de Ginecología

Contenido:

- Anamnesis.
- Exploración física para valorar la evolución de las lesiones físicas.
- Repetir cultivo endocervical y vaginal para diagnosticar infecciones de nuevo, si estos fueron negativos en Urgencias, o para comprobar curación si fueron positivos en el momento de la agresión.
- Realizar test 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 Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo.
- Preguntar si necesita o está recibiendo apoyo psicológico. En caso de que lo necesite, informar nuevamente de los recursos especializados de atención a las mujeres víctimas de violencia y de las vías de acceso, destacando la importancia que pueden tener en su recuperación psicoemocional. Recordarle la página web donde puede encontrar la información de la red de recursos especializados en violencia por isla, www.dalaaalarma.com, y la información de los servicios especializados en violencia sexual / agresión sexual ubicados en Santa Cruz de Tenerife y en Las Palmas de Gran Canaria.

Segunda visita a Medicina Interna o a la UEI: a las 6 semanas de la agresión

Contenido:

- Valoración de la serología de control y petición de nueva carga viral VIH. Informar de que si el resultado es < 20 , es poco probable que esté infectada.
- Revisión del tratamiento.
- Informe final a la Asesoría Jurídica para el registro de los resultados y remisión al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, según el protocolo de cada hospital.
- Remisión a su centro de salud habitual para garantizar la continuidad de los cuidados.

3.7. CIRCUITO ADMINISTRATIVO DE DOCUMENTOS Y CITAS

Tramitación de la cita en la Unidad Enfermedades Infecciosas o en el Servicio de Medicina Interna

La petición de valoración se hará mediante el programa DRAGO o equivalente. La paciente será atendida el siguiente día laborable tras la agresión, en horario de 8.00 a 15.00 horas. Se le darán las indicaciones de cómo dirigirse a la cita.

Tramitación de la cita en la consulta de Ginecología

La petición de valoración en el Servicio de Ginecología a las 3 - 4 semanas de la agresión se hará mediante el programa DRAGO o equivalente. Se le darán las indicaciones de cómo dirigirse a la cita.

Tramitación de resultados

Una vez concluida la asistencia en el Servicio de Medicina Interna o en la Unidad de Enfermedades Infecciosas, se elaborará un informe, que será remitido a la Asesoría Jurídica para su traslado al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, si procede, según el protocolo de cada hospital.

En previsión de que alguna paciente no acuda a hacerse ningún tipo de seguimiento (mujeres residentes en el extranjero, etc.), se seguirá manteniendo el circuito actual de tramitación de resultados de las serologías realizadas en el Servicio de Urgencias, que se protocolizará según el hospital.

Derivaciones

Se derivará a la mujer a la consulta de Atención Primaria para su valoración y seguimiento. Se comprobará que los informes, partes de lesiones, etcétera, estén creados y validados en DRAGO AE o liberados en SAP, para que los puedan visualizar los profesionales de la Medicina de Familia en la Historia Clínica de DRAGO AP y en la Historia Clínica Compartida. Este procedimiento permitirá al profesional de la Atención Primaria tener la información necesaria para la valoración y el seguimiento más efectivo de cada persona. Si se ha realizado derivación a la Unidad de Salud Mental que le corresponda, debe constar en el informe al alta.

3.8. INDICADORES

Los indicadores han sido elaborados teniendo en cuenta los propuestos por el Ministerio de Sanidad —Indicadores Epidemiológicos Comunes de Violencia de Género del Sistema Nacional de Salud²⁷— y otros diseñados en base al Protocolo de Atención a Mujeres Víctimas de Agresión Sexual del SCS, que nos darán información más precisa en cada área sanitaria sobre los aspectos que se detallan a continuación.

Los **datos sobre la mujer víctima** que sean de relevancia para observar el perfil, los ámbitos donde ocurre, el lugar, la forma de agresión, etcétera, nos permitirán conocer un poco más el comportamiento de este tipo de violencia de género en nuestro medio y establecer medidas que ayuden a prevenirla. Sobre la **coordinación con otros intervinientes o recursos**, se plantean indicadores que permitan saber si se procede correctamente, según lo previsto en el Protocolo.

Para la actuación sanitaria (Ginecología y Medicina Forense) se plantean indicadores que permitan valorar si se realiza una correcta práctica clínica y si se instauran los tratamientos adecuados. Todos estos indicadores se obtienen de la **Historia Clínica Electrónica**, en la que se han incluido los aspectos necesarios para su cumplimentación.

Se exponen a continuación, agrupados por áreas de interés:

Indicadores relativos al perfil de las mujeres víctimas de agresión sexual

Número de mujeres por tramo de edad y por mes.

Número de mujeres según país de origen.

Municipio de residencia.

Municipio de la agresión.

Número de mujeres con pareja estable.

Ámbito de la agresión: familiar, conocidos, desconocidos.

Número de mujeres con discapacidad física.

Número de mujeres con discapacidad psíquica.

Indicadores relativos a la agresión sexual

Número de casos con penetración vaginal, anal y/o bucal.

Número de casos con uso de objetos.

Número de casos con sospecha de sumisión química.

Indicadores relativos a la coordinación con otros recursos

Número de casos en los que se activa el 112.

Número de casos en los que acude el DEMA.

Número de mujeres que acuden acompañadas por las fuerzas de seguridad.

Número de casos en los que acude la Medicina Forense.

Número emisiones de partes de lesiones.

Número emisiones de oficios de notificación a la Dirección General de Protección a la Infancia y la Familia.

Indicadores relativos a la toma de muestras

Número de casos donde se realiza la exploración y recogida de muestras de forma conjunta (Medicina Forense y Ginecología).

Número de casos donde se recogen muestras vaginales, anales o bucales.

Número de casos donde se recogen otras muestras.

Número de casos donde las muestras quedan bajo custodia de la Medicina Forense.

Número de casos donde la mujer se ha bañado o cambiado de ropa previamente.

Indicadores relativos a los tratamientos

Número de casos que requieren anticoncepción de emergencia.

Número de casos en los que se administra la anticoncepción de emergencia.

Número de casos que requieren profilaxis de enfermedades de transmisión sexual.

Número de casos en los que se administra tratamiento.

Número de casos que han requerido ansiolíticos.

Indicadores relativos al seguimiento

Número de mujeres derivadas a la consulta de Ginecología.

Número de mujeres que acuden a la consulta de Ginecología.

Número de mujeres derivadas a Medicina Interna o a la UEI.

Número de mujeres que acuden a Medicina Interna o a la UEI.

3.9. RECURSOS

Una vez proporcionada la atención y los cuidados asistenciales, se derivará o se informará a la mujer sobre los recursos que tiene en su entorno para dar respuesta a la situación en la que está inmersa.

Dadas las características de las mujeres que acuden al Servicio de Urgencias o de Urgencias Ginecológicas, los recursos que se utilizarán con más frecuencia, sobre todo en aquellas situaciones en las que **la mujer está sola, desorientada o no puede o no quiere volver a su casa**, son los **recursos de emergencia**: Teléfono **112** - Servicio de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia (SAMVV). Dicho Servicio, según las necesidades de la mujer, activará al Dispositivo de Emergencia para Mujeres Agredidas (DEMA) y, si fuera necesario, le proporcionará un acogimiento temporal en el Centro de Acogida Inmediata (CAI).

También hay otras situaciones en las que la mujer necesita apoyo psicológico, asesoramiento legal, laboral, etcétera, especializado, y para ello hay que derivarla a los **servicios especializados de atención a las mujeres víctimas de violencia de género**. Estos recursos especializados, que existen **en todas las islas**, se localizan principalmente en los ámbitos insular, comarcal y municipal.

A continuación se relaciona el conjunto de servicios que conforman la **Red Canaria de Servicios y Centros de atención especializada a mujeres víctimas de violencia de género**²⁶. Se trata de ampliar los conocimientos sobre las funciones que cumple cada uno de ellos, las condiciones de acceso y los horarios, al objeto de poder ofrecer la información más completa posible y adecuada a la situación que pueda presentar la mujer en ese momento. Se puede acceder a esta red en la web: www.dalaalarma.com.

A) Recursos de emergencia

Son de ámbito regional y dan una respuesta inmediata, ágil y eficaz frente a situaciones de emergencia derivadas de la condición de víctimas de violencia de género. Funcionan las 24 horas del día, todos los días del año.

112 - Servicio de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia (SAMVV)

En materia de atención a mujeres víctimas de violencia de género, su función es dar respuesta a las demandas ante situaciones de urgencia y emergencia proporcionando información específica y asistencia primaria.

Localizado en la Sala Operativa del 112 (CECOES), este servicio está atendido por personal especializado en violencia de género que trabaja en coordinación con el resto de los servicios de Urgencias del 112 cuya actuación sea necesaria, al tiempo que con los recursos sociales específicos que deban intervenir, especialmente con los Dispositivos de Emergencia para Mujeres Agredidas (DEMA) existentes en cada isla, a fin de activar los recursos necesarios para atender cada situación.

| Dispositivo de Emergencia para Mujeres Agredidas (DEMA)

Se trata de un servicio de atención inmediata y permanente, **disponible en todas las islas** y atendido por personal especializado, que interviene en coordinación con el SAMVV-112 y con los servicios de la administración de Justicia (juzgados, fiscalía, Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses), cuerpos y fuerzas de seguridad, centros sanitarios y recursos normalizados que en cada caso se requieran. Proporciona, entre otras, las siguientes funciones:

- Acompañamiento directo a la mujer.
- Asesoramiento especializado e información sobre las actuaciones y posibles alternativas a la situación de violencia sufrida.
- Alojamiento inmediato (CAI) como medida de protección si procede y sin denuncia previa. Se accede a través del Servicio de Atención a las Mujeres Víctimas de Violencia (SAMVV), en el teléfono 112 (CECOES).

| Centro de Acogida Inmediata (CAI).

Centro dirigido a la acogida temporal de aquellas mujeres víctimas de violencia de género, junto a los/as menores a su cargo, que precisen abandonar su domicilio habitual para proteger su vida e integridad física o psíquica. Durante la estancia se les proporciona protección, alojamiento y manutención, así como atención integral y especializada (social, jurídica y psicológica). Se accede a través del Dispositivo para Mujeres Agredidas (DEMA).

B) Recursos de fuerzas y cuerpos de seguridad

Su objetivo fundamental es la recepción de denuncias y la intervención en relación con la seguridad de la mujer (valoración del riesgo).

Cualquier persona puede acceder a ellas de forma directa. Funcionan las 24 horas del día, todos los días del año.

Cuentan con los siguientes servicios especializados en violencia:

- Servicio de Atención a la Familia (SAF-SEAM). Policía Nacional.
- Unidad de Prevención, Asistencia y Protección a la Víctima (UPAPV). Policía Nacional.
- Equipo de Mujer y Menores (EMUME). Guardia Civil.

C) Recursos de atención e intervención especializada

Servicios de intervención multidisciplinar e integral especializada

Son servicios de carácter multidisciplinar que tienen por finalidad la intervención integral especializada con las mujeres víctimas de violencia de género en el área psicológica, social, jurídica y laboral, según proceda, con el objetivo de normalizar su situación, promover su autonomía personal y facilitar su recuperación e integración social y familiar.

Centros de información, orientación y asesoramiento

Son recursos destinados a poner en conocimiento de las mujeres los derechos que las asisten, orientarlas y asesorarlas en los trámites que deban realizar, así como sobre los recursos públicos y privados de cualquier naturaleza (sociales, laborales, educativos, sanitarios, etc.) a los que pueden acceder para apoyarse en la toma de decisiones sobre su situación personal y de las personas que convivan con ella o estén bajo su responsabilidad.

D) Recursos de acogida temporal

Casa de acogida

Centro que presta, durante un tiempo limitado, alojamiento y manutención, además de protección y atención integral, a las mujeres que así lo precisen y a personas dependientes de ellas, por haber sido víctimas de violencia o encontrarse en situación de riesgo, que no puedan retornar a su domicilio habitual.

Se accede a través de la derivación informada de:

- El Centro de Acogida Inmediata (CAI).
- Los servicios sociales o áreas específicas de la mujer de ayuntamientos y cabildos insulares.
- Las entidades colaboradoras (ONG).
- Los servicios sociales, áreas específicas de la mujer u organismos de igualdad de otras comunidades autónomas.

Pisos tutelados

Viviendas destinadas al alojamiento transitorio de las mujeres que se encuentren en disposición de abandonar la casa de acogida. Se les presta apoyo en el área jurídica, psicológica, educativa y laboral. Están destinados a finalizar el proceso de acogida y a facilitar la vida autónoma y la integración social y laboral.

Se accede a través de la derivación informada de:

- Casas de acogida.
- Servicios sociales o áreas específicas de la mujer de los ayuntamientos y cabildos.
- Entidades colaboradoras (ONG).

**ANEXO I:
SUMISIÓN QUÍMICA EN LOS CASOS DE
AGRESIONES SEXUALES**

ANEXO I: SUMISIÓN QUÍMICA EN LOS CASOS DE AGRESIONES SEXUALES

Consiste en la administración de sustancias psicoactivas a una persona sin su consentimiento, con el fin de manipular su voluntad o modificar su comportamiento y así disminuir su capacidad para identificar una situación peligrosa o para resistirse, a la vez que se consigue que no recuerde lo ocurrido.

Aunque este término aparece unido a numerosas figuras delictivas (robos, estafas, sedación de niños/as o personas mayores...), el Instituto Nacional de Toxicología alerta sobre el aumento de su utilización en los últimos años en los casos de agresiones sexuales.

En el contexto de las **agresiones sexuales**, la **sumisión química** puede presentarse por:

- Ingestión involuntaria de sustancias incapacitantes, esto es, sin su conocimiento.
- Ingestión voluntaria e involuntaria de sustancias incapacitantes: existe un consumo voluntario de sustancias como el alcohol y/o drogas, pero a este se le suma el consumo involuntario de alguna sustancia añadida a la bebida o a la comida por una tercera persona.
- Consumo voluntario de sustancias incapacitantes, que el agresor aprovecha para su beneficio.

La víctima suele ser una mujer joven, habitualmente menor de 30 años, aunque también se han descrito casos en mayores de 60.

El agresor suele ser un varón, que en un alto porcentaje de los casos (hasta en el 70 %) es un conocido de la víctima, bien un amigo, una expareja, un vecino o un conocido reciente. Solo en un número reducido de casos, el agresor es un completo desconocido^{4, 5}.

La detección de los casos de agresión sexual por sumisión química se ve dificultada por una serie de factores que confluyen, tales como el retraso en solicitar ayuda por parte de la víctima (hasta 20 horas, según estudios), lo que facilita la eliminación del tóxico; las bajas dosis empleadas; y la fácil confusión de este cuadro clínico con el de una intoxicación etílica voluntaria. Es necesario que el personal sanitario conozca las características fundamentales del cuadro clínico para que pueda establecer una sospecha diagnóstica y prestar a las víctimas una atención adecuada.

Además, es fundamental su colaboración con el/la forense en la recogida de las muestras biológicas que solicite.

Presentación clínica: los síntomas suelen ser inespecíficos, habitualmente neurológicos, y la anamnesis puede resultar complicada, por la angustia de la paciente, la amnesia parcial o total de los hechos y el estado de confusión en el que se encuentra. Por ello, adquiere especial relevancia el relato de los hechos.

En la exploración física se suelen observar escasas lesiones genitales, debido a la falta de resistencia como consecuencia de la sustancia administrada.

El relato más frecuente que hace la víctima es que estaba en una fiesta, en una cena de trabajo o incluso en casa de un amigo-conocido y que, tras consumir una bebida, perdió la conciencia. Cuando la recupera horas más tarde, está confusa, no recuerda lo que ha pasado en ese intervalo de tiempo y tiene la sensación de haber mantenido relaciones sexuales⁴.

Indicadores de sospecha de posible agresión sexual por sumisión química

- La mujer tiene la sensación de que le ha sucedido algún hecho de naturaleza sexual.
- Se ha despertado desnuda o con la ropa desarreglada.
- Ha encontrado en su cuerpo fluidos (semen...) u objetos (preservativos).
- Ha presentado lesiones o alteraciones inexplicables a nivel oral, anal o genital.
- Se ha despertado al lado de un desconocido o en un lugar extraño.

En estos casos, el **análisis toxicológico** permite obtener la prueba científica de la sumisión y el diagnóstico de certeza. Para ello es necesario obtener muestras biológicas de la víctima lo antes posible, a fin de evitar la desaparición del tóxico del organismo. Por todo ello, el Ministerio de Justicia dictó en julio de 2012 las *Instrucciones de actuación en casos de agresión sexual con sospecha de intoxicación* (documento disponible en www.mjusticia.es), dirigidas a los servicios médico-forenses de los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses, órganos competentes en esta materia⁶.

Características de las sustancias químicas

Las sustancias más frecuentemente empleadas son depresores del sistema nervioso central. Suelen presentar las siguientes características:

- Acción rápida y de corta duración. De esta manera se facilita el control de la víctima por el agresor y se evita la posibilidad de levantar sospechas.
- Insípidas, incoloras e inodoras, muy solubles en medio acuoso, lo que dificulta que la víctima las detecte.

- Fáciles de obtener, como el alcohol etílico o determinados medicamentos.
- Efectos inespecíficos y que pueden confundirse con una intoxicación etílica o un trastorno orgánico, lo que puede llevar a un retraso en la sospecha diagnóstica, mientras la sustancia es eliminada del organismo.
- De fácil administración, generalmente por vía oral, añadidas a bebidas que enmascaran el sabor y el color. Casi siempre se trata de bebidas alcohólicas, con lo que se potencian sus efectos.
- Activas a dosis bajas, para permitir que pasen inadvertidas.
- Deben producir los efectos de sumisión buscados por el agresor para tener a la víctima bajo su control.

Principales efectos buscados o esperados por el agresor

Entre los efectos para conseguir el control, destacan:

- Amnesia anterógrada o incapacidad de memorizar hechos nuevos. En la sumisión química se produce el síndrome amnesia-automatismo: problemas del comportamiento, estado de confusión, actitud de consentimiento y conducta automática, seguida de amnesia anterógrada total o casi total.
- Sedación: altera la capacidad de vigilia, de atención y de respuesta ante la agresión. En ocasiones, la víctima recupera la conciencia durante la agresión sexual, pero vuelve a desmayarse, incluso varias veces.
- Efectos alucinógenos con desorientación espacial y temporal de la víctima, con lo que a veces se duda de su testimonio.
- Desinhibición: aceptación de situaciones y conductas por parte de la víctima que hubiera considerado intolerables en un estado de conciencia normal^{4,5}.

Sustancias de uso más frecuente

De entre todas las sustancias psicoactivas, las más frecuentemente implicadas en estos casos son:

Alcohol etílico: utilizado en un alto porcentaje de las sumisiones químicas (75 %), solo o asociado a otro tipo de sustancia. Produce desinhibición, amnesia, etc. Es detectable en sangre y orina hasta varias horas después de la ingesta.

Benzodiazepinas: de frecuente utilización son triazolam, oxazepam y flunitrazepam. También se han descrito casos con lorazepam, bromazepam, clonazepam y alprazolam. Entre sus efectos aparece la triada: automatismo, desinhibición y amnesia anterógrada. Son detectables en orina hasta 24 horas después de la ingesta oral.

Gammahidroxibutirato (GBH): de efecto rápido y corto. Las concentraciones fisiológicas se alcanzan a las 6 - 8 horas en sangre y a las 12 horas en orina.

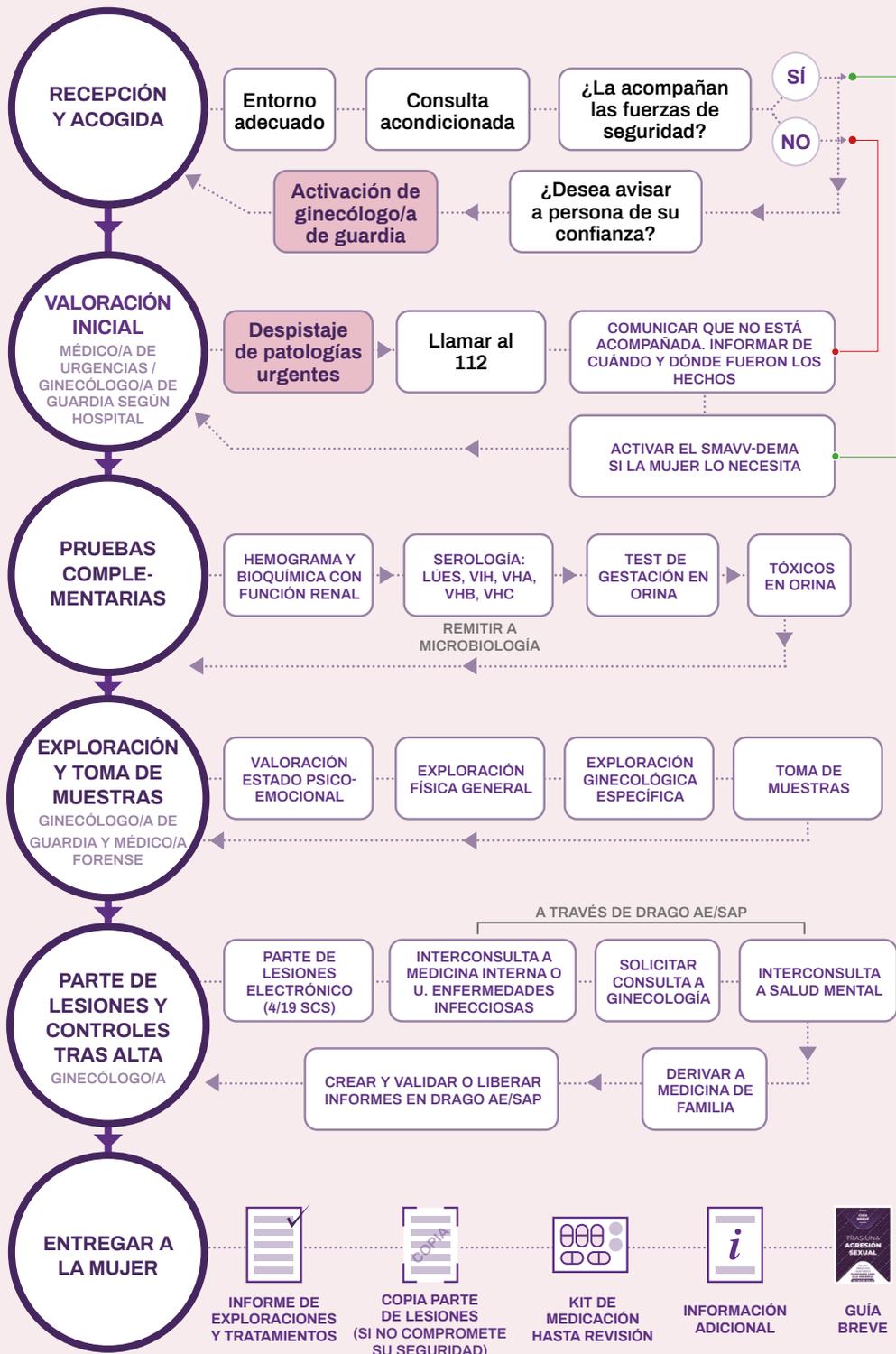
Otras sustancias: cannabinoides y cocaína, zolpidem, zopiclona, derivados de la metilendioximetanfetamina, hidrato de coral, ketamina o fentanilo, LSD, atropina, escopolamina y así hasta 30 sustancias^{4, 5, 6}.

**ANEXO II:
TABLA-RESUMEN DEL TRATAMIENTO
MÉDICO A PROPORCIONAR**

**ANEXO II:
TABLA-RESUMEN DEL TRATAMIENTO MÉDICO A
PROPORCIONAR**

Ansiolítico	Según estado clínico.
Anticoncepción de emergencia	Levonorgestrel 1,5 mg en una sola dosis vía oral (hasta 72 horas después de la agresión). Acetato de ulipristal 30 mg en una sola dosis vía oral (entre 72 horas y 5 días después de la agresión).
Profilaxis ETS (gonococia, clamidia, trichomonas y sífilis)	PAUTA ESTÁNDAR Ceftriaxona 250 mg im dosis única, más metronidazol 2 gr vo dosis única, asociado a azitromicina 1 gr vo en dosis única. Si la paciente presenta vómitos, se valorará administración parenteral. ALERGIA A BETALACTÁMICOS Levofloxacino 500 mg vo en dosis única, añadiendo de igual forma metronidazol 2 gr vo asociado a azitromicina 1 gr vo en dosis única. GESTANTES Azitromicina 1 gr vo dosis única.
Profilaxis VIH	Si está indicado, iniciar tratamiento profiláctico: Emtricitabina/Tenofovir 200/245 (Truvada®): 1 comprimido cada 24 horas, con alimentos, vía oral. Raltegravir 400 mg (Isentress®): 1 comprimido cada 12 horas, con o sin alimentos, vía oral.
Profilaxis hepatitis B	Si hay vacunación previa, se pondrá una dosis de recuerdo de la vacuna. Si no está vacunada o se desconoce el estado de vacunación, se administrará una dosis de gammaglobulina antihepatitis B intramuscular y la primera dosis de vacuna de hepatitis B.
Profilaxis antitetánica	Si está indicado, poner 1 dosis de gammaglobulina antitetánica intramuscular.

**ANEXO III:
TABLA-RESUMEN DE LAS ACTUACIONES
DEL PROTOCOLO**



ANEXO III: TABLA-RESUMEN DE LAS ACTUACIONES DEL PROTOCOLO

RECEPCIÓN Y ACOGIDA

Personal sanitario de Urgencias

1. Acogida en un entorno adecuado. Acompañamiento, respeto y apoyo.
2. Traslado a una consulta acondicionada para la valoración.
3. Comprobar si viene acompañada por las fuerzas de seguridad (Policía Nacional o Guardia Civil).
4. Preguntar si desea que se avise a alguna persona de su confianza.
5. Activación de ginecólogo/a de guardia.

VALORACIÓN INICIAL ACTIVACIÓN DE LOS RECURSOS

Médico/a de Urgencias o Ginecólogo/a (según hospital)

1. Despistaje de patologías urgentes.
2. Llamar al 112:

Si NO viene acompañada de las fuerzas de seguridad: comunicar que no está acompañada de las fuerzas de seguridad, especificar cuándo y dónde ocurrieron los hechos. Son las fuerzas de seguridad quienes avisan al Juzgado de Guardia, solicitando se active a la medicina forense. Por otro lado, se pedirá que se active al SAMVV-DEMA si la mujer lo necesita.

Si viene acompañada de las fuerzas de seguridad, solo se llamará para activar al SAMVV-DEMA si la mujer lo necesita. La fuerza de seguridad presente es la que activará al Juzgado de Guardia para solicitar la presencia del médico/a forense.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

1. Hemograma y bioquímica con función renal.
2. Serología: lúes, VIH, VHA, VHB, VHC (remitir a Microbiología).
3. Test de gestación en orina.
4. Tóxicos en orina

EXPLORACIÓN GENERAL Y GINECOLÓGICA TOMA DE MUESTRAS

Ginecólogo/a de guardia y Médico/a Forense

1. Valoración del estado psico-emocional.
2. Exploración física general.
3. Exploración ginecológica específica.
4. Toma de muestras:
 - Siempre una muestra con hisopo en seco de células epiteliales en la cavidad bucal (muestra indubitada).
 - Según penetración, vaginal, anal o bucal*:
 - 2 muestras con hisopo en seco para esperma.
 - Muestra en medio de cultivo para ETS (vaginal).
 - Muestra con hisopo de algodón estéril para estudio PCR de gonococo y chlamydia (endocervical, anal o faríngea, según proceda).
 - Lavado con 40 ml de SSF y recoger con 2 jeringas de 20 ml.
 - Sospecha de sumisión química: muestras en sangre y orina que se llevará el o la médico forense
 - Otras muestras, a criterio de la medicina forense: recorte de uñas, pelos, manchas de sangre, semen o fluidos corporales, prendas de la víctima, etcétera.

* Página 38

PARTE DE LESIONES CONTROLES TRAS EL ALTA Y DERIVACIONES

Ginecólogo/a

1. Parte de lesiones electrónico específico de agresiones sexuales con violación (seguir Instrucción 4/19 del Director SCS).
2. Solicitar interconsulta a Medicina Interna o a la Unidad Enfermedades Infecciosas (según hospital) a través de Drago AE/SAP para control en 48 - 72 horas.
3. Solicitar consulta a Ginecología (3 - 4 semanas) a través de Drago AE/SAP.
4. Derivar a el o la médico de familia para valoraciones y seguimiento.
5. Siempre, crear y validar en Drago AE o liberar en SAP los informes que se hayan realizado y el parte de lesiones para que puedan ser visualizados por su médico/a de familia en la Historia Clínica Electrónica Drago AP.
6. En los casos en que se considere necesario por la gravedad de su estado psíquico, se puede derivar a la mujer de forma preferente a la Unidad de Salud Mental correspondiente, comunicándolo al médico/médica de AP en el informe.

ENTREGAR A LA MUJER

1. Informe de las exploraciones y tratamientos realizados.
2. Copia del parte de lesiones (siempre que no comprometa su seguridad).
3. Kit con la medicación necesaria hasta su revisión en Medicina Interna o en la Unidad de Enfermedades Infecciosas (según hospital).
4. Información sobre:
 - La medicación y los efectos secundarios.
 - Visitas de seguimiento en el hospital (lugar, día y hora).
 - Recomendaciones de cuidados (relaciones sexuales, lesiones, etc.).
 - Apoyo psicológico que pueda necesitar (contacto con su médico/a de familia).
 - La red de recursos especializados en la atención a víctimas de violencia en todas las islas, disponible en www.dalaalarma.com.
 - Recursos específicos de violencia sexual: en Santa Cruz de Tenerife, el Centro de Atención e Intervención Especializada a Víctimas de Violencia Sexual (CAVIS) ofrece atención telefónica en el 670011244 y por correo electrónico, cavis@iass.es, de lunes a viernes y en horario de 8.30 a 16.30 horas. En Las Palmas de Gran Canaria, Cruz Roja ofrece este tipo de atención a través del teléfono 678483271, de 8.00 a 16.00 horas, y por correo electrónico: laspalmas@cruzroja.es.
5. Entregar la guía breve ***Tras una agresión sexual*** del Servicio Canario de la Salud.

BIBLIOGRAFÍA

1 Informe mundial sobre la violencia y la salud. Krug, E.; Dahlberg, L.; Mercy, J.; Zwi, A. Lozano, R., eds. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 2002. **Publicación científica y técnica n° 588.**

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/725/9275315884.pdf>

2 Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica. 2005.

https://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter1/es/

3 Una vida sin violencia para mujeres y niñas. Las otras víctimas de la violencia de género: Violencia sexual y trata de personas. Sección española de Amnistía Internacional. 2009.

<https://bienestaryproteccioninfantil.es/fuentes1.asp?sec=20&subs=234&cod=3890&page=&v=2>

4 Sumisión química: epidemiología y claves para su diagnóstico. Cruz-Landeira, A. et al. *Med Clin (Barc)*. 2008; 131(20): 783-9.

<https://medes.com/publication/45594>

5 Sumisión química: reto para el toxicólogo forense. García Repetto, Rosario; Soria, M. Luisa. Editorial Elsevier. 2011.

https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiAi6b-JuNLTahWgA2MBHS_mDkYQFjABegQIBBAC&url=https%3A%2F%2Fwww.elsevier.es%2Findex.php%3Fp%3Drevista%26pRevista%3Dpdf-simple%26pi-i%3DS0377473211700724%26r%3D446&usg=AOvVaw3J7sjlT0_yE_ASgqSJaAqz

6 Instrucciones de actuación en casos de agresión sexual con sospecha de intoxicación. Ministerio de Justicia. Madrid. 2012.

<http://www.abogacia.es/wp-content/uploads/2012/07/Instrucciones-sumisiOn-quimica-definitiva.pdf>

7 Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019. Ministerio de Igualdad. Delegación de Gobierno para la Violencia de Género.

<https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/Macroencuesta2019/home.htm>

8 Estadísticas sobre «Delitos contra la libertad e indemnidad sexuales».

<http://www.interior.gob.es/documents/10180/8736571/INFORME+DELITOS+CONTRA+LA+LIBERTAD+E+INDEMNIDAD+SEXUAL+2018.pdf/72779215-38b4-4bb3-bb45-d03029739f5c>

⁹ Geoviolencia.

<https://geoviolenciasexual.com>

¹⁰ Código Penal. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre; BOE número 281 de 24/11/1995. Reformado por la LO 5/2010 de 22 de junio.

https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1995-25444

¹¹ El daño psíquico en las víctimas de agresión sexual. González Fernández, Jorge; Pardo Fernández, Encar. 2007.

<https://www.uv.es/crim/cas/Secuelas.Psiquicas.pdf>

¹² Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Comisión contra la violencia género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2012.

<https://violenciagenero.igualdad.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf>

¹³ Protocolo de actuación ante la violencia de género en el ámbito doméstico en la Atención Primaria de Salud. Materiales didácticos para la formación. Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad. Servicio Canario de la Salud. 2010.

<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocumento=0e2a8f12-ed41-11dd-958f-c50709d677ea&idCarpeta=c24a2648-af1b-11dd-97ee-cf6480f43e6e>

¹⁴ Instrucción nº 4/19 del Director del Servicio Canario de la Salud por la que se establece y regula el Modelo de Parte de Lesiones para la Comunicación al Juzgado de la Asistencia Sanitaria por lesiones que pudieran ser constitutivas de falta o delito.

<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/cb51a190-ed3f-11dd-958f-c50709d677ea/Parte-Lesiones>

¹⁵ Protocolo de Atención a Mujeres Víctimas de Agresión Sexual en el Área de Salud de Gran Canaria. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Materno-Infantil. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI). Servicio Canario de la Salud.

https://violenciagenero.igualdad.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo_agresiones_sexuales_Gran_Canaria.pdf

¹⁶ Protocolo de atención sanitaria a víctimas de agresiones / abusos sexuales. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria. 2017.

<https://saludcantabria.es/uploads/PROTOCOLO%20AGRESIONES%20SEXUALES%20CANTABRIA%202017.pdf>

17 Guía clínica de atención a las agresiones sexuales. Hospital Clinic Universitario de Barcelona.

<http://www.infocoponline.es/pdf/290509guiaagresionsexual.pdf>

18 Protocolo de actuación ante las agresiones sexuales. Hospital de Basurto-Instituto Vasco de Medicina Legal de Vizcaya. Diciembre 2019.

<http://svgo.es/sites/default/files/Agresiones%20sexuales.pdf>

19 El Parte de Lesiones: Normas de Cumplimentación. Servicio Canario de la Salud. 2019.

<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=d27b2808-890c-11e9-ba96-93f28270faa2&idCarpeta=381a58ec-a15a-11e9-a502-d7333c007c29>

20 Infecciones de transmisión sexual en el contexto de una agresión sexual. Hernández Ragpa, L. et al. / Enfermedades infecciosas y Microbiología Clínica. 2019; Vol.37 (N.3): 187–4. Elsevier.

<https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-infecciones-transmision-sexual-el-contexto-S0213005X18303756>

21 *Sexual Assault Infectious Disease Prophylaxis*. Sachs, C.; Thomas, B.; StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019 Jan-.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482239/>

22 Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-3514>

23 Documento de Consenso sobre Profilaxis Postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños. Actualización marzo 2015. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan Nacional sobre el Sida. GESIDA 2015.

http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2017/06/Documento_de_consenso_sobre_diagnostico_y_tratamiento_de_las_infecciones_de_transmision_sexual_en_adultos_02.pdf

24 Updated Guidelines for Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV-United States, 2016, from the Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Service.

<https://www.cdc.gov/hiv/pdf/programresources/cdc-hiv-npep-guidelines.pdf>

²⁵ **Guidelines for postexposure prophylaxis of persons with nonoccupational exposure to blood or body fluids that contain blood, by exposure type and vaccination status.**

<https://www.cdc.gov/std/tg2015/hepatitis.htm>

²⁶ **Indicadores Epidemiológicos Comunes de Atención Sanitaria ante la Violencia de Género en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad.**

<https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/A4ViolIndicadoresDef.pdf>

²⁷ **Guía para la Atención a Mujeres Víctimas de Violencia de Género. Instituto Canario de la Mujer. Gobierno de Canarias.**

https://www.gobiernodecanarias.org/cmmsgobcan/export/sites/icigualdad/_galerias/ici_documentos/documentacion/maqueta-DEF-indice-Guia-Red-Apoyo-pag.-dobles.pdf

