

TEMA 31

Resumen / Test

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE MALOS TRATOS. PROTOCOLOS VIGENTES EN EL SSPA DE ACTUACIONES SANITARIAS ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO: PROTOCOLO ANDALUZ DE ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN Y COORDINACIÓN SANITARIA ANTE AGRESIONES SEXUALES EN ANDALUCÍA. ABORDAJE INTEGRAL DE VÍCTIMAS DE SUMISIÓN QUÍMICA Y/O AGRESIÓN POR OBJETO PUNZANTE

Autor

Vicente Velázquez Vázquez

Enfermero Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital de la Merced de Osuna.

Tema elaborado nuevo, versión Septiembre 2024.



Sindicato
de Enfermería
Andalucía

RESUMEN

1. Introducción

La **DEFINICIÓN** de violencia de género utilizada mundialmente fue acordada por Naciones Unidas en 1993 como:

“Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como la amenaza de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”.

En la actualidad se definen **DIFERENTES FORMAS DE VIOLENCIA** contra las mujeres:

- **Violencia física.**
- **Violencia psicológica.**
- **Violencia sexual.**
- **Violencia económica.**
- **Violencia de control.**
- **Violencia simbólica.**
- **Ciberviolencia** contra las mujeres.

El principal factor de riesgo para la violencia contra las mujeres es el mero hecho de ser mujer.

TABLA 1

Consecuencias de la violencia de género en la salud de las mujeres

SALUD FÍSICA	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	SALUD PSÍQUICA
<ul style="list-style-type: none">– Muerte (homicidio, suicidio).– Lesiones diversas: contusiones, traumatismos, heridas, quemaduras, que pueden producir discapacidad.– Deterioro funcional.– Síntomas físicos inespecíficos (por ejemplo, cefaleas).– Agravamiento de situaciones crónicas: dolor crónico, síndrome del intestino irritable, otros trastornos gastrointestinales, trastornos del sueño y discapacidades.	<ul style="list-style-type: none">– Conductas sexuales de alto riesgo para contagio de ITS y VIH/SIDA.– Coerción reproductiva o falta de autonomía sexual y reproductiva.– Embarazo no deseado.– Retraso en el inicio de los cuidados prenatales.– Ganancia de peso inadecuada en el embarazo.– Infecciones vaginales, cervicales y renales.– Sangrados y hemorragias durante el embarazo.– Aumento del riesgo de aborto, parto prematuro, Bajo Peso del Recién Nacido.	<ul style="list-style-type: none">– Depresión.– Ansiedad.– Trastorno por estrés postraumático.– Baja Autoestima.– Trastornos de la conducta alimentaria, anorexia, bulimia.– Trastornos psicopatológicos.– Intento de suicidio, autolesiones.– Abuso de alcohol, drogas y psicofármacos.– Mala o salud autopercebida.

También hay consecuencias a nivel social, y sobre los hijos e hijas, por diversos mecanismos directos e indirectos.

Finalmente, no debemos olvidar los COSTES

SOCIALES Y ECONÓMICOS de este problema de salud pública, y las consecuencias que se reconocen en el personal sanitario que atiende a estas mujeres.

TABLA 2

Consecuencias de la violencia de género en la salud de hijos e hijas

SALUD FÍSICA
<ul style="list-style-type: none"> - Muerte por homicidio o por interponerse entre el agresor y su madre para intentar frenar la violencia. - Daños y lesiones. - Riesgo de alteración de su desarrollo integral: retraso del crecimiento, disminución de las habilidades motoras, retardo en el lenguaje, síntomas regresivos. - Alteraciones del sueño y la alimentación. - Mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas.
SALUD PSÍQUICA
<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad, depresión, baja autoestima. - Trastorno de estrés postraumático. - Déficit de atención y concentración, hiperactividad. - Dificultades de aprendizaje y socialización, habilidades sociales escasas, bajo rendimiento escolar. - Problemas de conducta social: Adopción de comportamientos de sumisión o violencia con sus compañeros y compañeras. - Comportamientos de riesgo. - Adicciones. - Asunción de roles de protección de hermanos y hermanas o de su madre. - Trastornos psicopatológicos.
A LARGO PLAZO O TRANSGENERACIONAL
<ul style="list-style-type: none"> - Conductas agresivas de hijos varones hacia las madres en particular y hacia las mujeres en general, aprendidas de los hombres violentos del propio contexto familiar. - Mayor probabilidad de desarrollar comportamientos agresivos y violentos y reproducir la conducta del agresor con su madre o en relaciones de pareja. - Mayor tolerancia al maltrato en las mujeres.

2. Ciclo de la violencia de género, de Leonor Walker

Lo más frecuente es el comienzo del maltrato con conductas de abuso psicológico al inicio de la relación de pareja, que suelen ser atribuidas a los celos del hombre o a su afán de protección de la mujer. Suelen ser conductas restrictivas y controladoras

El ciclo de la violencia descrito por Leonor Walker incluye tres fases:

- Acumulación de tensión.
- Explosión o agresión.
- Calma, reconciliación o luna de miel.

3. Situaciones especiales y de mayor vulnerabilidad para la violencia de género

La violencia de género puede afectar a cualquier mujer, de cualquier condición socio-cultural, edad, etc. Pero existen algunas situaciones que aumentan la vulnerabilidad de las mujeres a la violencia de género, y que son:

- **Embarazo:** Desde el punto de vista de los profesionales sanitarios es importante saber que el embarazo puede ser un momento propicio para sensibilizar y detectar posibles situaciones de maltrato, dado que las mujeres tienen un seguimiento de salud más constante, tanto para ellas como para el feto. En el SSPA, se ha implantado un procedimiento de detección temprana
- **Medio Rural y Mujeres mayores de 65 años.**
- **Discapacidad / Diversidad Funcional.**
- **Migración.**
- **VIH.**
- **Expresión e identidad de género.**

4. Actuaciones generales contra la violencia de género

En Andalucía, el texto base es el **Protocolo Andalúz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género, actual 4ª edición de 2024**. Además de este Protocolo, hay TRES documentos más que guían las actuaciones profesionales en casos concretos, que son:

- **Protocolo de actuación sanitaria desde el ámbito de las urgencias ante la violencia de género (2024).**
- **Protocolo de actuación y coordinación sanitaria ante agresiones sexuales en Andalucía (2024).**
- **Abordaje integral de víctimas de sumisión química y/o agresión por objeto punzante (2023).**

5. Detección de situaciones de violencia de género

Debe investigarse de forma rutinaria la posibilidad de maltrato en toda mujer que acuda a consulta. De forma oportunista a mujeres mayores de 14 años que acuden a consulta de Atención Primaria, y también detección pre-

de la violencia de género, de manera que se realizará una detección oportunista en gestantes que acuden al seguimiento del embarazo en Atención Primaria: en el primer, segundo, y tercer trimestre, y en la visita puerperal.

coz en gestantes durante su seguimiento en primer, segundo, tercer trimestre, y la visita puerperal. Es importante destacar que no se deben hacer preguntas sobre detección si la mujer acude a consulta acompañada.

Para iniciar la detección, hay que constatar que la mujer ACEPTA ser preguntada, y se aborda invitándola a participar en un programa de detección en el que tienen que responder a 3 preguntas (+ 1 previa: 1-¿Ha tenido usted una pareja durante el último año, o la tiene actualmente?). Esas tres preguntas forman parte de los test WAST y AAS (Tabla 3).

Además, de forma complementaria a estos instrumentos o a veces de forma inicial, hemos de estar atentos a situaciones o síntomas que se consideran **Indicadores de Sospecha de Malos Tratos (ISMT)**, que son muy numerosos y se agrupan en los siguientes:

- Antecedentes de violencia: por ejemplo, haber sufrido malos tratos en la infancia
- Antecedentes personales y hábitos de vida: por ejemplo, lesiones frecuentes.
- Problemas ginecoobstétricos: por ejemplo, abortos repetidos.
- Síntomas psicológicos frecuentes: por ejemplo, ansiedad.
- Aspectos sociales: por ejemplo, absentismo laboral.
- Síntomas físicos frecuentes: por ejemplo, dolor crónico en general.
- Utilización de servicios sanitarios: por ejemplo, hiperfrecuentación por urgencias
- Situaciones de mayor vulnerabilidad: por ejemplo, mujer inmigrante.
- Características de las lesiones: por ejemplo, incongruencia entre la lesión y la explicación que ofrece.
- Actitud de la mujer: por ejemplo, temerosa y evasiva
- Actitud de la pareja: por ejemplo, muy controlador
- Durante el embarazo: por ejemplo, inicio tardío en las visitas del control de embarazo
- Durante el puerperio: por ejemplo, depresión postparto
- En mujeres con discapacidad: por ejemplo, excesiva dependencia de la pareja
- En mujeres inmigrantes: por ejemplo, ausencia de redes de apoyo
- En hijos e hijas: por ejemplo, trastornos del sueño, pesadillas.

TABLA 3

Test para detección

WAST	1. En general, ¿cómo describiría su relación con su pareja? Mucha tensión (1 punto) Alguna tensión (0 puntos) Poca tensión (0 puntos)
	Con mucha dificultad (1 punto) Con alguna dificultad (0 puntos) Sin dificultad (0 puntos)
AAS	3. En los últimos 12 meses ¿ha sufrido maltrato emocional, físico o sexual por parte de su pareja o por una persona importante para usted? Sí No

6. Valoración de la situación de maltrato

Una vez realizada la Detección, la entrevista de VALORACIÓN INICIAL de MALTRATO completada en la Historia Clínica debe incluir:

- Situación biopsicosocial.
- Situación de maltrato.
- Fase de proceso de cambio.
- Valoración de la seguridad y el riesgo.

En la Historia Digital, dentro de la pestaña Escalas y Cuestionarios, pestaña Valoración de Riesgos, debemos usar la Hoja de Valoración Inicial del Maltrato. En ella se anotará uno de los siguientes códigos:

- **ISMT:** Indicadores Sospecha Malos Tratos. Se sospecha o se ha detectado, sin

confirmación, una situación de maltrato. La mujer no lo reconoce.

- **CMT:** Confirmación Malos Tratos.

Estos son independientes de los códigos CIE-10 que luego habrá que anotar posteriormente, específicos de situaciones de maltrato.

Si la mujer **no confirma los malos tratos**, la valoración de seguridad es detectar **Situaciones Objetivas de Riesgo**, que podrán comunicarse a Fiscalía (la mujer no realiza denuncia). Si la mujer reconoce la situación de violencia, se descartará que exista una **Situación de Peligro Extremo**.

7. Actuaciones

A partir de las valoraciones realizadas anteriormente, y en función de estas, se inician y se desarrollan labores de información a la mujer, atención y trabajo con la misma, y derivaciones necesarias. Será importante colaborar con profesionales de Trabajo Social, equipos de Salud Mental, Equipos de Atención a la Mujer, y en caso de afectación a hijos/as, profesionales de Pediatría, atención psicológica a menores, equipos de atención psicopedagógica, etc. También se incluye a equipos de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, unidades jurídicas, organizaciones sociales como ONGs y centros de ayuda.

EXISTEN RECOMENDACIONES GENERALES DE ACTUACIÓN, y también específicas en función de la fase de cambio en la que la mujer se encuentre, y de la valoración global de la situación, distinguiendo 4 PLANES ESPECÍFICOS:

- a) Plan de atención a la mujer que puntúa sospecha o negativo en detección de maltrato, pero presenta ISMT y NO se encuentra en Situación Objetiva de Riesgo
- b) Plan de atención a la mujer que puntúa sospecha o negativo en detección de maltrato, pero presenta ISMT y SÍ se encuentra en Situación Objetiva de Riesgo
- c) Plan de atención a la mujer que puntúa positivo en detección de maltrato, pero NO se encuentra en Peligro Extremo
- d) Plan de atención a la mujer que puntúa positivo en detección de maltrato, y SÍ se encuentra en situación de Peligro Extremo

8. Especificaciones de la atención de situaciones de violencia de género en servicios de urgencias

En muchas ocasiones, los servicios de urgencias son el primer punto de contacto con el sistema sanitario de las mujeres que sufren violencia de género, al ser uno de los lugares más accesibles que encuentran para solicitar ayuda, aunque el motivo por el cual consultan no siempre es una lesión directa motivada por una agresión, sino que suele ser una manifestación encubierta

En la fase de explosión o agresión del ciclo de la violencia en la que estalla la violencia y se produce la agresión ya sea psicológica, sexual, física, o una combinación de las anteriores, es cuando la mujer suele pedir ayuda en los Dispositivos de Urgencias y/o presentar una denuncia. Incluso en los momentos en los que la situación de violencia es muy explícita, y la mujer puede venir acompañada de profesionales de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (FYCS) para recibir tratamiento de sus lesiones y/o para obtener un Parte al Juzgado o Informe Clínico, es importante aprovechar este momento para iniciar con la mujer una relación de ayuda que le permita solucionar este grave problema de salud.

Cualquier situación de maltrato o violencia de género NUNCA podrá ser clasificado como Prioridad 4 ó 5. Será 1, 2, ó 3, en función de la gravedad del motivo de consulta por urgencias.

Se recomienda, tras la Confirmación de Malos Tratos, poner en marcha un **Circuito específico de Violencia de Género**, habilitando un espacio tranquilo separado de la sala de espera general y sin distintivos que comprometan la confidencialidad de la mujer.

No sólo en la atención de urgencias, sino también durante un episodio de hospitalización, o en atención primaria o en la comunidad, si la situación lo requiere porque se detecte Peligro Extremo hay que poner en marcha **Estrategias de Seguridad y Protocolos de Protección del centro**, que deben **incluir siempre aislamiento respecto al maltratador, acompañamiento seguro permanente, activación de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, y tener en cuenta a los hijos e hijas**, si los tiene.

9. Responsabilidades legales

Se recoge como función del personal de Atención Primaria, Atención Especializada, y de Urgencias, la comunicación a las autoridades competentes de aquellas situaciones que lo requieran, especialmente en caso de violencia de género. **Es importante destacar que NO se vulnera el secreto profesional.**

Como dilema ético, debemos tener presente los deseos, preferencias y autonomía de la mujer, ya que puede producirse la pérdida de confianza, la ruptura de la relación profesional

y incluso el potencial aumento del riesgo para la salud o la vida por represalias del maltratador.

Si la mujer no reconoce la situación de violencia de género o no quiere denunciar, en aquellos casos en los que el personal sanitario sospeche de la existencia de malos tratos, físicos o psíquicos, **y se valora una SOR**, se recomienda anotar todas las intervenciones que se realicen con la mujer en la Historia Clínica y comunicar dicha situación a

Fiscal Delegado/a Provincial contra la Violencia a la Mujer,

Aunque la mujer no reconozca la situación de malos tratos, si presenta lesiones físicas o psíquicas asociadas al maltrato se cumplimentará el Parte al Juzgado (Anexo 6) que será remitido al Juzgado de Guardia.

Igualmente se cumplimentará el Parte al Juzgado cuando la atención sanitaria tenga como origen una situación de malos tratos por parte de la pareja, **confirmada o reconocida por la mujer (CMT)**, se presenten o no lesiones como consecuencia.

10. Abordaje integral de víctimas de sumisión química y/o agresión por objeto punzante

Además de la violencia sexual que son los delitos más frecuentes con esta modalidad, puede usarse para robo con violencia o intimidación, extorsión, malos tratos a personas mayores o menores, etc. Incluye también la sumisión oportunista o vulnerabilidad química, que ocurre cuando el autor del delito se aprovecha de la vulnerabilidad de la víctima que se halla en estado de inconsciencia a causa de sustancias consumidas voluntariamente (alcohol, u otras drogas). A nivel legal, puede perseguirse de oficio, sin necesidad de denuncia personal previa.

Tradicionalmente, la vía de administración de la sumisión química proactiva o premeditada (la que es sin conocimiento de la propia víctima) ha sido oral añadiendo sustancias a la bebida, pero desde 2022 empezaron a conocerse en España los primeros casos de agresiones compatibles con un elemento o instrumento punzante, un pinchazo con aguja hipodérmica. También puede usarse la vía inhalada. Se relacionan particularmente con la sumisión química la Burundanga, Ketamina, GHB, algunas benzodiacepinas e hipnóticos, etc.

Cuando se sospeche que se pueda tratar de una agresión sexual por sumisión química, se deberá procurar la toma de muestras sanguíneas antes de los 30 minutos desde la ingesta/administración, para intentar demostrar su presencia en el organismo de la víctima. En el Parte al Juzgado debe especificarse SQ. Igual-

mente en la Historia Clínica el Código Especial de Cierre se registra como SQ.

La toma de muestras debe realizarse previo Consentimiento Informado, iniciando Cadena de Custodia.

10.1. Resumen de actuaciones ante sospecha de sumisión química

- Nivel de Prioridad 3 ó menor, según valoración clínica
- Valoración de dicha situación clínica y atención de lesiones que comprometan la vida
- Deben estar presentes Fuerzas y Cuerpos Seguridad del Estado, y Forense
- Solicitar consentimiento escrito para toma de muestras (IMPRESCINDIBLE)
- Toma de muestras o recepción de las mismas, si se tomaron antes de llegar a urgencias
- Asegurar Cadena de Custodia
- Iniciar o completar Parte al Juzgado, anotando SQ
- Se registra SQ como Motivo de Consulta en Historia de Salud
- Se informará de conveniencia de formalizar denuncia

- Anotar Nº Atestado Policial y Nº Diligencias previas para asociar las muestras y realizar el seguimiento. Las muestras se

destruirán si no se asocia dicho número en 30 días.

11. Actuación y coordinación sanitaria ante agresiones sexuales en Andalucía

Se define la violencia sexual como “todo acto de naturaleza sexual no consentido o que condicionen el libre desarrollo de la vida sexual en cualquier ámbito público o privado (incluido ámbito digital), lo que incluye la agresión sexual, el acoso sexual y la explotación de la prostitución ajena, así como todos los demás delitos previstos en el Título VIII del Libro II de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de Noviembre del Código Penal, orientados específicamente a proteger a personas menores de edad.

En España la edad de consentimiento sexual es de 16 años. Por lo tanto la realización de actos sexuales con menores de 16 años siempre se considera un hecho punible. No obstante,

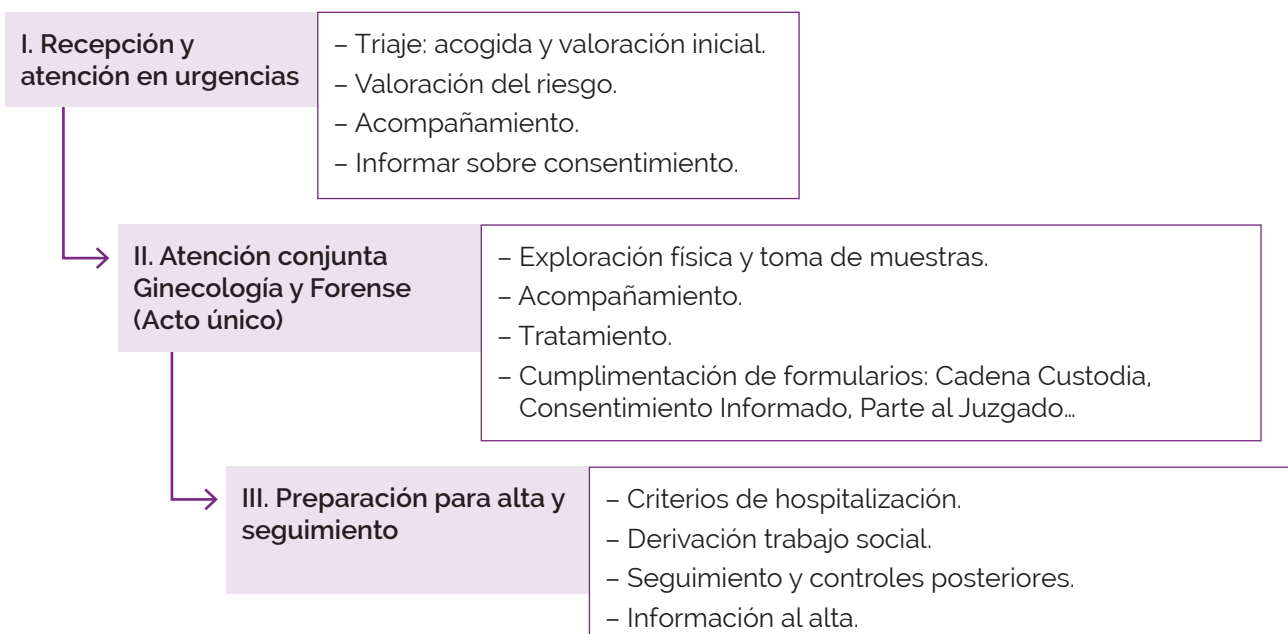
se establece como excepción las relaciones consentidas con una persona próxima al menor por edad y grado de desarrollo o madurez tanto física como psicológica.

11.1. Cronología general de actuaciones hospitalarias en agresiones sexuales

Es importante que la evaluación ginecológica y la médico-forense se realicen en un **acto único**, procurando que no se retarden o repitan actuaciones, o que una vertiente no afecte o perjudique a la otra.

FIGURA 1

Cronología general de actuaciones hospitalarias en agresiones sexuales



11.2. Generalidades de las actuaciones ante situaciones de agresión sexual

En la admisión en Urgencias, se le asignará un nivel de prioridad no mayor de 3, en función del estado de salud de la mujer.

La actuación va a depender de si se trata de agresión sexual reciente (últimos 7-10 días) o pasada (anterior), en función de la pertinencia o no de recogida de muestras.

En cualquier caso, la asistencia sanitaria-forense debe realizarse, siempre bajo consentimiento de la paciente-víctima, e independientemente de que esta persona interponga o no denuncia. El Parte al Juzgado debe realizarse igualmente aunque la mujer niegue haber sufrido la agresión sexual o manifieste su deseo de no presentar denuncia en ese momento.

La actuación conjunta Ginecología (o Cirugía o Pediatría si requiere) y Medicina Forense **incluye 6 pasos:**

1. Realización de entrevista clínica.
2. Valoración del estado emocional.

3. Consentimiento informado para exploración y toma de muestras.
4. Sesión clínica de los facultativos presentes, para acordar los siguientes procedimientos.
5. Exploración.
6. Toma de muestras.

11.3. Exploración y toma de muestras

Previo sesión y discusión clínica in situ, en la que se acordará cómo realizar la exploración y qué muestras deben tomarse, y siempre bajo consentimiento, se realizará estos procedimientos en acto único (biológicas, toxicológicas, y microbiológicas) y con el doble objetivo asistencial y médico-legal. Se incluyen las ropas de la víctima.

Para la recogida y custodia de las muestras se seguirán criterios de protección por parte del personal responsable de la toma, que eviten y minimicen la posibilidad de contaminación accidental de las muestras con ADN exógeno.

TABLA 4

Tomas de muestras biológicas para cribado de ITS y tóxicos

- 2 TOMAS VAGINALES Y/O ANALES según proceda, con hisopo de algodón estériles en medio de conservación, para despistaje ITS.
- 2 TOMAS FARINGEAS (si sexo oral) con hisopo de algodón estériles en medio de conservación, con toma de las paredes de la faringe, para despistaje ITS.
- 2 TOMAS ENDOCERVICALES con hisopo estéril en medio de conservación para cultivo, para despistaje ITS (una para Chlamydia y otra para restos de gérmenes).
- MUESTRA DE SANGRE 5-10 ml sin anticoagulante para LUES, VHB, VHC, HIV, test de gestación.
- TÓXICOS EN ORINA.



Se enviarán a laboratorio del hospital para su procesamiento junto con petición de analítica que hará el/la Facultativo de Ginecología

TABLA 5

Tomas de muestras biológicas para búsqueda de esperma/ADN del agresor

1. **Tomas bucales para búsqueda de semen.** Se recogerán los posibles restos de semen con dos hisopos estériles que se pasarán con cuidado y, sin frotar en exceso, por debajo de la lengua, alrededor de las encías, de los dientes y por el paladar. Se introducirán en cajas de cartón específicas para hisopos o tubos específicos para ellos. Esta es la primera toma que debe realizarse, ya que en la boca los restos de semen desaparecen con cierta celeridad. Posteriormente se recogerá un enjuague bucal (que debe ser enérgico) con suero fisiológico que se depositará en un tubo o bote estéril para análisis.
2. **Superficie corporal.** Se deben buscar manchas de saliva, sangre o semen, mordeduras, sugilaciones o similares, que deben recogerse con hisopos estériles según se describe en el artículo 34, puntos 1 y 2 de la Orden JUS/1291/2010. Los hisopos se deben tomar de cada zona por duplicado; en el caso de que sea necesario aplicar un hisopo húmedo, sobre la misma superficie se usará posteriormente uno seco, con el fin de obtener el residuo restante. Cuando sea necesario, el hisopo se humedecerá solo con una o dos gotas de agua destilada o suero fisiológico para evitar la sobresaturación y dilución de la muestra.
3. **Tomas anales y del margen anal.** Deben ser obtenidas limpiando con dos hisopos estériles humedecidos el margen anal, empleando otros dos hisopos humedecidos para el conducto anorrectal. No enviar heces.
4. **Peinado de vello púbico y recogida de pelos dubitativos.** Mediante peinado suave para no arrancar pelos de la persona agredida, sobre un papel blanco, enviándose tanto el peine como el papel sobre el que se ha realizado el peinado.
5. **Tomas vaginales, cervicales y de genitales externos.** Se deben obtener con dos hisopos estériles humedecidos para la región vulvar, dos hisopos secos limpiando la cavidad vaginal y dos más, secos para el cuello uterino. La toma de los hisopos deberá realizarse de la zona exterior a la interior, primero la vulva, después la cavidad vaginal y por último el cuello uterino para no arrastrar hacia el interior los posibles restos o que estos queden adheridos al eje del hisopo y no al absorbente del mismo. **Esta toma deberá realizarse antes del lavado vaginal.** Los hisopos se introducirán en cajas de cartón o tubos específicos para ellos.
6. **Lavado vaginal.** Se lleva a cabo después de la toma con hisopos, para lo cual se utilizarán unos 10 ml de suero fisiológico estéril que se recogerá en un tubo o frasco de plástico.
7. **Uñas** (recortes o hisopos). Se cortará el borde superior de las uñas. Se deben enviar dos sobres pequeños, uno con las uñas de la mano derecha y otro con las de la izquierda. Si no se pueden recortar, se limpiarán con hisopos estériles.
8. **Ropas de la persona agredida en el momento de la agresión.** Deberán envolverse cada una por separado en papel, e introducirse en bolsas de papel independientes. Se aconseja recoger y enviar la ropa interior y las prendas de vestir que se consideren de interés (en caso, por ejemplo, de una posible eyaculación exterior).



SERÁN RETIRADAS POR FORENSE O QUEDARÁN EN LABORATORIO custodiadas, desde donde serán retiradas por empresa de transporte para envío a IML (plazo máximo 72h o siguiente día hábil, pero no más de 7 días), acompañadas del Formulario de Remisión de Muestras y Documento Formulario de Remisión de paquetes de muestra (Cadena de Custodia).

TABLA 6

Toma de muestras para estudios toxicológicos

- **Sangre.** Se obtendrá en el plazo de las primeras 48 horas tras la presunta agresión. Se remitirá al laboratorio sangre venosa periférica en dos tubos de 5 ml debidamente etiquetados, preferiblemente uno con conservante (fluoruro sódico) y oxalato potásico como anticoagulante y el otro tubo con EDTA, ácido edético. Llenos ambos, evitando dejar cámara de aire. Se conservarán y enviarán en condiciones de refrigeración al laboratorio (2-8°C).
- **Orina.** Es la muestra de elección. Se obtendrá siempre que no superen los 5 días tras la presunta agresión. Se remitirá al laboratorio toda la que se pueda en un frasco debidamente etiquetado. Se conservará refrigerada y en caso de que su análisis se demore (más de 24 horas) es preferible congelar.
- **Pelo.** Se realizará su toma en aquellos casos en los que la presunta agresión se haya denunciado con mucho retraso (superior cinco días) o se sospeche que el tóxico ya no pudiera estar presente en sangre y orina. La toma se realizará trascurridas 4-6 semanas después del suceso. Se recogerá mechón cortado de la zona occipital y lo más próximo al cuero cabelludo de un grosor de 7 mm de diámetro. Se colocará fijado sobre un trozo de papel señalando el extremo proximal a la raíz y el extremo distal. Se conservará y enviará a temperatura ambiente.

Las muestras para **estudios químicos (toxicológicos)** se tomarán **OPCIONALMENTE**, en casos de existencia de signos de intoxicación por drogas y/o alcohol, o cuando la persona agredida refiere la ingestión de sustancias o describe síntomas compatibles con sospecha de sumisión química (Tabla 6).

11.4. Tratamiento

Se recomienda la profilaxis post-exposición 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, o ha sucedido tras una sumisión química por objeto punzante siguiendo indicaciones del Protocolo de profilaxis post-exposición no ocupacional vigente en cada centro (Tabla 8).

TABLA 7

Profilaxis ANTICONCEPCIÓN Postcoital

- <72h 1,5 mg levonorgestrel.
- 3-5º día Acetato Ulipristal 30 mg.
- 3-7º día Dispositivo Intrauterino.

11.5. Alta y Seguimiento

- **Criterios de Hospitalización.** Se contemplará la posibilidad de realizar un ingreso hospitalario a la mujer que haya sufrido una agresión sexual, sólo en algunas situaciones, cuidando las condiciones de este ingreso tratando de proveer la máxima intimidad, confort y seguridad posibles.
- **Derivación a Trabajo social.** La continuidad en la atención es muy importante también en los casos de agresiones sexuales, entendiendo además que la mujer puede necesitar otro tipo de recursos que trasciendan a lo meramente sanitario.
- **Seguimiento y controles posteriores.** Los controles posteriores a una agresión sexual irán dirigidos a tres líneas fundamentales de actuación:
 - Continuidad y seguimiento del tratamiento de quimioprofilaxis y exposición al VIH e ITS.
 - Controles y atención ginecológica: Se citará aproximadamente entre 2-4 semanas en consulta externa de Ginecología o acudir a Atención Primaria para la recogida de los resultados del cultivo.
 - Derivación a Atención Primaria con indicaciones para el seguimiento.

TABLA 8

Profilaxis ITS en agresiones sexuales

Pauta habitual	Pauta en alérgicas a Penicilina	Pauta en gestantes
<ul style="list-style-type: none"> – Ceftriaxona 500 mg IM dosis única. – Doxicilina 100 mg 1 c cada 12h 7 días. – Metronidazol 500 mg 1 cada 12h 7 días (NO indicar en hombres). 	<ul style="list-style-type: none"> – Gentamicina 240 mg IM. – Azitromicina 2 gr 1 comp. dosis única. 	<ul style="list-style-type: none"> – Azitromicina 1 gr 1 comp. dosis única. – Metronidazol 2 gr 1 comp. dosis única.

Descarga autorizada a 44597401 Maria Aurora Gallego Gallero, agallegogallero@gmail.com, IP: 188.26.222.218

PREGUNTAS TIPO TEST

Las siguientes preguntas son una recopilación de las surgidas en anteriores procesos selectivos del SAS y otras desarrolladas por el/la autor/a de la obra.

1. ¿Cuál de las siguientes no es un tipo reconocido de violencia de género?
 - a) Económica.
 - b) De control.
 - c) Sexual.
 - d) Ninguna respuesta es correcta.
2. ¿Qué es la violencia simbólica?
 - a) La que se ejerce a través de videos de pornografía.
 - b) La que se ejerce a través de emisión de mensajes, iconos o signos que transmiten y reproducen relaciones de dominación, desigualdad, discriminación, que justifican la violencia contra las mujeres en la sociedad.
 - c) La que se produce a través de aplicaciones de mensajería.
 - d) La que se realiza mediante emoticonos explícitos.
3. ¿Cuál de las siguientes es una consecuencia de la violencia de género a nivel de la Salud Sexual y Reproductiva?
 - a) Ganancia de peso inadecuada durante el embarazo.
 - b) Deterioro funcional.
 - c) Ansiedad.
 - d) Cefaleas.
4. ¿Cuándo son también víctimas los hijos de una mujer maltratada?
 - a) Cuando reciben maltrato directamente.
 - b) Cuando el maltrato a la madre tiene consecuencias visibles en su desarrollo.
 - c) Cuando requieren ayuda o terapia.
 - d) Siempre.
5. ¿Qué es la violencia de género transgeneracional?
 - a) Conductas agresivas de hijos varones hacia las madres en particular y hacia las mujeres en general, aprendidas de padres violentos en el contexto familiar.
 - b) Nula tolerancia y excesiva sensibilidad al maltrato en las mujeres.

- c) Conductas de maltrato a una generación posterior; nietos, hijos.
d) Ninguna de las anteriores.
6. **¿Cuál es la secuencia correcta del ciclo de la violencia de género?**
a) Preparación, Desarrollo, Resultado.
b) Proceso, Estructura, Desenlace.
c) Acumulación de tensión, luna de miel, Explosión.
d) Acumulación de tensión, Explosión, Luna de miel.
7. **¿Cuál es una situación de mayor vulnerabilidad para el desarrollo de la violencia de género?**
a) Vivir en una ciudad grande.
b) Personas transexuales.
c) Embarazo.
d) B y C son correctas.
8. **¿Cuándo se debe realizar el cribado de detección de maltrato en las mujeres embarazadas?**
a) Al inicio de la gestación, en la primera visita, si otros factores de riesgo.
b) Durante el parto.
c) Como parte de la actividad de Preparación para el Nacimiento y Crianza.
d) En el primer, segundo, y tercer trimestre, y en la visita puerperal.
9. **¿Cuándo debe repetirse el test de detección de maltrato si el resultado actual es Negativo y no aparecen indicadores de sospecha?**
a) Al año.
b) A los dos años.
c) A los 5 años.
d) No es necesario si no aparecen indicadores de sospecha.
10. **¿Dónde debe ubicarse una mujer que acude a urgencia por malos tratos?**
a) En la sala de espera general, donde haya más pacientes.
b) En la sala de Observación.
c) En un espacio apartado dentro del Circuito específico de Violencia de Género.
d) En una sala específica en la Unidad de Salud Mental.
11. **¿Cuántos ejemplares se generan al hacer el Parte al Juzgado, en papel?**
a) 3 copias.
b) Original+1 copia.

- c) Original+2 copias.
d) Original+3 copias.
12. ¿Qué es imprescindible cumplir cuando se elabora y envía el Parte al Juzgado?
- a) Pruebas complementarias realizadas.
b) Causa presumible del fallecimiento.
c) Debe leerse a la mujer y explicarle las consecuencias de su emisión.
d) Debe entregarse siempre una copia a la propia mujer.
13. ¿Cómo se registra en la Historia Clínica que es un caso de Víctima de Trata de Explotación Sexual?
- a) PROST
b) SEX
c) TrM
d) CVES
14. ¿Cuál es el tiempo idóneo máximo para obtener una muestra sanguínea en caso de sospecha de Sumisión Química?
- a) 30 minutos desde el hecho causal.
b) 60 minutos desde el episodio.
c) 6 horas desde el hecho causal.
d) 24 horas desde el hecho causal.
15. ¿Qué se considera Hospital Referente para la atención a una víctima de agresión sexual?
- a) Aquel que tiene laboratorio y TAC 24 horas.
b) Aquel que tiene servicio de Ginecología y Cirugía de presencia física 24 horas.
c) Aquel que tiene servicios de Urgencias de Pediatría, en caso de ser niño la víctima.
d) B y C son correctas.
16. ¿Cuándo se considera que una agresión sexual es reciente, a efectos de recoger muestras o no?
- a) Últimas 24 horas.
b) En las 48 horas previas.
c) En los 7-10 días previos.
d) En las dos semanas previas.

17. **¿Cómo se realiza la exploración de la víctima de agresión sexual?**
- a) Se desnuda completamente a la mujer y se hace una observación sistemática completa.
 - b) Se realiza de arriba hacia abajo, por partes.
 - c) Se realizará de abajo hacia arriba, por partes.
 - d) Siempre primero se hace la exploración ginecológica, para evitar contaminar posibles pruebas.
18. **¿Cuál de las siguientes no se considera recomendable sistemáticamente como parte de la exploración de una mujer víctima de agresión sexual con penetración vaginal y anal?**
- a) Inspección con espéculo de la vagina y cuello uterino.
 - b) Tacto bimanual.
 - c) Fotografías opcionales de las lesiones, con consentimiento previo.
 - d) Observación de la zona perineo-anal.
19. **¿Cuántas tomas para cultivo y cribado de ITS se deben tomar a una mujer que ha sufrido agresión sexual con penetración vaginal?**
- a) 1 toma vaginal+1 toma endocervical.
 - b) 2 tomas vaginales+1 toma endocervical.
 - c) 2 tomas vaginales+2 tomas endocervicales.
 - d) 1 triple toma endo-exocervical-vaginal.
20. **¿Cuál es la profilaxis antibiótica que debe indicarse a una mujer embarazada que ha sufrido una agresión sexual?**
- a) Ceftriazona+Doxicilina+Metronidazol.
 - b) Penicilina+Gentamicina.
 - c) Gentamicina+Azitromicina.
 - d) Azitromicina+Metronidazol.
21. **¿Cuál es la profilaxis anticonceptiva que debe recomendarse a una mujer que ha sufrido una agresión sexual con penetración vaginal hace 4 días?**
- a) 1,5 mg Levonorgestrel.
 - b) 3 mg Levonorgestrel.
 - c) 30 mg Acetato Ulipristal.
 - d) Implante subcutáneo.

Respuestas correctas

1	d
2	b
3	a
4	d
5	a
6	d
7	d
8	d
9	b
10	c
11	d
12	b
13	c
14	a
15	d
16	c
17	b
18	b
19	c
20	d
21	c