

**PROCEDIMIENTO DE
ACTUACIÓN COORDINADA
EN LOS CENTROS
SANITARIOS DE LA
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE
ARAGÓN ANTE LAS
AGRESIONES SEXUALES**

Dirección General de Asistencia Sanitaria

Departamento de Sanidad

Año 2023

COORDINADORES DEL GRUPO TÉCNICO

Mabel Cano del Pozo

Jefa de Servicio de Estrategias de Salud y Formación
DG de Asistencia Sanitaria. Departamento de Sanidad

Elena Delgado Palomar

Asesora Técnica. Servicio de Estrategias de Salud y Formación
DG de Asistencia Sanitaria. Departamento de Sanidad

Alicia Corredor Álvarez

Asesora Técnica. Unidad de Salud Mental
DG de Asistencia Sanitaria. Departamento de Sanidad

Asunción Cisneros Izquierdo

Jefa de Sección de Estrategias de Salud y Formación
DG de Asistencia Sanitaria. Departamento de Sanidad

MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO

Belén Rodríguez Solanilla

Jefa de Sección de Urgencias Maternidad. Hospital Universitario Miguel Servet

Susana Tejero Sancho

Ginecóloga. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

Carmen Campos Calleja

Jefa de Sección de Urgencias Pediatría. Hospital Universitario Miguel Servet

Dolores Ramón Termis

Jefa de Servicio de Clínica Médico Forense.
Instituto de Medicina Legal de Aragón (IMLA)

Susana Cosculluela Galizo

Médico Forense. Instituto de Medicina Legal de Aragón (IMLA)

Clara Pérez Martínez

Inspectora Jefe de la Policía Nacional.
Unidad de atención a la familia y mujer (UFAM)

Beatriz Berné Macipe

Comandante de la Guardia Civil. Jefa De policía Judicial e Información de la Comandancia de Zaragoza

David Mejía Escolano

Coordinador de Urgencias del Hospital Universitario San Jorge y Hospital de Jaca

Almudena Borobio Lázaro

Trabajadora Social. Centro de Salud Arrabal.

Beatriz Royo Soria

Trabajadora Social. IASS

COLABORADORES EN LA REDACCIÓN DEL DOCUMENTO

José Manuel Granada

Coordinador Unidad de Salud Mental
DG de Asistencia Sanitaria. Departamento de Sanidad

Ana Matilde Martínez

Asesora Jurídica
DG de Asistencia Sanitaria. Departamento de Sanidad

AGRADECIMIENTOS

Ana Santos Lucía

Maria Jesús Portillo Zaragoza

Centro de asistencia a víctimas de abusos sexuales (CAVIAS)

Lorenzo González Sagustín

Somos LGTBI+

UNIDAD EMISORA	Departamento Sanidad. Dirección General de Asistencia Sanitaria
----------------	---

REGISTRO DE REVISIONES				
ID REVISIÓN	FECHA (mm/aaaa)	ELABORADO POR	CAMBIOS INTRODUCIDOS	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)
V.00	Febrero 2023	Dirección General de Asistencia Sanitaria	Versión inicial	2024

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	6
2. OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN	7
3. LEGISLACIÓN DE REFERENCIA	7
4. OBJETIVOS GENERALES DE ACTUACIÓN	11
5. RECOMENDACIONES GENERALES DE ACTUACIÓN	11
6. ACTUACIONES DESDE LOS CENTROS SANITARIOS	12
6.1. DETECCIÓN	12
6.2. RECEPCIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO DE LA VÍCTIMA	13
6.3 CONTACTO CON FCSE Y JUZGADO DE GUARDIA	15
6.3.1 <i>Situaciones especiales</i>	16
6.4 ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN	17
a) Anamnesis	17
b) Exploración general	18
c) Examen de la superficie corporal	18
d) Exploración genital	19
e) Consideraciones a tener en cuenta en la atención a MENORES	19
6.5 RECOGIDA DE MUESTRAS	20
6.5.1 <i>Muestras de interés legal</i>	20
a) Muestras para determinación de ADN/Enfermedades de transmisión sexual	20
b) Muestras de Sangre	22
c) Muestras de Orina	22
d) Prueba de Tóxicos	22
e) Otras muestras	22
6.5.2 <i>Circuito de muestras</i>	23
a) Cadena de custodia	23
b) Entrega de muestras	23
6.6 ATENCION Y TRATAMIENTO	24
a) Tratamiento de las lesiones físicas	
b) Profilaxis	24
1. Profilaxis para gonococia, clamidia, trichomona y sífilis en posible incubación	24
2. Profilaxis post-exposición frente al VIH	25
3. Profilaxis frente al virus de Hepatitis B: se valorará individualmente	25
c) ATENCIÓN PSICOLÓGICA/PSIQUIÁTRICA	27

d) Atención social	27
6.7 REGISTRO EN HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA Y PARTE DE LESIONES	28
6.8 ALTA Y SEGUIMIENTO	28
a) En el momento del alta hospitalaria	28
b) Controles posteriores al alta	28
6.9 NOTIFICACIONES	30
a) En todos los casos	30
b) Menores en el ámbito intrafamiliar	30
ANEXOS	31
ANEXO I: RESUMEN PROCEDIMIENTO ACTUACIÓN EN AGRESIÓN SEXUAL RECIENTE	31
ANEXO II: FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN EN CASO DE MALTRATO INFANTIL	33
ANEXO III: PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN NO OCUPACIONAL VIH	34
ANEXO IV: PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN AL VHB	54
ANEXO V: CONSENTIMIENTO INFORMADO ADMINISTRACIÓN PROFILAXIS	36
ANEXO VI: LISTADO NÚMEROS DE TELÉFONO	37
ANEXO VII: CONSENTIMIENTO INFORMADO	38
BIBLIOGRAFÍA	39

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La violencia sexual se considera un problema de salud pública por su honda repercusión en la salud física y mental de las personas. Este tipo de violencia se asocia a un mayor riesgo de diversos problemas sexuales y reproductivos, con consecuencias que se manifiestan tanto de inmediato como muchos años después de la agresión. En la salud mental, las repercusiones son tan graves como en la física, y pueden ser también muy duraderas.

El presente procedimiento surge de la necesidad de revisar y unificar la actuación asistencial de los profesionales que intervienen en la atención a las personas víctimas de agresiones sexuales en los centros sanitarios de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Los servicios de urgencias hospitalarios, centros de atención primaria y puntos de atención continuada son en muchas ocasiones el primer punto de contacto de las personas que han sufrido presuntamente una agresión sexual. Esta primera respuesta es crucial y es aquí donde los profesionales han de ser eficaces, ya que sobre estas intervenciones van a pivotar todas las actuaciones posteriores, condicionando la respuesta y acción del resto de agentes implicados y recursos.

De esta manera, la actuación conjunta y homogénea protocolizada del equipo sanitario que atiende a la víctima resulta fundamental, tanto para mejorar la calidad asistencial, como para asegurar las necesarias garantías jurídicas y la seguridad de la víctima.

Durante el año 2022 se atendieron en los servicios de urgencias hospitalarias de centros del Servicio Aragonés de Salud un total de 141 casos tipificados como presunta agresión sexual, habiendo aumentado esta cifra un **38%** con respecto a 2021, tal como se recoge en la siguiente tabla:

Número de presuntas agresiones sexuales				
	2021		2022	
Edad	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
< 10 años	4	2	4	4
10-13 años	7	0	9	0
14-17 años	25	0	20	1
> 18 años	61	3	88	15
TOTAL	97	5	121	20
	102		141	

PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN COORDINADA EN LOS CENTROS
SANITARIOS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN ANTE AGRESIONES SEXUALES

Este procedimiento pretende dar las garantías necesarias para que este tratamiento integral que precisa el abordaje de las agresiones sexuales llegue *igualmente a hombres y menores* que también las sufren.

Por lo tanto, la actuación del personal sanitario de la Comunidad Autónoma de Aragón ante una víctima de agresión sexual, **sea mujer, hombre y/o menor** que acude a un centro sanitario, bien sea a una consulta de atención primaria, un centro hospitalario o a un servicio de urgencias, se ajustará a lo establecido en este Procedimiento Sanitario del Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón, elaborado en virtud de las competencias asumidas por la CA de Aragón en materia sanitaria según lo dispuesto en los art.14 y 71.55ª del Estatuto de Autonomía de Aragón y en la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón y en el resto de normativa dimanante.

2. OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

De todas las diferentes formas de violencia sexual definidas por la normativa en vigor, el presente Procedimiento se va a centrar en la atención de personas que demandan asistencia sanitaria por haber sufrido presuntamente una **agresión sexual** (ver definición más adelante).

El ámbito de aplicación serán los **centros sanitarios del Sistema de salud de Aragón**.

3. LEGISLACIÓN DE REFERENCIA

- Real Decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal.
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.
- Ley 4/2007, de 22 de marzo, de Prevención y Protección Integral a las Mujeres Víctimas de Violencia en Aragón.
- Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
- Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia.
- Ley Orgánica 10/2022 de 6 de septiembre, de garantía Integral de la libertad sexual.

¿Qué aspectos de estas Leyes son relevantes a efectos del presente procedimiento y deben ser tenidos en cuenta por los profesionales sanitarios tanto en la entrevista clínica como en la exploración, así como en la coordinación con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y el Ministerio de Justicia?:

1. Ley 4/2007, de 22 de marzo, de Prevención y Protección Integral a las Mujeres Víctimas de Violencia en Aragón:

Establece que el Departamento competente en materia de salud elaborará un procedimiento que recoja pautas uniformes de actuación dirigidas a profesionales sanitarios, de manera que desarrolle una acción coordinada que permita un tratamiento global e integral en la asistencia a las mujeres víctimas de violencia. Así mismo establece que podrán llevarse a cabo actividades de sensibilización y formación específicas dirigidas a profesionales sanitarios en materia de violencia contra las mujeres.

2. Ley Orgánica 10/2022 de 6 de septiembre, de garantía Integral de la libertad sexual:

Garantiza, el derecho a la asistencia integral especializada y accesible que ayude a las víctimas a superar las consecuencias físicas, psicológicas, sociales o de otra índole, derivadas de las violencias sexuales. Este derecho comprenderá, al menos:

- Atención sanitaria especializada y psicológica, tanto inmediata, como de emergencia y ante situaciones de crisis, 24 horas, así como acompañamiento y recuperación integral en el largo plazo.

- Los servicios de salud mental que se presten a las mujeres víctimas de violencias sexuales deberán ser diseñados con perspectiva de género y derechos humanos y deberán garantizar el consentimiento libre e informado de la mujer para cualquier tratamiento médico. Para ello, se le deberán facilitar los apoyos que pueda necesitar para ejercer ese derecho, así como para la adopción de decisiones sobre su propia vida.

- Atención especializada, en el caso de niñas y niños víctimas de violencias sexuales y de víctimas de trata y explotación sexual.

- Práctica forense disponible, accesible y especializada:

1. La Administración General del Estado y las administraciones de las comunidades autónomas, en el ámbito de sus respectivas competencias, garantizarán la disponibilidad del personal médico forense para asegurar que el examen y las actuaciones de interés legal se practiquen a las víctimas sin demoras y conjuntamente con el reconocimiento ginecológico o médico preceptivo y todo aquel estudio médico necesario. En todo caso, se evitará la reiteración de

reconocimientos salvo que resultaren estrictamente indispensables para la investigación.

2. La recogida de muestras biológicas de la víctima y otras evidencias, incluidas imágenes, que puedan contribuir a la acreditación de las violencias sexuales, que se realizará previo consentimiento informado, no estará condicionada a la presentación de denuncia o al ejercicio de la acción penal. Las muestras biológicas y evidencias que se recojan por el centro sanitario se conservarán debidamente para su remisión, garantizando la cadena de custodia y del modo más inmediato posible, al Instituto de Medicina Legal. El plazo y demás condiciones de conservación se determinará mediante protocolos científicos por los organismos competentes.

-Esta ley modifica el Código Penal en la tipificación de los delitos contra la libertad sexual quedando como sigue:

Definición de agresión sexual:

Cualquier acto que atente contra la libertad sexual de otra persona sin su consentimiento. Sólo se entenderá que hay consentimiento cuando se haya manifestado libremente mediante actos que, en atención a las circunstancias del caso, expresen de manera clara la voluntad de la persona.

A los efectos del apartado anterior, se consideran en todo caso agresión sexual los actos de contenido sexual que se realicen empleando violencia, intimidación o abuso de una situación de superioridad o de vulnerabilidad de la víctima, así como los que se ejecuten sobre personas que se hallen privadas de sentido o de cuya situación mental se abusare y los que se realicen cuando la víctima tenga anulada por cualquier causa su voluntad.

Cuando la agresión sexual consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías mencionadas, se considerará una violación.

Elementos determinantes de la Agresión Sexual:

a) Ausencia de consentimiento: Sólo se entenderá que hay consentimiento cuando se haya manifestado libremente mediante actos que, en atención a las circunstancias del caso, expresen de manera clara la voluntad de la persona.

b) Violencia: Situaciones que se consideran violencia: empleo de la fuerza brutal o reductora manifestada en energía física, contra la voluntad de una persona.

c) Intimidación: Situaciones que se consideran intimidación y circunstancias que ayudan a interpretar que existe intimidación (aunque se manifieste cierta pasividad): obligación de realizar cierta conducta o acto con miedo a las consecuencias de no

hacerlo; abordamiento en situación de embriaguez; sordidez y sobrepasamiento en la acción; reacción de miedo y asco de la víctima; hechos ocurridos en un lugar solitario, recóndito y angosto, con difícil salida; tratamiento vejatorio y denigrante; sensación de agobio y desasosiego de la víctima, sensación de sentirse abrumada.

d) Abuso de una situación de superioridad o de vulnerabilidad de la víctima. Los efectuados sobre personas privadas de sentido o de cuya situación mental se abusare y los que se realicen cuando la víctima tenga anulada por cualquier causa su voluntad.

Definición de sumisión química:

La Ley introduce expresamente como forma de comisión de la agresión sexual la denominada «sumisión química» o mediante el uso de sustancias y psicofármacos que anulan la voluntad de la víctima.

3. Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal:

Establece, a efectos de tipificación del delito de agresión sexual, la edad mínima de consentimiento en 16 años.

4. Real Decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal:

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.

5. Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor:

En los casos de menores de 16 años SIN EXCEPCIÓN será preciso realizar comunicación de la situación de violencia sexual a la FISCALÍA DE MENORES. Además, si se constata la evidencia de violencia sexual intrafamiliar (la persona agresora es un adulto del entorno familiar del menor), se deberá informar al Servicio Social Especializado de menores.

6. Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia:

Establece que toda persona que advierta indicios de una situación de violencia ejercida sobre una persona menor de edad, está obligada a comunicarlo de forma inmediata a la autoridad competente y, si los hechos pudieran ser constitutivos de delito, a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, al Ministerio Fiscal o a la autoridad judicial, sin perjuicio de prestar la atención inmediata que la víctima precise. Este deber de comunicación se entiende especialmente exigible y cualificado a aquellas

personas que, por razón de su cargo, profesión, oficio o actividad, tengan encomendada la asistencia, de niños, niñas o adolescentes y, en el ejercicio de las mismas, hayan tenido conocimiento de una situación de violencia ejercida sobre los mismos. Considerándose en todo caso incluidos en este supuesto el personal cualificado de los centros sanitarios.

7. **Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género:**

En el caso de mujeres, si la violencia sexual ha sido ejercida por la pareja o expareja de la víctima, esta será considerada como Violencia de Género.

4. OBJETIVOS GENERALES DE ACTUACIÓN

- Establecer pautas homogéneas de actuación ofreciendo una atención sanitaria integral en todos los centros sanitarios del sistema de salud de Aragón que atiendan a víctimas de una presunta agresión sexual.
- Propiciar la necesaria coordinación de todas las instituciones implicadas en la atención de urgencia a las personas que han sufrido presuntamente algún tipo de agresión sexual y proporcionar pautas comunes de actuación.

5. RECOMENDACIONES GENERALES DE ACTUACIÓN

Las actuaciones de los profesionales que atienden a estas personas deberán:

1. Propiciar un trato comprensivo, creando un ambiente que facilite la comunicación, la confidencialidad, así como la mayor intimidad posible, tratando a la persona de acuerdo con su identidad de género.
2. Recoger la información con el mayor tacto, sensibilidad y cuidado del lenguaje, no forzando a la persona a responder si no lo desea. ESCUCHAR.
3. Informar a la persona de todas las actuaciones y las exploraciones que se le van a hacer y la finalidad de las mismas. Se debe utilizar un tono tranquilo, escuchar sus consideraciones y responder a sus inquietudes de forma respetuosa y sensible. En el caso de menores utilizar un lenguaje adaptado a ellos.
4. Reducir los impactos psíquicos que sufra la persona tras la agresión. Se deberá evitar en la medida de lo posible, las entrevistas repetidas por distintos profesionales, con la finalidad de preservar la memoria del testigo sin alterarla y evitar la victimización secundaria. Por eso está justificado que la evaluación clínica y la evaluación médico-

forense se realice en un solo acto, procurando que durante la evaluación estén presentes solo aquellos profesionales imprescindibles.

5. Tener en cuenta todas aquellas circunstancias que aumentan su vulnerabilidad (edad, enfermedad, diversidad funcional, situación de exclusión social, situación administrativa irregular, drogodependencia, discapacidad, etc.) ya que producen una mayor indefensión.
6. En el caso de que la actuación asistencial se realice con un menor de 16 años se garantizará el interés superior del mismo y que esté asistido siempre por su progenitor o representante legal, salvo en los supuestos en los que exista o se sospeche implicación por parte de ellos.

6. ACTUACIONES DESDE LOS CENTROS SANITARIOS

Las actuaciones a realizar son las siguientes (Ver resumen de procedimiento de actuación en Anexo I):

1. Detección
2. Recepción y acompañamiento de las víctimas
3. Contacto con Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y Juzgado de Guardia.
4. Anamnesis y exploración
5. Recogida de muestras
6. Atención y tratamiento
7. Registro en la Historia Clínica Electrónica y parte de lesiones
8. Alta y seguimiento
9. Notificaciones

6.1. DETECCIÓN

Las personas que sufren una agresión sexual acuden habitualmente a los servicios de urgencias hospitalarias, pero también pueden acudir en primera instancia a los puntos de atención continuada o a un centro de salud, o ponerse en contacto con el servicio de emergencias extrahospitalario (061).

El personal sanitario de atención primaria o de otro dispositivo sanitario no hospitalario que atienda una agresión sexual, y salvo en supuestos de gravedad y riesgo vital que obliguen a tratamiento médico inmediato, remitirá a la víctima lo más rápidamente posible al hospital de referencia teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

- En la medida de lo posible se trasladará a la víctima en ambulancia
- Se evitarán los lavados de cualquier parte del cuerpo que pueda distorsionar la recogida de muestras por parte del médico forense en el hospital.
- Es importante en la medida de lo posible, evitar la toma de líquidos o alimentos antes del reconocimiento de la víctima en el hospital.
- Se evitará el cambio de ropa.
- En el caso de una felación forzada, la víctima puede exigir lavarse la boca. En ese caso, se realizará una toma bucal y se garantizará la custodia de las muestras hasta la llegada al hospital. (Ver Apartado. Recogida de muestras y cadena de custodia).

6.2. RECEPCIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO DE LA VÍCTIMA

La persona puede acudir al Servicio de urgencias del hospital de referencia sola, acompañada por algún familiar o persona conocida, por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (FCSE) o por personal del servicio de emergencias extrahospitalario 061 si la víctima ha sido trasladada en ambulancia. La entrada al Servicio de Urgencias bajo estas diferentes situaciones y dependiendo de si es mujer, varón o menor va a condicionar la actuación profesional.

La recepción inicial en el servicio de Urgencias hospitalario será realizada por el profesional sanitario responsable del triaje en un lugar que asegure la intimidad y la confortabilidad de la persona. Para ello será necesario realizar las siguientes preguntas:

- ¿**QUÉ** ha pasado? Motivo de la asistencia (tipo de agresión, especificar si se trata de tocamientos, penetración vaginal u oral...) De manera breve y sin entrar en detalles.
- ¿**CUÁNDO** ha pasado? (período temporal máximo de 10 días para la toma de muestras forenses) Si la agresión no es reciente, tendrá otra vía de asistencia.
- ¿**DÓNDE** ha pasado? (localidad donde han sucedido los hechos a efectos de competencia policial y judicial).
- VALORAR SIGNOS DE INTOXICACIÓN / ALTERACIONES DEL NIVEL DE CONCIENCIA.

Después, se procederá a realizar la derivación pertinente para valoración profesional del paciente en función de sexo, edad y disponibilidad de facultativos:

- **Sexo:** Mujeres: a Ginecología
Hombres: a Cirugía } Tener en cuenta identidad de género; preguntando nombre y género.
- **Edad:** Menores de 14 años: pediatría o cirugía pediátrica
- **Disponibilidad especialista** (ginecología, cirugía, facultativo de urgencias)

Se recomienda que la víctima esté acompañada por una persona de su confianza durante todo el proceso, ya sea un familiar o un amigo. De la misma forma debe respetarse su deseo si expresa que no desea acompañamiento.

Es necesario asegurarse de si la persona viene acompañada, si tiene menores o personas dependientes a su cargo, si están con alguna persona de su confianza o solas, si puede o teme volver a casa, etc., realizando una valoración del riesgo, y estando muy atento a las siguientes señales de seguridad y del riesgo:

- La persona declara temer por su vida.
- Existe una amenaza de muerte hacia la persona y/o sus hijos y/o suicidarse.
- La persona dispone de armas de fuego en casa.

Otros aspectos a tener en cuenta:

- a) **En el caso de personas adultas en ejercicio de curatela u otras medidas de apoyo judicial** (con competencias en decisiones clínicas) es preciso recabar el consentimiento informado de la persona o institución tutelar que ejerza el cargo de protección. Para ello el profesional sanitario que atienda a la persona deberá contactar con la sección de tutelas de adultos del IASS:

IASS Sección de tutelas de Adultos:

- Zaragoza: **976 71 32 63**
- Huesca: **974 29 33 33**
- Teruel: **978 64 13 13**

- b) **En el caso de asistencia en personas con discapacidad:**

- En el caso de personas que presenten cualquier tipo de discapacidad y se necesite realizar cualquier consulta sobre soportes específicos (información, accesibilidad, lenguaje de signos, etc.), el profesional sanitario podrá contactar con el Comité de Entidades Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI Aragón) en el teléfono 976 10 62 65, con horario de atención 24h, para que realice la derivación correspondiente.
- En los casos de **discapacidad intelectual** (DI) se contactará con la Unidad de Atención a Víctimas con Discapacidad Intelectual Aragón, llamando al teléfono **900 33 55 33**, horario de atención de 9:00 a 17:00 horas de lunes a viernes.

- c) **En el caso de personas extranjeras** que necesiten servicio de intérprete si fuera necesario se avisará al teléfono **900 50 44 05 (IAM)**

6.3 CONTACTO CON FCSE Y JUZGADO DE GUARDIA

1º El profesional sanitario llamará por teléfono al 091 Policía Nacional si la agresión ha tenido lugar en zona urbana o al 062 Guardia Civil si la agresión ha tenido lugar en zona rural (asistencia 24 horas ambos teléfonos):

- Es imprescindible en el aviso al 091/062 solicitar presencia policial especializada y explicitar el lugar en el que ha ocurrido la presunta agresión por definir competencias.
- Si la violencia sexual la sufre una **mujer o menor**: Policía Nacional y Guardia Civil tienen unidades específicas de atención:
 - UFAM (Unidades de **F**amilia y **M**ujer), si compete a Policía Nacional (**zona urbana**).
 - EMUME (Equipos **M**ujer-**M**enor), si compete a Guardia Civil (**zona rural**).
- Se notificará que existe un caso de presunta agresión sexual y se solicitará que se personen en el centro para:
 - Hacerse cargo del acompañamiento de la persona.
 - Custodiar las muestras (en el caso de no ser poder presentarse el médico forense)
- Se facilitará la información recogida en el triaje así como los datos de filiación de la víctima si se dispone de ellos.

2º Las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, una vez activado el procedimiento, llamarán al JUZGADO DE GUARDIA de referencia solicitando la presencia del Médico Forense en el hospital en aquellos casos en que sea necesaria su intervención:

La fuerza policial competente realizará, junto al médico forense, la asistencia médico legal o pericial en la parte que proceda.

Se realizará anamnesis, la exploración y la toma de muestras de la persona agredida de forma conjunta entre el profesional sanitario del hospital y el médico forense, diferenciándose dos actuaciones:

- La **actuación asistencial** del profesional sanitario del hospital, que debe centrar su intervención en la finalidad asistencial y clínica.
- La **actuación pericial** del médico forense con reconocimiento físico y psíquico, valoración y toma de muestras. Se valorará la presencia del cuerpo policial competente en la entrevista que se realiza a la víctima.

En caso de que el Juez de Guardia indique la imposibilidad de que se persone el Forense y delegue en el facultativo para la valoración, éste procederá a la toma de muestras y la exploración.

6.3.1 Situaciones especiales

a) Menores de edad:

- Solicitar presencia policial especializada en función del lugar donde ha ocurrido la agresión:
 - **Zona urbana - 091 Policía Nacional:** Solicitar la presencia de la unidad de atención especializada UFAM.
 - **Zona rural - 062 Guardia Civil:** Solicitar la presencia de la unidad de atención especializada EMUME.
 - Llamar al **SEE de Menores correspondiente (Zaragoza, Huesca y Teruel)** si la agresión se ha producido en el **entorno familiar** del menor. El teléfono de Información y Atención a la infancia 24h es **901 11 11 10**.
- En el caso de menores en protección es preciso recabar el consentimiento informado de la persona o institución tutelar que ejerza el cargo de protección (IASS Servicios de menores: 976 71 50 04).

b) Mayor de edad que no quiere denunciar y no consiente la toma de muestras

- No se comunica a 091/062 ni a Juzgado de Guardia (no acude el médico forense ya que para ello debe existir orden judicial expresa)
- Asistencia médica
- Envío de parte de lesiones al Juzgado

Se debe informar de la importancia de la recogida de muestras para la detección de ADN de la forma más temprana posible. Deberemos informar también que, aunque se recojan dichas muestras, sólo se procesarán si se interpone una denuncia.

c) Mayor de edad que duda si denunciar pero consiente la toma de muestras

Es muy posible que las víctimas no sepan inmediatamente si quieren denunciar o no. En el caso que la víctima dude:

- Comunicación hechos a FCSE
- Estos comunicarán la situación al Juzgado de Guardia
- El Juez decidirá si debe acudir el médico forense. Si acude, la recogida de muestras seguirá el procedimiento habitual.

- Si el Juez decide que no acuda el médico forense, el ginecólogo/facultativo que atienda al paciente procede a:
 - exploración, asistencia y parte de lesiones al Juzgado de Guardia
 - toma de muestras con finalidad asistencial y pericial (en virtud del artículo 48.2 de la Ley 10/2022), informando de ello a la víctima y recogiendo el **consentimiento por escrito** (Ver Anexo VII)
 - entrega de muestras a FCSE con cadena de custodia
 - Se deberá informar a la víctima que las muestras sólo se procesarán si se realiza la denuncia.

d) Sumisión química:

En todos los casos en los que se sospeche que puede existir un caso de agresión sexual como **consecuencia de una intoxicación**, aún en aquellos en los que la persona no recuerde nada, se debe realizar el mismo esquema de llamadas a Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado. En estos casos, es prioritario recoger y preservar muestra de sangre y de orina para posterior entrega al médico forense y estudio toxicológico en IMLA. La exploración y toma de muestras para estudio de ADN se debe diferir al momento en el que la víctima se encuentre en condiciones de prestar el consentimiento.

6.4 ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN

a) Anamnesis

La entrevista se realizará en un ambiente cómodo y empático buscando la cooperación y confianza de la víctima.

Las primeras preguntas no deben abordar directamente la agresión. Resulta útil crear un clima cómodo tratando inicialmente la historia clínica general.

Para evitar la victimización secundaria con la reiteración del relato de los hechos por parte de la víctima, se debe valorar la presencia de los FCSE en la fase de recogida de datos relacionada con los hechos. No deberán estar presentes durante la entrevista clínica de antecedentes médicos y ginecológicos, la exploración, ni la recogida de muestras salvo que el forense o la situación requiera de su colaboración.

- El ginecólogo/facultativo que atienda al paciente realizará la anamnesis, preguntando por antecedentes médicos y quirúrgicos, así como por tratamientos farmacológicos de interés y la última relación sexual consentida (especificando a ser posible cuándo y con quién). En el caso de que la víctima sea mujer se preguntará por antecedentes obstétricos y ginecológicos (menarquia, fecha de última regla, gestaciones...)

- A continuación, el médico forense pedirá a la víctima que relate lo sucedido con su lenguaje, respetando sus tiempos y sin interrupciones.

Se procurará recoger información sobre los hechos: lugar, hora, agresor o número de agresores; descripción de la agresión, del contacto físico y del uso de violencia, del uso de armas u otros sistemas de retención; si hubo penetración y vía, lugar de eyaculación, si el agresor utilizó preservativo.

También se recabará información sobre conductas posteriores a los hechos: si se ha lavado, si ha comido o bebido, orinado, si se ha cambiado de ropa o si ha mantenido relaciones sexuales con posterioridad a los hechos. Todo ello con la finalidad de dirigir la exploración, la toma de muestras y la interpretación de los hallazgos.

Si se sospecha contacto con tóxicos se recabará información sobre posibles sustancias, vías de entrada, hora de la exposición, y si las ha tomado de forma voluntaria o le han sido administradas subrepticamente.

b) Exploración general

Se debe considerar la situación emocional de la víctima generando un clima de confianza, dedicando el tiempo necesario e informando de nuestros procedimientos.

La víctima tiene derecho a consentir o rechazar cualquiera o todas las partes del examen médico-forense y debe ser informada de ello antes de su comienzo, tal y como se contempla en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica para cualquier actuación médica.

El médico forense informará de forma sencilla, en qué va a consistir la exploración y la toma de muestras, debiendo recoger el consentimiento informado por escrito, firmado.

c) Examen de la superficie corporal

- La persona deberá desnudarse sobre una sábana blanca, de forma que puedan recogerse las ropas y restos (tierra, pelos, etc.) que pueda tener. Si fuera necesario manipular la ropa, se deberá recoger por escrito una descripción del estado de la misma.
- Se debe exponer únicamente la parte del cuerpo explorada en cada momento respetando el pudor de la persona.
- La exploración sistemática debe comenzar de arriba abajo, en la postura como sea más completa y cómoda para la persona: de pie o decúbito en la camilla. En primer lugar, se examinará la mitad superior del cuerpo y una vez cubierta, la mitad inferior, realizando el examen ginecológico y, en su caso, el anorrectal.
- Se debe explorar:
 - Superficie extragenital

- Superficie paragenital: porción inferior de pared abdominal, cara interna de muslos y región glútea
- Describir el tipo de lesiones: aspecto, forma, color. Detallar localización e importancia de lesiones (heridas, contusiones, erosiones, laceraciones), consignando en su caso la no existencia de las mismas.

d) Exploración genital

- **Inspección vulvo-vaginal**

- Se realizará estando la mujer en la camilla ginecológica.
- Detallar desgarros, equimosis, hematomas, contusiones, etc., consignando en su caso, la no existencia de las mismas. Se describirá el estado del himen: elasticidad, desgarros, características.
- No utilizar un material exploratorio que pueda ser agresivo o lesivo sin antes haber comprobado el estado general de la víctima, ya que pueden existir desgarros o roturas en vagina, recto o tabique rectovaginal. Se tendrá especial cuidado con los microtraumatismos que puedan producirse durante las maniobras exploratorias.

- **Tacto bimanual-ecográfico**

NO se aconseja de manera sistemática, salvo movilización uterina dolorosa con espéculo en la exploración vaginal o imposibilidad de exploración vaginal.

- **Inspección perianal:**

- Se explorará el tono y posibles lesiones por traumatismo.
- Se detallarán las heridas, hematomas, contusiones, etc. consignando en su caso, la no existencia de las mismas, y se realizará la recogida de muestras correspondiente.

e) Consideraciones a tener en cuenta en la atención a MENORES

- Si es menor de 14 años, la entrada al servicio sanitario se hará desde el servicio de urgencias pediátricas de cada hospital. Una vez realizado el triaje se procederá a avisar al pediatra de guardia quien en caso de necesitarlo se pondrá en contacto con el servicio de ginecología/urología/cirugía.
- En menores de 18 años, el relato de los hechos se hará preferentemente con el menor a solas ya que así se podrá expresar con más libertad, solicitando su permiso para hablar con la madre, padre o tutores. En la evaluación clínica y exploración, puede ser conveniente que la persona de apoyo esté presente si el menor se siente más protegido y no se opone a ello.
- En el caso de menores en protección es preciso recabar el consentimiento informado de la persona o institución tutelar que ejerza el cargo de protección (IASS Servicios de menores: 976 71 50 04).

6.5 RECOGIDA DE MUESTRAS

- El médico forense decidirá en cada caso qué tipo de muestras se deben tomar según el relato de los hechos, los hallazgos en la exploración y el tiempo transcurrido. Se realizará siempre tras información y consentimiento informado por parte de la víctima. (Ver Anexo VII)
- La toma de muestras es de vital importancia para el esclarecimiento de los hechos y debe realizarse lo más pronto posible.
- Las muestras deben ser minuciosamente envasadas y etiquetadas (con letra clara), detallando el nombre del paciente, fecha y firma del profesional, así como la fecha y hora de la toma.
- Con el fin de garantizar la cadena de custodia, todos los envases irán sellados y etiquetados con fecha y hora de la toma de la muestra.
- Para evitar la contaminación de las muestras se aconseja empaquetar en envases de papel o cajas de cartón, evitando el plástico.

6.5.1 Muestras de interés

a) Muestras para determinación de ADN y Enfermedades de transmisión sexual (ETS)

La toma de muestras para detección de posibles restos biológicos del agresor debe realizarse lo antes posible. Los mejores resultados se obtienen cuando la recogida se realiza en las primeras 72 horas, aunque la toma vaginal puede llevarse a cabo hasta transcurridos 7-10 días independientemente de las actividades de la víctima posteriores a la agresión.

La recogida de las muestras deberá seguir un orden con el fin de evitar contaminaciones de una zona a otra. La toma de muestras de genitales externos debe realizarse antes de la exploración digital o con espéculo. Las muestras se recogerán por orden desde la zona más exterior hacia el interior: región anal y rectal, y después vulva, vagina y cérvix.

Se dará prioridad a las tomas para la determinación de ADN de la persona agresora.

Las tomas dependerán del tipo de agresión que se haya sufrido:

- **En caso de penetración vaginal: Hasta 10 días**

Las tomas con hisopos deberán realizarse de la zona exterior a la interior, primero la vulva, después la cavidad vaginal y por último el cuello uterino. Esta última toma deberá realizarse antes del lavado vaginal.

La toma se hará con espéculo lubricado con suero fisiológico.

- Toma vulvar: dos muestras con hisopo humedecido para determinación de ADN. Se guardarán sin incluirlos en ningún conservante, se rotularán y se mantendrán refrigerados (4-8°C).
- Toma vaginal:
 - dos muestras con hisopo en seco para determinación de ADN. Se guardarán sin incluirlos en ningún conservante, se rotularán y se mantendrán refrigerados (4-8°C).
 - una muestra con hisopo en medio de cultivo para despistaje de ETS.
- Toma cervical: dos muestras con hisopo en seco para determinación de ADN. Se guardarán sin incluirlos en ningún conservante, se rotularán y se mantendrán refrigerados (4-8°C).
- Toma endocervical: con hisopo de algodón estéril, previa limpieza exterior del cérvix para estudio.
- Lavado vaginal con suero fisiológico: con 10 cc. de suero fisiológico estéril para la determinación de ADN. El lavado se recogerá en un tubo estéril apropiado que pueda cerrarse herméticamente y se rotulará (con letra clara). Se mantendrá refrigerado (4-8°C).
- **En caso de penetración anal: Hasta 72 horas**
 - Toma perianal: dos muestras con hisopo humedecido para determinación de ADN. Se guardarán sin incluirlos en ningún conservante, se rotularán y se mantendrán refrigerados (4-8°C).
 - Toma anal:
 - dos muestras con hisopo en seco para determinación de ADN. Se guardarán sin incluirlos en ningún conservante, se rotularán y se mantendrán refrigerados (4-8°C).
 - una muestra con hisopo de algodón estéril para estudio de ETS.
- **En caso de penetración bucal: Hasta 48 horas**
 - En el caso de una felación forzada, la víctima puede exigir lavarse la boca. En ese caso, se realizará una toma bucal con un hisopo estéril en seco (2 muestras) y posteriormente se recogerá el enjuague bucal con suero fisiológico en tubo estéril para análisis. Si se hace este procedimiento debe realizarse ante un testigo y luego proceder al cierre seguro del tubo y rotulación, asegurando la custodia de las muestras por el profesional hasta la entrega al forense.

- Toma de dos muestras con hisopo en seco por toda la boca: por debajo de la lengua, por el paladar, alrededor de las encías, y los dientes, especialmente por detrás de los incisivos y premolares, para determinación de ADN. Se guardarán sin incluirlos en ningún conservante, se rotularán y se mantendrán refrigerados (4-8°C).
- Toma faríngea:
 - una con hisopo de algodón estéril para estudio.
- Lavado bucal con suero fisiológico: con 10-20 cc. de suero fisiológico estéril para determinación de ADN. El lavado se recogerá en un tubo estéril apropiado que pueda cerrarse herméticamente y se rotulará. Se mantendrá refrigerado (4-8°C).

b) Muestras de Sangre

- Estudio de Enfermedades de transmisión sexual: VIH (previo consentimiento), Hepatitis B y C, Sífilis.
- Prueba de tóxicos: en tubo de 5 ml con EDTA y tubo de 5 ml con fluoruro sódico como conservante y oxalato potásico como anticoagulante. No limpiar zona de punción con alcohol.

c) Muestras de Orina

- Prueba de embarazo: si es posible realizar test rápido en urgencias.
- Cribado de sustancias de abuso en orina: Se realiza en los laboratorios de los centros hospitalarios y utiliza técnicas semicuantitativas.

Son test sensibles, pero poco específicos y por tanto de limitada validez legal. Se deben utilizar con fines asistenciales.

d) Prueba de Tóxicos

En el caso en el que exista sospecha de una intoxicación en el contexto de una agresión sexual, si el facultativo lo estima procedente, realizará una toma de muestras de sangre y orina

Las muestras para tóxicos serán entregadas al médico forense (o al miembro de las FCSE si así lo disponen).

e) Otras muestras para determinación de ADN

Se recogerán a criterio del médico forense.

- Uñas
 - Recortes o limpieza de uñas: Posibilidad de encontrar piel del agresor. Se puede realizar durante la exploración general. Se deben envasar las uñas de cada mano por separado, indicando en cada envase a qué mano corresponde.

- Pelo pubiano:
 - Antes de comenzar la exploración genital, buscar posible vello del agresor.
 - Peinado púbico:
 - Se puede realizar mediante un cepillo ginecológico.
 - Aplicación de tiras adhesivas de papel en vello pubiano.
- Pelos adheridos a la ropa de la víctima.
- Ropa
 - Colocando cada prenda en bolsa de papel independiente y rotulada con letra clara.
- Muestra de manchas de sangre, semen u otros fluidos corporales:
 - Se realizará con un hisopo estéril en seco/ humedecido con agua destilada.

6.5.2 Circuito de muestras

a) Cadena de custodia

- La cadena de custodia de las muestras compete a todo el personal implicado.
- Las muestras recogidas durante la valoración de las víctimas se entregarán al Forense o a las FCSE, según el tipo de muestra y a criterio de los mismos.
- El médico responsable del paciente debe consignar en el parte al Juzgado la identificación del funcionario al cual entrega las muestras.
- Antes de comenzar a manipular la ropa, recoger por escrito una descripción detallada del estado de la misma
- El transporte de la ropa, si procede, deberá realizarse en una bolsa de papel para evitar el deterioro de las muestras.

b) Entrega de muestras

- Muestras para determinación de ADN:
 - Entregar a miembro FCSE (siempre con criterio de médico forense)
- Muestras para determinación de tóxicos con interés médico legal:
 - Entregar a médico forense
 - De no ser realizada la toma por el médico forense, se entregarán las muestras a las FCSE para su remisión al Instituto Médico legal de Aragón (IMLA) , plasmando la

relación exacta de las muestras obtenidas y remitidas, quedando constancia de la persona a la que se realiza la entrega en las dependencias médico forenses.

- Muestras con fines asistenciales
 - Seguirán el circuito hospitalario habitual.

6.6 ATENCIÓN Y TRATAMIENTO

a) Tratamiento de las lesiones físicas

Tratar las heridas y lesiones (si las hubiere) y efectuar prevención de infección de las mismas.

b) Profilaxis

❖ *Prevención de infecciones de transmisión sexual:*

1. Profilaxis para gonococia, clamidia, trichomona y sífilis en posible incubación:

- *Adultos:*

Ceftriaxona (500 mgr IM) monodosis, + **Metronidazol** monodosis (2gr VO) + **Azitromicina** (1gr VO) en monodosis o **Doxiciclina** 100mg cada 12 horas VO 7 días.

- *Alérgicos a betalactámicos:*

Metronidazol (2 gr VO) + **Azitromicina** (1gr VO) en monodosis.

- *Menores:*

Ceftriaxona 50mg/Kg IM monodosis (máximo 500mg) + **Azitromicina** 20mg/kg VO monodosis (máximo 1g) ó **Doxiciclina** 2,2mg/Kg/12 horas VO 7 días (máximo 100mg/12horas) en ≥ 8 años + **Metronidazol** 15 mg/kg/8 horas VO 7 días en <45 Kg (máximo 2gr día) o 2gr VO monodosis en ≥ 45kg.

- *Menores en caso de alergia:*

Gentamicina 2,5mg/kg IM monodosis (máximo 240mg) + **Azitromicina** 20mg/kg VO monodosis (máximo 1g) + Metronidazol a la dosis descrita anteriormente.

- *Gestantes:*

- En 1º trimestre: **Ceftriaxona** (500 mgr IM) monodosis, + **Azitromicina** (1gr VO) en monodosis
- A partir de primer trimestre: **Ceftriaxona** (500 mgr IM) monodosis, + **Metronidazol** monodosis (2gr VO) + **Azitromicina** (1gr VO) en monodosis

2. Profilaxis post-exposición (PPE) frente al VIH:

Valorar la profilaxis siguiendo las recomendaciones de la SPNS/GESIDA/AEP/CEEISCAT/SEMP sobre profilaxis post-exposición frente al VIH, VHB y VHC en adultos y niños (ver Anexo IV)

Se recomienda la profilaxis postexposición frente al VIH a las víctimas de agresión sexual:

- Cuando exista exposición significativa, definida como contacto directo de semen, fluidos vaginales o sangre del asaltante con vagina, pene, ano o boca de la víctima, aunque no exista daño macroscópico visible.
- En los casos de rotura de la integridad de la piel o membranas mucosas de la víctima si han entrado en contacto con sangre, semen o fluidos vaginales del asaltante, así como en mordeduras que presenten sangre visible.

Otras consideraciones:

- La profilaxis postexposición debe iniciarse lo antes posible, preferentemente en las 6 primeras horas, y siempre antes de las 72 horas tras la agresión.
- Previamente a la profilaxis se deberá realizar analítica urgente con hemograma y bioquímica con función renal y hepática
- En urgencias se deberá administrar medicación para continuar con el tratamiento en domicilio al menos durante 3 días:

Se entrega en sala de Urgencias kit para inicio de tto VO durante 3 días:

Emtricitabina 245/Tenofovir 200 mg (Truvada) / 24 h 3 días + Raltegravir 400 mg (Isentress) / 12 h VO 3 días

- El control de seguimiento del tratamiento se realizará en la consulta de seguimiento de profilaxis postexposición VIH que determine cada hospital.

Profilaxis en menores

- La pauta recomendada en menores de 12 años es de 3 fármacos:
 - Emtricitabina (FTC; Emtriva): 6 mg/kg/24horas (dosis máxima: 200 mg/24 horas).
 - Zidovudina (ZDV, AZT; Retrovir): 120 mg/m² cada 8 horas o 4 mg/kg/12horas (dosis máxima: 300 mg/12 horas).
 - Lopinavir/ritonavir (LPV/r; Kaletra): 230-300 mg/m² c/12 h (dosis máxima: 400mg Lopinavir/12 horas).

3. Profilaxis postexposición (PPE) frente al virus de Hepatitis B (VHB):

Valorar de forma individual la pauta de profilaxis en función del tipo de exposición y nivel de riesgo, así como el conocimiento sobre el estado vacunal de la víctima. De forma general se seguirán las recomendaciones del Grupo de expertos de GeSIDA, GEITS y SEIP SPNS/GESIDA/ AEP/CEEISCAT/SEMP sobre profilaxis post-exposición frente al VIH, VHB y VHC en adultos y niños. (ver Anexo IV).

Se recomienda iniciarla lo antes posible tras la exposición de riesgo, preferiblemente en las primeras 24 horas y siempre dentro de las primeras 72 horas. No se recomienda iniciar PPE si han pasado más de 72 horas desde la exposición de riesgo.

a) En personas no vacunados o con vacunación incompleta:

- Administrar 1 dosis de IGHB (dosis única intramuscular en el glúteo de 0.06 ml/kg, máximo 5 ml, preferiblemente en las primeras 24 horas tras la agresión y siempre antes de los 7 días de la agresión)

+

- Iniciar serie completa de vacunación o completar vacunación del VHB, según corresponda.

La dosis de vacuna se debe de administrar lo antes posible después de la exposición, preferiblemente en las primeras 24 horas.

Se puede administrar simultáneamente con la IGHB en sitios separados (la vacuna siempre en el músculo deltoides)

b) En personas con vacunación completa: solicitar serología para determinar anti-HBs (desde el servicio de Urgencias, lo más rápidamente posible, para no retrasar el inicio de la profilaxis):

- **Si serología con respuesta adecuada (antiHBs ≥ 10 mUI/ml):** no es necesaria profilaxis en urgencias.
- **Si Serología con respuesta inadecuada (antiHBs < 10 mUI/ml):**

-Con 2 series completas de vacuna VHB: Administrar 2 dosis de IGHB separadas 1 mes.

-Con 1 serie completa de vacuna VHB: Administrar 1 dosis de IGHB + Completar nueva serie de vacunación del VHB

4. Profilaxis frente al virus de Hepatitis C (VHC):

En cuanto al VHC, en estos momentos no se dispone de ninguna medida eficaz de PPE, por lo que las recomendaciones deben ir dirigidas a un diagnóstico precoz de una posible infección aguda en la persona expuesta, para poderla tratar cuanto antes.

❖ 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.

❖ Profilaxis del embarazo:

- En el caso en que la mujer esté utilizando un método anticonceptivo efectivo no será necesaria la profilaxis.

- Anticoncepción de emergencia:

- En las primeras 72 horas tras la agresión: Levonorgestrel 1,5 mg en una sola dosis vía oral.
- Si han transcurrido entre 3 y 5 días tras la agresión se prescribirá Acetato de Ulipristal 30mg (ElleOne®) en una sola dosis en vía oral o se valorará la colocación de un DIU.
- Confirmar la próxima regla o realizar una prueba de embarazo a las 2-3 semanas.
- Informar a la mujer que en caso de embarazo puede optar a su interrupción.

c) Atención psicológica/psiquiátrica

Es importante y con **carácter preferente** realizar una interconsulta de psiquiatría y/o psicología a la unidad clínica del sector.

d) Atención social

Todas las intervenciones que en Historia clínica deriven en un parte de lesiones de agresión sexual y que además cumplan criterios de vulnerabilidad social llevarán aparejada una comunicación a consulta de Trabajo Social Sanitario (en adelante TSS) desde el Servicio de Urgencias del Hospital, a través del medio disponible en cada centro. Para ello, el facultativo que atiende a la víctima valorará los criterios detallados a continuación:

- Convivencia con agresor y/o dependencia económica.
- Discapacidad/ Dependencia.
- Escasa red sociofamiliar de apoyo y/o aislamiento social.
- Carecer de alojamiento adecuado/seguro
- Personas con medidas judiciales de apoyo a personas con discapacidad

- Menores
- Otras situaciones que sugieran necesaria la intervención desde TSS (por ejemplo, una situación socioeconómica deficitaria entre otras)

Siempre que cumpla ALGUNO de estos criterios, se realizará derivación a TSS que realizará la valoración, intervención, coordinación y /o derivación que se considere necesaria.

6.7 REGISTRO EN HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA Y PARTE DE LESIONES

Todos los datos que forman parte de las actuaciones incluidas en el presente Procedimiento son registrados en el sistema de información de los servicios de urgencias hospitalarios (PCH), y están integrados en la Historia Clínica Electrónica (HCE) de Aragón, conforme a las garantías de Protección de Datos Personales y garantías de los derechos digitales, confidencialidad, integridad y trazabilidad, según lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (RGPD).

El médico que está realizando la atención deberá cumplimentar el parte de lesiones en PCH que deberá ser previamente leído a la víctima. Este se enviará al Juzgado de Guardia y será entregado a las FCSE y al médico forense.

Así mismo se entregará una copia del Informe de alta al paciente, al médico forense y a las FCSE.

6.8 ALTA Y SEGUIMIENTO

a) En el momento del alta hospitalaria

El médico responsable entregará al paciente el informe de alta en el que se incluirán todas las indicaciones para el adecuado seguimiento posterior, y gestionará las derivaciones a los servicios que corresponda del ámbito hospitalario para garantizar los controles posteriores al alta.

En todos los casos se indicará al paciente que solicite cita en su equipo de atención primaria.

Se facilita teléfono de asistencia (psicológica/legal...) 24 h del IAM (Instituto Aragonés de la Mujer) 900504405 y correo electrónico: atenciomujer@aragon.es.

b) Controles posteriores al alta

El equipo de atención primaria de referencia contactará con el paciente en el momento en el que reciba en su buzón la información de una atención previa en el servicio de urgencias hospitalaria por una agresión sexual.

Serán necesarios los siguientes controles posteriores al alta:

❖ **A las 72 horas:**

Valorar cumplimiento de quimioprofilaxis post exposición a VIH en pacientes en los que se haya iniciado la misma, estableciéndose los controles posteriores con el servicio responsable en el Hospital de referencia.

❖ **A los 7-10 días:**

- Valorar la evolución de las posibles lesiones genitales.
- Informar de los resultados de los cultivos/serologías realizados.
- Repetir cultivos para descartar la presencia de gonococos y chlamydias, si estos fueron negativos en Urgencias.
- Reevaluar el estado emocional, informando de la posibilidad de derivación a la Unidad de Salud Mental y de otros recursos específicos para apoyo psicológico existentes.

❖ **A las 4-6 semanas:**

- Realizar prueba de embarazo si amenorrea.
- Completar pauta de vacunación de hepatitis B, en aquellos casos en que se administró la primera dosis en Urgencias.
- Repetir serología de VIH, VHB y VHC si ha sido negativa previamente, estableciéndose los controles posteriores en función del resultado con el servicio responsable en el Hospital de referencia.
- Valorar estado psicológico y proponer derivación a la Unidad de Salud Mental si se precisara.
- Valorar evolución personal, familiar y social.

- ❖ **A los 3 y 6 meses:** Repetir serología de VIH, VHB y VHC si fue negativa previamente para decidir controles posteriores.

❖ Control de Seguimiento

	Basal	Según síntomas	Semanas			
			2	4-6	12	24*
Serología VIH	✓	✓		✓	✓	✓
Análítica general	✓	✓	✓	✓		
CVP del VIH		✓				
Serología VHB	✓			✓	✓	✓
Serología VHC	✓			✓	✓	✓
VHC RNA		✓				
Despistaje ITS	✓				✓ (Sífilis)	
Embarazo	✓			✓		

* Si se utiliza una prueba combinada de antígeno/anticuerpo para VIH de cuarta generación, el seguimiento podría reducirse a la determinación basal, a la semana 4- 6 y a la semana 16 postexposición.

6.9 NOTIFICACIONES

a) En todos los casos

Los casos de agresión sexual detectados en la urgencia hospitalaria deberán ser comunicados a las FCSE quienes, si procede, activarán el procedimiento poniéndolo en conocimiento del Juzgado de Guardia. En todos los casos el facultativo debe remitir un parte de lesiones al Juzgado de guardia.

Como excepción, si la víctima decide no interponer denuncia ni recoger muestras, no se pondrá en conocimiento de las FCSE pero sí se enviará el parte de lesiones al Juzgado de guardia.

b) Menores en el ámbito intrafamiliar

En estos casos, además de la notificación al Juzgado de Guardia, se realizará notificación al Servicio Especializado de Menores:

- Completando la Hoja de Notificación de Situaciones de Maltrato Infantil incluida en el Anexo II del presente Procedimiento, al que se podrá añadir informe social si se considera necesario.
- Remitiendo por fax la Hoja de notificación previo contacto telefónico (**TELÉFONO DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN A LA INFANCIA 24H: 901 111 111**)

ANEXO I: RESUMEN DEL PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN AGRESIÓN SEXUAL RECIENTE

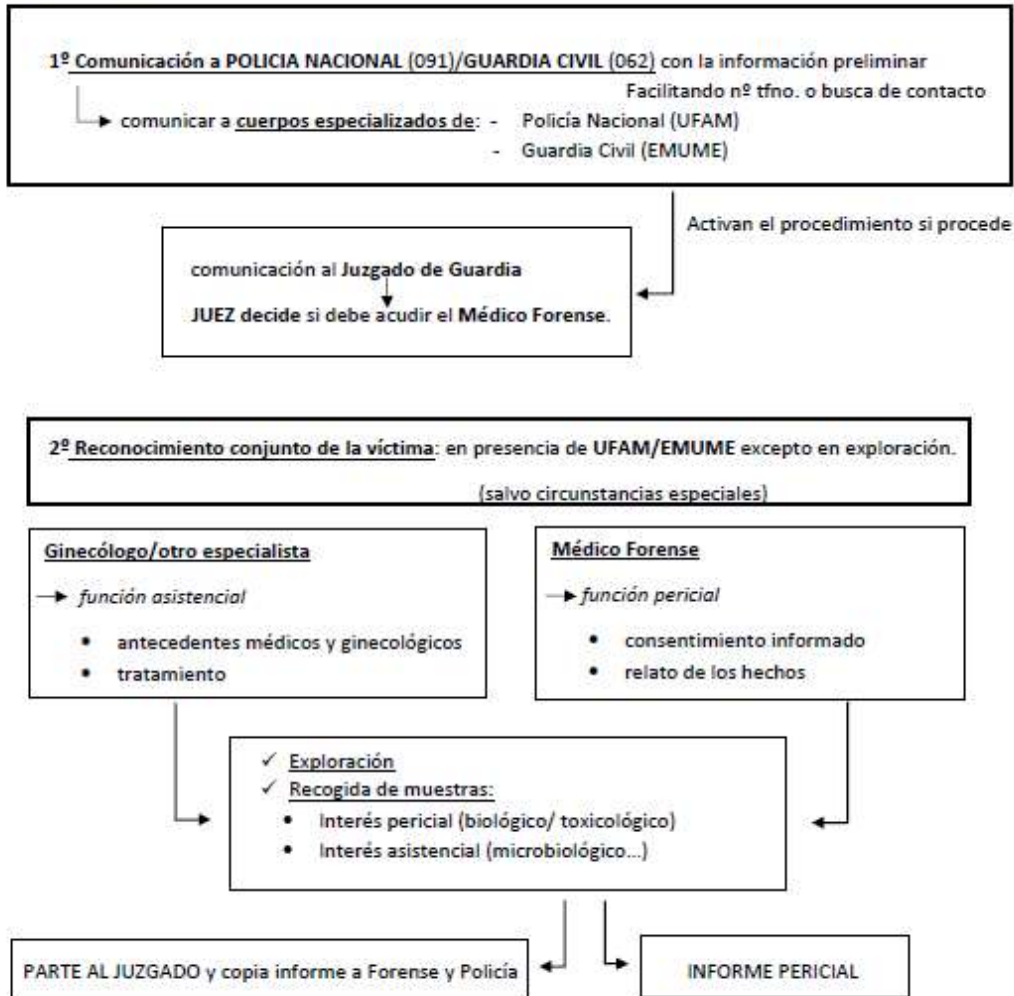
PROCEDIMIENTO DE ACTUACION EN AGRESION SEXUAL RECIENTE

A. **INFORMACIÓN PRELIMINAR:** recogida cuando acude la víctima al centro sanitario.

Imprescindible para poder activar el procedimiento.

- Sexo
- Edad: menores de 14 años (pediatría)
- Tipo y fecha de la agresión:
 - penetración vaginal: hasta 10 días
 - penetración anal: hasta 72 horas
 - si hay indicios biológicos en superficie corporal (saliva, semen...): hasta 72 horas
 - penetración oral: hasta 48 horas
- Lugar de la agresión: ciudad (policía nacional), rural (guardia civil)
- Sospecha de intoxicación
- Quiere denunciar (SI/NO/DUDA) – consiente la toma de muestras (SI/NO)

B. **PROCEDIMIENTO:**

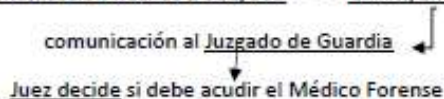


PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN COORDINADA EN LOS CENTROS
SANITARIOS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN ANTE AGRESIONES SEXUALES

C. CASOS ESPECIALES:

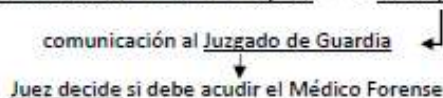
- **Sospecha de intoxicación:**

- Toma de sangre y orina: con fines asistenciales, reservando muestras para entrega al Forense
- Comunicación hechos a 091/062 → UFAM/EMUME



- **Víctima no quiere denunciar o duda:**

- **NO quiere denunciar y NO consiente la toma de muestras:**
 - NO se comunica a 091/062 ni a Juzgado de Guardia (no acude el Forense)
→ Asistencia médica, sin recogida de muestras periciales y parte al Juzgado
- **Duda si denunciar pero consiente la toma de muestras:**
 - Comunicación hechos a 091/062 → UFAM/EMUME

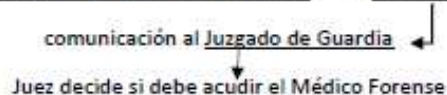


→ Si el Juez decide que no acuda el Médico Forense, el ginecólogo/especialista procede a:

- exploración, asistencia y parte de lesiones al Juzgado de Guardia
- toma de muestras con finalidad asistencial y pericial (en virtud del artículo 48.2 de la Ley 10/2022), informando de ello a la víctima.
- entrega de muestras a UFAM/EMUME con cadena de custodia

- **Menores:**

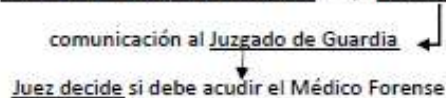
- aviso a padres/tutores (salvo que estén implicados en los hechos)
- Comunicación hechos a 091/062 → UFAM/EMUME



→ Si los padres/tutores de un menor entre 16-18 años consienten la exploración y/o toma de muestras y el menor la rechaza: se pondrá en conocimiento del Juez y/o Fiscal de guardia

- **Personas con discapacidad intelectual:**

- aviso a tutores (salvo que estén implicados en los hechos)
- Comunicación hechos a 091/062 → UFAM/EMUME



ANEXO II: FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN EN CASO DE MALTRATO INFANTIL



HOJA DE NOTIFICACIÓN DE SITUACIONES DE MALTRATO INFANTIL

IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO:

Apellidos _____ Nombre _____ Sexo V M
 Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Lugar de Nacimiento _____
 Dirección habitual _____ Localidad y Provincia _____
 Acompañante Padre Madre Tutor Policía Otros: _____
 Relación del presunto maltratante con el niño: _____ Nº tarjeta sanitaria del menor _____

SITUACIÓN ACTUAL DEL NIÑO:

Dónde se encuentra actualmente _____
 Dirección y teléfono de contacto _____
 Quién se está haciendo cargo de él _____
 Situación física/psíquica del niño _____

TIPO DE MALTRATO DETECTADO:

<input type="checkbox"/> MALTRATO FÍSICO	<input type="checkbox"/> NEGLIGENCIA FÍSICA	<input type="checkbox"/> SÍNDROME DE MÜNCHAUSEN
<input type="checkbox"/> ABUSO SEXUAL	<input type="checkbox"/> MALTRATO/NEGLIGENCIA PSÍQUICA	<input type="checkbox"/> OTROS (maltrato prenatal, corrupción, explotación laboral, abandono...)

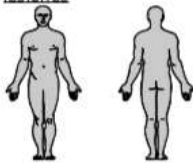
NIVEL DE GRAVEDAD:

LEVE
 MODERADO
 GRAVE

INDICADORES OBSERVADOS:

SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR:

EXPLORACIÓN FÍSICA: Señale la localización de las lesiones



ACTUACIÓN REALIZADA:

- Hospitalización / Solicitud de Hospitalización
- Comunicación al Centro de Salud
- Derivación / interconsulta a Salud Mental
- Parte de Lesiones al Juzgado
- Notificación al Servicio Especializado de Menores
- Notificación a Servicios Sociales Comunitarios
- Otras _____

INSTITUCIÓN QUE NOTIFICA:

Centro _____ Servicio / Consulta _____ Municipio: _____
 Teléfono / Fax _____ Fecha: ____ / ____ / ____ Hora de notificación: ____:____
 PERSONA QUE NOTIFICA (campos opcionales): Nombre _____ Nº Colegiado _____
 Médico de Familia Pediatra Enfermera Trabajador social Matrona Psicólogo Otros _____

URGENTE (Enviar notificación por fax, previo contacto telefónico, al Servicio Especializado de Menores)

SITUACIÓN URGENTE es aquella en la que existe certeza o sospecha razonable de que la salud y/o seguridad básicas del menor se encuentran o pudieran encontrarse seriamente y directamente amenazadas, y además no hay una figura familiar o de apego que pueda hacerse cargo del menor.

ORDINARIA (Enviar notificación por correo a los Servicios Sociales Comunitarios de referencia)

Sello del centro:

Esta información es confidencial y no puede ser utilizada fuera del ámbito para el que ha sido emitida. Gracias por su colaboración

Imagen tomada de IASS. Protección a la infancia

PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN COORDINADA EN LOS CENTROS
 SANITARIOS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN ANTE AGRESIONES SEXUALES

ANEXO III: PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN NO OCUPACIONAL VIH**

Tipo de Exposición	Riesgo de transmisión según Fuente	Recomendación
<ul style="list-style-type: none"> ■ Relación sexual o vaginal receptiva o insertiva sin preservativo o mal uso del mismo. ■ Compartir jeringuillas o agujas con UDVP. ■ Pinchazo percutáneo con exposición a sangre u otros fluidos potencialmente infectantes (1). ■ Mordeduras humanas con solución de continuidad en la piel y presencia de sangre visible. 	<p>Exposiciones con riesgo de transmisión apreciable</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ VIH positivo con CVP detectable o desconocido (3) ■ VIH desconocido con factores de riesgo (4) 	Recomendación PPE
<ul style="list-style-type: none"> ■ Mordeduras humanas con solución de continuidad en la piel y presencia de sangre visible. 	<p>Exposiciones con riesgo de transmisión bajo mínimo</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ VIH positivo con CVP indetectable ■ VIH desconocido sin factores de riesgo 	Valorar individualmente (5)
<ul style="list-style-type: none"> ■ Relación sexual orogenital (pene, vagina, ano), receptiva o insertiva, con o sin eyaculación, sin preservativo u otro método de barrera o mal uso del mismo. ■ Exposición de otras mucosas o de piel no intacta a sangre u otros fluidos potencialmente infectantes (1). 	<p>Exposiciones con riesgo de transmisión baja o mínimo</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ VIH positivo con CVP detectable, indetectable o desconocido ■ VIH desconocido con factores de riesgo ■ VIH desconocido sin factores de riesgo 	Valorar individualmente (5)
<ul style="list-style-type: none"> ■ Cualquier tipo de exposición con fluidos no infectantes (2). ■ Exposiciones sobre piel intacta. Mordeduras sin rotura de piel ni sangrado. Pinchazo o erosión superficial con agujas o otros objetos punzantes o cortantes abandonadas que no han estado en contacto reciente con sangre. Besos. Reanimación boca a boca sin lesiones cutaneomucosas. Caricias. Masturbación sin rotura de piel. 	<p>Exposiciones con riesgo de transmisión despreciable o nulo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ VIH positivo con CVP detectable o indetectable y VIH desconocido con o sin factores de riesgo 	PPE no recomendada

(1) Sangre, fluidos que contengan sangre visible, semen, secreciones vaginales, líquido cefalorraquídeo, pleural pericárdico, peritoneal, sinovial, amniótico, y leche humana.

(2) Orina, heces, saliva, vómitos, secreciones nasales, lágrimas, sudor y esputo, si no contienen sangre visible.

(3) Cuanto mayor sea la CVP mayor es el riesgo de transmisión.

(4) HSH, UDVP, trabajador del sexo, agresor sexual, antecedente de ingreso en centros penitenciario y natural de un país con una prevalencia de VIH superior al 1% (Haití, Bahamas, Jamaica, Belice, Trinidad y Tobago, Estonia, Rusia, Tailandia, y África subsahariana).

(5) Valorar individualmente cada caso. En general se recomienda iniciar PPE si la fuente es VIH + con CVP detectable o desconocida, o si es VIH desconocido con factores de riesgo. Si la fuente es VIH + con CVP indetectable o si es VIH desconocido sin factores de riesgo, se puede considerar no realizar PPE dado que el riesgo de transmisión es muy bajo.

** Documento de consenso sobre profilaxis post-exposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños. (GeSIDA. Actualizado marzo 2015).

ANEXO IV: PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN OCUPACIONAL Y NO OCUPACIONAL AL VHB**

Actuación frente a la persona expuesta				
Serología VHB de la fuente de exposición	No vacunados del VHB o vacunación incompleta	Vacunación completa del VHB		
		Determinar anti-HBs (2)		
		Respuesta adecuada: anti-HBs \geq 10 mUI/ml	Respuesta inadecuada: anti-HBs < 10 mUI/ml	
Fuente HBsAg + o desconocido	Administrar 1 dosis de IGHB (3) + Serie completa de vacunación o completar vacunación del VHB, según corresponde (4)	Protegido: No precisa PPE	Con 2 series completas de vacuna VHB	Con 1 serie completa de vacuna VHB
			Administrar 2 dosis de IGHB separadas 1 mes (3)	Administrar 1 dosis de IGHB (3) + completar nueva serie de vacunación del VHB (4)
Fuente HBsAg negativa	Serie completa de vacunación o completar vacunación del VHB, según corresponda (4)	Protegido. No precisa PPE	No precisa ninguna intervención	Administrar una dosis adicional de vacuna VHB (5)

(1) Exposición percutánea, mucosa o piel no íntegra a sangre, fluidos o tejidos corporales con sangre visible, otros fluidos corporales potencialmente infecciosos (secreciones vaginales, semen y líquidos cefalorraquídeo, sinovial, pleural, pericárdico, peritoneal y amniótico) y muestras de laboratorio que contienen virus, exposición sexual y víctima de asalto o abuso sexual.

(2) Lo más rápido posible para no retrasar el inicio de la profilaxis.

(3) IGHB: Inmunoglobulina de la Hepatitis B; Dosis de 0,06 ml/kg (12-20 UI/kg) por vía intramuscular. Se debe administrar lo antes posible después de la exposición, preferiblemente en las primeras 24 horas. No se ha demostrado su eficacia si se administra después de 7 días de la exposición.

(4) La dosis de vacuna se debe de administrar lo antes posible después de la exposición, preferiblemente en la primeras 24 horas. Se puede administrar simultáneamente con la

(5) IGHB en sitios separados (la vacuna siempre en el músculo deltoides). Repetir anti-HBs 1-2 meses después. Si < 10, completar otra serie de vacunación.

** Documento de consenso sobre profilaxis post-exposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños. (GeSIDA. Actualizado marzo 2015).

ANEXO V: CONSENTIMIENTO INFORMADO ADMINISTRACIÓN PROFILAXIS

Documento de información para la administración de profilaxis

Hoy día / /, he consultado al Doctor del Servicio / Unidad del Hospital, como consecuencia de accidente declarado, donde consta que la fuente es desconocida/positiva respecto a VIH / VHB / VHC, que me ha explicado en que consiste la profilaxis post-exposición y los efectos que puede acarrear.

Acepto la instauración de las medidas profilácticas post-exposición 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, 3 meses, y 12 meses.

NO acepto la instauración de las medidas profilácticas post-exposición 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 abajo firmante. La infracción del carácter confidencial está sujeta a las correspondientes sanciones legales para la persona o institución infractora.

Este documento deberá guardarse en la historia clínica del paciente.

ANEXO VI: LISTADO NÚMEROS DE TELÉFONO

		Teléfono	Horario de atención
Policía Nacional		091	24h
Guardia Civil		062	24h
Juzgado de Guardia		976 208 127	24h
Atención a la Mujer del Instituto Aragonés de la Mujer		900 504 405	24h
IASS Sección de tutelas de Adultos	Zaragoza	976 71 32 63	9:00 a 14:00 de lunes a viernes
	Huesca	974 29 33 33	9:00 a 14:00 de lunes a viernes
	Teruel	978 64 13 13	9:00 a 14:00 de lunes a viernes
Comité de Entidades Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI Aragón): Consulta sobre soportes específicos		976 10 62 65	24h
Unidad de Atención a Víctimas con Discapacidad Intelectual Aragón		900 33 55 33	9:00 a 17:00 h de lunes a viernes
Información y Atención a la Infancia		901 111 110	24h
Servicios Sociales Especializados de Menores (SEE) Agresión en el entorno familiar		976 71 50 04 Fax: 976 71 52 88	8:00 a 16:00 h de lunes a viernes

ANEXO VII. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXPLORACIÓN Y TOMA DE MUESTRAS EN CASO DE AGRESIÓN SEXUAL

D/ª _____ con
DNI/NIE _____ (s i es menor o persona con discapacidad
intelectual añadir los datos de su representante legal¹)

DECLARO

Que he sido informada/o de los aspectos relacionados con la exploración y de la finalidad de la misma, que comprendo dicha información, que puedo revocar² mi consentimiento para la totalidad y/o para cualquiera de las fases del reconocimiento(*), y que he podido formular las preguntas que he considerado oportunas, por lo que **DOY MI CONSENTIMIENTO** para la realización de:

- | | | |
|----|----|---|
| SI | NO | La exploración física, incluida la región genital |
| SI | NO | La extracción de muestras biológicas y/o fluidos corporales |
| SI | NO | La toma de muestras con finalidad pericial |
| SI | NO | La realización de fotos o vídeos |
| SI | NO | Otras (especificar) _____ |

Firma de la persona o su representante legal

(*) Revocación del consentimiento

Yo, D/ª _____ de forma libre y
consciente he decidido retirar el consentimiento para la realización de todas las intervenciones
anteriormente citadas

¹ En el caso de una persona con diversidad funcional, física, mental, intelectual o sensorial, la figura representante legal se ajusta a lo previsto legalmente con la **Ley 8/2021** de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo de las personas con diversidad funcional en el ejercicio de su capacidad jurídica y se sustituye por una forma de apoyo para la toma de decisiones de la persona con diversidad funcional. Por tanto, es la persona con discapacidad la que debe otorgar el consentimiento informado.

² Toda víctima tiene derecho a consentir o rechazar o todas las partes de un examen médico-forense sobre violencia sexual y debe ser informada antes de su comienzo, tal y como se contempla en la **Ley 41/2002** del 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación para cualquier acto médico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pacto de Estado en materia de Violencia de Género (2019). Madrid: Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género.
https://violenciagenero.igualdad.gob.es/pactoEstado/docs/Documento_Refundido_PE_VG_2.pdf
2. Real Decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal. BOE-A-1882-6036
3. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE-A-1995-25444
4. Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. BOE-A-1996-1069
5. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. BOE-A-2004-21760
6. Ley 4/2007, de 22 de marzo, de Prevención y Protección Integral a las Mujeres Víctimas de Violencia en Aragón. BOE-A-2007-11593
7. Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE-A-2015-3439
8. Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. BOE-A-2021-9347
9. Ley Orgánica 10/2022 de 6 de septiembre, de garantía Integral de la libertad sexual. BOE-A-2022-14630
10. 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, Servicios Sociales e Igualdad. 2012.
<https://violenciagenero.igualdad.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf>
11. Protocolo de actuación médico forense ante la violencia sexual en los Institutos de Medicina Legal
12. y Ciencias Forenses.2021
<https://www.mjusticia.gob.es/es/ElMinisterio/OrganismosMinisterio/Documents/ProtocoloViolenciaSexual.pdf>
13. Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. 2020.
<https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/salud-vida/adulta/paginas/violencia-genero-protocolo.html>

14. Protocolo contra la violencia sexual. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Consejería de Salud del Gobierno del Principado de Asturias. 2018.
<https://iam.asturias.es/documents/269132/273392/PROTOCOLO-CONTRA-LA-VIOLENCIA-SEXUAL-PRINCIPADO-DE-ASTURIAS-2018.pdf/6cd8e4e5-ffbb-589b-7b6f-437d71331300>
15. Protocolo de Atención a mujeres víctimas de agresión sexual en. Servicio Canario de la Salud. 2020.
https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/3b96507b-6aba-11eb-8314-f34dfa241d03/SCS_protocolo_sexual.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. Proceso de atención integrada ante las agresiones sexuales. Junta de Castilla y León. 2020
<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/violencia-genero/proceso-atencion-integrada-agresiones-sexuales.ficheros/1548909-PROCESO%20AGRESIONES%20SEXUALES%20CASTILLA%20Y%20LE%C3%93N%20DEF.pdf>
18. Prevención y actuación ante la violencia sexual en la Comunidad Autónoma de Extremadura.2022
<https://www.juntaex.es/w/protocolo-contra-violencia-sexual>
19. Protocolo de asistencia urgente y coordinada a mujeres víctimas de violencia sexual de la Comunidad de Madrid. 2022
<https://gestiona3.madrid.org/bvirtual/BVCM050659.pdf>
20. Guía de actuación para profesionales de la salud ante la violencia de género y las agresiones sexuales en Euskadi. Osakidetza. Gobierno Vasco. 2019.
<https://www.osakidetza.euskadi.eus/guia-de-actuacion-ante-la-violencia-de-genero-y-las-agresiones-sexuales-en-euskadi/ab84-procon/es/>
21. Protocolo de actuación integral, sanitaria y judicial a víctimas de agresiones sexuales de la Comunidad Valenciana. 2019
<https://www.san.gva.es/documents/7260336/7286608/Protocolo+de+Atenci%C3%B3n+integral+v%C3%ADctimas+de+agresiones+sexuales+2019.pdf>
22. Protocolo de profilaxis postexposición en menores víctimas de agresiones sexuales atendidos en urgencias del Hospital Universitario Vall D´Hebron. 2022
https://www.upiip.com/sites/upiip.com/files/Agresi%C3%B3n%20sexual-abril%202022_0.pdf

23. Informe Violencia sexual contra las mujeres en Aragón. Gobierno de Aragón. Instituto Aragonés de la Mujer.
https://www.aragon.es/documents/20127/674325/violencia_sexual_mujeres_aragon.pdf/9cbbb0a4-dd0f-4d0c-1d26-89d48a314f32
24. García-Repetto R, Luisa Soria M. Sumisión química: reto para el toxicólogo forense. Rev Esp Med Leg [Internet]. 2011;37(3):105–12. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0377-4732\(11\)70072-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0377-4732(11)70072-4)
25. Torres Fernández, M. E. (2019). Suministro de drogas a otra persona para anular su voluntad con fines delictivos: ¿mito o realidad? La llamada sumisión química en Derecho penal: Especial referencia a los delitos sexuales. *Estudios Penales Y Criminológicos*, 39. <https://doi.org/10.15304/epc.39.6274>
26. Documento de consenso sobre profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños. Grupo de expertos de GeSIDA, GEITS y SEIP. 2015. <https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2017/02/gesida-guiasclinicas-2015-Profilaxispostexposicion-VIH-VHC-VHB.pdf>
27. Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes. Grupo de expertos de GeSIDA, GEITS y SEIP. 2017.
https://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
28. Canadian guideline on HIV pre-exposure prophylaxis and nonoccupational postexposure prophylaxis. CMAJ 2017 November 27;189:E1448-58. doi: 10.1503/cmaj.170494. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5703677/>
29. Updated Guidelines for Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV— United States, 2016. Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services. (<https://www.cdc.gov/hiv/pdf/programresources/cdc-hiv-npep-guidelines.pdf>)
30. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. Morbidity and Mortality Weekly Report. Recommendations and Reports / Vol. 70 / No. 4. July 23, 2021 (<https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/STI-Guidelines-2021.pdf>)
31. Anticoncepción de Urgencia. Guía de asistencia práctica. SEGO. 2019
https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/06/gpc_585_anticoncepcion_iacs_compl.pdf
32. Abuso sexual infantil. Manual para la atención a situaciones de Maltrato Infantil.
https://seup.org/pdf_public/gt/Maltrato_infantil.pdf

