



PROCEDIMENTO DE ATENCIÓN A PERSOAS VÍTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Versión aprobada polo Observatorio Galego da Violencia de Xénero

Este documento estará en permanente revisión e actualización

ÍNDICE

1. XUSTIFICACIÓN.....	2
2. OBXECTO.....	3
3. ÁMBITO DE APLICACIÓN E ALCANCE.....	4
4. DEFINICIÓNS.....	4
5. CONSECUENCIAS PARA A SAÚDE.....	5
6. DESENVOLVEMENTO.....	6
6.1 Actuación en Atención Primaria e Puntos de Atención Continuada (PAC).....	7
6.2 Actuación no Servizo de Urgencias dos hospitais.....	7
6.2.1 Recepción.....	7
6.2.2 Acolida da persoa agredida.....	8
6.2.3 Plan de Actuación.....	9
7. REXISTROS.....	25
8. ANEXOS.....	26
9. BIBLIOGRAFÍA E LEXISLACIÓN.....	42
10. GRUPO DE TRABAJO.....	46

FOLLA DE CONTROL DE MODIFICACIÓNS		
NÚM. EDICIÓN	APARTADOS MODIFICADOS	DATA DE APROBACIÓN
1		Agosto 2022
2	Actualización	Maio 2023
3	Actualización	Xuño 2024
4	Actualización	Outubro 2024
5	Actualización	Marzo 2025
6	Actualización	Maio 2025
7	Actualización	Xuño 2025
8	Actualización	Setembro 2025

1. XUSTIFICACIÓN

A violencia sexual é unha violación dos dereitos humanos, con graves consecuencias para as persoas agredidas.

A súa incidencia, tanto a nivel mundial como en España, presenta un incremento progresivo e representa un problema de saúde pública.

As persoas agredidas atópanse nunha situación de extrema vulnerabilidade, polo que os servizos e profesionais sanitarios temos un papel moi relevante, e debemos actuar con prontitude e homoxeneidade. A porta de entrada ao sistema sanitario destas persoas adoitan ser os servizos de urxencias.

A actuación conxunta, homoxénea e protocolizada do equipo sanitario que atende a vítima resulta fundamental, tanto para mellorar a calidade da atención, no momento inicial e no seguimento, como para asegurar a derivación xudicial, a seguridade da vítima e evitar a vitimización secundaria.

Nos últimos anos tamén se observa unha proporción de arredor do 33 % de casos de agresións sexuais asociadas á submisión química, posibilidade que é necesario ter presente na atención, e que tamén se inclúe neste procedemento.

En outubro do ano 2022 o Observatorio Galego da Violencia de Xénero aprobou o Procedemento de Atención a Mulleres Vítimas de Agresión Sexual, elaborado por un grupo de profesionais do Servizo Galego de Saúde. Trala publicación e a entrada en vigor da Lei Orgánica 10/2022, do 6 de setembro, de garantía integral da liberdade sexual (LOGILS), este procedemento foi revisado para adaptarse a esta norma.

2. OBXECTO

Xeral:

- Establecer un procedemento común e mellorar a asistencia sanitaria ás vítimas de agresión sexual.

Específicos:

- Protocolizar a atención á persoa vítima de agresión sexual.
- Promover un ambiente e trato humanizado ás persoas que sofren agresión sexual. Diminuír a vitimización secundaria.
- Respetar a intimidade das persoas en todo o proceso.
- Extremar a recollida e a cadea de custodia de probas para facilitar o labor xudicial e policial.

3. ÁMBITO DE APLICACIÓN E ALCANCE

Todos os centros sanitarios da rede do Servizo Galego de Saúde.

Todo o persoal do Servizo Galego de Saúde.

4. DEFINICIÓNS

Segundo o artigo 3 da LOGILS, enténdese por **Violencia Sexual** “calquera acto de natureza sexual non consentido ou que condicione o libre desenvolvemento da vida sexual en calquera ámbito público ou privado, incluído o dixital”. Habitualmente, cando este tipo de violencia se exerce dentro da parella, adoita permanecer oculta e resulta máis difícil a súa detección. As formas que pode adoptar este tipo de violencia son diversas (Táboa 1).

En España, a Lei Orgánica 10/95, do 23 de novembro, do Código Penal (Título VIII) define os delitos contra a liberdade e indemnidade sexuais e, entre eles, inclúese a **agresión sexual**, definida como calquera atentado contra a liberdade sexual doutra persoa, realizado con violencia ou intimidación.

A LOGILS, na súa disposición final cuarta, modifica a Lei Orgánica 10/1995, do 23 de novembro, do Código Penal. Como medida máis relevante, elimina a distinción entre agresión e abuso sexual, considerándose **agresións sexuais** todas aquelas condutas que atenten contra a liberdade sexual sen o consentimento da outra persoa. Este cambio de perspectiva contribúe a evitar os riscos de revitimización o vitimización secundaria.

Tamén introduce expresamente como forma de comisión da agresión sexual a denominada **submisión química**. O termo “submisión química (SQ)” emprégase para referirse á administración de substancias psicoactivas a unha persoa, con fins delituosos ou criminais, co fin de provocar unha modificación no seu grao de vixilancia, vontade, consciencia e capacidade de xuízo.

TÁBOA 1. TIPOS DE VIOLENCIA SEXUAL (OMS 2002)**• Violencia sexual sen contacto corporal e/ou dixital:**

- Exhibicionismo, forzar a ver material pornográfico, xestos e palabras obscenas, insultos sexistas, acoso sexual, proposicións sexuais non desexadas, voyeurismo de xeito presencial e/ou mediante o teléfono ou calquera das outras redes sociais.

• Violencia sexual con contacto corporal:

-Tocamentos, caricias, masturbación, obrigar a adoptar posturas que a persoa considera degradantes.

-Violación: penetración co órgano sexual por vía vaxinal, anal ou bucal, ou introdución de calquera clase de obxecto ou membros corporais por vía vaxinal ou anal.

• Violencia contra os dereitos sexuais e reprodutivos das mulleres:

- Inclúe calquera actuación que restrinja ás mulleres o libre exercicio do seu dereito á saúde sexual e reprodutiva e, polo tanto, que afecte á súa liberdade para gozar dunha vida sexual satisfactoria e sen riscos para a súa saúde, así como exercer libremente o seu dereito á maternidade.

• Tráfico ou utilización de persoas con fins de explotación sexual, prostitución e comercio sexual.**• Mutilación sexual feminina.****5. CONSECUENCIAS PARA A SAÚDE**

A violencia sexual produce graves consecuencias na saúde das persoas por ser un ataque á integridade persoal, altamente estresante, que a vítima vive cun medo intenso a sufrir un grave dano físico ou mesmo a morte, ao que se engaden sensacións de vexación extrema, repugnancia, rabia, impotencia e desesperanza pola incapacidade para escapar ou evitala. As agresións sexuais provocan danos a curto e longo prazo no benestar físico, psíquico e social das persoas, podendo impedir ou limitar o desempeño persoal, laboral e social, así como a capacidade de gozar das

relacións sociais e dunha vida sexual satisfactoria. Ademais, existen circunstancias que poden agravar a situación.

O afrontamento da situación agrávase por:

- Natureza da agresión: grao de violencia, lesións causadas, tempo de duración, lugar onde ocorreron os feitos.
- Características da persoa agresora: coñecida ou descoñecida, un ou máis agresores.
- Características persoais: historia de vida da persoa, idade, etapa do ciclo vital na que se atopa, habilidades para afrontar situacións difíciles.
- Acolida e atención prestada nos servizos sanitarios: a boa atención que prestan os profesionais pode ser emocionalmente facilitadora ou, pola contra, facer dano, bloquear e revitimizar, agravando as repercusións posteriores.
- Resposta á atención recibida por outros recursos non sanitarios.
- Resposta da contorna familiar e social: de crer e apoiar a persoa ou ben de cuestionar os feitos ou culpabilizala.

6. DESENVOLVEMENTO

Ver Anexo I. Algoritmo de actuación

A persoa que sufriu unha agresión sexual precisa dunha atención en condicións de privacidade, seguridade e confidencialidade, coordinada entre os profesionais sanitarios e os profesionais do Instituto de Medicina Legal de Galicia (IMELGA). Esta atención require da coordinación das diferentes institucións sanitarias, xudiciais e Forzas e Corpos de Seguridade do Estado. É fundamental unha boa coordinación co Xulgado de Garda, e o Instituto de Medicina Legal de Galicia, para conseguir a presenza do/a médico/a forense no hospital o máis rapidamente posible.

6.1. Actuación en Atención Primaria e Puntos de Atención Continuada (PAC)

O persoal dos centros de saúde e Puntos de Atención Continuada (PAC) que atenda unha agresión sexual, salvo en situacións de gravidade e risco vital que obriguén a tratamento médico inmediato, trasladará a vítima o máis rapidamente posible e **en ambulancia** ao hospital máis preto. Irá sempre acompañada por profesionais sanitarios para garantir a súa seguridade e a custodia das probas.

As recomendacións para a persoa agredida indícanse no Anexo II deste documento.

6.2. Actuación no Servizo de Urxencias dos hospitais.

6.2.1 Recepción

A persoa pode acudir:

- Por iniciativa propia.
- Acompañada polas FFCCSSE (Forzas e Corpos de Seguridade: Policía Nacional, Garda Civil, Policía local, ...).
- Derivada dende outro nivel asistencial (Atención Primaria ou Puntos de Atención Continuada).

Informarase ao persoal administrativo de recepción de Urxencias, de que ante unha solicitude de asistencia por motivo de agresión sexual, deberá informar inmediatamente ao persoal de triaxe para a súa atención.

Hai que ter en conta a delicada situación na que se atopa a persoa, polo que as preguntas deben realizarse con tacto e cunha linguaxe adecuada ás súas circunstancias.

A atención do/a paciente será en función da clasificación da triaxe para a súa asistencia segundo as lesións sufridas. Tentarase en todos os casos protexer as posibles probas forenses.

Na triaxe quedará rexistrado como Nivel II/ Laranxa ou alta prioridade na atención. Debe ser atendida nos primeiros 10 minutos.

No caso de persoas adultas, a recepción inicial no Servizo de Urxencias e a súa posterior derivación ou interconsulta ao Servizo de **Xinecoloxía** (no caso das mulleres) ou **Cirurxía** (no caso

dos homes), ou a especialidade que se considere necesaria, realizarase polo profesional responsable da triaxe.

No caso de que a vítima sexa menor de 15 anos, a entrada ao servizo sanitario farase dende o **Servizo de Urxencias Pediátricas**.

6.2.2 Acollida da persoa agredida

A persoa será recibida nun espazo acolledor e independente, onde poida estar acompañada da persoa que desexe. Indicaráselle que se lle prestará apoio e acompañamento continuo durante toda a súa estancia no Servizo de Urxencias. Evitarase a atención en boxes, co fin de favorecer a intimidade e a confidencialidade.

Favorecerase un ambiente o máis íntimo posible, polo que se evitará que a persoa agredida permaneza na sala de espera ou en espazos compartidos con outro/as pacientes; e recomendarase o acompañamento por unha persoa da súa confianza.

Daránselle as indicacións especificadas no Anexo II desde procedemento.

Valoración da situación psicolóxica e social: é conveniente preguntarlle se vén acompañada, se ten menores ou persoas dependentes ou non ao seu cargo, se están con algunha persoa da súa confianza ou soas, se pode ou teme volver a casa, etc.

Preguntarlle, sempre que sexa posible, se prefire ser atendida/o por unha muller ou por un home. En todo caso, preferentemente polo/pola profesional sanitario/a máis experimentado/a, acompañado/a doutro ou doutra profesional, que actuará como persoa observadora e testemuña da atención, sendo estes ou estas profesionais os mesmos durante todo o proceso, sempre que sexa posible.

6.2.3 Plan de Actuación

Para reducir ao mínimo os impactos psíquicos da persoa trala agresión, realizarase a avaliación xinecolóxica ou cirúrxica e forense nun só acto, realizando o recoñecemento de maneira simultánea e coordinada.

Avisarase ao xinecólogo/a ou cirurxián/á de garda. No caso de persoas menores de idade, se acoden acompañados de terceiras persoas ou polos FFCCSSE, hai que notificar ás/aos nais/país ou titores da súa presenza en Urgencias. Unha vez realizada a triaxe pertinente, avisarase á/ao pediatra de garda quen, en caso de necesitalo, poñerase en contacto co servizo que considere preciso para dar continuidade ao proceso e garantir a custodia das probas.

Evitarase a presenza de máis dun profesional médico/a na exploración, tendo en conta que tamén estará o/a representante do IMELGA. A intervención comeza cunha toma de contacto, onde nun ambiente de confianza, confidencialidade e empatía, a persoa poida relatar o que lle ocorreu e sentirse escoitada, sen medo a ser xulgada ou a non ser crida.

Tamén é necesario valorar a necesidade de remisión a Traballo Social.

Se o agresor está localizado, valorar a posibilidade de ofrecerlle a realización dun estudo serolóxico (sempre voluntario) de enfermidades transmisibles. Se fora negativo suporía una merma do prexuízo para a vítima, xa que podería evitar ou diminuír a batería de medicación profiláctica.

Secuencia de actuacións:

6.2.3.1 Anamnese:

- É necesario empatizar coa persoa, creando un ambiente que propicie a comunicación, a confidencialidade, así como a maior intimidade posible. Valorarase o estado emocional da vítima, sempre respectando os seus tempos.
- É preciso informala de todas as exploracións que se lle van realizar e a súa finalidade, comentando en todo momento o que se está facendo, e **solicitando o seu consentimento informado (Anexos III/IV)**. É importante deixar constancia na historia clínica desta circunstancia, tamén cando non se dea este consentimento.

Para obter o **consentimento** cómpre informar á persoa de que, dado que acudiu ao centro referindo ser vítima dun delito contra a liberdade sexual, vai ser examinada/o conxuntamente por Médico/a Forense e Xinecólogo/a ou Cirurxián/á, segundo proceda (en menores de 14 anos o exame será conxunto con Pediatra). Que este exame consistirá nunha entrevista, un exame físico e xinecológico, e a toma das mostras que se consideren necesarias, para o que debe prestar o seu consentimento. E que debe saber:

- Na entrevista preguntáraselle polo ocorrido, así como por unha serie de antecedentes médicos que resultarán de interese para valorar o seu caso.
- A exploración física comprenderá toda a superficie corporal, buscando posibles lesións que se puideron producir, así como outras evidencias que poidan servir como proba no procedemento xudicial.
- A exploración xinecolóxica consistirá nun exame de xenitais externos e internos, así como nun exame da marxe anal.
- A toma de mostras ten unha finalidade pericial, co fin de achegar elementos que sirvan como proba no proceso xudicial. O tipo de mostras que se tomará dependerá de cada caso concreto, e a decisión de cal tomar corresponde ao/á Médico/a Forense.

As mostras que poden tomarse (NON implica que sexa necesario tomar todas no seu caso) son:

- Mostras para o estudo biolóxico: o seu obxectivo é atopar restos de seme ou outros vestixios biolóxicos da/s persoa/s agresora/s ou co obxecto de realizar un perfil de ADN con fins de identificación. Obteranse con hisopo e lavado. Tomaranse a nivel xenital, anal e bucal en función dos datos sobre o sucedido achegados por vostede durante a entrevista, así como noutros lugares da superficie corporal en que poidan atoparse restos do agresor.
- Mostras para o estudo toxicolóxico (Anexo V): tomaranse se existe sospeita, en función da entrevista realizada, de se se produciu consumo de substancias, voluntario ou non, que puidesen influír na súa capacidade para consentir. As mostras que se toman habitualmente son sangue e urina.

No caso das mostras para o estudo toxicolóxico, nas mesmas pódese detectar alcohol, psicofármacos e drogas de abuso. O período en que se detectan estas substancias, despois do seu consumo, varía en función do tipo de mostra (en sangue detéctanse durante menos tempo que na urina) e da substancia consumida. No caso da urina, poden detectarse estas substancias durante varios días, salvo no caso do cánnabis, que pode aparecer ata un mes despois do seu consumo. Ademais, no caso concreto do cánnabis, existen fumadores pasivos, polo que aínda que vostede non consumise nunca esta substancia, pode dar un resultado positivo se estivo próxima a alguén que si o fixo.

A análise das mostras toxicolóxicas detecta substancias, e non pode discriminar se o seu consumo foi voluntario ou non, polo que debemos advertir que se se consumiu algunha substancia nos días/horas previas á agresión que denuncia, ou está en tratamento con psicofármacos, as análises mostrarán o devandito consumo.

Os resultados que se obteñan, tanto das mostras para o estudo toxicolóxico como biolóxico, serán coñecidos por todas as partes que interveñan no procedemento xudicial: Ministerio Fiscal, o/a seu/súa avogado/a se o tivese, as acusacións particulares se existisen, e o/a avogado/a do investigado ou investigados. Todas eles poderán utilízalos acorde aos intereses que representan durante o procedemento xudicial.

A persoa agredida pode acudir interpoñendo denuncia, coa intención de poñela ou sen querer denunciar. **Neste sentido a LOGILS, no seu artigo 48.2, establece que a recollida de mostras biolóxicas e outras evidencias, incluídas imaxes, que poidan contribuír á acreditación das violencias sexuais non estará condicionada á presentación de denuncia.**

Unha vez obtido o consentimento informado comunicárase a situación ao xuíz/maxistrado de garda, quen tomará a decisión de chamar ao/á médico/a forense, para, se é o caso, poder realizar conxuntamente a exploración e a toma de mostras de interese legal. Anotarase na historia clínica a hora da chamada.

No suposto excepcional no que non fose posible a presenza do profesional da medicina forense no centro hospitalario, o citado artigo 48.20 habilita ao persoal sanitario para a recollida de mostras biolóxicas e outras evidencias, que se conservarán debidamente, garantindo a cadea de custodia, para a súa remisión do modo máis inmediato ao Instituto de Medicina Legal.

Ante unha vítima con sospeita de agresión sexual e submisión química que non se encontre en condicións de manifestar o consentimento para a exploración e a recollida de mostras, habería que esperar a que recuperara a súa capacidade de consentir, deixando constancia na historia clínica. Procederase á exploración física e á recollida de mostras con finalidade clínica que, en todo caso, podería reclamarse posteriormente.

No caso de persoas menores de idade, o consentimento debe prestalo a persoa ou persoas que ostenten a patria potestade (proxenitores non privados dela ou tutores). Con todo, incluso sendo maior de 16, debe terse en conta a especial situación da minoría de idade para atender de xeito máis específico a agresión.

No caso de persoas con discapacidade, teranse en conta as persoas de apoio.

A modo de esquema, na anamnese terase en conta:

- Data, hora, lugar e circunstancias da agresión.
- Tipo/s de agresión sexual (actos de contido sexual que se realicen empregando violencia, intimidación ou abuso dunha situación de superioridade ou de vulnerabilidade da vítima, así como os que se executen sobre persoas que se atopen privadas de sentido ou de cuxa situación mental se abusare e os que se realicen cando a vítima teña anulada por calquera causa a súa vontade). (art. 178 LOGILS)
- Se se utilizaron instrumentos e se hai sospeita de submisión química ou de vulnerabilidade química (cando a vítima consume, de xeito voluntario, substancias psicoactivas que alteran a súa vontade, por exemplo alcohol, e alguén se aproveita deste feito).

No seguinte enlace está disponible o procedemento de Submisión química.

https://correo/owa/projection.aspx#:~:text=https%3A//www.sergas.es/Violencia%2Dde%2Dxenero/Documents/68/Procedemento_submision_quimica_V5.pdf



Síntomas que poden asociarse á sospeita de SQ:

- Amnesia completa ou parcial. Confusión.
- Resaca desproporcionada ou síntomas non consistentes co consumo.
- Desinhibición. Comportamento inusual. Alteración do xuízo e da fala.
- Parálise sen perda do coñecemento.
- Perda do coñecemento.
- Axitación ou alucinacións.
- Mareo ou vertixe. Alteracións visuais, da motricidade ou equilibrio.
- Somnolencia.
- Náuseas ou vómitos.

6.2.3.2 Exame físico

- Exploración completa para a localización e a descrición das características das lesións (feridas, contusións, erosións, laceracións, etc.), indicando, no seu caso, a non existencia destas. " (...)
- O/A médico/a forense, (e na súa ausencia, se é posible, os profesionais do centro) ao seu criterio, fotografará as lesións para sinalar a localización e a importancia das lesións, previo consentimento informado (Anexo IV).
- Inspección vulvo-vaxinal, ano-rectal, detallando as lesións e indicando, no seu caso, a non existencia destas.
- Eventualmente realizarase un tacto e/ou unha ecografía.
- Realizarase unha exploración anal e perianal, se procede.

6.2.3.3 Toma de mostras de interese legal. Cadea de custodia

O persoal do servizo de Xinecoloxía/Cirurxía contará co material e cos coñecementos necesarios para a recollida de mostras naqueles casos nos que por razóns de urxencia vital e/ou médica, a recollida non poida ser demorada ata a chegada do persoal forense.

Para mostras de interese legal, en casos de sospeita de participación de substancias tóxicas na agresión, débense ter en conta as normas recollidas na Orde JUS/1291/2010, do 13 de maio, pola que se aproban as normas para a preparación e remisión de mostras obxecto de análises polo Instituto Nacional de Toxicoloxía e Ciencias Forenses (Anexo V e Anexo XIII).

Ademais das mostras periciais, o/a xinecólogo/a e/ou cirurxián/a pode precisar **outras mostras** con fins clínicos. Este persoal explicaralle que mostras necesita e a finalidade destas. Estas mostras teñen unha finalidade exclusivamente asistencial e só se recollerán na súa historia clínica. Non se remitirán ao xulgado. Por se fose necesario realizar contra análise, deberán de mantense en custodia un ano, tralo cal se solicitará ao xulgado autorización para a súa destrución.

As mostras deben recollerse con Kits de agresión sexual (KAS) se estiveran dispoñibles, e, en todo caso, minuciosamente envasadas individualmente e etiquetadas, detallando o tipo de mostra, nome da vítima, data e hora. Deben rexistrarse na folla de rexistro, e comezar a cadea de custodia que garante a súa seguridade, na que tamén figura a sinatura do/a profesional. (Anexos VI, VII, VIII e XIII).

◦ As mostras tomaranse en base ao indicado na Orde JUS/1291/2010, do 13 de maio, pola que se aproban as normas para a preparación e remisión de mostras obxecto de análise polo Instituto Nacional de Toxicoloxía e Ciencias Forenses. (Nesta orde de 2010 non se actualizou que as torundas deixan de ser de algodón con eixo de madeira e pasan a ser de nylon co eixo de plástico (xa incluído nos novos KAS do INTCF).

- Condicións xerais da toma de mostras
 - Para a detección de posibles restos biolóxicos da persoa agresora, debe realizarse o antes posible.
 - Para a recollida e custodia segúranse criterios de protección por parte do persoal responsable da toma, que evite e minimize a posibilidade de contaminación accidental das mostras con ADN exógeno. Adoptaranse as seguintes medidas:
 - Lavado de mans do persoal médico e sanitario que vaia recoller a mostra.
 - Emprego de máscara e guantes dobres, cambiando os externos cando se recollan mostras de diferentes rexións anatómicas.
 - Evitar falar ou esbirrar durante a recollida e envasado das mostras.
 - Empregar bata ou outro tipo de roupa protectora.
 - Seguir un orde co fin de evitar contaminacións dunha zona a outra. A toma de mostras de xenitais externos debe realizarse antes da exploración dixital ou con espéculo. As mostras recolleranse por orde desde a zona máis exterior cara ao interior: rexión anal e rectal, e despois vulva, vaxina e cervix. (Non deben introducirse en ningún orificio hisopos con torunda e algodón e/ou eixes de madeira).

O tempo para considerar recente unha agresión sexual era classicamente de 72 horas, por ser este o período de tempo que máis probabilidades de éxito ofrecía na detección de indicios. Non obstante, os avances científicos permiten detectar restos biolóxicos máis aló deste prazo, polo que se recomenda ampliar esta ventá temporal ata os 10 días a nivel de cervix, e sempre proceder a unha valoración individualizada do caso.

As tomas dependerán das particularidades da agresión sexual concreta:

- Tomas bucais: son as primeiras que deben recollese pola súa rápida desaparición e deterioración. Deben recollese en toda a mucosa oral (chan da boca, paladar, mucosa "yugal"...) e nos dentes, pasando o hisopo con certo coidado. Levarase a cabo ata transcorridas 48 horas da agresión.
 1. Dúas mostras con hisopo en seco por toda a boca, especialmente por detrás dos incisivos e premolares, para investigar esperma.



2. Toma farínxea con hisopo en seco para investigar esperma.
 3. Toma farínxea con hisopo estéril para o estudo PCR Gonococo e Chlamydia.
 4. Enxaugadura bucal enérxica con soro fisiolóxico estéril para a investigación de esperma. O lavado realízase con aproximadamente 40 ml de soro fisiolóxico estéril e recollerase en dúas xiringas de 20 ml.
- As mostras anais e rectais recóllense antes que as vaxinais, e antes de introducir espéculo débese recoller mostra a nivel de vulva, logo vaxinal e logo cervical.
 - Tomas vaxinais: farase con espéculo lubrificado con soro fisiolóxico. Levarase a cabo ata transcorridos 10 días da agresión.
 1. Dúas mostras con hisopo en seco para esperma.
 2. Un hisopo en medio de cultivo para despistaxe de ETS.
 3. Unha mostra con hisopo estéril, previa limpeza exterior do cérvix para estudo PCR de Gonococo e Chlamydia.
 4. Lavado vaxinal con soro fisiolóxico para a investigación de esperma. O lavado realízase con aproximadamente 40 ml de soro fisiolóxico estéril e recollerase en dúas xiringas de 20 ml.
 - Tomas anorectais: levaranse a cabo ata transcorridas 72 horas da agresión.
 1. Dúas mostras con hisopo en seco para a investigación de esperma.
 2. Toma anal con hisopo estéril para o estudo PCR Gonococo e Chlamydia.
 3. Lavado anal con soro fisiolóxico estéril para a investigación de esperma. O lavado realízase con aproximadamente 40 ml de soro fisiolóxico estéril e recollerase en dúas xiringas de 20 ml.
 - Analítica de sangue
 1. Seroloxía de lúes.



2. Seroloxía de hepatites.

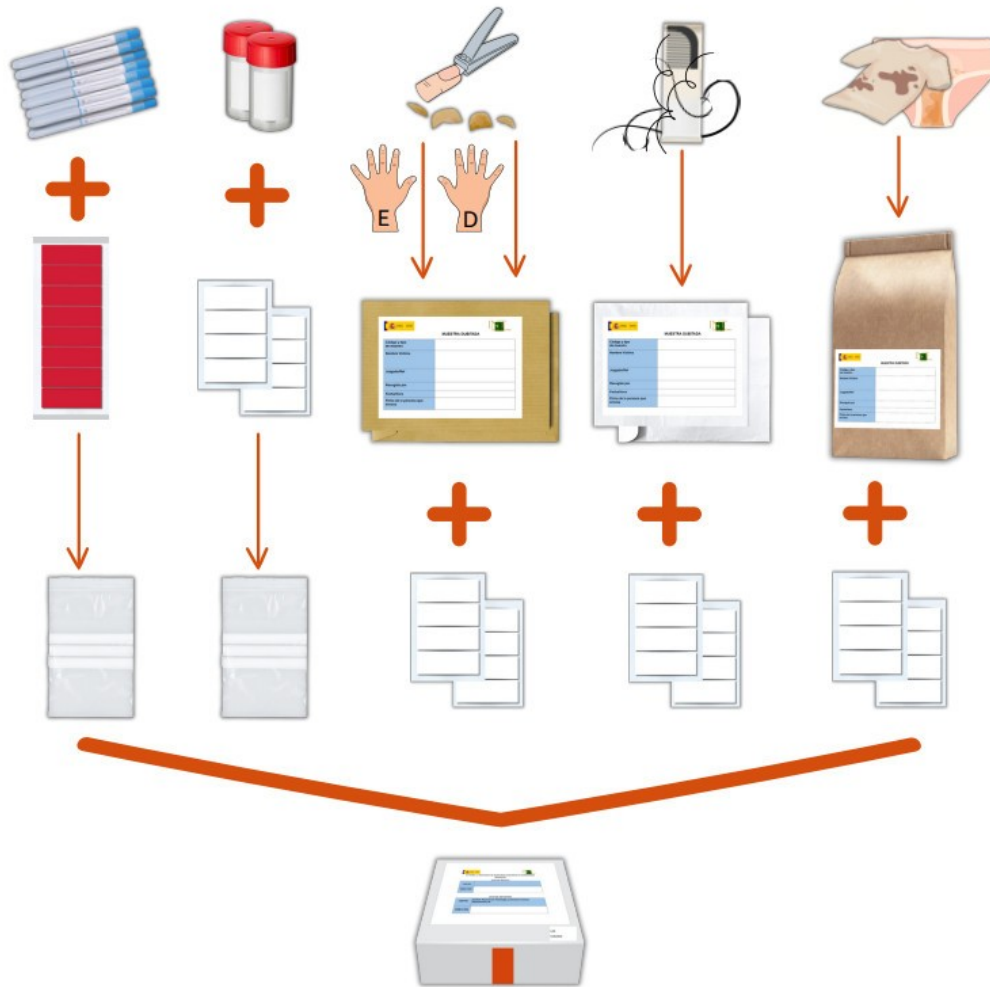
3. Seroloxía de VIH.

- Nas mulleres test de embarazo na urina
- Outras mostras a criterio do forense:
 - Recorte ou limpeza de uñas.
 - Recollida de pelos adheridos á roupa ou á vítima.
 - Peinado púbico.
 - Recollida de mostra de manchas de sangue, seme ou outros fluídos corporais que se realizará cun hisopo estéril lixeiramente mollado en auga destilada.

- Recollida de prendas e obxectos involucrados na agresión, colocando cada prenda nun **sobre de papel rotulado independente (NON en bolsa de plástico).**

En casos de sospeita de submisión química: (Ver Anexo III):

- Tipos de mostras para estudos toxicolóxicos en suxeitos vivos.
- 1.- Mostras de elección:
 - a. **Sangue venosa periférica** en dous tubos de 5 ml, polo menos un con fluoruro sódico como conservante e oxalato potásico como anticoagulante, procurando encher os tubos ata a marca indicada para evitar, na medida do posible, a cámara de aire, así como outro tubo de sangue total anticoagulado con EDTA -ácido etilendiaminotetraacético- (para evitar a formación in vitro de GHB).
 - Deben enviarse en condicións de refrixeración.
 - b. **Urina**, toda a que se poida recoller en frasco de seguridade de 50 ml, que tamén debe enviarse en condicións de refrixeración.



6.2.0.1. *Parte de Lesións*

O parte de lesións é un documento médico-legal de comunicación obrigatoria ao/á xuíz/xuíza competente fronte a calquera lesión que puidera ser constitutiva de falta ou delito. Constitúe o punto de partida dunhas dilixencias previas ou dun sumario penal por lesións ou morte.

- O parte de lesións é de suma importancia nas situacións de agresión sexual. É unha proba documental decisoria. A realización do dito informe é obrigatorio, con independencia de que a persoa agredida denuncie ou non os feitos.
- O persoal facultativo a cargo do/a paciente emitirá un parte de lesións.
- Unha copia do parte de lesións débese remitir ao Xulgado de Garda do lugar onde sucederon os feitos, outra para a Historia Clínica Electrónica, outra para o/a paciente, sempre que non comprometa a súa seguridade.
- Os campos marcados cun (*) son de obrigado cumprimento.
- Débese informar á persoa de todo o procedemento e das posibles consecuencias derivadas deste.

Exposición dos feitos:

Indicarase a data, a hora e o lugar da agresión, que se recollerá de forma textual, segundo a declaración da persoa agredida.

Anotaranse toda as rexións anatómicas onde manifesta que o/a agrediron e o mecanismo ou obxecto (puñada, patada, pau, coitelo...) que se empregou para a agresión.

- Antecedentes persoais.

Exploración física:

Descríbanse as lesións (morfoloxía, tamaño, localización, número) e indicarase se son rozaduras, feridas, contusións, hematomas, fracturas etc.

A exploración física debe ser completa, non só da zona das lesións.

Estado psicológico actual: é importante recoller o estado de saúde emocional da persoa agredida no momento de realizar o parte de lesións (choro frecuente, con dificultade para a comunicación, tristeza, temor, con ansiedade, labilidade, irritación, agresivo/a, con sentimentos de culpa, ...).

Probas complementarias

Tratamento

Plan de actuación

6.2.0.2. Tratamento

- **Apoio psicológico e social:**

A persoa vítima dunha agresión sexual ten sentimentos de ansiedade, culpa, humillación e sofre un impacto psíquico e/ou emocional a curto prazo. Pódese administrar un ansiolítico ademais do apoio en todo momento. Débese derivar con carácter preferente a unha consulta de Psiquiatría ou Psicología Clínica, e ao Servizo de Traballo Social. Tamén poderán ser derivadas aos Centros de Crise 24h (<https://igualdade.xunta.gal/gl/recursos/centros-de-cri-se-24h>)

- **Farmacolóxico:**

Persoas adultas:

-Anticoncepción de emerxencia:

No caso de que a muller estea utilizando un método anticonceptivo efectivo non será necesaria a profilaxe.

As mulleres deben ser informadas de que o dispositivo intrauterino é máis efectivo que os métodos dispoñibles por vía oral.

O dispositivo intrauterino (DIU) de cobre ten unha taxa de fracaso menor que os métodos orais de anticoncepción de urxencia. Doutra banda, unha vez inserido, pode ser utilizado como método anticonceptivo de xeito continuo. Pero no contexto dunha agresión sexual hai que ter en conta

que a inserción dun DIU non está exenta de riscos, entre eles a infección ascendente dunha enfermidade de transmisión sexual, polo que é conveniente unha valoración individual do risco.

No caso de mulleres que toman indutores enzimáticos do metabolismo hepático (ou que deixaron esta medicación nos últimos 28 días) o único método para a anticoncepción de urxencia que pode administrarse é o DIU de cobre. O perigo está fundamentalmente nos indutores do citocromo CYP 3A4 (algúns dos fármacos máis coñecidos ou frecuentes son: fenobarbital, fenitoína, carbamazepina ou rifampicina).

É necesario informar á muller sobre as opcións de anticoncepción de urxencia dispoñibles e da limitación na súa efectividade dependendo do momento en que se usa. A efectividade da anticoncepción de urxencia oral está relacionada co momento do ciclo no que se toma a medicación.

No caso de que soamente houbera unha relación coital sen protección, dependendo do tempo transcorrido desde a relación sen protección, as opcións de anticoncepción de emerxencia son:

Menos de 72 horas (3 días): comprimido de ulipristal de 30 mg ou comprimido de levonorgestrel de 1,5 mg; ou DIU de cobre (trala valoración do risco da presenza de infección).

Entre 72 e 120 horas (5 días): DIU de cobre (trala valoración do risco da presenza de infección), ou comprimido de ulipristal de 30 mg.

Se houbo máis dunha relación coital sen protección as opcións son:

O DIU de cobre é o método máis efectivo e pódese utilizar en calquera momento ata o día no que o inicio da implantación puidese ter lugar (mínimo de 6 días trala agresión sexual sen protección e arredor do día 20 dun ciclo de 28 días).

A pílula de ulipristal pode utilizarse se todos os episodios de coito sen protección sucederon dentro das últimas 120 horas (5 días).

A pílula de levonorgestrel considérase segura para o seu emprego fóra das restricións de uso aprobadas.

Informaráselle de que consulten cun médico/a se teñen vómitos durante as 3 horas posteriores a tomar levonorgestrel ou ulipristal; neste caso debería tomarse outro comprimido inmediatamente, ou ben pódese ofrecer inserir un DIU de cobre.

Se non menstrúa, na primeira visita de seguimento, realizarase un test de embarazo. En caso de embarazo, se opta pola súa interrupción, informarase das opcións de acordo co establecido na Lei Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, pola que se modifica a Lei Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de saúde sexual e reprodutiva e da interrupción voluntaria do embarazo.

- **Profilaxe Enfermidades de transmisión sexual (ETS) (Gonoco, *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia* e Sífilis)**



PROFILAXE E TRATAMENTOS DAS ITS				
Población	Tratamiento y profilaxis de infección de transmisión sexual	Profilaxis vih(1)	Profilaxis VHB	Anticoncepción
Personas no gestantes	-Ceftriaxona 500 mg IM ó IV monodosis (MD) -Doxiciclina 100 mg c/12h 12 h VO 7 días. -Metronidazol o Tinidazol 2 g VO (MD)	Pautas preferentes: Raltegravir + tenofovir-D / emtricitabina (RAL + TDF/FTC). Cada 12 h (AI) o diaria (AIII) Dolutegravir + tenofovir-D / emtricitabina (DTG + TDF/FTC). Cada 24 h, 2 comprimidos Doravirina / lamivudina / tenofovir-D o Doravirina + tenofovir-D / emtricitabina (DOR/3TC/TDF o DOR + TDF/FTC). Diaria: 1 comprimido (AI), 2 comprimidos (AIII). Para más detalles e información sobre pautas preferentes y alternativas, consulte el documento de Consenso sobre Profilaxis Postexposición de SEIMC- GESIDA 2024.	-Vacunar si no lo están	Si < 72 horas Levonorgestrel 1,5 mg VO (MD) Si > 72 horas Acetato de Ulipristal 30 mg VO (MD)
Adolescentes (ambos sexos)	-Ceftriaxona 500 mg IM ó IV (MD) -Doxiciclina 100 mg c/12h VO 7 días ⁽²⁾	TDF/FTC or TAF/FTC + RAL bid or qd, or + DRV/b qd.or + DTG qd or TAF/FTC/BIC	-Valorar gammaglobulina	Adolescentes femeninas: Si < 72 horas Levonorgestrel 1,5 mg VO (MD) Si > 72 horas: Acetato de Ulipristal 30 mg VO (MD)
Personas gestantes	-Ceftriaxona 500 mg IM ó IV (MD) -Azitromicina 1 g VO (MD) -Metronidazol 2 g VO (MD) (Categoría B, uso seguro).	TDF/FTC + RAL bid		No precisa
Niños ⁽²⁾	En niños < 45 kg: - Ceftriaxona 25-50 mg/kg (máx 250 mg) IV o IM (MD) - Azitromicina a 20 mg/kg/día VO (MD), máximo 1 g	Si >11 años y >35 Kg: Comprimidos combinados 245 mg TDF/200mg FTC c/24 h + Raltegravir 400mg/12h, por 28 días	Confirmar historia vacunal. Vacuna y gammaglobulina si no inmunizados	
	En niños > 45 kg: - Ceftriaxona 500 mg IM (MD) - Azitromicina, 1 g (MD)	Si <11 años y <35Kg: Zidovudina (AZT) + lamivudina (3TC) + Raltegravir (RAL) Zidovudina:(4) Dosis: 9-30 Kg: 9 mg/Kg/12h; >30 Kg: 300 mg/12h. Presentación: Suspensión: 10 mg/ml Cápsulas: 100 y 250 mg. Tabletas: 300 mg Lamivudina:(4) Dosis: 4 mg/kg/12 h (máx 150 mg/12h). A partir de 30 Kg: 150 mg/12h. Presentaciones: suspensión 10 mg/ml y comprimidos recubiertos 150 y 300 mg. Raltegravir Comprimidos masticables: 14-20 Kg: 100 mg/12h; 20-25 Kg: 150 mg/12h; 25-40 Kg: 200 mg/12h; >40 Kg: 300 mg; >25 Kg 400 mg /12h		

Documento de Consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes
<https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/docs/Enfermedades-ITS-interactivo-v7.pdf>

Notas:

(1) El TAR puede requerir ajuste en caso de insuficiencia renal y hepática. Se requiere hemograma y pruebas de función renal/hepática basales.

En caso de insuficiencia renal, la pauta recomendada es zidovudina/lamivudina (ZDV/3TC) + raltegravir (RAL).

La duración de la PPE será de 28 días.

Se informará de los principales efectos secundarios (mal estado general, náuseas y vómitos y diarrea) así como de las posibles interacciones medicamentosas.

(2) En concordancia con la AEP y la SEIP, en adolescentes se recomienda una dosis de azitromicina para no comprometer la adherencia.

(3) En niños >9 años y adultos de hasta 26 años no vacunados o no completamente vacunados frente al VPH se recomienda la vacunación en el momento del examen inicial, con dosis de seguimiento entre 1 y 2 meses y 6 meses después de la primera dosis. Se recomienda un esquema de 2 dosis (0 y 6 a 12 meses) para personas que inician la vacunación antes de los 15 años.

(4) Pueden utilizarse comprimidos combinados de Lamivudina y zidovudina (*Combivir*): Peso 10 - 20kg: ½ comprimido c/12h, VO. Peso 20 - 35kg: ½ - 0 - 1 (comprimido VO)

- **Profilaxe antitetánica**

- Feridas limpas: Non se administrará φ -globulina

- Se non vacinación ou máis de 10 anos: 1ª dose da vacina
- Se vacinación menos de 10 anos: nada

- Feridas sucias:

- Se non vacinación ou máis de 5 anos: φ -globulina máis 1ª dose de vacina
- Se vacinación menos de 5 anos: nada

Pediatría

- Revisar estado vacinal (tétanos, VHB); considerar Ig específica e inmunización en non vacinados.

Anticoncepción de emerxencia: levonorgestrel 1,5 mg dose única, VO ou Acetato ulipristal 30 mg monodose.

6.2.0.3. Alta e Seguimento

No momento da alta hospitalaria, entregaráselle:

- Informe de alta, onde se especifican as exploracións e os tratamentos realizados.
- Copia do parte de lesións, sempre que non comprometa a súa seguridade. Neste caso informarase que o informe do parte de lesións está na súa historia clínica e que se o precisa está á súa disposición.
- Kits coa medicación necesaria (Anexo IX).
- Recomendacións de coidados e recursos (Anexo X).
- Datas das próximas citas:

Servizo de Enfermidades Infecciosas (no seguinte día laborable)

Servizo de Psiquiatría /Psicoloxía

Servizo de Xinecoloxía/cirurxía (dúas semanas trala agresión)

Servizo de Xinecoloxía/cirurxía (seis semanas trala agresión)

Servizo de pediatría

- Control aos 6 meses:

Servizo de Enfermidades Infecciosas

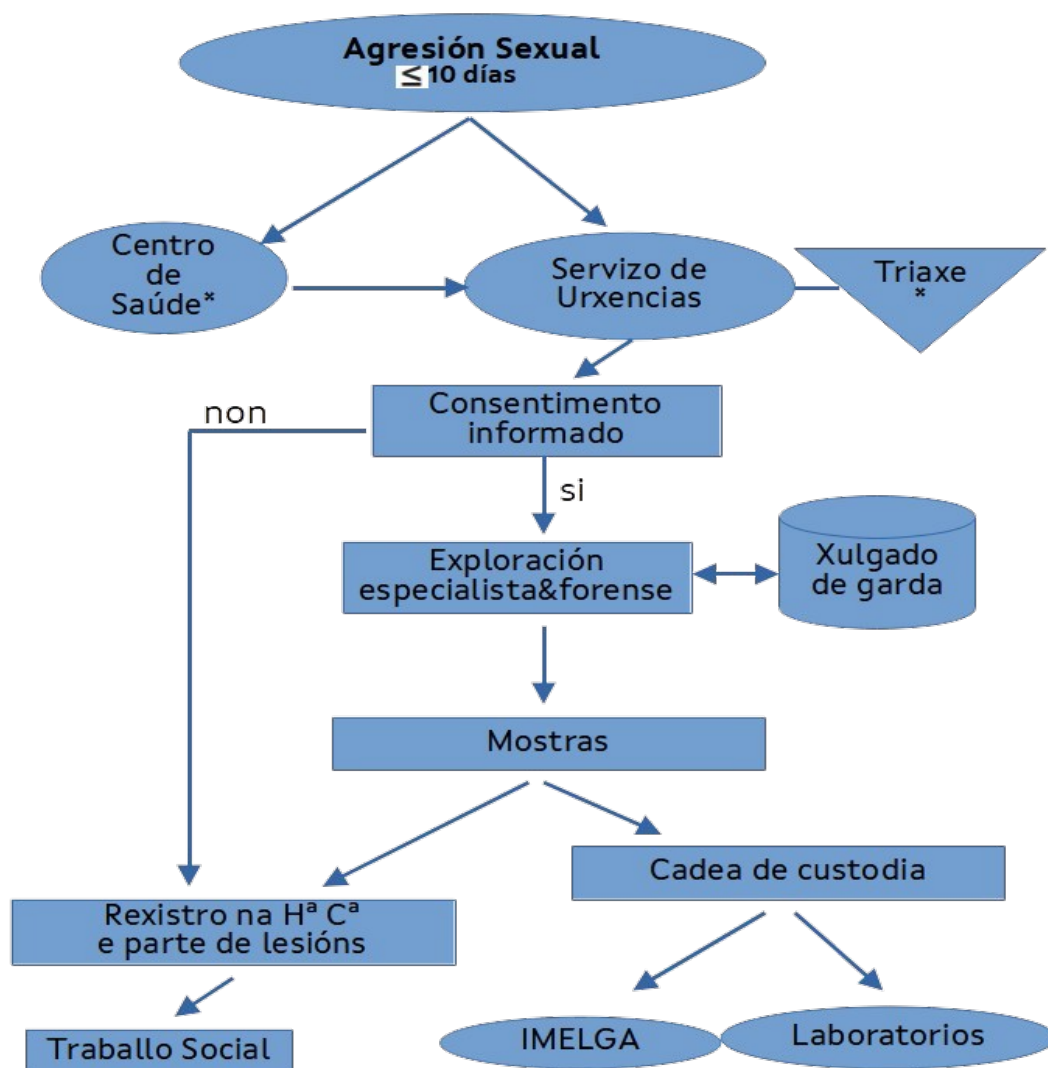
Servizo de Xinecoloxía

7. REXISTROS

- IANUS (Ver Anexo XI).
- Parte de lesións (Anexo XII).

8. ANEXOS

ANEXO I. Algoritmo de actuacións



(*) medidas iniciais -Anexo II

ANEXO II. Medidas iniciais

A actitude do persoal debe ser respectuosa debido á delicada situación na que se atopa a persoa agredida. As preguntas que se fagan deben ser realizadas con sumo tacto, sen xulgar nin facer sentir culpable, utilizando unha linguaxe adecuada para a súa idade e circunstancias.

É preciso ter en conta que antes do recoñecemento médico é necesario indicarlle á persoa agredida que:

- Non debe lavar ningunha parte do seu corpo
- Non debe ouriñar. Se non puidera evitalo:
 - Recoller a urina e anotar a hora. Iniciar cadea de custodia. Esta mostra deberase entregar ao médico forense no menor tempo posible, mantendo a cadea de custodia.
 - Indicarlle á vítima a necesidade de que o secado se realice a través de suaves toques co papel, nunca por fregamento.
- Debe evitar meterse as mans nos petos de forma reiterativa, ou fregalas.
- Debe evitar fregarse o pescozo, os pulsos e os antebrazos coas mans ou coa ropa (bufandas...).
- Non debe comer nin beber.
 - Se non se pode evitar, previamente débese, se é posible, pasar 2 hisopos entre os dentes e as marxes das enxivas; debaixo da lingua e padal. E tamén solicitar que faga enxaugadura con soro fisiolóxico ou, na súa falta, auga embotellada e recoller contido. Iniciar cadea de custodia. Esta mostra deberá permanecer na neveira e ser entregada ao médico forense no menor tempo posible, garantindo a cadea de custodia.
- En caso de penetración anal, non debe defecar.

O/Dna.....,

con DNI núm.....

Unha vez informado/a do procedemento de recollida de mostras biolóxicas e dos fins para os que se realizan, dou a miña AUTORIZACIÓN para a extracción de mostras de sangue e de urina para a realización das probas de detección e determinación de etanol, estupefacientes, psicotrópicos, estimulantes ou outras substancias. Para que así conste onde proceda, asino este documento en

....., de de 202....

Asinado:	Asinado:
Solicitante	Facultativo(núm. colexiado)

ANEXO IV. Consentimento informado para a exploración e toma de mostras e outras evidencias por persoal facultativo sanitario en casos de violencia sexual.

Eu , _____,
con DNI/NIE, _____ (se é menor de 16 anos ou persoa con discapacidade con medidas de apoio, engadir os datos desta/representant e legal¹).

DECLARO

Que recibín información dos aspectos relacionados coa exploración e da súa finalidade.

Que recibín información da posibilidade de que se proceda á recollida de mostras biolóxicas e outras evidencias, incluídas imaxes, que axuden a acreditar a violencia sexual que padecín no caso que eu decida denunciar nun futuro e se incoen dilixencias xudiciais.

Que recibín información acerca de que neste momento asistencial non é imprescindible que tome a decisión de interpoñer denuncia ante a autoridade policial e/ou xudicial, aínda que si é conveniente para iniciar a investigación canto antes e que a policía xudicial recolla outras probas o vestixios.

Que, se non tomo a decisión de denunciar, elo non menoscaba o meu dereito de realizalo máis adiante.

Que as mostras e evidencias serán conservadas debidamente ata a súa remisión, garantindo a cadea de custodia e do modo máis inmediato posible ao Instituto de Medicina Legal e Ciencias Forenses.

Que comprendo dita información, que podo revocar² o meu consentimento para a totalidade e/ou para calquera das fases do recoñecemento e a toma de mostras e evidencias(*), e que puiden formular as preguntas que considere oportunas, polo que DOU O MEU CONSENTIMENTO para a realización de:

SI NON Exploración física, incluída a rexión xenital e/ou anal.

SI NON Extracción de mostras biolóxicas ou fluídos corporais.

SI NON Seroloxía VIH.

SI NON Recollida de evidencias, incluído rexistro fotográfico e/ou videográfico.

SI NON Outras (especificar):

Sinatura da persoa á que se lle practicará a exploración (ou da súa persoa de apoio/representante legal):

Data:

(*) Revogación do consentimento

Eu, _____ de forma libre e consciente decidín retirar o consentimento para a realización de todas as intervencións anteriormente citadas.

Eu, _____ de forma libre e consciente decidín retirar o consentimento para a realización de: _____.

Sinatura da persoa explorada (ou da súa persoa de apoio/representante legal):

Data:

1 No caso de persoa con discapacidade, a figura de representante legal, de tela, hase de axustar ao previsto na Lei8/2021 de 2 de xuño, pola que se reforma a lexislación civil e procesal para o apoio das persoas con discapacidade. Por tanto, é a persoa con discapacidade a que debe outorgar o consentimento informado; polo xeral, o apoio ha de ser asistencial, sendo excepcionalmente representativo.

2 Toda person agredida ten dereito a consentir ou rexeitar algunha ou toda as partes do exame médico asistencial, así como algunha ou todas as fases do recoñecemento e a toma de mostras e outras evidencias que deban ser recollidas por parte do centro sanitario. Para elo debe ser informada antes do seu comezo, de acordo ao previsto na Lei 41/2002, de 14 de novembro, básica reguladora da autonomía do paciente e de dereitos e obrigas en materia de información e documentación clínica.

ANEXO V. Mostras para estudos toxicolóxicos

Orden JUS/1291/2010, de 13 de mayo, por la que se aprueban las normas para la preparación y remisión de muestras objeto de análisis por el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. (BOE Núm. 122 miércoles 19 de mayo de 2010)

Artigo 12. Tipos de mostras para estudos toxicolóxicos en suxeitos vivos:

1. Sangue venosa periférica en dous tubos de 5 ml., polo menos un con fluoruro sódico como conservante e oxalato potásico como anticoagulante, procurando encher os tubos ao máximo para evitar, na medida do posible, a cámara de aire.
2. Urina, toda a que se poida recoller nun frasco de seguridade de 50 ml.
3. Contido ou lavado gástrico, todo o dispoñible, que se recollerá nun frasco adecuado á cantidade.
4. Cabelo e pelos. Para o estudo do consumo habitual de drogas de abuso e intoxicacións crónicas por metais, enviarse un guecho de cabelo cortado da zona occipital e moi próximo ao coiro cabeludo, dun grosor mínimo de 7 mm de diámetro. Depositarse sobre un trozo de papel fixado con cinta adhesiva, indicando o extremo próximo á raíz, zona proximal, e o extremo da punta, zona distal. Para o estudo do consumo habitual de drogas de abuso, indicaranse as drogas de posible consumo e o tempo que se quere investigar.
5. Fluído oral. A mostra tomarase cos dispositivos específicos para esta.
6. Mostras non biolóxicas relacionadas co suxeito: fármacos encontrados no lugar dos feitos, recipientes ou utensilios utilizados, xiringas, papelines cheas ou vacías.

ANEXO VI. Cadea de Custodia – Mostras Hospitalarias de Interese Xudicial

Identificación Centro Sanitario:			Etiqueta paciente
PERSOA QUE EXTRAIE / OBTÉN AS MOSTRAS			
NOME E APELIDOS			SINATURA
DNI	DATA	HORA	
PERSOA QUE TRANSPORTA AS MOSTRAS ATA O LABORATORIO			
NOME E APELIDOS			SINATURA
DNI	DATA	HORA	
PERSOA QUE RECEPCIONA AS MOSTRAS NO LABORATORIO			
NOME E APELIDOS			SINATURA
DNI	DATA	HORA	
FACULTATIVO/A QUE RECEPCIONA AS MOSTRAS NO LABORATORIO			
NOME E APELIDOS			SINATURA
DNI	DATA	HORA	
PERSOA QUE RECEPCIONA AS MOSTRAS NO LABORATORIO DE MICROBIOLOXÍA			
NOME E APELIDOS			SINATURA
DNI	DATA	HORA	
FACULTATIVO/A QUE RECEPCIONA AS MOSTRAS NO LABORATORIO DE MICROBIOLOXÍA			
NOME E APELIDOS			SINATURA
DNI	DATA	HORA	

ANEXO VII. Rexistro da recollida de mostras biolóxicas e outras evidencias, a súa conservación e remisión ao Instituto de Medicina Legal e Ciencias Forenses.

DATOS DA PERSOA AGREDIDA: Nome e apelidos: Etiqueta

Núm. Historia Clínica (NHC)/CIP/NASI:

Sexo ao nacemento/rexistral:

DNI/NIE:

Data de nacemento:

MOSTRAS RECOLLIDAS:

Con fins toxicolóxicos

SI NON Sangue

SI NON Urina

Outras (especificar):

Mostras para a acreditación de violencia sexual

SI NON Hisopo bucal Núm. :

SI NON Lavado bucal Núm. :

SI NON Hisopos perianais Núm. :

SI NON Hisopos rectais Núm. :

SI NON Hisopos xenitais externos Núm. :

SI NON Hisopo de cérvix Núm. :

SI NON Hisopos vexinais Núm. :

SI NON Lavado vexinal Núm. :

SI NON Hisopos superficie corporal Núm. :

SI NON Uñas recortes Núm. :

SI NON Uñas hisopos Núm. :

Outras mostras/evidencias (especificar):

ANEXO VIII. Remisión de mostras legais con custodia ao Instituto de Medicina Legal e Ciencias Forenses

Nome e sinatura da persoa do laboratorio que entrega a mostra ao transportista e data de entrega	
Nome:	Sinatura
Data de entrega:	
Nome e sinatura do TRANSPORTISTA que recolle a mostra e data de recollida	
Nome:	Sinatura
Data de recollida:	
Nome e sinatura do RESPONSABLE do Instituto de Medicina Legal que recepciona a mostra e data de recepción	
Nome:	Sinatura
Data de recepción:	
Destinatario	Teléfono
Facultade de Medicina Servizo de Toxicoloxía Forense – Instituto de Medicina Legal C/ San Francisco, s/n 15756 Santiago de Compostela	881812205
Remitente	Teléfono
Hospital	



ANEXO IX: Contido Kit de Fármacos a entregar á/ao paciente- Informe Farmacoterapéutico*

Adultos

Ansiolítico

Segundo o estado clínico

Anticoncepción de urxencia

Levonorgestrel 1,5 mg, dose única VO (ata 72 horas despois da agresión).

Acetato de ulipristal: 30 mg, dose única VO (entre 72 horas e 5 días despois da agresión).

PAUTA ESTÁNDAR:(*)

Profilaxe ETS (gonococia, trichomona, clamidia e sífile)

Ceftriaxona: 500 mg, dose única IM + Metronidazol 2 gr, dose única VO

Doxiciclina: 100 mg c/12h 7 días

ALERXIA A BETALACTÁMICOS:

Metronidazol 2 gr, dose única VO +Azitromicina 2 gr, dose única VO.

Profilaxe VIH (se está indicado) Emtricitabina/Tenofovir 200/245: un comprimido cada 24 horas con alimentos durante 28 días. Raltegravir 600 mg (Isentress®): dous comprimidos xuntos cada 24 horas con ou sen alimentos durante 28 días.

* Se a paciente presenta vómitos, valoración de administración parenteral.

Pediatría

Ansiolítico

Anticoncepción de urxencia

Segundo o estado clínico

Levonorgestrel 1,5 mg, dose única VO (ata 72 horas despois da agresión).

Acetato de ulipristal: 30 mg, dose única VO (entre 72 horas e 5 días despois da agresión).

PAUTA ESTÁNDAR: (*)

Profilaxe ETS (gonococia, trichomona, *clamydia e sífilis*)

Ceftriaxona: 500 mg, dose única IM (Alternativa *Cefixima* 8 mg/kg/día VO se abuso anal ou sospeita de proctite) +
Azitromicina 1 gr, dose única VO en maiores (15mg/kg en menores de 25 Kg). En maiores de 8 anos, alternativa *Doxiciclina* 100 mg/12h VO durante 7 días. En menores valorar *eritromicina* 40 mg/kg/día durante 7 días.

Profilaxe VIH (se está indicado)

Idade < 12 anos (existe presentación en suspensión pediátrica), asociación de:

- Emtricitabina (FTC; Emtriva®): 6 mg/kg/24horas (dose máxima: 200 mg/24 horas)
- Zidovudina (ZDV, AZT; Retrovir®): 4 mg/kg/12horas (dose máxima: 300 mg/12 horas),
- Lopinavir/ritonavir (LPV/r; Kaletra®):

<15 kg: 12mg/kg LPV / 3mg/kg RVC cada 12 horas.

15-40 kg: 10mg/kg LPV/2,5mg/kg RV cada 12 h (dose máxima: 400mg-100mg/12 horas).

Adolescentes (12 anos ou máis) asociación de:

- Emtricitabina/tenofovir/ (FTC/ TDF, Truvada®): 1 comprimido (200 mg/245mg) ao día.
- Raltegravir (RAL, Isentress®): 1 comprimido de 400 mg dúas veces ao día. Duración total do tratamento 4 semanas, pese á negatividade da primeira PCR.

* Se a paciente presenta vómitos, valoración de administración parenteral.

ANEXO X: Recomendacións de coidados e recursos

1.- Coidados

2.- Recursos:

Unha vez proporcionada a atención e os coidados asistenciais, derivarase ou informarase á persoa agredida sobre os recursos que ten na súa contorna.

Tamén hai outras situacións nas que a persoa necesita apoio psicolóxico, asesoramento legal, laboral, etcétera, especializado, para o que é preciso derivala aos servizos especializados.

[Mulleres en Galicia \(xunta.gal\)](http://xunta.gal)

Centros de Crise 24h:

Os centros de crise 24 horas para a atención de mulleres vítimas de violencia sexual da comunidade autónoma de Galicia son recursos especializados abertos as 24 horas os 365 días do ano.

<https://igualdade.xunta.gal/gl/recursos/centros-de-crise-24h>

Guía de recursos fronte á violencia de xénero en Galicia:

[Guía de recursos fronte á violencia de xénero en Galicia | Mulleres en Galicia \(xunta.gal\)](http://xunta.gal)

- **Asesoramento Xurídico On-line:**

A Secretaría Xeral da Igualdade pon en marcha este servizo on-line para proporcionar, de maneira gratuíta, información e asesoramento xurídico sobre diversas cuestións, entre elas a violencia de xénero, agresións e abusos sexuais, o acoso sexual, a conciliación familiar, discriminacións por razón de sexo, prostitución e trata, etc.

<http://igualdade.xunta.gal/gl/content/asesoramento-xuridico-line>

Consello Galego da Avogacía

Asistencia xurídica gratuíta por letrados especializados.

Teléfono da Muller

O Teléfono da Muller é un servizo gratuíto e anónimo que funciona as 24 horas do día, desde calquera teléfono fixo ou móbil, e con cobertura para toda a Comunidade Autónoma. Responde nel un equipo multidisciplinar coordinado cos diferentes profesionais de toda Galicia.

O Teléfono da Muller é o 900 400 273. **Centro de Información ás mulleres**

<http://igualdade.xunta.gal/gl/recursos/centros-de-informacion-mulleres>

Liña de axuda á Infancia:

A liña de axuda á infancia é un servizo para todos os nenos e nenas que nalgún momento se sintan maltratados por outra persoa, necesiten axuda ou queiran falar sobre os problemas que lles afectan. Tamén poden chamar todas aquelas persoas que saiban ou sospeiten que algún neno ou nena pode estar a ser maltratado ou que non está a ser correctamente atendido.

É unha liña gratuíta que funciona durante todo o ano, as 24 horas do día, e o seu número é o **116 111**. Neste teléfono atóparase sempre un profesional á disposición dos nenos e nenas, que buscará a mellor solución para cada caso.

ANEXO XI :

Códigos CIE 10

T74.2 Abuso sexual, confirmado

T76.2 Abuso sexual, sospeita

Códigos CIAP

Z25. Violencia física (abuso, maltrato físico)



ANEXO XII: Parte de Lesións



Nombre del hospital
Localidad

Paciente:

NHC:

CIP:

Régimen:

Fecha nac.:

Sexo:

NSS:

IMPRIMIR UNA COPIA DEL INFORME PARA EL PACIENTE, AL JUZGADO SE ENVÍA DE FORMA TELEMÁTICA. (Nota: Este mensaje solamente se mostrará en el modo de visualización)

Los campos marcados con (*) son obligatorios para crear el informe. (Nota: Este mensaje y las marcas de los campos solamente se mostrarán en el modo de edición)

PARTE DE LESIONES

SERVICIO:



NOTA: En Atención Hospitalaria se cargará el servicio responsable del informe y se mostrará en la impresión del informe.

En Atención Primaria se mostrará un campo para seleccionar la Unidad de Atención Primaria (UAP) en la edición del informe.

D./D.^a (*), médico/a,

le comunica a Ud. que a las (*) horas del día (*) mes (*) año (*)

atendí en el centro sanitario/domicilio (*)

Localidad (*)

a D /D.^a (*)

Fecha de nacimiento / / (*) DNI/Pasaporte/NIE (*)

con domicilio en la calle (*) N.º (*)

Localidad (*) C.P. Teléfono (*)

Advertir al paciente que esta dirección es la que se empleará a efectos de notificación del juzgado

(Nota: Este mensaje solamente se mostrará en el modo de edición)

Y le remite el siguiente informe médico:

FECHA DE LOS HECHOS (dd/mm/aaaa) / / (*) HORA DE LOS HECHOS (hh:mm) : (*)

LUGAR DONDE SE PRODUJERON (*)

LESIONES PRESUNTAMENTE PRODUCIDAS POR (*)

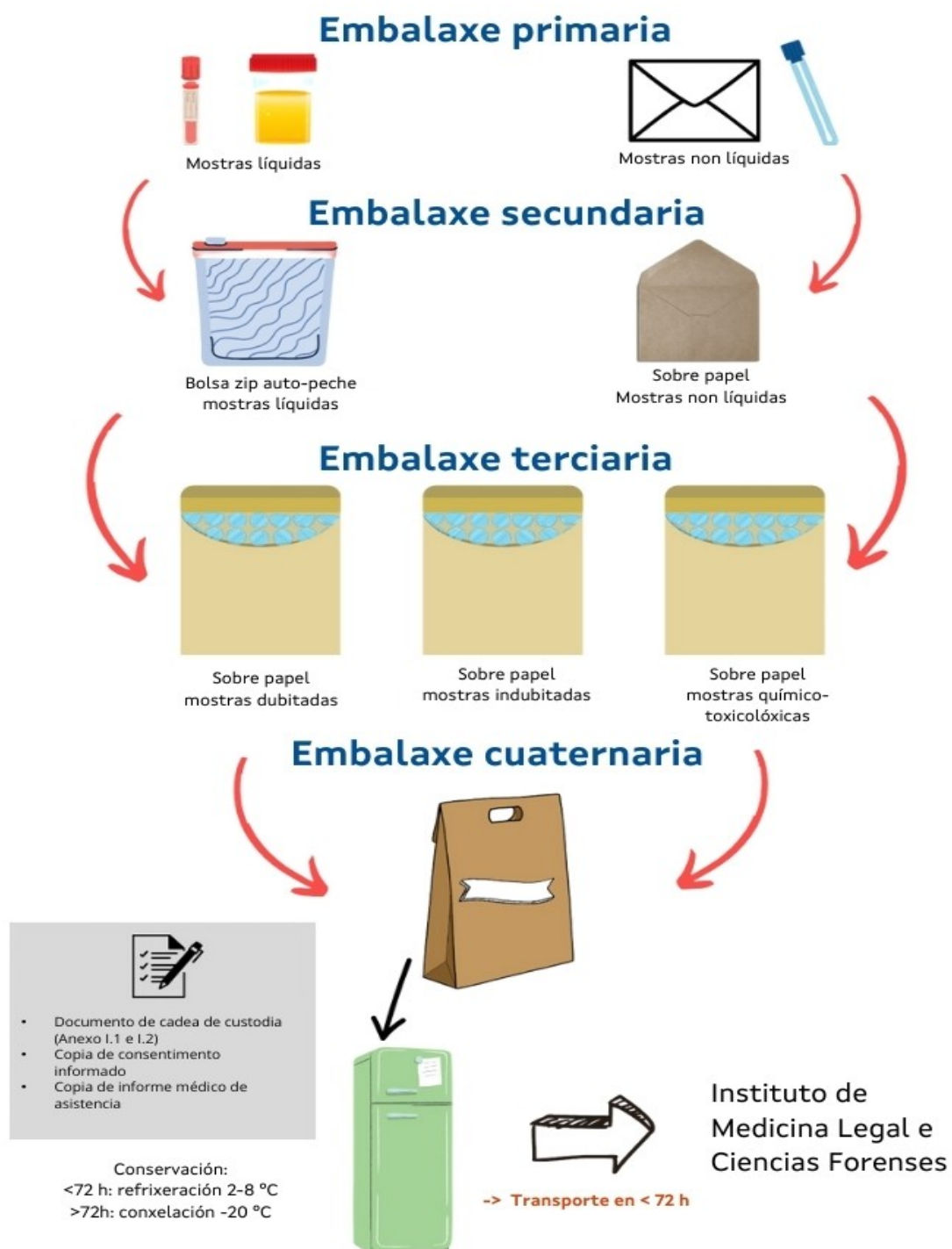
Violencia de género: Física ☐ Psíquica ☐ Sexual ☐

Al seleccionar una opción de violencia de género.

DATOS DEL SUPUESTO AGRESOR

Relación de parentesco: (*)

ANEXO XIII: Embalaxes



9. BIBLIOGRAFÍA E LEXISLACIÓN

. Informes anuales del Observatorio Estatal de Violencia contra la Mujer

<https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaencifras/observatorio/informesanuales/>

. Guía Pautas Básicas Comunes del SNS para la actuación sanitaria ante Violencia Sexual. Ministerio de Sanidad. 2023.

https://violenciagenero.igualdad.gob.es/wp-content/uploads/Protocolo_SNS_Violencia_Sexual.pdf

. Documento de consenso. Diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes. Ministerio de Sanidad.

<https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/docs/Enfermedades-ITS-interactivo-v7.pdf>

. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Krug, E.; Dahlberg, L.; Mercy, J.; Zwi, A. Lozano, R., eds. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 2002. Publicación científica y técnica nº 588.

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

. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. 2012

<https://violenciagenero.igualdad.gob.es/wp-content/uploads/PSanitarioVG2012.pdf>

. Protocolo de atención a mujeres víctima de agresión sexual. Servicio Canario de la Salud.

https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/3b96507b-6aba-11eb-8314-f34dfa241d03/SCS_protocolo_sexual.pdf

. Informe Anual Violencia de Xénero 2018-19

https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/INFORME_2018-2019_VIOLENCIA_DE_GENERO_Accesible.pdf

. Protocolo de actuación e coordinación sanitaria ante agresiones sexuales en Andalucía. Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía. 2024
<https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/servicios/publicaciones/detalle/503278.html>

. Organización de Naciones Unidas. Plataforma de Acción de Beijing y la violencia contra las mujeres. 1995.

<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2015/9853.pdf>

. Organización Mundial de la Salud. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud: resumen de orientación. Ginebra. 2013.

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/85243/WHO_RHR_HRP_13.06_spa.pdf?sequence=1

. Organización Mundial de la Salud. Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública [Internet]. 49.a Asamblea Mundial de la Salud; del 20 al 25 de mayo de 1996; Ginebra, Suiza. 1996 (resolución WHA49.25).

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/203955/WHA49_R25_spa.pdf?sequence=1

. Organización Mundial de la Salud. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines Ginebra: OMS; 2013. 56 p.

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf



. Documento de Consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes

<https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/docs/Enfermedades-ITS-interactivo-v7.pdf>

Lexislación

- Lei Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, pola que se modifica a Lei Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de saúde sexual e reprodutiva e da interrupción voluntaria do embarazo.
- Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual. BOE núm. 215, de 7 de septiembre de 2022.
<https://www.boe.es/buscar/pdf/2022/BOE-A-2022-14630-consolidado.pdf>
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
<https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-25444-consolidado.pdf> • Lei 35/95, do 11 de decembro, de axuda e asistencia ás vítimas de delitos violentos e contra a liberdade sexual.
<https://www.boe.es/boe/dias/1995/12/12/pdfs/A35576-35581.pdf>
- Real decreto 738/1997, do 23 de maio, polo que se aproba o regulamento de axudas ás vítimas de delitos violentos e contra a liberdade sexual.
<https://www.boe.es/boe/dias/1997/05/27/pdfs/A16244-16265.pdf>
- Ley 41/2002, de 14 de novembro, básica reguladora da autonomía do paciente e de dereitos e obriga en materia de información e documentación clínica.
<https://boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>



- Real decreto 429/2003, do 11 de abril, polo que se modifica o Real decreto 738/1997, do 23 de maio, polo que se aproba o regulamento de axudas ás vítimas de delitos violentos e contra a liberdade sexual.
<https://www.boe.es/boe/dias/2003/04/26/pdfs/A16241-16242.pdf>
- Lei orgánica 1/2004, do 28 de decembro, de Medidas de Protección integral contra a Violencia de Xénero. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2004/BOE-A-2004-21760-consolidado.pdf>
- Lei orgánica 3/2007, do 22 de marzo, para a igualdade efectiva de mulleres e homes.
<https://www.boe.es/boe/dias/2007/03/23/pdfs/A12611-12645.pdf>
- Orden JUS/1291/2010, de 13 de mayo, por la que se aprueban las normas para la preparación y remisión de muestras objeto de análisis por el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses.
<https://www.boe.es/boe/dias/2010/05/19/pdfs/BOE-A-2010-8030.pdf>
- Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito.
<https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-4606-consolidado.pdf>
- Real decreto 1109/2015, do 11 de decembro, polo que se desenvolve a Lei 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito e regúlanse as oficinas de asistencia ás vítimas de delito.
<https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-4606-consolidado.pdf>
- Ley 2/2021, de 7 de junio, de igualdad social y no discriminación por razón de identidad de género, expresión de género y características sexuales.
<https://www.boe.es/buscar/pdf/2021/BOE-A-2021-11382-consolidado.pdf>

10. GRUPO DE TRABAJO

Arias Baltar, María Efigenia. Facultativo Especialista. Xinecoloxía. Complexo Hospitalario de Santiago de Compostela. Área Sanitaria de Santiago e Barbanza.

Bustamente Montalvo, Manuel. Xefe do Servizo de Cirurxía xeral e dixestiva do Complexo Hospitalario Universitario de Santiago. Área Sanitaria de Santiago e Barbanza.

Calabuig Martínez, María Teresa. Subdirección Xeral de Humanización e Atención a Cidadanía. Consellería de Sanidade.

De la Peña Cristiá, María del Mar. Subdirectora de Humanización e Atención á Cidadanía. Área Sanitaria de Vigo.

Esteban Cartelle, Helena. Facultativo Especialista. Farmacia. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Área Sanitaria de Santiago e Barbanza.

García Cepeda, Begoña. Xefa de Servizo. Subdirección Xeral de Humanización e Atención a Cidadanía. Consellería de Sanidade.

Losada Arias, Elena. Facultativo Especialista. Medicina Interna. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Área Sanitaria de Santiago e Barbanza.

Mayán Conesa, Plácido. Coordinador do Servizo de Urxencias. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Área Sanitaria de Santiago e Barbanza.

Monteagudo Romero, Josefina. Subdirectora Xeral de Humanización e Atención á Cidadanía. Consellería de Sanidade.

Morte Tamayo, Noemi. Directora do Instituto de Medicina Legal de Galicia.

Perdiz Álvarez, María Celsa. Xefe do Servizo de Traballo Social. Área Sanitaria de Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras.

Sánchez Santos, Luis. Facultativo especialista de Pediatría. Área Sanitaria de Santiago e Barbanza.