

PROCEDIMENTO DE ATENCIÓN A MULLERES VÍTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL

Aprobado polo Observatorio Galego da Violencia de Xénero. Outubro 2022

Este documento estará en permanente revisión e actualización

ÍNDICE

1. XUSTIFICACIÓN.....	3
2. OBXECTO.....	3
3. ÁMBITO DE APLICACIÓN E ALCANCE.....	4
4. DEFINICIÓNS.....	4
5. CONSECUENCIAS PARA A SAÚDE.....	7
6. DESENVOLVEMENTO.....	8
6.1. Actuación en Atención Primaria e Puntos de Atención Continuada (PACs).....	8
6.2. Actuación no Servizo de Urxencias dos hospitais.....	9
6.2.1. Recepción e acollida.....	9
6.2.2. Acollida da muller.....	10
6.2.3. Plan de Actuación.....	11
7. REXISTROS.....	24
8. ANEXOS.....	24
9. BIBLIOGRAFÍA E LEXISLACIÓN.....	42
10. GRUPO DE TRABALLO.....	47
11. REVISIÓN LINGÜÍSTICA.....	47

1. XUSTIFICACIÓN

As agresións sexuais son unha forma extrema de violencia. A OMS ten establecido que a violencia contra as mulleres representa un problema de saúde pública grave, e unha violación dos dereitos humanos. Constitúe un grave atentado contra a dignidade, os dereitos individuais e a calidade de vida e a saúde das mulleres, dos/das seus/súas fillos/as e do seu entorno.

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

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

A actuación conxunta, homoxénea e protocolizada do equipo sanitario que atende á 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 moi importante, de arredor do 33%, de casos de agresións sexuais asociadas a submisión química, posibilidade que é necesario ter presente na atención, e que tamén se inclúe neste procedemento.

2. OBXECTO

Xeral:

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

Específicos:

- Protocolizar a atención á muller vítima de agresión sexual
- Promover un ambiente e trato humanizado ás mulleres que sofren agresión sexual
- Favorecer a humanización no proceso de atención ás mulleres vítimas de agresión sexual.
- Respetar a intimidade da muller en todo o proceso
- Extremar a recollida e custodia de probas para facilitar o labor xudicial e policial
- Diminuír a vitimización secundaria

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

Enténdese por **Violencia de Xénero** "calquera acto violento ou agresión, baseados nunha situación de desigualdade no marco dun sistema de relacións de dominación dos homes sobre as mulleres que teña ou poida ter como consecuencia un dano físico, sexual ou psicolóxico, incluídas as ameazas de tales actos e a coacción ou privación arbitraria da liberdade, tanto se ocorren no ámbito público coma na vida familiar ou privada". (Lei 11/2007, do 27 de xullo, galega para a prevención e o tratamento integral da violencia de xénero).

Segundo a Resolución da Asamblea Xeral de Nacións Unidas de 1993), a **Violencia de Xénero** defínese como “todo acto de violencia baseado na pertenza ao sexo feminino que teña ou poida ter como resultado un dano ou sufrimento físico, sexual ou psicolóxico para a muller, así como as ameazas de tales actos, a coacción ou a privación arbitraria da liberdade, tanto se se producen na vida pública como na vida privada”

Existen **cinco tipos de violencia de xénero**: psicolóxica, física ,sexual, social e vica-ria. A violencia psicolóxica esta presente en todas elas.

Por **violencia sexual** enténdese calquera acto de natureza sexual realizado sen consentimento da muller, con independencia de que o agresor garde ou non relación conxugal, de parella, afectiva ou de parentesco coa mesma. (OMS-2002) Habi-tualmente este tipo de violencia cando se exerce dentro da parella adoita perma-necer oculta e resulta máis difícil a súa detección. As formas que pode adoptar este tipo de violencia son diversas (Táboa 1) (1,2).

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 dou-tra persoa, realizado con violencia ou intimidación.

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 obscenos, 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 muller 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 por 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.**

Nos últimos anos cobrou especial protagonismo pola súa asociación coas agresións sexuais a Submisión Química (SQ).

O termo Submisión Química (SQ) emprégase para referirse á administración de substancias psicoactivas a unha persoa con fins delituosos ou criminais con obxecto de provocar unha modificación no seu grao de vixilancia, consciencia e capacidade de xuízo. Consiste en "En manter relacións sexuais non consentidas aproveitando o estado de incapacidade ou inconsciencia da vítima debido ao efecto do alcol e/ou drogas, tanto se foron consumidos de forma voluntaria como involuntaria, o que nos leva a diferenciar entre 2 tipos de delitos:

-Proactivo: o agresor administra ás vítimas unha sustancia discapacitante ou desinhibidora.

-Oportunista: a vítima está intoxicada porque xa consumiu voluntariamente alcol ou outras drogas.

5. CONSECUENCIAS PARA A SAÚDE

A violencia de xénero e en especial a sexual produce graves consecuencias na saúde das mulleres por ser un ataque a integridade persoal, altamente estresante, que é vivido pola vítima 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 por incapacidade para escapar ou evitalo. As agresións sexuais provocan danos a curto e longo prazo no benestar físico, psíquico e social da muller, 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.

A saúde da muller sempre está afectada ao sufrir unha agresión sexual. O afrontamento da situación agrávase por:

- Natureza da agresión: grao de violencia, lesións causadas, tempo de duración, lugar onde ocorreron os feitos.

- Características do agresor: coñecido da muller ou descoñecido, un ou máis agresores.
- Características persoais: historia de vida da muller, idade, etapa do ciclo vital na que se atopa, habilidades para afrontar situacións difíciles.
- Acollida e atención prestada nos servizos sanitarios: A boa atención prestada polos 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 á muller ou ben de cuestionar os feitos ou culpabilizala.

6. DESENVOLVEMENTO

Ver Anexo I . Algoritmo de actuación

A muller que sufriu unha agresión sexual precisa dunha atención e unha asistencia en condicións de privacidade, seguridade e confidencialidade, coordinada entre os profesionais sanitarios (dada a natureza das lesións, sempre que se poida a muller será atendida por xinecólogas ou médicas) e os profesionais do Instituto de Medicina Legal de Galicia (IMELGA).

A actitude do persoal debe ser respectuosa debido á delicada situación en que se atopa. As preguntas que se fagan deben ser realizadas con sumo tacto utilizando unha linguaxe adecuada para a súa idade e circunstancias.

A atención á muller vítima de agresión sexual require para a súa optimización da coordinación das diferentes institucións sanitarias, xudiciais e Forzas de Seguridade do Estado. Na actuación ante as agresións sexuais é fundamental unha boa coordi-

nación co Xulgado de garda. O/A médico/a forense non actúa de forma autónoma, a súa intervención depende da solicitude do/a xuíz/a correspondente. Para actuar e chegar ao centro hospitalario require a orde expresa. O fin é conseguir a presenza do/a médico/a forense no hospital o mais rapidamente posible.

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

O persoal dos centros de saúde e Puntos de Atención Continuada (PACs) que atenda unha agresión sexual, salvo en situacións de gravidade e risco vital que obriguen a tratamento médico inmediato, remitirá á vítima o mais rapidamente posible e en ambulancia ao hospital mais preto. Irá sempre acompañada por profesionais sanitarios, para garantir a custodia das probas e evitar que a muller poida duchase ou enxugarse a boca.

As recomendacións para a muller indícanse no Anexo II deste documento.

6.2. Actuación no Servizo de Urgencias dos hospitais.

A muller pode acudir:

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

Ademais, pode acudir interpoñendo denuncia, coa intención de poñela ou sen querer denunciar.

En todos os casos chamarase ao Xulgado de Garda, para informar da situación e solicitar a presenza do/da médico/a forense, para poder realizar conxuntamente a exploración e a toma de mostras de interese legal.

6.2.1. Recepción e acollida

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

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

No caso de que a vítima sexa menor de 16 anos, a entrada ao servizo sanitario farase dende o Servicio de Urxencias Pediátricas. Unha vez realizada a triaxe pertinente procederase a avisar a pediatría de garda quen, en caso de necesitalo, poñerase en contacto co Servicio de Xinecoloxía para dar continuidade o proceso e garantir a custodia de probas.

O consentimento debe prestalo a persoa ou persoas que ostenten a patria potestade (proxenitores non privados dela ou titores). Con todo, incluso sendo maior de 16 debe atenderse á especial situación da minoría de idade para atender de xeito máis específico a agresión.

A recepción inicial no Servicio de Urxencias e a súa posterior derivación ao Servicio de Xinecoloxía realizarase polo profesional responsable da triaxe.

A atención da paciente será en función da clasificación da triaxe para a súa asistencia en función das 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.

Terase en conta a opinión da paciente sobre quen prefire que a atenda (home ou muller).

Ante unha vítima con sospeita de agresión sexual e submisión química que non se encontre en condicións de manifestar consentimento para exploración e recollida de mostras, procederase á exploración física e recollida de mostras que poidan perderse ou deteriorarse. (Anexo III).

6.2.2. Acollida da muller

A muller será recibida polo persoal de enfermaría/matrón/a 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 Urgencias. Evitarase a atención en boxes, co fin de favorecer a intimidade e confidencialidade.

No Servizo de Urgencias favorecerase un ambiente o máis íntimo posible, polo que se evitará que a muller agredida permaneza na sala de espera ou en espazos compartidos con outros pacientes, e se facilitará o acompañamento por unha persoa da súa confianza. Daránselle as indicacións especificadas no Anexo II desde procedemento.

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. (Valoración da situación psicolóxica e social).

Avisarase ao xinecólogo/a de garda. Neste caso evitarase a presenza de mais dun médico ou médica na exploración, tendo en conta que tamén estará o representante do IMELGA. A intervención comeza cunha toma de contacto, onde nun ambiente

de confianza, confidencialidade e empatía, a muller poida relatar o que lle ocorreu e sentirse escoitada, sen medo a ser xulgada ou a non ser crida.

6.2.3. Plan de Actuación

Para reducir ao menor número posible os impactos psíquicos que vai sufrir a muller tras a agresión, realizarase a avaliación xinecolóxica e forense nun só acto, realizando o recoñecemento de maneira simultánea e coordinada. Contará cos seguintes pasos:

6.2.3.1. Anamnese e exame clínico:

- É necesario empatizar coa muller, 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 cando sexa necesario.
- Sufrir unha agresión sexual é unha vivencia traumática. A muller pode mostrarse moi sensible ante a exploración xinecolóxica polo que se debe proceder con lentitude, preguntándolle con frecuencia se se atopa ben e se pode proseguir. A modo de esquema teranse en conta os seguintes puntos:
- Data, hora, lugar e circunstancias da agresión
- Tipo/s de agresión sexual (vaxinal, anal e/ou oral)
- Se se utilizaron instrumentos e se hai sospeita de submisión química: administración de substancias psicoactivas a unha persoa sen o seu consenti-

mento, co fin de manipular a súa vontade ou modificar o seu comportamento e así diminuír a súa capacidade para identificar unha situación perigosa ou para resistirse, á vez que se consegue que non lembre o ocorrido.

Indicadores de sospeita de Submisión Química (SQ)

A Submisión Química é unha situación de difícil diagnóstico. Os síntomas que poden asociarse a sospeita de SQ son:

- Amnesia completa
- Resaca desproporcionada ou síntomas non consistentes co consumo
- Amnesia parcial
- Desinhibición
- Parálise sen perda de coñecemento
- Perda de coñecemento
- Axitación o alucinacións
- Alteración do xuízo e na fala
- Mareo ou vértixe
- Alteracións visuais, da motricidade ou equilibrio
- Somnolencia
- Náuseas ou vómitos

- Confusión
- Comportamento inusual

6.2.3.2. Exame físico:

- Localización e características das lesións (feridas, contusións, erosións, laceracións, etc.) o, Indicando, no seu caso, a non existencia das mesmas.

- O/A médico/a forense, ao seu criterio, fotografará as lesións para sinalar a localización e importancia das mesmas, previo consentimento informado da muller. (Anexo IV)

- Inspección vulvo-vaxinal, detallando as lesións e indicando, no seu caso, a non existencia das mesmas.

- Nos casos de mulleres que non tiveron previamente relacións, farase constatar a posible existencia de esgazaduras do hime.

- Eventualmente realizarase un tacto e/ou unha ecografía.

- Realizarase unha exploración anal e perianal, si procede.

6.2.3.3. Toma de mostras de interese legal:

- O persoal do servizo de xinecoloxía contará co material e os 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 até a chegada do persoal forense.

- Consentimento informado para a toma de mostras (Anexo V)

- As mostras deben ser minuciosamente envasadas e etiquetadas, detallando o nome da vítima, data e hora e firma do profesional. As distintas mostras introduci-

rarse nun sobre dirixido á Medicina Forense do Xulgado de Garda co fin de comezar a cadea de custodia, que asegure a súa seguridade.

◦ 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:

▪ Seme:

• Toma vaxinal, anal e/ou bucal con hisopos secos e estériles para investigación de esperma e estudio de ADN. Gardaranse nas súas fundas sen engadir ningún conservante, manteranse refrixerados (4-8°C) e identificaranse. Recoméndase tomar dúas mostras.

▪ Lavado vaxinal, anal e/ou bucal con 10cm³ de soro fisiolóxico estéril para a recollida de posibles restos de seme. O lavado recollerase nun tubo hermético que se manterá refrixerado. Esta mostra recollerase despois da toma de mostras para o cribado de infeccións de transmisión sexual.

▪ Roupas da paciente relacionadas coa suposta agresión, colocando cada prenda en bolsa independente e rotulada.

▪ En casos de agresión anal e/ou bucal, tomas de hisopo humedecidas en soro fisiolóxico das correspondentes cavidades colocando en tubo de hisopo para selar e rotular.

◦ Uñas:

▪ Pola posibilidade de encontrar pel do agresor, recortes de uñas que se envasarán cada unha por separado indicando a que dedo e a que mano corresponde.

◦ Pelo pubiano:

- Antes da exploración xinecolóxica, pódese realizar mediante cepillo xinecolóxico.

- Sangue:

- Hemograma e Bioquímica
- Seroloxía Lúes (ETS), hepatite (B,C e A)
- Seroloxía VIH e carga viral basal

- En caso de submisión química: mostra de sangue en tubo de 3 ml con Etilen diamino tetraacético (EDTA) e tubo de 3 ml con fluoruro sódico, como conservante e oxalato potásico como anticoagulante (Ver Anexo III)

- Ouriños:

- En caso de submisión química
- Test de embarazo

- Unha copia dos resultados das analíticas remitirase ao Instituto de Medicina Legal de Galicia (IMELGA).

6.2.3.4. Parte de Lesións (Anexo VI)

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 violencia de xénero. É unha proba documental decisoria. A realización de dito informe é obrigatorio, con independencia de que a muller denuncie ou non os feitos.

- O persoal facultativo a cargo da paciente emitirá un Parte de Lesións.
- Unha copia do parte de lesións debe ser remitida ao Xulgado de Garda do lugar onde sucederon os feitos, outra para a Historia Clínica Electrónica, outra para a paciente, sempre que non comprometa a súa seguridade e outra para o/a médico/a forense xa que a exploración realizase conxuntamente.
- Os campos marcados cun (*) son de obrigado cumprimento
- Débese informar á muller de todo o procedemento e das posibles consecuencias derivadas do mesmo.
- Exposición dos feitos:
 - Indicarase a data, a hora e o lugar da agresión, que se recollerá de forma textual, segundo a declaración da muller.
 - Anotarase todas as rexións anatómicas onde manifesta que a agrediron e o mecanismo ou obxecto (puñada, patada, pau,coitelo...) que se empregou para a agresión
- Antecedentes persoais
- Exploración física:
 - Describiranse as lesións (morfoloxía, tamaño, localización, número) e indicarse se son rozaduras, feridas, contusións, hematomas, fracturas etc.
 - A exploración física debe ser completa, non só da zona das lesións.
 - Recoméndase facer fotografías das zonas con lesións, sempre despois da súa autorización e recollida desta na historia clínica.
- Estado psicolóxico actual:

▪ É importante recoller o estado de saúde emocional da muller no momento de realizar o parte de lesións (choro frecuente, con dificultade para a comunicación, triste, atemorizada, con ansiedade, lábil, irritable, agresiva, con sentimentos de culpa, ...).

6.2.3.5. Tratamento

• Apoio psicolóxico e social:

A muller 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 psicoloxía clínica.

É recomendable poñer en contacto á muller vítima da violencia sexual co Servizo de Traballo Social.

• Farmacolóxico:

- 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 (tras valoración do risco da presenza de infección)
- Entre 72 e 120 horas (5 días): DIU de cobre (tras 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 utilizarse en calquera momento ata o día no que o inicio da implantación puidese ter lugar (mínimo de

seis 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;

- 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 2/2010, de 3 de marzo, de saúde sexual e reprodutiva e da interrupción voluntaria do embarazo.

• Profilaxe Enfermidades de transmisión sexual (ETS) (gonococia, trichomona, clamydia e sífile)

Todos os fármacos se administrarán en **dose única**

Estándar	Alerxia β -lactámicos	Xestantes	Xestantes con alerxia a β -lactámicos
Ceftriaxona 500 mg IM Metronidazol 2 gr VO Azitromicina 1 gr VO	Metronidazol 2 gr VO Azitromicina 2 gr VO	Ceftriaxona 500mg IM Azitromicina 1 gr VO Metronidazol 2 gr VO	Metronidazol 2 gr VO Azitromicina 2 gr VO

IM: Vía intramuscular

VO: Vía Oral

No primeiro trimestre de xestación e durante a lactación evitar METRONIDAZOL.

- **Profilaxe VIH**

Non está indicado pautar tratamento antirretroviral, por considerarse que o risco de transmisión é mínimo, cando na agresión soamente se producen bicos, caricias, masturbación ou contacto de secrecións con pel íntegra.

A profilaxe debe iniciarse o mais rapidamente posible e nunca despois das 72 hora da agresión sexual. A decisión debe tomarse conxuntamente entre o/a médico/a e a paciente. Debe informárselle dos efectos secundarios do tratamento, das posibles interaccións con outros principios activos e da necesidade de realizar o tratamento completo.

Unha vez realizada a toma de mostras, realizarase un lavado profuso da vaxina con soro fisiolóxico para retirar o seme, de modo que estea o menor tempo posible coa mucosa vaxinal.

A Profilaxe consiste na toma durante 28 días, en mulleres non embarazadas, de:

- Emtricitabina/Tenofovir 200/245 : 1 comprimido cada 24 horas con alimentos, vía oral

- Raltegravir 600 mg (Isentress®): 1 comprimido cada 12 horas con ou sen alimentos, vía oral

Alternativa: Tenofovir/FTC/EVG/cobicistat (Stribild©) 1 comprimido diario.

- **Contraindicacións:**

Emtricitabina/Tenofovir: Non se debe administrar en pacientes con insuficiencia renal. En caso de aclaramento de creatinina < 60 ml/min, utilizar Zidovudina/Lamivudina (ZDV/3TC) coformulados: 1 comprimido cada 12 horas ata axustar a dose mais adecuada.

Isentress®: Presenta interaccións con Rifampicina, Carbamacepina, Fenitoína, Fenobarbital, ranelato de estroncio, antiácidos que conteñan aluminio e magnesio.

- Pacientes a tratamento con Rifampicina: A coadministración diminúe as concentracións de raltegravir. A dose recomendada de raltegravir cando se administra conxuntamente con rifampicina é de 800 mg dúas veces ao día.

- Pacientes a tratamento con antiácidos que conteñen aluminio e magnesio: A coadministración de raltegravir (600 mg dúas veces ao día ou 1200 mg unha vez ao día) con antiácidos que conteñen aluminio e/ou magnesio non se recomenda, xa que poden reducir a absorción de raltegravir.

- Pacientes a tratamento con ranelato de estroncio: O estroncio é un catión divalente que pode reducir a absorción do raltegravir. Recoméndase separar a administración destes fármacos polo menos 4 horas.

- **Profilaxe hepatitis B**

Se hai vacinación previa:

- Dose de recordo da vacina

Se non está vacinada ou non recorda:

- Dose de φ -globulina antihepatitis B IM e a primeira dose da vacina de hepatitis B

- **Profilaxe antitetánica**

- Feridas limpas: Non se administrará φ -globulina

- Se non vacinación ou mais de 10 anos: 1ª dose da vacina

- Se vacinación menos de 10 anos: nada

- Feridas sucias:
 - Se non vacinación ou mais de 5 anos: ϕ -globulina mais 1ª dose de vacina
 - Se vacinación mais de 5 anos: nada

6.2.3.6. 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 de parte de lesións está na súa historia clínica e que se o precisa está a súa disposición,
- Kits coa medicación necesaria (Anexo VII).
- Recomendacións de cuidados e recursos. (Anexo VIII)
- Datas das próximas citas:
 - Servizo de Enfermidades Infecciosas (no seguinte día laborable)
 - Servizo de Psiquiatría /Psicología
 - Servizo de Xinecoloxía (dúas semanas tras a agresión)
 - Servizo de Xinecoloxía (seis semanas tras a agresión)
 - Control ao 6 meses:
 - Servizo de Enfermidades Infecciosas
 - Servizo de Xinecoloxía

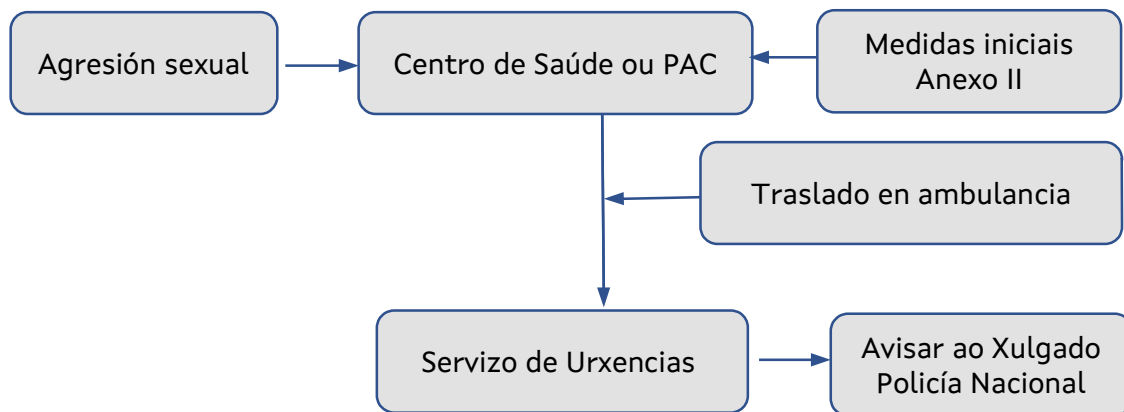
7. REXISTROS

- IANUS (Ver Anexo IX)
- Parte de lesións

8. ANEXOS

ANEXO I. Algoritmo de actuacións

1.- Actuación en Atención Primaria (Centros de saúde e Puntos de Atención Continuada (PAC):



2.- Actuación nos Servizos de Urgencias

QUEN	QUÉ	CÓMO
Muller vítima de agresión sexual	Acode ao Servizo de Urgencias ↓	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativa propia • Forzas de Seguridade • Derivada doutro nivel asistencial
Servizo de Admisión Persoal enfermaría/matrón/a	Recepción e acollida ↓	<ul style="list-style-type: none"> • Apertura Historia Clínica • Triaxe • Apoio e acompañamento
Médico/a de urgencias Xinecólogo/a	Valoración inicial Avisar ao Xulgado de Garda (Médico/a Forense) ↓	Avaliación inicial para descartar patoloxía de atención urgente <ul style="list-style-type: none"> • Anamnese • Exploración xeral
Xinecólogo/a Médico/a Forense	Exploración conxunta Recollida de mostras	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnese específica
Xinecólogo/a	Elaboración parte de lesións	

ANEXO II. Medidas iniciais

É preciso ter en conta que, antes do recoñecemento médico, é necesario indicarlle a muller que:

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

Anexo III: Instrucións submisión química Ministerio de Justicia

Por 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, que se relacionan a continuación:

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 ao máximo para evitar, na medida do posible, a cámara de aire, así como o outro tubo de sangue total anticoagulada con EDTA -ácido etilen diamino tetraacético- (para evitar a formación in vitro de GHB)

Debe enviarse en condicións de refrixeración .

O sangue é unha mostra biolóxica que informa do consumo recente da substancia e ademais pode permitir establecer a correlación entre a concentración e o efecto clínico.

Como principal desvantaxe do seu uso para este tipo de casos figura a rápida eliminación das substancias deste medio biolóxico, polo que no caso de existir certo atraso en solicitar axuda médica, é probable que a substancia administrada que desaparecera do sangue.

b. Ouriños, toda a que se poida recoller en frasco de seguridade de 50 ml., que tamén deben enviarse en condicións de refrixeración.

Os ouriños é unha mostra, habitualmente abundante, que tamén informa do consumo recente, pero ofrece xanelas de detección superiores ao sangue para as substancias químicas, xa que poden chegar a ser de varios días como nos cannabinoides e metabolitos dalgunhas benzodicepinas.

Exemplos a nivel orientativo de vida media plasmática (tempo necesario para eliminar o 50% da sustancia do organismo) dalgunhas sustancias :

- Alprazolam: 6-27 horas
- Cocaína: 0.7 - 1.5 horas
- Gammahidroxitirato (GHB): : 0.3 - 1 hora
- Etanol: 2-14 horas
- Escopolamina: 2-6 horas
- Lorazepam: 9-16 horas
- Delta-9-THC(Tetrahidrocannabinol) : 20-36 horas

Substancias de uso mais frecuente :

De entre todas as sustancias psicoactivas as máis frecuentemente implicadas nestes casos son:

Alcol etílico: utilizado nunha alta porcentaxe das submisións químicas (75%) só ou asociado a outro tipo de sustancia. Produce desinhibición, amnesia etc. Detectable en sangue e ouriños ata varias horas despois da inxesta.

Benzodicepinas: de frecuente utilización o triazolam, oxazepam e flunitrazepam. Tamén se describiron casos con lorazepam, bromazepam, clonazepam e alprazolam.

lam. Entre os seus efectos aparece a triada: automatismo, desinhibición e amnesia anterógrada. Detectables en ouriños ata 24 horas despois da inxesta oral.

Barbitúricos: Ácido Gamma hidroxibutírico (GBH) de efecto rápido e curto. As concentracións fisiolóxicas acádanse ás 6-8 horas en sangue e ás 12 horas en ouriños.

Outras substancias: Cannabinoídes e cocaína. Zolpidem, zopiclona, derivados da metilendioximetanfetamina, hidrato de cloral, ketamina ou fentanilo, LSD, atropina, escopolamina e así ata 30 substancias

Anexo IV: Modelo de autorización para realizar fotografías

DATOS PERSOAIS

D^a..... (nome e apelidos)

DNI/NIE/n^o de pasaporte.....

Enderezo (rúa) n^o Concello..... Provincia.....

AUTORIZA A:

D^a/D.....con exercicio profesional (centro de traballo).....

situado en (rúa, avenida).....núm.....de.....(concello) a realizar fotografías no marco da atención que lle dispensa co único obxecto de que sexan remitidas xunto co parte de lesións que se emite con data.....ao xulgado de garda correspondente.

Non se autoriza o uso destas fotografías para ningún outro fin.

En, dede 202.....

Asdo.:

DATOS DA TESTEMUÑA

Apelidos..... Nome.....

DNI/NIE núm.pasaporte.....e enderezo en (rúa, avenida,..).....núm.....de.....(concello) de (provincia) Teléfono.....

Sinatura da testemuña

ANEXO V: Consentimento informado para a toma de mostras de interese legal

Vostede acudiu a este Centro Sanitario referindo ser vítima dun delito contra a liberdade sexual. Por ese motivo vai ser examinada conxuntamente por Médico/a Forense e Xinecólogo/a ó Cirurxián/a segundo proceda (en menores de 14 anos o exame será conxunta con Pediatra).

Este exame consistirá nunha entrevista, un exame físico e xinecolóxico, e a toma das mostras que se consideren necesarias no seu caso. Para todo iso debe vostede prestar o seu consentimento. Antes de dar o mesmo debe vostede saber:

- Na entrevista preguntaráselle 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 en exame de xenitais externos e internos, así como exame da marxe anal.

- A toma de mostras ten unha finalidade pericial, a fin de achegar elementos que sirvan como proba no proceso xudicial. O tipo de mostras que se tomarán 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 estudo biolóxico: o seu obxectivo é atopar restos de seme do agresor ou agresores a fin de realizar un perfil de ADN con fins identificativos.

Obteranse con hisopo e lavado. Tomaranse a nivel xenital, anal e bucal en función dos datos sobre o sucedido por vostede achegados durante a entrevista, así como noutros lugares da superficie corporal en que poidan atoparse restos do agresor.

- **Mostras para estudo toxicolóxico:** tomaranse se existe sospeita, en función da entrevista realizada, de que 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 ouriños.

No caso das mostras para 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 détéctanse durante menos tempo que en ouriños) e da substancia consumida. No caso dos ouriños 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, se vostede consumiu algunha substancia nos días/horas previas á agresión que denuncia, ou está en tratamento con psicofármacos, as análises mostrarán devandito consumo.

Os resultados que se obteñan, tanto das mostras para 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. Todos eles poderán utilizalos acorde aos intereses que representan durante o procedemento xudicial.

Ademais das mostras periciais, o/a Xinecólogo/a e/ou Cirurxián/a pode precisar outras mostras con fins clínicos. El/Ela explicaralle que mostras necesita e a finalidade das mesmas. Estas mostras teñen unha finalidade exclusivamente asistencial e só se recollerán na súa historia clínica. Non se remitirán ao Xulgado.

A Lei 41/2002 do 14 de novembro, de Autonomía do Paciente establece a maioría de idade sanitaria nos 16 anos. Se vostede ten menos de 16 anos, corresponde aos seus representantes legais prestar consentimento, aínda que vostede será informada de todo o que se lle vaia a facer e oírse a súa opinión. En caso de ter máis de 16 anos é vostede quen debe prestar o consentimento salvo que se atope nunha situación de grave risco para a vida ou saúde, nese caso o consentimento prestarano os seus representantes legais, aínda que a súa opinión será oída e tida en conta.

Se vostede non presta o seu consentimento non se realizará nada do anterior. Se vostede dá un

consentimento parcial (por exemplo, non quere que se realicen determinadas exploracións ou tomas de mostras) as mesmas non se realizarán, aínda que se recollerá a súa negativa no informe que se elabore para o Xulgado de Garda.

Lin e comprendín o anterior, e respondéronlme adecuadamente as preguntas que realicei antes de asinar este consentimento.

Por iso:

- Dou o meu consentimento para que se realice a entrevista, exploración e toma de mostras que os profesionais consideren necesarias no meu caso.
- Non dou o meu consentimento para que se realice a entrevista, exploración e toma de mostras que os profesionais consideren necesarias no meu caso.

Dou o meu consentimento, pero non quero que se realice.....

....., de de 2.....

Asdo:.....

Medico/a Forense

Facultativo/a

Asdo:.....

Asdo.:

ANEXO VI: Parte de Lesións



Nombre del hospital
Localidad

Paciente: NHC:	CIP:	Régimen:	Fecha nac.:	Sexo:
-------------------	------	----------	-------------	-------

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 VII: Contido Kit de Fármacos a entregar á paciente- Informe Farmacoterapeutico *

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).
Profilaxe ETS (gonococia, trichomona, clamydia e sífile)	PAUTA ESTÁNDAR:(1) Ceftriaxona : 500 mg, dose única IM + Metronidazol 2 gr, dose única VO + Azitromicina 1 gr, dose única VO.
	ALERXIA A BETALACTÁMICOS: Metronidazol 2 gr, dose única VO + Azitromicina 2 gr, dose única VO.
	XESTANTES: Ceftriaxona 500mg Azitromicina 1 gr (VO) Metronidazol 2 gr VO
Profilaxe VIH (se está indicado)	Emtricitabina/Tenofovir 200/245: un comprimido cada 24 horas con alimentos durante 28 días Raltegravir 600 mg (Isentress®): un comprimido cada 12 horas con ou sen alimentos durante 28 días
Profilaxis hepatitis B	Se hai vacinación previa: unha dose de recordo. Se non hai vacinación previa ou non recorda: unha dose de gammaglobulina antihepatite B IM e a primeira dose da vacina de Hepatite B.
Profilaxis antitetánica	Se está indicado, poñer 1 dose de gammaglobulina antitetánica IM

1: Se a paciente presenta vómitos, valoración de administración parenteral

Anexo VIII: Recomendacións de coidados e recursos

1.- Coidados

2.- Recursos:

Unha vez proporcionada a atención e os coidados asistenciais, derivarase ou informarase á muller sobre os recursos que ten no seu entorno para dar resposta á situación na que está inmersa. Dadas as características das mulleres que acoden ao Servizo de Urgencias, os recursos que se utilizarán con máis frecuencia, sobre todo naquelas situacións nas que a muller está soa, desorientada ou non pode ou non quere volver á súa casa, son os recursos de emerxencia.

Tamén hai outras situacións nas que a muller necesita apoio psicolóxico, asesoramento legal, laboral, etcétera, especializado, para o que é preciso derivala aos servizos especializados de atención ás mulleres vítimas de violencia de xénero.

<http://igualdade.xunta.gal/es>

Guia de recursos fronte a violencia de xénero en Galicia:

<http://igualdade.xunta.gal/gl/recursos/guia-de-recursos-fronte-violencia-de-xenero-en-galicia>

- 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 atoparase sempre un profesional a disposición dos nenos e nenas, que buscarán a mellor solución para cada caso.

Anexo IX: Códigos CIE 10

T74.2 Abuso sexual, confirmado

Violación, confirmada
Agresión sexual, confirmada

T74.21 Abuso sexual de adultos, confirmado

T74.21 X Abuso sexual de adultos, confirmado

T74.21 XA Abuso sexual de adultos, confirmado, contacto inicial
T74.21 XD Abuso sexual de adultos, confirmado, contacto sucesivo

T74.22 Abuso sexual infantil, confirmado

T74.21 X Abuso sexual infantil, confirmado

T74.21 XA Abuso sexual infantil, confirmado, contacto inicial
T74.21 XD Abuso sexual infantil, confirmado, contacto sucesivo

T76.2 Abuso sexual, sospeita

Violación, sospeita
Agresión sexual, sospeita

T76.21 Abuso sexual de adultos, sospeita

T76.21 X Abuso sexual de adultos, sospeita

T76.21 XA Abuso sexual de adultos, sospeita, contacto inicial
T76.21 XD Abuso sexual de adultos, sospeita, contacto sucesivo

T76.22 Abuso sexual infantil, sospeita

T76.21 X Abuso sexual infantil, sospeita

T76.21 XA Abuso sexual infantil, sospeita, contacto inicial

T76.21 XD Abuso sexual infantil, sospeita, contacto sucesivo

Z04.4 Contacto para recoñecemento médico e observación despois da presunta violación

Contacto para recoñecemento médico e observación da vítima despois da presunta violación

Contacto para recoñecemento médico e observación da vítima despois da presunta abuso sexual

Z04.41 Contacto para recoñecemento médico e observación da vítima des-
pois da presunta violación en adulto

Z04.42 Contacto para recoñecemento médico e observación da vítima des-
pois da presunta violación infantil

9. BIBLIOGRAFÍA E LEXISLACIÓN

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

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

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

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

3. 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

4. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, Reno H, Zenilman JM, Bolan GA. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021 Jul 23;70(4):1-187.

5. Protocolo común para a actuación sanitaria ante a violencia de xénero. Comisión contra a violencia de xénero do Consello Interterritorial do Sistema Nacional de Saúde. Ministerio de Sanidade e Consumo. 2012. <https://violencia-genero.igualdad.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitario-VG2012.pdf>

6. 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

7. Protocolo de actuación e coordinación sanitaria ante agresiones sexuales en Andalucía. Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía.2020 https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/AGRESIONES_SEXUALES_2020_Protocolo_de_actuacion_y_coordinacion_sanitaria_en_agresiones_sexuales.pdf

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

<http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>

9. Organización Mundial de la Salud. Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico. 2016.

10. 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.

11. 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).

http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_spa.pdf

12. 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. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf;jsessionid=5003315074087B95C0C69A8B704D6858?sequence=1

13. Quah SP, McIntyre M, Wood A, Mc Mullan K, Rafferty P. Once-daily raltegravir with tenofovir disoproxil/emtricitabine as HIV post-exposure prophylaxis following sexual exposure. HIV Med. 2021 Feb;22(2):e5-e6

14. Referencias

Documento de Consenso sobre Profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños. 2015

15. Guía de terapéutica antimicrobiana MENSA 2021

Lexislación

- 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 regulanse 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. Xinecología. Complexo Hospitalario de Santiago de Compostela. 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 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 de Santiago de Compostela. Área Sanitaria de Santiago e Barbanza.
- Perdiz Álvarez, María Celsa. Xefe de Servizo de Traballo Social. Área Sanitaria de Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras.
- Mayán Conesa, Plácido. Coordinador Servizo de Urxencias. Complexo Hospitalario de Santiago de Compostela. Área Sanitaria de Santiago e Barbanza.
- Monteagudo Romero, Josefina. Subdirectora xeral de Humanización e Atención a Cidadanía. Consellería de Sanidade.

11. REVISIÓN LINGÜÍSTICA

- Fiuza Barreiro, Belén. Subdirección xeral de Humanización e Atención a Cidadanía. Consellería de Sanidade.