



TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA AGRESIÓN SEXUAL EN UN SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

AUTORA

Ana Pérez Ruiz

	Esta edición electrónica ha sido realizada en 2014
Director	Andrés Buforn Galiana
Tutor	J. M. Burgos Moreno
Curso	<i>Curso Experto Universitario en Medicina de Urgencias y Emergencias (2013)</i>
ISBN	978-84-7993-813-0
©	Ana Pérez Ruiz
©	De esta edición: Universidad Internacional de Andalucía
Fecha documento	2014



Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas

Usted es libre de:

- Copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra.

Bajo las condiciones siguientes:

- **Reconocimiento.** Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciadador (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o apoyan el uso que hace de su obra).
 - **No comercial.** No puede utilizar esta obra para fines comerciales.
 - **Sin obras derivadas.** No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.
-
- *Al reutilizar o distribuir la obra, tiene que dejar bien claro los términos de la licencia de esta obra.*
 - *Alguna de estas condiciones puede no aplicarse si se obtiene el permiso del titular de los derechos de autor.*
 - *Nada en esta licencia menoscaba o restringe los derechos morales del autor.*

**Protocolo de Actuación Sanitaria ante la
Agresión Sexual en un Servicio de Cuidados
Críticos y Urgencias**

Índice:

1.	Objetivos	1
2.	Ámbito de aplicación	1
3.	Personal que interviene	1
4.	Material necesario	2
5.	Definiciones y Consideraciones generales	2
6.	Detección	3
7.	Actuaciones generales en Urgencias según el profesional implicado	5
8.	Actuaciones a realizar desde los servicios de urgencias en los casos de agresiones sexuales	6
9.	Protocolo de actuación	11
10.	Partes de lesiones	18
11.	Protección a la mujer	22
12.	Anexos	23
13.	Bibliografía	36

1.- OBJETIVOS

El **objetivo principal** de este protocolo es establecer una pauta de actuación normalizada y homogénea para todo el personal de un Área Sanitaria específica, tanto para la detección precoz como para la valoración y actuación ante los casos detectados y el seguimiento de los mismos. La finalidad última es ofrecer orientaciones al personal sanitario para la atención integral: física, psicológica, emocional y social a las mujeres que sufren una agresión sexual y que acuden a un servicio de cuidados críticos y urgencias.

En el caso de agresiones sexuales, la atención y actuación sanitaria es específica dadas las medidas e implicaciones médico-forenses y legales que conlleva.

Este protocolo tiene además otros **objetivos secundarios**:

1. Sensibilizar al personal de los servicios de salud sobre la gravedad que conllevan las agresiones sexuales como problema de salud.

2. Promover la capacitación de las mujeres que sufren agresión sexual reiterada por parte de sus parejas para el reconocimiento de su situación y para la búsqueda de soluciones.

3. Contribuir desde el sector salud a la sensibilización de la población general sobre este problema.

2.- AMBITO DE APLICACIÓN

Población del área sanitaria específica

3.- PERSONAL QUE INTERVIENE

Profesionales sanitarios pertenecientes a las UGC de Cuidados Críticos y Urgencias, Ginecología, Pediatría, Salud Mental, UGC Laboratorio, Epidemiología y Medicina Preventiva, Radiodiagnóstico, Farmacia, Trabajo Social, Atención Primaria e Instituto de Medicina Legal.

4.- MATERIAL NECESARIO

Hojas de petición de pruebas complementarias (analítica, pruebas de imagen), Historia clínica digital, Kit de toma de muestras de Medicina Legal, Cámara fotográfica, Parte de Lesiones informatizado y fármacos específicos.

5.- DEFINICIONES Y CONSIDERACIONES GENERALES

Una mujer es agredida sexualmente siempre que se le impone un comportamiento sexual contra su voluntad, ya se produzca por parte de su pareja o de otras personas.

Los delitos contra la libertad e indemnidad sexuales se hallan tipificados en el título VIII del Libro II del **Código Penal**:

- Las **agresiones sexuales** comprenden cualquier atentado contra la libertad sexual de otra persona, realizado con violencia o intimidación. Dentro de éstas se encuentra la violación: cuando la agresión sexual consiste en la penetración con el órgano sexual por vía vaginal, anal o bucal o la introducción de cualquier clase de objeto o miembros corporales (por ejemplo los dedos) por vía vaginal o anal. Pero también existe agresión sexual cuando se atenta contra la libertad sexual de la mujer, aunque ello no implique contacto físico entre ésta y el agresor (obligarla a masturbarse o a mantener relaciones sexuales con terceros).
- Los **abusos sexuales** comprenden también cualquier atentado contra la libertad sexual de otra persona, pero realizado sin violencia ni intimidación, aunque siempre sin que medie el consentimiento de dicha persona. Se consideran abusos sexuales no consentidos (además de los que se ejecutan sobre menores de 13 años) aquellos en los que el consentimiento se obtiene prevaliéndose el responsable de una situación de superioridad manifiesta que coarte la libertad de la mujer.
- En el ámbito laboral, el **acoso sexual** es también una forma de violencia contra la mujer. Existe cuando se solicita a la mujer (para sí, o para un tercero) favores de naturaleza sexual, provocando con ello en la mujer una situación objetiva y gravemente intimidatoria, hostil o humillante.

Existen además otras formas de violencia sexual menos estudiadas en nuestro país que no pueden obviarse, relacionadas con otros modelos culturales, el tráfico de niñas y mujeres o el turismo sexual, entre otras.

La violencia sexual contra las mujeres puede ser ejercida por su pareja o por otros hombres. En general las mujeres consultan cuando el agresor no es la pareja, siendo poco frecuente que lo hagan por agresión sexual dentro de ella. Es en estos casos cuando la violencia sexual suele permanecer oculta, y resulta difícil detectarla.

6.- DETECCIÓN:

La mujer puede acudir sola, acompañada por algún familiar, persona conocida, o acompañada por Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (en el caso en que haya presentado denuncia o tenga intención de hacerlo).

Se le asignará Nivel de Prioridad 2 según Clasificación Avanzada por Agresión Sexual o Nivel Prioridad 1 en caso de lesiones graves.

- Si el agresor ha sido la pareja afectiva de la mujer, en el documento “Clasificación Avanzada de Urgencias”, además de los datos habitualmente recogidos, se anotará en el apartado “Motivo de consulta” junto a “Agresión Sexual”, las siglas CMT y se incluirá en el Circuito específico de Violencia de Género.
- En Urgencias, el personal de Medicina y de Enfermería en actuación conjunta, harán una entrevista breve a la mujer, en la que se intentará recoger información relevante para el órgano judicial y saber qué Juzgado es competente:
 - o Vinculación afectiva con el agresor.
 - o Domicilio y teléfono de la mujer.
 - o Recabar de la Policía, siempre que sea posible, Nº de diligencias previas y anotarlo en la Historia.
- Alertaremos a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad con competencia según la zona (Guardia Civil-EMUME, Policía Nacional-SAF o Policía Local), si no han acudido acompañando a la mujer, y ésta desea presentar denuncia.

- En Urgencias (previamente a Exploración Ginecológica) solo se atenderán aquellas lesiones que por su gravedad, puedan comprometer la vida de la mujer. En estos casos, procurando preservar las pruebas, se solicitará en el circuito de emergencias la presencia del Médico/a Ginecólogo/a (si no está presente Médico/a Forense), para toma de muestras de interés legal, según protocolo específico y se cumplimentará el Formulario de Cadena de Custodia.
- En situaciones riesgo vital, por la gravedad de las lesiones, se iniciará tratamiento médico inmediato de la mujer.
- Se comunicará la agresión al Juzgado de Guardia, y será la autoridad judicial la que solicitará la presencia del médico forense cuando lo estime necesario.
- Proporcionando un trato comprensivo y explicando a la mujer la finalidad de lo que estamos haciendo, se le ubicará en un lugar que garantice su intimidad, confidencialidad, seguridad y protección, mientras se espera la llegada del Médico/a Forense, evitando la ingesta de líquidos o alimentos, lavados ni cambios de ropa, y todas las actuaciones que puedan interferir en la posterior toma de muestras de Interés legal.
- Es preciso informar a la mujer de todas las exploraciones que se le van a hacer y la finalidad de las mismas, comentando en todo momento lo que se está haciendo, y recabando el consentimiento cuando sea necesario.
- Se hará una exploración conjunta Ginecología-Medicina Forense en acto único en el área de Ginecología del Hospital para evitar la victimización secundaria. Si en el Hospital no existe servicio de Ginecología, siempre acompañada de personal sanitario, será trasladada de inmediato en ambulancia, al Hospital de referencia donde se le pueda hacer dicha exploración conjunta Ginecología-Forense.
- Se hará valoración del riesgo de exposición a material biológico (VIH, VHB, VHC) y se aplicará protocolo específico, indicando profilaxis si está indicado (Anexo 2).
- Se emitirá Informe Clínico por agresión sexual y se codificará con el código CIE-9 por Agresión Sexual en el apartado “Diagnóstico” o “Juicios Clínicos”.
- Registrar en “Motivo de Consulta” y “Listado de Problemas” de la Historia de Diraya de Urgencias o su equivalente en otros centros, las siglas CMT, si el agresor ha sido la pareja afectiva de la mujer.

- Formalizar Parte al Juzgado con las lesiones encontradas independientemente de la exploración Ginecológica, con la cual se completará. Se imprimirán 4 copias. Incluir si procede:
 - o Que las Muestras de Interés legal se quedan en custodia en el Hospital, hasta ser solicitadas por el Juzgado correspondiente.
 - o Si se avisó a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.
 - o Si se solicitó la presencia de Medicina Forense, mediante llamada telefónica al Juzgado de Guardia.

7.- ACTUACIONES GENERALES SEGÚN EL PROFESIONAL IMPLICADO:

7.1.- Actuaciones desde la Medicina Clínica:

- Realizar la anamnesis y el examen clínico.
- Solicitar la actuación de la Medicina Forense, mediante llamada telefónica directa al Juzgado de Guardia y colaborar en su actuación.
- Solicitar consentimiento informado por escrito a la mujer para la toma de muestras de interés legal, salvo que sea en presencia de Forense o mediante auto judicial escrito.
- Toma de muestras del aparato genital para infecciones de transmisión sexual.
- Petición de analítica sanguínea.
- Tratamiento inmediato de las posibles lesiones físicas.
- Tratamiento de las infecciones de transmisión sexual.
- Profilaxis del embarazo y de ITS.
- Emisión del Parte al Juzgado.
- Informe Clínico de Alta con codificación CIE-9 específica, en el apartado de “Diagnóstico” o “Juicios Clínicos”.
- Si la persona agresora es la pareja de la mujer, en el apartado de “Motivo de llamada”, “Motivo literal de llamada o Asunto” o “Motivo de consulta” registrar agresión sexual y las siglas CMT (Confirmación de Maltrato).

7.2.- Actuaciones desde la Medicina Forense:

- Toma de muestras de interés legal.
- Señalar la localización e importancia de las lesiones (fotografiar lesiones).
- Realización del Informe Médico Forense para el Juzgado.

Para proceder penalmente por los delitos de agresiones sexuales será precisa la denuncia de la persona agraviada, de su representante legal o querrela del Ministerio Fiscal (cuando la víctima sea menor de edad, incapaz o una persona desvalida, bastará la denuncia del Ministerio Fiscal. Anexo 4). Aunque la mujer manifieste su deseo de no presentar denuncia en ese momento, deben comunicarse los hechos al Juzgado de Guardia, a fin de que pueda incoar el oportuno procedimiento judicial en el que disponer de medidas de investigación y aseguramiento necesarias por si el resto de personas legitimadas, o la propia mujer en el futuro, quisieran ejercer la acción penal.

8.- ACTUACIONES A REALIZAR DESDE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS EN LOS CASOS DE AGRESIONES SEXUALES:

8.1.- REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA:

- Puede servir como prueba importante en el proceso judicial.
- Transcribir los hechos referidos por la paciente en relación con la agresión (fecha, lugar, hora, tipo de agresión sexual) y los actos realizados después de la agresión y antes de la exploración (aseo personal, toma de alimentos o medicación, etc.).
- Antecedentes de enfermedades, intervenciones, medicaciones, consumo asociado de alcohol y otras drogas, etc.
- Antecedentes de violencia, si los hubiera.
- Historia ginecológica: menarquia, ciclo menstrual, fecha de última regla, método anticonceptivo, última relación sexual.

8.2.- EXPLORACIÓN (GENERAL Y GINECOLOGICA)

8.2.A) Examen de la superficie corporal:

Detallar localización e importancia de lesiones (heridas, contusiones, erosiones, laceraciones), consignando en su caso la no existencia de las mismas. En caso de haberlas es conveniente la realización de fotografías, previo consentimiento de la mujer.

8.2.B) Muestras de interés legal de la superficie corporal:

Tomar muestras de semen, sangre u otros fluidos en superficie corporal, mediante hisopo estéril ligeramente humedecido con agua destilada, colocando las muestras en tubo para sellar, rotular y mantenerlo refrigerado (4-8 °C).

8.2.C) Exploración ginecológica:

- Inspección vulvo-vaginal: detallar heridas, hematomas, contusiones, consignando en su caso la no existencia de las mismas. En los casos de agresiones sexuales en mujeres que no han tenido previamente relaciones, resulta de interés hacer constar la posible existencia y localización de los desgarros himeneales, que ponen de manifiesto la existencia de penetración.
- Tacto bimanual: para determinar tamaño, forma, consistencia y movilidad uterina, así como la posible existencia de masas o dolor anexial. Eventualmente puede precisarse una ecografía.

8.3.- MUESTRAS DE INTERÉS LEGAL DE LA EXPLORACION GINECOLOGICA:

- Tomas vaginales (o anal o bucal) con hisopos secos y estériles para investigación de esperma. Se guardarán en sus fundas sin incluirlos en ningún conservante, se mantendrán refrigerado (4-8 °C), y se rotularán. Se recomienda hacer la toma con, al menos, dos hisopos.
- Lavado vaginal (o anal o bucal) con 10cc de suero fisiológico estéril para la recogida de posibles restos de semen. El lavado se recogerá en un tubo estéril apropiado que pueda cerrarse herméticamente y se rotulará. Se mantendrá refrigerado (4-8 °C). El lavado vaginal será posterior a la toma de muestras para el cribado de infecciones de transmisión sexual.
- Ropas de la paciente relacionadas con la supuesta agresión, colocando cada prenda en bolsa independiente y rotulada.

- Tomas de hisopos humedecidos en suero fisiológico en los casos de agresión anal u oral, de las correspondientes cavidades colocando en tubo el hisopo, para sellar y rotular.
- Recortes de limpieza de uñas (posible piel del agresor).
- Peinado púbico de la mujer agredida (posible vello del agresor).

La rotulación de las muestras se hará con el nombre de la mujer, fecha y firma del profesional. Las distintas muestras se introducirán en sobre con el nombre de la mujer y asegurando la confidencialidad será introducido en sobre dirigido a Medicina Forense del Juzgado de Guardia.

De no ser realizada la toma por profesionales de Medicina Forense, asegurar la **cadena de custodia** (Anexo 5) para que las muestras obtenidas tengan valor jurídico, esto es, la persona responsable de la toma y la del transporte de la muestra hasta el Juzgado de Guardia, deben plasmar documentalmente su identidad, la relación exacta de las muestras obtenidas y remitidas, quedando constancia de la persona a la que se realiza la entrega en las dependencias judiciales.

Registrar el nº de Diligencia Policial en la documentación.

8.4.- ANALITICA:

- Determinar grupo sanguíneo y Rh de la mujer.
- Prueba de tóxicos.
- Prueba de embarazo.
- Infecciones de Transmisión Sexual:
 - o Cultivo despistaje gonorrea y Clamidias: inicial y a los 7 días.
 - o Sífilis: inicial y a las seis semanas.
 - o VIH: inicial, a las seis semanas, y a los 3 y 6 meses.
 - o Hepatitis B: inicial y a las seis semanas.
- Frotis citológico, útil asimismo para monilias y tricomonas.

8.5.- ATENCION Y SEGUIMIENTO:

8.5.A) Tratamiento de las lesiones físicas y secuelas psicológicas:

- Traumatismos físicos: tratar las heridas y efectuar prevención de infección de las mismas y, si precisa, hacer profilaxis del tétanos (Anexo 1).
- Traumatismos psicológicos: en general las mujeres que han sufrido una agresión sexual tienen sentimientos de ansiedad, culpa, humillación, vergüenza, que requieren de ayuda. Existen asociaciones de mujeres que prestan apoyo especializado, así como los centros de atención a la mujer (CIM) y en caso necesario, el EBAP valorará si es necesario ser derivada a la Unidad de Salud Mental.

8.5.B) Prevención de infecciones de transmisión sexual (Anexo 2):

- Debe utilizarse tratamiento preventivo para la gonococia, tricomonas, clamidia, sífilis en posible incubación.
- La necesidad de profilaxis contra el VIH: El riesgo de transmisión del VIH puede ser elevado si el agresor es VIH+, padece otras infecciones de transmisión sexual y hubo eyaculación. Considerar la profilaxis siguiendo las recomendaciones sobre profilaxis postexposición no ocupacional.
- Valorar estado vacunal frente a Hepatitis B.

8.5.C) Profilaxis de embarazo:

- En el caso en que la mujer esté utilizando un método anticonceptivo efectivo no será necesaria la profilaxis.
- Pautas para contracepción postcoital hormonal:
 - o \geq Si han transcurrido menos de 72 h. desde la agresión: Levorogestrel 1,5 mg, oral, dosis única (Postinor® o Norlevo®).
 - o \geq Si han transcurrido entre 72 y 120 horas (menos de 5 días) de la agresión: acetato de Ulipristal 30 mg, oral, dosis única, (EllaOne®) o proceder a la inserción de DIU.
- Confirmar la próxima regla o realizar una prueba de embarazo a las 2-3 semanas.
- Informar a la mujer que en el caso de embarazo puede optar a su interrupción según los supuestos legales.

8.6.- INFORMACION Y DERIVACION

8.6.A) Informar a la mujer sobre:

- La agresión sexual es un delito y la mujer tiene derecho a denunciarlo.
- Analizar con ella las repercusiones en salud física y emocional.
- Informarle de que la legislación protege sus derechos e integridad y de que si desea puede solicitar una Orden de Protección.
- Informarle de la red de recursos y dispositivos sociales (preferiblemente por escrito) para la atención a las mujeres que sufren violencia de género.

Si la mujer desea interponer denuncia, se puede solicitar telefónicamente el acompañamiento de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (SAF o EMUME).

8.6.B).- Derivación:

- Para asegurar la atención psicológica, social y jurídica de la mujer y la continuidad asistencial en EBAP, previa autorización verbal de la mujer, se comunicará el caso al personal de Trabajo Social del centro, que lo pondrá en conocimiento del EBAP y del personal de Trabajo Social de referencia para la mujer.
- Y se remitirá copia del informe de alta, asegurando la confidencialidad y comunicándolo a la mujer, al personal de Medicina de Familia en el centro de Atención Primaria de referencia de la mujer.

8.7.- RECOMENDACIONES:

- No mantener relaciones sexuales hasta siguiente valoración.
- Seguimiento adecuado a todo el proceso de atención integral a su salud.

8.8.- NOTIFICACION AL JUZGADO (Anexo 3):

- Emitir el Parte al Juzgado y remitirlo al Juzgado de Guardia.

9.- PROTOCOLO DE ACTUACIÓN:

9.1.- CONSIDERACIONES GENERALES:

Se realizará la entrevista clínica y un registro en la historia clínica como se ha mencionado anteriormente. Además:

- Considerar al relatar los hechos, si es pertinente una valoración **Ginecológica** o no *, y de si debe personarse el **Médico Forense** o no**. En caso de menores de 18 años, se debe avisar siempre al Juzgado de Guardia bien directamente o a través de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado***
- Conocer si tiene o no tiene intención de presentar una denuncia (es necesaria la presentación de denuncia para la intervención judicial) en el caso de no venir acompañada de las Fuerzas de Seguridad del Estado.
Deberemos advertirle, que aunque no presente denuncia, los servicios sanitarios están obligados a la notificación al juzgado de los hechos mediante un Parte de Lesiones. Dejar constancia en la Historia Clínica que **no quiere presentar denuncia**.
- Explicar a la mujer las actuaciones que se van a realizar y la utilidad de cada procedimiento, pidiendo su consentimiento para realizarlas (verbal y con registro en Historia clínica).
- Indicarle que NO debe lavarse ni cambiarse de ropa antes de la exploración. Tampoco debe beber ni orinar antes de serle tomadas las muestras (en su caso).
- Valoración de la situación física, psicológica y social.

**** Será necesaria una valoración ginecológica ante la sospecha de lesiones genitales que precisen tratamiento específico y profilaxis de ETS. También ante la necesidad de toma de muestra vaginal, rectal u oral en el caso de penetración, cuando se interponga una denuncia (o haya intención de hacerlo) y no hayan transcurrido más de 72 horas de los hechos.***

**** Será condición indispensable para que se persone el médico forense, que la paciente haya presentado denuncia o tenga intención clara de hacerlo. De no ser así, no se podrá proceder penalmente por los delitos y no tiene sentido toma de muestras de interés legal. Hay que recordar que la interposición de denuncia, es un derecho privativo de la persona.**

Además, hay que valorar el requisito de urgencia y gravedad.

El requisito de la gravedad de la agresión estará determinado no solo por la entidad y la desproporción de las lesiones producidas, sino por el hecho en sí, (por ej., que haya existido penetración, aunque no se haya producido ningún daño físico).

El requisito de la urgencia tendrá lugar solo si los hechos se han producido durante las 72 horas inmediatamente anteriores a la asistencia en urgencias.

***** En caso de menores de 13 años, se consideran siempre relaciones no consentidas, con lo que habría que dar parte SIEMPRE al Juzgado de Guardia, independientemente de si sus padres o tutores deseen o no presentar denuncia. Es relativamente frecuente que acudan a la consulta de urgencia de Pediatría, por sospecha de uno de los progenitores de abuso sexual al menor por parte del otro progenitor o allegados. Sin embargo no es habitual que estas sospechas sean ciertas (anatómicamente es muy difícil la penetración vaginal o anal sin dejar secuelas, por lo que en tal caso acudirán con lesiones muy evidentes).**

Nuestro cometido, en caso de sospecha como médico, debe ser explorar, tratar y poner en conocimiento del Juzgado de Guardia. Si posteriormente el Juez lo estima oportuno, solicitará la valoración del médico forense.

Los menores entre 16 y 18 años, se consideran con mayoría de edad sanitaria, y decide el menor (Ley 41/2002; Art. 5).

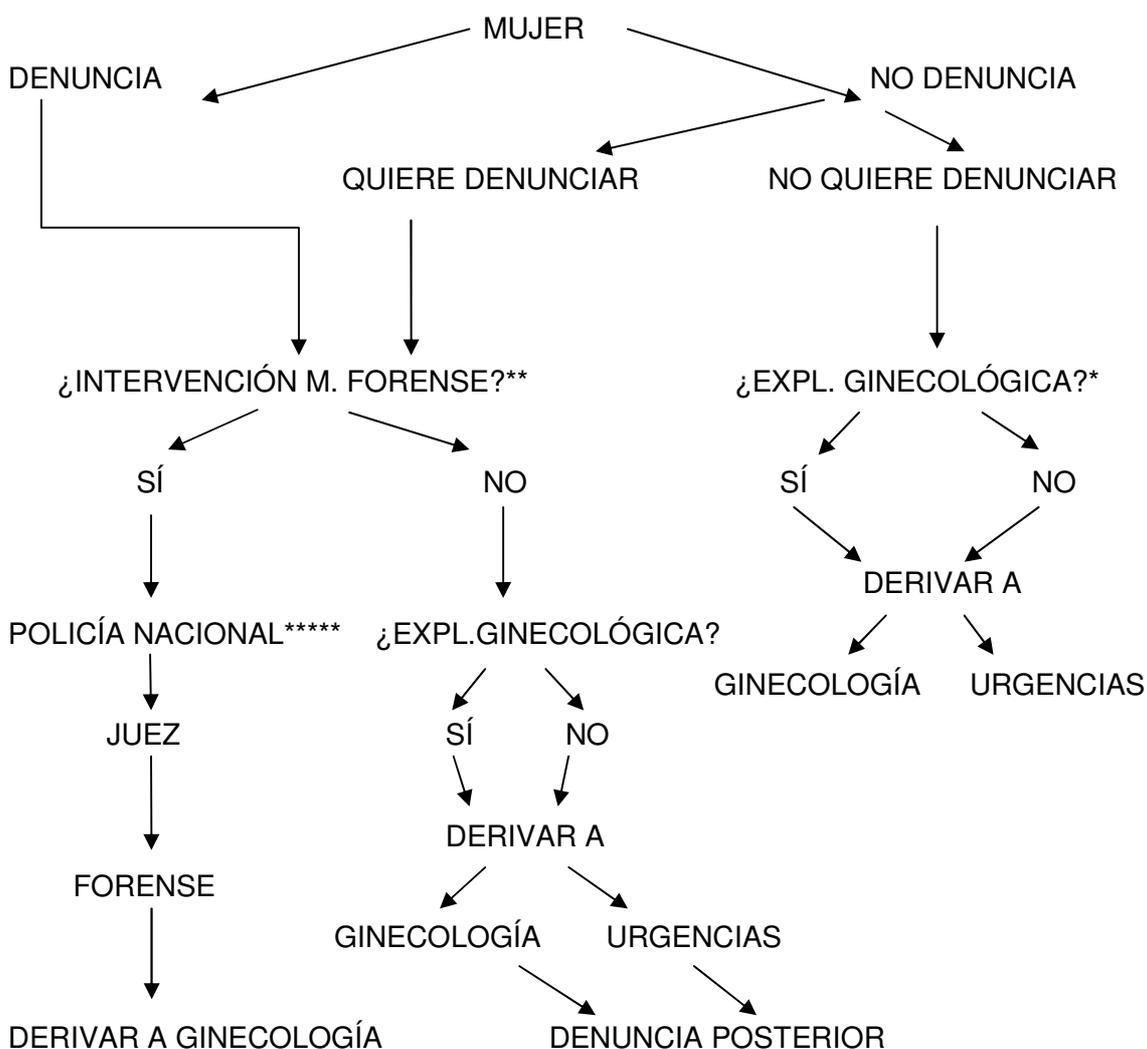
En menores entre 13 y 16 años, la decisión la tienen padres o tutores. En caso de ser consentidas y el menor se niegue a ser reconocido, en contra del deseo de sus padres o tutores, se contactará directamente con el Juez de Guardia, que actuará y decidirá, siempre velando por la salud del menor.

En caso de menores, la anamnesis se hará a las interesadas a solas, solicitando su permiso para hablar con el padre, la madre o tutores. En el caso de menores de 13 años, se realizará la anamnesis también a solas, después de haber oído la versión de éstos. Se utilizará un lenguaje sencillo y se transcribirá literalmente las palabras del menor, teniendo en cuenta que si es menor de 5 años y cuenta una historia de abusos, le hace altamente creíble.

****** En caso de dudas, siempre se puede llamar para consultar, al Médico Forense de guardia.**

******* En caso de no haber puesto denuncia pero tener intención clara de hacerlo (la “intención de denuncia”, equivale a haberla puesto) habrá que avisar simultáneamente a la Policía Nacional que se personará en el hospital y al Juzgado de Guardia que solicitará la valoración del Médico Forense. Éste tomará las muestras en presencia de la Policía y posteriormente la paciente será trasladada a Comisaría a interponer la denuncia. Todo ello con el fin de que su estancia en el Hospital sea lo más corta posible.**

9.2.- ALGORITMO DE ACTUACIÓN:



9.3.- SUPUESTOS POSIBLES

9.3.A).- NO DESEA DENUNCIAR (independientemente del tiempo transcurrido) Y NO NECESITA VALORACIÓN GINECOLÓGICA:

En este caso, toda la actuación se realizará en el **Servicio de Urgencias**.

- Se realizará una anamnesis como se ha detallado anteriormente y su registro en la historia clínica.
- Se realizará una exploración general detallando la localización de las lesiones y consignando en su caso, la NO existencia de las mismas. En caso de haberlas, es conveniente la realización de fotografías, *previo consentimiento de la mujer*.
- Tratar las heridas y efectuar prevención de infección de las mismas y, si precisa, hacer profilaxis del tétanos (Anexo 1). Considerar profilaxis de VIH/VHB/VHC (Anexo 2). En caso, de fundadas sospechas, se realizará en Urgencias serología y carga viral si procede, cuyo resultado será derivado a Medicina Preventiva. Se informará a la paciente que debe acudir a dicho Servicio de Medicina Preventiva el siguiente día hábil, de su consulta en Urgencias para proseguir protocolo.
- Tratamiento de las secuelas psicológicas. En general las mujeres que han sufrido una agresión sexual tienen sentimientos de ansiedad, culpa, humillación, vergüenza, que requieren de ayuda. Existen asociaciones de mujeres que prestan apoyo especializado, así como los centros de atención a la mujer (CIM) y en caso necesario, el EBAP valorará si es necesario ser derivada a la Unidad de Salud Mental.
- Informar sobre la red de recursos y dispositivos sociales (preferiblemente por escrito).
- Informar sobre la agresión sexual como delito y que tiene derecho a denunciarlo.
- Informarle de que la legislación protege sus derechos e integridad y de que si desea, puede solicitar una Orden de Protección.
- Emitir el parte judicial y remitirlo al Juzgado de Guardia.

9.3.B).- NO DESEA DENUNCIAR Y REQUIERE VALORACIÓN GINECOLÓGICA:

En este caso, se recogerá en la anamnesis, además, la historia ginecológica (menarquía, fecha de última regla, fórmula menstrual, método anticonceptivo que usa habitualmente, fecha de la última relación coital...); y se realizará la exploración general ya descrita y el tratamiento de las lesiones en su caso. Además se emitirá el parte de lesiones correspondiente.

Posteriormente, informaremos al Ginecólogo de guardia de la existencia de la paciente y será derivada de forma urgente a dicho Servicio acompañada por el celador, para realizar exploración ginecológica general que a continuación se detalla.

Actuación en el Servicio de Ginecología:

- Inspección vulvo-vaginal: detallar heridas hematomas, contusiones... consignando en su caso la no existencia de las mismas. En los casos de agresiones sexuales en mujeres que no han tenido previamente relaciones, resulta de interés hacer constar la posible existencia de desgarros himenales.

- Tacto bimanual: para determinar tamaño, forma, consistencia y movilidad uterina, así como la posible existencia de masas o dolor anexial. Eventualmente puede precisarse una ecografía.

- Analítica:

- Determinar grupo sanguíneo y Rh de la paciente.
- Prueba de tóxicos.
- Prueba de embarazo.
- Infecciones de transmisión sexual:
 - Cultivo para Gonococo y Clamidias: inicial y a los 7 días.
 - Sífilis: inicial y a las 6 semanas.
 - VIH: inicial, a las 6 semanas, y a los 3 y 6 meses.
 - VHB: inicial y a las 6 semanas.
- Frotis citológico. Útil además para Monilias y Tricomonas.

- Prevención de Infecciones de transmisión sexual:

- Debe utilizarse tratamiento preventivo para la gonococia, clamidia y sífilis.
- El riesgo de transmisión del VIH puede ser elevado si el agresor es VIH+, padece otras enfermedades de transmisión sexual y hubo eyaculación. Considerar la profilaxis siguiendo las recomendaciones sobre profilaxis postexposición no ocupacional (Anexo 2).
- La necesidad de profilaxis frente al virus de la hepatitis B se valorará individualmente (Anexo 2).

- Profilaxis de embarazo:
 - o Si está utilizando un método anticonceptivo efectivo, no será necesaria la profilaxis.
 - o Contracepción postcoital hormonal, si han transcurrido menos de 72 horas desde la agresión.
 - o Si han transcurrido más de 72 horas y menos de 5 días, acetato de Ulipristal 30 mg oral en dosis única (EllaOne®), o se procederá a la colocación de un DIU, si la mujer está de acuerdo.
 - o Confirmar la próxima regla o realizar una prueba de embarazo a las 2-3 semanas.
 - o Informar a la mujer que en el caso de embarazo, puede optar por la interrupción según los supuestos legales.
- Se recomienda no mantener relaciones sexuales hasta la siguiente valoración.
- Tras la interconsulta Ginecológica, será derivada al alta al domicilio, consulta programada de Ginecología o ingresada en planta, según las lesiones presentadas. Además se emitirá otro Parte de Lesiones por el facultativo.
- Se dará información sobre los recursos de los que dispone.

9.3.C).- ACUDE TRAS INTERPONER DENUNCIA, O NO HA DENUNCIADO PERO QUIERE HACERLO, Y NO ES NECESARIA LA INTERVENCIÓN DEL MÉDICO FORENSE:

No sería necesaria la intervención del Médico Forense, si han pasado más de 48-72 horas de la agresión, y si se han eliminado posibles muestras de interés legal (En caso de dudas, se podrá contactar telefónicamente con el Médico Forense de Guardia).

En este supuesto, se tendrá que valorar si es necesaria una valoración ginecológica general o no; y actuaremos según lo descrito anteriormente. En este caso, en el momento del alta, invitaremos a la paciente a que acuda a Comisaría a interponer denuncia.

9.3.D).- ACUDE TRAS INTERPONER DENUNCIA, O NO HA DENUNCIADO PERO QUIERE HACERLO, Y ES NECESARIA LA INTERVENCIÓN DEL FORENSE

Si es necesaria la actuación del Médico Forense, en primer lugar, debe existir denuncia previa. En el caso que no haya sido interpuesta, se avisará a la Policía Nacional para tal fin, antes de comenzar nuestra actuación médica (excepto en casos de extrema gravedad en los que actuaremos inmediatamente).

Una vez captado el caso, el médico del Servicio de Urgencias avisará telefónicamente al Ginecólogo y al Juzgado de guardia (que a su vez contactará con el médico forense para que se persone en el hospital).

La mujer será acompañada por los celadores al Servicio de Ginecología, lo más rápidamente posible.

En este caso, excepto la anamnesis (que la realizará el facultativo del Servicio de Urgencias), la exploración general y exploración ginecológica general y específica, será realizada por el Ginecólogo de guardia y por el médico forense (a excepción de patología grave concomitante que necesite una intervención urgente por parte de los médicos de urgencias).

Además de todas las exploraciones y actuaciones reseñadas anteriormente, se debe hacer una toma de muestras de interés legal (ya sea directamente por el médico forense o en colaboración con ginecólogo de guardia):

- Tomar muestras de semen, sangre u otros fluidos en superficie corporal, mediante hisopo estéril ligeramente humedecido con agua destilada, colocando las muestras en tubo para sellar, rotular y mantenerlo refrigerado (4-8°C).
- Tomas vaginales (o anal o bucal) con hisopos secos y estériles para investigación de esperma. Se guardarán en sus fundas sin incluirlos en ningún conservante, se mantendrá refrigerado (4-8°C), y se rotularán. Se recomienda hacer la toma con, al menos, dos hisopos.
- Ropas de la paciente relacionadas con la supuesta agresión, colocando cada prenda en bolsas de papel independientes y rotuladas.
- Tomas de hisopo humedecidas en suero fisiológico en los casos de agresión anal u oral, de las correspondientes cavidades, colocando en el tubo el hisopo para sellar y rotular.
- Recortes de limpiezas de uñas.
- Peinado púbico de la mujer agredida.
- La rotulación de las muestras se hará con nombre de la paciente, fecha y firma del profesional. Las distintas muestras se introducirán en un sobre con el nombre de la mujer, dirigido al médico forense.

NOTA:

- EN CASOS DE PENETRACIÓN ANAL, SE PODRÁ REQUERIR LA VALORACIÓN POR EL CIRUJANO PARA EXAMEN PROCTOLÓGICO.
- SI EXISTE PENETRACIÓN ANAL EXCLUSIVA, LA VALORACIÓN Y TOMA DE MUESTRAS, SE REALIZARÁ POR PARTE DEL MÉDICO FORENSE CONJUNTAMENTE POR EL CIRUJANO.
- EN CASO DE MENORES DE 13 AÑOS, EL EXAMEN TANTO ANAL COMO VAGINAL, LA REALIZARÁ EL PEDIATRA; AUNQUE PUEDE SOLICITAR LA AYUDA, SI LO ESTIMA NECESARIO, DEL CIRUJANO O DEL GINECÓLOGO RESPECTIVAMENTE.

10.- PARTE DE LESIONES (Anexo 3):

La Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género establece en su Título III, sobre Tutela institucional, en su artículo 32, sobre Planes de Colaboración que:

*«Los protocolos, además de referirse a los procedimientos a seguir, harán referencia expresa a las relaciones con la Administración de Justicia, en aquellos casos en que exista **constatación o sospecha fundada de daños físicos o psíquicos ocasionados por estas agresiones o abusos**».*

Por otra parte, el artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal señala que:

*«Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a **denunciarlo** inmediatamente al Ministerio Fiscal, al Tribunal competente, al Juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratare de un delito flagrante».*

La obligación se entiende cumplida con la remisión del Parte al Juzgado cuando existan lesiones, que sería la forma de ponerlo en conocimiento del Juez o Jueza, o la Comunicación a Fiscalía (Anexo 4) que sería para ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal.

El envío del Parte al Juzgado, supone su registro de entrada y remisión al Decanato de los Juzgados. Una vez tiene lugar el registro de entrada del Parte en la correspondiente oficina judicial, la tramitación de la causa va a ser igual que si se hubiera presentado denuncia por la mujer o por personas cercanas a la misma (vecindad, amistad). En el Decanato se determinará cuál será el Juzgado que conocerá del asunto teniendo en cuenta, en primer lugar, la clase de Juzgado competente de acuerdo con la legislación vigente. En segundo lugar, y si en ese partido judicial existe más de uno de la misma clase, conocerá aquél al que le corresponda de acuerdo con la aplicación de unas normas de reparto que son previamente aprobadas por el Decanato.

Recibido el Parte, el Juez o Jueza ordenará la incoación del procedimiento penal (o lo unirá, si tuvo conocimiento previo de los hechos, al procedimiento penal ya incoado) y acordará la práctica de diligencias de investigación y, en su caso, la adopción de medidas de protección para la mujer y el entorno familiar.

Es muy importante identificar los casos de violencia de género como tal, para que en Decanato se tenga conocimiento de que ha de tramitar la causa un Juzgado con competencias en materia de violencia de género, y se remita en consecuencia. De otro modo, se podría remitir a un Juzgado de Instrucción sin competencias que se tendría que inhibir una vez descubriera que se trata de un caso de violencia de género, retrasando la tramitación en perjuicio de la mujer.

El Parte al Juzgado deberá ser cumplimentado por el personal facultativo responsable de la asistencia, siguiendo las recomendaciones que se señalan más adelante y con remisión obligatoria al Juzgado de Guardia.

En aquellas localidades que exista Juzgado de Violencia sobre la Mujer, previo acuerdo de colaboración entre las personas responsables de estos con sus homólogas en los centros sanitarios, se podrá enviar directamente a estos juzgados, sin necesidad de pasar por el Decanato, los Partes al Juzgado por Violencia de Género.

En Andalucía, la cumplimentación y tramitación del actual Parte al Juzgado queda regulado normativamente con el Decreto 3/2011, de 11 de enero, por el que se crea y regula el modelo de Parte al Juzgado, para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones.

Dicho Decreto es de aplicación en todos los centros y servicios sanitarios, tanto públicos como privados, que se hallen en el territorio de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

En los centros que esté disponible la conexión con el sistema Diraya o cuenten con otros registros similares, será cumplimentado informáticamente. Además, estará disponible en modelo autocopiativo en todos los centros sanitarios. En tal caso, se debe cumplimentar con bolígrafo, letra clara, legible y sin tachaduras (que pueden interpretarse como manipulación) y habrá de comprobarse que las copias son legibles. Es recomendable la informatización del Parte al Juzgado, ya que ello evitaría los inconvenientes de las letras ilegibles, la mala cumplimentación, las casillas vacías, etc. que impiden conocer el alcance exacto de las lesiones, de las exploraciones complementarias y otros datos de interés, y en consecuencia dificultan la posterior evaluación pericial forense, que podrá repercutir también en la valoración por parte del Juez o Jueza.

Los datos aquí recogidos se regirán por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, garantizándose la confidencialidad, seguridad e integridad de los mismos y su utilización para los fines que constituyen su objeto.

Si durante la asistencia que se presta a la mujer, intervienen diferentes especialidades médicas que detectan nuevas lesiones o se produce una evolución en el diagnóstico o en los tratamientos necesarios, deberá cumplimentarse un nuevo/s Parte/s al Juzgado, especificando que es complementario del primer Parte emitido.

Se entregará un ejemplar:

- A la persona interesada siempre que no comprometa su seguridad (puede venir acompañada por el presunto agresor o puede que al llegar a casa el agresor descubra la copia). En tal caso, se le puede facilitar a algún familiar o persona de su confianza o ser guardada en el centro asistencial hasta su solicitud.
- Al juzgado de Guardia, a la mayor brevedad posible y en todo caso, en un plazo máximo de 24 horas.
- Al Centro Sanitario que haya emitido el parte judicial y, siempre que sea posible, se archivará una copia en la historia clínica y en todo caso se anotará el episodio que dio lugar a su emisión, haciendo constar que el parte se remitió a la autoridad competente.
- La última copia será remitida a la Delegación Provincial de Salud con fines estadísticos excepto en los casos en que sea cumplimentada en Diraya.

En caso de que el Médico Forense solicite el Parte de Lesiones, se le entregará fotocopia del original.

En aquellos casos que requieran ser ingresados, el Parte de Lesiones tiene que seguir el mismo proceso (No se remitirá a planta con el resto de la documentación); así como en aquellos casos que requieran traslado a otro centro hospitalario.

Cumplimentación del Parte de Lesiones:

- Hay que resaltar que el informe médico debe leerse a la mujer antes de su redacción definitiva.
- Hay que describir los síntomas emocionales y la actitud de la Mujer.
- Describir si se han usado objetos en la agresión.
- Reseñar si nos encontramos ante una agresión puntual, primera vez o reiteración de malos tratos.
- Indicar si existen otras personas que han sufrido malos tratos en el mismo incidente o en otras ocasiones, o si existen testigos.
- En cuanto al apartado de los “Hechos que motivan la asistencia”, se reflejará cómo han ocurrido los hechos, utilizando y entrecomillando, cuando sea posible, las mismas palabras de la mujer.
- En el apartado “Otros Datos”, se recogerán aspectos de seguridad y riesgo percibido por la mujer, si se ha contactado telefónicamente con el Juzgado de Guardia...
- Si bien los delitos relativos al maltrato son delitos públicos que serán perseguidos de oficio, se debe hacer constar en el apartado de “Observaciones” si la mujer ha manifestado que no quiere presentar denuncia y la causa (miedo al agresor, a perder la custodia de los hijos, a las reacciones familiares, dependencia económica, etc.), con el objeto de ofrecer al órgano judicial información sobre las circunstancias en las que se encuentra la mujer, que podrían ser de utilidad para el abordaje del caso concreto.
- Si se tiene constancia de lesiones anteriores que pudieran apuntar al convencimiento o la sospecha fundada de que la mujer sufre malos tratos habituales, es importante reflejarlo en el parte de lesiones, también en el apartado de “Observaciones” porque éste es otro delito distinto del de lesiones.

11.- PROTECCIÓN DE LA MUJER

Será importante respetar la autonomía de la mujer y el compromiso de confidencialidad respecto a la información conocida en virtud del ejercicio profesional, conjugando el velar por la vida y el beneficio de las pacientes (principio de beneficencia) y evitar perjuicios para su salud (principio de no maleficencia), con las actuaciones necesarias encaminadas a la protección de la mujer.

A pesar de presentar lesiones importantes, muchas mujeres que viven relaciones de maltrato no acuden a los servicios sanitarios por vergüenza, amenazas del maltratador o por temor a que se comunique al Juzgado el origen de sus lesiones y se puedan tomar medidas que puedan afectar a la familia. En la toma de decisiones ante una situación de maltrato, el personal sanitario deberá tener en cuenta que entre sus tareas se encuentran ofrecer escucha y apoyo, intentando respetar las decisiones de la mujer y cumplir con las obligaciones legales.

La emisión del Parte al Juzgado plantea a veces al personal sanitario preocupación sobre los posibles efectos negativos derivados de dicha actuación, especialmente en aquellos casos en que la mujer manifieste no estar de acuerdo con ella. Estos efectos estarían relacionados con el rechazo y pérdida de confianza de la mujer por no haber respetado sus deseos, con posibilidad de la ruptura de la relación profesional-paciente, y con el potencial incremento del riesgo para la salud o la vida de la mujer por la represalia del maltratador.

La información del hecho a las autoridades judiciales permite poner en marcha las medidas legales dirigidas a la protección de la mujer (art. 544 ter. párrafo 2º LECr.) y evitar que el delito quede impune.

Sin embargo, en aquellos casos en los que el personal sanitario sospeche de la existencia de malos tratos, físicos o psíquicos, y se valora una Situación Objetiva de Riesgo, se recomienda anotar todas las intervenciones que se realicen con la mujer en la Historia Clínica y comunicar dicha situación mediante FAX, a Fiscal Delegado/a Provincial de Violencia contra la Mujer (Anexo 4) aportando la mayor información posible que facilite la investigación, y acompañado de Informe Clínico correspondiente a la actuación clínica, así como otros informes que existan en el centro por otras asistencias prestadas a la mujer, que puedan ser de relevancia para la autoridad judicial al proporcionar información acerca de la habitualidad del maltrato (Art. 173-2 del Código Penal).

12.- ANEXOS

ANEXO 1: PROFILAXIS ANTITETÁNICA

Historia de vacunación antitetánica	Heridas limpias leves		Otras herida: (Herida anfractuosa, punzantes y/o contaminadas con polvo, heces, tierra, etc.)	
	Tétanos-Difteria	IGT	Tétanos-Difteria	IGT
No vacunado	Comenzar vacunación	No	Comenzar vacunación	Si
Desconocida	Comenzar vacunación	No	Comenzar vacunación	Si
Incompleta < 3 dosis	Completar vacunación	No	Comenzar vacunación	Si
3 ó más dosis	No (Poner una dosis si han pasado más de 10 años desde la última dosis)	No	No (Poner una dosis si han pasado más de 10 años desde la última dosis)	No

ANEXO 2: PROFILAXIS DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL:

1.- PROFILAXIS DE GONOCOCIA, CLAMYDIA, TRICHOMONAS Y SÍFILIS:

- **ADULTAS:**
 - Ceftriaxona (250 mg im) monodosis, más Metronidazol monodosis (2 gr oral) seguido de Doxiciliclina (100 mg/12 horas) oral durante 7 días.
 - En alergia a Betalactámicos: Eritromicina (500 mg/6 horas, 7 días) añadiendo de igual forma Metronidazol monodosis (2 gr oral) y Doxiciliclina (100 mg/12 horas) oral durante 7 días.
 - En gestantes: Azitromicina (1 gr oral) en monodosis o Eritromicina (500 mg/6 horas) 7 días.
- **MENORES:**
 - Ceftriaxona 125 mg im monodosis, Metronidazol 2 gr monodosis y Doxiciliclina 100 mg vía oral cada 12 horas durante 7 días.
 - Si son pequeños o alérgicos a Betalactámicos, Azitromicina 20 mg/kg (máximo 1 gr) en dosis única o diaria durante 7 días, respectivamente.

2.- PROFILAXIS VIH:

El cálculo del riesgo de transmisión depende de la prevalencia de VIH en la población a la que pertenezca la persona fuente y del riesgo estimado de exposición.

TIPO DE EXPOSICION	RIESGO ESTIMADO DE TRANSMISION DE VIH (%)
Transmisión de sangre	90-100 %
Recepción anal	0,91-3 %
Recepción vaginal	0,1-0,2 %
Penetración vaginal	0,03-0,09 %
Penetración anal	0,06%
Sexo oral-genital receptivo	0-0,04 %
Exposición mucosa	0,09 % (0,006-0,5)

A) EVALUACION DE RIESGO DE INFECCION POR VIA SEXUAL

Persona fuente infectada por VIH

Riesgo apreciable (0,8-3%)	Bajo riesgo (0,05-0,8%)	Riesgo mínimo (0,01-0,05%)
Recepción anal con eyaculación*	Recepción vaginal con eyaculación*	Sexo oral sin eyaculación*
	Recepción anal sin eyaculación*	Sexo orogenital femenino
	Recepción vaginal sin eyaculación*	
	Penetración anal*	
	Penetración vaginal*	
	Sexo orogenital con eyaculación*	

Persona fuente con infección VIH desconocida

Bajo riesgo (0,05-0,08%)	Riesgo mínimo (0,01-0,05%)	Riesgo despreciable o nulo (<0,01%)
Recepción anal con eyaculación*	Recepción anal sin eyaculación*	Besos
	Recepción vaginal sin eyaculación*	Caricias
	Penetración anal*	Masturbación
	Penetración vaginal*	Contacto de secreciones con piel íntegra
	Sexo orogenital femenino	

*Sin utilización de preservativo o con rotura o con mal uso del mismo.

B) EVALUACIÓN DE RIESGO POR VÍA CUTÁNEA

Fluidos sobre piel intacta	Riesgo no identificado
Mordedura sin/con rotura de piel	Riesgo no identificado
Fluidos sobre piel con integridad comprometida (eccema, dermatitis, laceración, herida abierta)	Riesgo bajo-intermedio
Herida cutánea con sangrado en la fuente y el recipiente	Riesgo alto

C) CONSIDERACIONES GENERALES

La probabilidad de transmisión de VIH depende del tipo de exposición, estado virológico del paciente fuente y factores añadidos como: agresión sexual (violación), infectividad de la fuente, presencia de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) o heridas o lesiones genitales y aparición de sangrado o menstruación.

Debe valorarse el riesgo de transmisión de VHB/VHC y otras infecciones, dado que VIH comparte vías de transmisión con VHB/VHC.

D) CONDICIONES A CUMPLIR PARA CONSIDERAR PROFILAXIS

Las condiciones que deben cumplir una exposición NO ocupacional (ENO) para considerar el empleo de profilaxis son:

- a- La persona fuente tiene infección por VIH conocida o desconocida con factores de riesgo: UDVP o pertenece a colectivos de elevada prevalencia de VIH (se interrumpe si la serología es negativa).
- b- En exposición con riesgo elevado (relación anal receptiva no protegida con eyaculación) se debe recomendar, y en exposición de riesgo apreciable (relación vaginal receptiva no protegida, anal receptiva no protegida sin eyaculación, vaginal o anal insertiva no protegida con eyaculación) debe considerarse y especialmente si la fuente tiene infección “no controlada”.
- c- Tiempo transcurrido tras exposición inferior a 72 horas.

E) RECOMENDACIONES GENERALES

Las recomendaciones generales para la profilaxis son:

- La decisión de iniciar profilaxis será individualizada y debe consensuarse con el médico y la persona expuesta.

- La decisión de usar la profilaxis, depende del tipo de exposición y estado clínico y virológico del paciente fuente, que deben reunir las condiciones mencionadas.

- La profilaxis sólo está indicada en exposiciones de carácter esporádico e inusual.

- Debe iniciarse lo más rápidamente posible, idealmente en las primeras 6 horas tras la práctica de riesgo, ya que cuanto más tiempo transcurra, menor es la posibilidad de que la profilaxis tenga éxito.

- Antes de iniciar la profilaxis (sin que suponga retraso en ello) se realizarán, serología (ELISA) y carga viral, hemograma completo y bioquímica general, serología para VHB Y VHC, pruebas diagnósticas de otra ETS y prueba de embarazo a todas las mujeres con exposición sexual.

- Previo al inicio de profilaxis, la persona firmará consentimiento informado.

- Se informará en todos los casos sobre el cuadro clínico de primoinfección por VIH (síndrome retroviral agudo).

F) RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO CON ANTIRRETROVIRALES:

- Se recomendará PPE (Profilaxis post-exposición) cuando la fuente tenga infección por VIH conocida y exista riesgo apreciable para la transmisión.

- Se recomienda el inicio en las 6 primeras horas de producido el contacto y antes de 72 desde la exposición, y la persona expuesta pueda y esté dispuesta a realizar seguimiento ulterior (Nivel B). No obstante, podría

considerarse después de dicho límite de tiempo en casos concretos que presenten alto riesgo de transmisión.

- Cuando sea posible se obtendrá información acerca de la historia de TAR del caso fuente y de su carga viral más reciente. Si este da su consentimiento y se dispone con prontitud de los resultados, conviene realizar nueva carga viral y eventualmente prueba genotípica de resistencia.
- Si el riesgo de transmisión es bajo o se desconoce si el caso fuente está infectado por VIH y no es posible efectuarle prueba serológica rápida para la detección, se considerará la decisión de efectuar PPE de forma consensuada por médico y persona expuesta, tras sopesar los potenciales riesgos y beneficios en su caso particular (Nivel C).
- Si no se conoce el estado VIH de la fuente, pero es UDVP o pertenece a población cuya prevalencia de infección es igual o superior a 10%, se actuara igual que si estuviese infectado por VIH (Nivel C).
- Las pautas antirretrovirales son las mismas que para exposiciones ocupacionales. En general, cuando esté indicada la PPENO (profilaxis post-exposición no ocupacional) se empleará pauta con 3 fármacos (Nivel C); excepto en exposiciones de riesgo muy bajo en la que se aceptaría pautas con 2 fármacos (Nivel C).
- Una vez informado el paciente, deberá firmar el consentimiento informado que a continuación se detalla.
- En las situaciones en las que el accidente se ha producido en un periodo superior a las 24-48 horas, no hay datos que demuestren a partir de qué momento la profilaxis no es efectiva por lo que la PPE será valorada según el tipo de accidente y los posibles efectos secundarios.
- El embarazo no contraindica el uso de antirretrovirales. Los fármacos que han sido probados con mayor seguridad en la mujer embarazada y con los que más experiencia clínica se tiene es con Zidovudina y Lamivudina, por lo que el régimen básico podría ser una buena indicación terapéutica.

- En cuanto a la lactancia, se recomienda a las madres tratadas con antirretrovirales no alimenten a sus hijos con leche materna.

G) FÁRMACOS Y COMBINACIONES

(un fármaco de la columna A + uno de la columna B, +/- uno de la C)

	A	B	C
Pauta de elección	Zidovudina (AZT): 250-300mg/12h Tenofovir : 245 mg/24h	Lamivudina (3TC): 300mg/24h Emtricitabina (PTC): 200mg/24h	Lopinavir-Ritonavir: 400mg/12h (KALETRA) Fosamprenavir 100mg/12h + Ritonavir 100mg/12h Saquinavir 1000mg/12 + Ritonavir 100mg/12h Atazanavir 300mg/24h + Ritonavir 100mg/24h Efavirenz 600mg/24h
Pautas alternativas	Didanosina (ddi) 250-400mg/12h Estavudina (d4T) 30 mg/12h		

AZT y 3TC, coformulados (300mg de AZT y 150 mg de 3TC), su nombre comercial es **COMBIVIR** y la pauta de administración es 1 comprimido cada 12 h.

Lopinavir y Ritonavir coformulados es **KALETRA**, 1 comprimido cada 12h.

Tenofovir y Emtricitabina coformulados (245mg+ 200mg) es **TRUVADA**, 1 comp/24h.

RIESGO APRECIABLE: COMBIVIR 1comp/ 12h + KALETRA 1comp / 12h

RIESGO BAJO: COMBIVIR: 1 comp/12h.

H) CONSENTIMIENTO INFORMADO (Documento de Información para la administración de profilaxis)

Hoy día ___ / ___ / ___, he consultado al doctor _____ del Servicio/Unidad _____ del Hospital _____ como consecuencia de accidente declarado, dónde consta que la fuente es

Desconocida Positiva respecto a: VIH VHB/VHC ,

que me ha explicado en qué consiste la profilaxis postexposición y los efectos secundarios que puede acarrear.

Acepto la instauración de las medidas profilácticas postexposición para el VIH y/o VHB recomendadas, consistente en _____

Acepto someterme a controles clínicos y sanguíneos que se indiquen:

Hoy, a los 15 días, 45 días, 5 meses, 6 meses y 12 meses

NO acepto la instauración de las medidas profilácticas postexposición para el VIH y VHB recomendadas, ni controles de seguimiento.

Paciente: _____

Nombre

Firma

Fecha

Doctor: _____

Sello

Firma

Fecha

Nota: Este documento tiene carácter confidencial y su contenido no puede ser divulgado salvo expreso consentimiento del paciente arriba firmante. La infracción del carácter confidencial está sujeta a las correspondientes sanciones legales para la persona o instituciones infractoras.

Este documento deberá guardarse en la historia clínica del paciente.

3.- PROFILAXIS DE HEPATITIS B:

Si la fuente de exposición es AgHBs positivo y el contacto es de riesgo intermedio o alto (sigue las vías de transmisión de VIH), en las personas expuestas que tienen una vacunación con niveles de AntiHBS positivos > 10U/L no se hará nada. Si no se saben los niveles de anticuerpos se considerará una dosis de refuerzo de la vacuna.

En aquellas no vacunadas o con vacunación incompleta, se administrará una dosis de inmunoglobulina antiVHB y la primera dosis de vacuna, para posteriormente completar la vacunación.

Si la fuente es AgHBs desconocida y el contacto es de riesgo intermedio o alto, las personas con vacunación completa no necesitan profilaxis; mientras que en las no vacunadas o con vacunación incompleta debe administrarse la serie completa de vacunación (primera dosis en urgencias) o bien completarla.

*La población nacida a partir de 1994 está vacunada contra la hepatitis B, si ha seguido el calendario vacunal de nuestra Comunidad.

ANEXO 3: PARTE DE LESIONES

JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERÍA DE SALUD

Hoja 1 de 2 ANEXO I

PARTE AL JUZGADO DE GUARDIA PARA LA COMUNICACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA POR LESIONES

1 DATOS DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO				
NOMBRE DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO				
DIRECCIÓN				
LOCALIDAD			PROVINCIA	C. POSTAL
TELÉFONO	FECHA DE LA ASISTENCIA	HORA (Se llega al centro o servicio sanitario)		
2 DATOS DE FILIACIÓN DE LA PERSONA LESIONADA				
APELLIDOS Y NOMBRE				SEXO <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
DNI/ PASAPORTE/ TARJETA SANITARIA	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD
DIRECCIÓN				
LOCALIDAD			PROVINCIA	C. POSTAL
TELÉFONOS		<input type="checkbox"/> PERSONA FALLECIDA		
3 CAUSA PRESUMIBLE DE LAS LESIONES (O DEL FALLECIMIENTO)				
<input type="checkbox"/> ACCIDENTE: <input type="checkbox"/> Doméstico <input type="checkbox"/> Escolar <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Tráfico (incluido atropellos) <input type="checkbox"/> Otros (especificar): <input type="checkbox"/> VIOLENCIA DE GÉNERO: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Sensorial <input type="checkbox"/> MALTRATO A PERSONAS: <input type="checkbox"/> Menores de edad <input type="checkbox"/> Ancianas <input type="checkbox"/> Dependientes <input type="checkbox"/> Con discapacidad: <input type="checkbox"/> Psíquica o mental <input type="checkbox"/> Sensorial <input type="checkbox"/> AGRESIÓN: <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Otra (especificar): <input type="checkbox"/> ANIMALES: <input type="checkbox"/> Mordedura <input type="checkbox"/> Arañazo <input type="checkbox"/> Lamedura <input type="checkbox"/> Otros (especificar): <input type="checkbox"/> INTOXICACIÓN (especificar): <input type="checkbox"/> OTRAS CAUSAS (especificar):				
4 LESIONES QUE PRESENTA (describir el tipo de lesiones, localización y posible fecha de las mismas)				
5 ESTADO PSÍQUICO Y EMOCIONAL (describir los síntomas emocionales y la actitud de la persona)				
6 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS				
7 MEDIDAS TERAPÉUTICAS (Incluir medidas profilácticas, tratamiento farmacológico, curas locales, tratamiento quirúrgico, etc...)				
8 PRONÓSTICO CLÍNICO (salvo complicaciones)				
<input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADO <input type="checkbox"/> GRAVE <input type="checkbox"/> MUY GRAVE				

Ejemplar para el JUZGADO DE GUARDIA



ILMO/A. SR/A. MAGISTRADO/A - JUEZ/A DEL JUZGADO DE GUARDIA

9	PLAN DE ACTUACIÓN (Especificar si es Alta, se deriva a otros recursos o especialidades, queda ingresada o si precisa seguimiento)

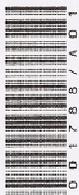
10 DATOS RELACIONADOS CON LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA, SEGÚN MANIFIESTA:	
DIRECCIÓN/LUGAR DE LOS HECHOS O DEL INCIDENTE	
PARA LOS CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO, MALTRATO O AGRESIONES ¿CONOCE A LA/S PERSONA/S AGRESORA/S? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE Y APELLIDOS DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S
EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA CONSIGNAR:	DIRECCIÓN
	TELÉFONO
RELACION/PARENTESCO CON LA/S PERSONA/S AGRESORA/S	
OTRAS VÍCTIMAS EN EL MISMO INCIDENTE (consignar nombre y apellidos, relación o parentesco con la persona lesionada)	
TESTIGOS DEL INCIDENTE (consignar nombre y apellidos, relación o parentesco con la persona lesionada)	
LA PERSONA ACUDE: <input type="checkbox"/> SOLA <input type="checkbox"/> ACOMPAÑADA (consignar nombre y apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada)	
DESCRIBIR CÓMO HAN OCURRIDO LOS HECHOS, UTILIZANDO CUANDO SEA POSIBLE (y con entrescomillas) LAS MISMAS PALABRAS DE LA PERSONA LESIONADA.	

11 ANTECEDENTES DE INTERÉS, para casos de violencia de género, maltrato o agresiones	
¿HA SUFRIDO AGRESIONES ANTERIORES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO APORTA INFORMACIÓN	
EN CASO DE AGRESIONES ANTERIORES SE CONSIGNARÁ:	
NOMBRE Y APELLIDOS DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S	
DIRECCIÓN	TELÉFONO
RELACION/PARENTESCO CON LA/S PERSONA/S AGRESORA/S	
INDICAR CUÁNDO, DESCRIBIR LAS LESIONES Y EVOLUCIÓN DE LAS MISMAS	
DENUNCIAS PREVIAS <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿HAY TESTIGOS DE ESOS ATAQUES? En caso afirmativo especificar nombre, apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿HABÍA OTRAS PERSONAS LESIONADAS EN ESOS ATAQUES? En caso afirmativo especificar nombre, apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

12 OBSERVACIONES	
EMBARAZO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿TIENE PERSONAS MENORES O DEPENDIENTES A SU CARGO? En caso afirmativo especificar nombre y apellidos, relación de parentesco: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
OTROS DATOS DE INTERÉS PARA EL ÓRGANO JUDICIAL (no quiere presentar denuncia, miedo a la/s persona/s agresora/s, a perder la custodia de menores, a la reacción de familiares, precariedad económica, etc...)	
SE CONTACTA TELEFÓNICAMENTE <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFICAR CON QUÉ RECURSO SE CONTACTA, LA HORA DE CADA LLAMADA Y EL RESULTADO DE LAS MISMAS: <input type="checkbox"/> JUZGADO DE GUARDIA <input type="checkbox"/> FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD <input type="checkbox"/> SERVICIOS SOCIALES <input type="checkbox"/> INFORMACIÓN DE LA MUJER <input type="checkbox"/> OTROS RECURSOS (especificar): <input type="checkbox"/> SE SOSPECHA QUE LA CAUSA DE LAS LESIONES SEA DIFERENTE A LA QUE REFIERE LA PERSONA	

13 DATOS PERSONAL FACULTATIVO	
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PERSONAL FACULTATIVO RESPONSABLE DE LA ASISTENCIA	SEXO <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER
CÓDIGO NUMÉRICO PERSONAL/Nº DE COLEGIACIÓN	FECHA
FIRMA	

ILMO/A. SR/A. MAGISTRADO/A - JUEZ/A DEL JUZGADO DE GUARDIA



ANEXO 4: COMUNICACIÓN A FISCALÍA

A continuación se presenta un modelo tipo con datos básicos que podría contener la Comunicación a la Fiscalía Provincial de Violencia a la Mujer:

ASUNTO: POSIBLE SUPUESTO DE MALOS TRATOS A MUJER	
Datos del p. (facultativo):	
Nombre y apellidos: _____	
Centro sanitario: _____	
Nº de colegiado/a: _____	
Datos personales de la paciente:	
Nombre y apellidos: _____	
Domicilio: _____	
Fecha nacimiento: _____	
Teléfono de contacto: _____	
Relación de datos en que se funda la posible existencia de un supuesto de malos tratos:	

Acompaño informes clínicos que existen en el centro por otras asistencias prestadas a la mujer, que puedan ser de relevancia para la autoridad judicial al proporcionar información acerca de la habitualidad del maltrato:	

Lo que pongo en su conocimiento al amparo de lo previsto en el Art. 773.2 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal y por si considera oportuno la incoación de diligencias de comprobación.	
CNP o Nº Colegiado	LUGAR Y FECHA FIRMA

ANEXO 5: REGISTRO DE CADENA DE CUSTODIA

Autoridad judicial solicitante		
Sr. Juez / Sra. Jueza _____	Juzgado _____	
Nº Diligencias Policiales _____	Fecha _____	Hora _____
Diligencias _____	Fecha _____	Hora _____
Datos referentes a la mujer		
Nombre y Apellidos _____	DNI _____	Edad _____
Observaciones _____		
<input type="checkbox"/> Con denuncia	<input type="checkbox"/> Presencia forense	<input type="checkbox"/> Indicación juzgado verbal
<input type="checkbox"/> Sin denuncia	<input type="checkbox"/> No presencia forense	<input type="checkbox"/> Orden judicial
Personal facultativo responsable de la extracción		
D./Dª _____ del Servicio de _____		
Hospital _____	Localidad _____	Provincia _____
A las ____ horas de acuerdo con la normativa y los protocolos de actuación vigentes.		
En _____, a _____ de _____ de _____		FIRMA
Observaciones _____		
Certifica que se ha realizado la extracción de:		
<input type="checkbox"/> Peinado del vello pubiano y vulvar	<input type="checkbox"/> Toma endocervical con torunda seca	
<input type="checkbox"/> Toma vulvar	<input type="checkbox"/> Ropa	
<input type="checkbox"/> Toma vaginal en torunda seca	<input type="checkbox"/> Otras	
Personal enfermería que transporta las muestras		
D./Dª _____ y número de identificación (NPR) _____		
certifica que ha transportado las muestras anteriores y las ha depositado en _____		
En _____, a _____ de _____ de _____		FIRMA
Personal que retira las muestras		
Responsable de la retirada de las muestras y transporte al _____		
D./Dª _____ con DNI _____ certifica que ha retirado las muestras anteriores.		
En _____, a _____ de _____ de _____		FIRMA

13.- BIBLIOGRAFÍA

- Protocolo andaluz de actuación sanitaria desde el ámbito de las urgencias ante la violencia de género. Consejería de Salud de Andalucía. Sevilla. 2012.
- Guía Informativa sobre asistencias con trascendencia legal en los servicios de urgencias. Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Málaga.
- Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Comisión contra la Violencia de Género. Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.
- Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Consejería de Salud de Andalucía. Sevilla. 2008.
- Protocolo de atención sanitaria a víctimas de agresiones/abusos sexuales. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria. 2007.
- Coll-Vinent Puig, B. Violencia y maltrato de género (II). Una aproximación desde Urgencias. *Emergencias* 2008; 20: 269-275.
- Protocolo de profilaxis postexposición en accidentes con material biológico. Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Comarcal de la Axarquía. Revisado en septiembre del 2009.