



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid

UVa

Curso 2022-2023
Trabajo de Fin de Grado

**ACTUACIÓN DE LA ENFERMERA DE
URGENCIAS ANTE CASOS DE
AGRESIÓN SEXUAL BAJO SUMISIÓN
QUÍMICA. UNA REVISIÓN
SISTEMÁTICA.**

Andrea García Casado

Tutora: María del Mar Calaveras Feliz de Vargas

Cotutora: Cristina García Gil

RESUMEN

Introducción: En los últimos años la sumisión química ha ganado relevancia, concretamente la asociada a agresiones sexuales o “DFSA” (Drug-Facilitated Sexual Assault). Este fenómeno abarca aquellas relaciones sexuales no consentidas donde la víctima está incapacitada por los efectos de sustancias psicoactivas. Debido al aumento de la incidencia de casos, existe un creciente interés por investigar este fenómeno y crear protocolos sanitarios enfocados en ello.

Objetivo: Analizar las intervenciones del equipo de profesionales de Enfermería en los Servicios de Urgencias para proporcionar una asistencia integral a las víctimas de sumisión química con agresión sexual en España.

Metodología: Mediante una revisión sistemática se dio respuesta a la pregunta de investigación planteada: “¿Qué intervenciones debe realizar el personal de enfermería de los Servicios de Urgencias ante los casos de mujeres mayores de 18 años que han sido recientemente víctimas de sumisión química con agresión sexual?”. Para ello, además de una búsqueda bibliográfica, se analizaron los protocolos sanitarios de tres comunidades autónomas de España y dos guías médico-forenses, siendo evaluados con los niveles de evidencia del Instituto Joanna Briggs y GRADE.

Resultados: Se emplearon 10 artículos de diferentes bases de datos y 8 protocolos.

Discusión: La revisión de los diferentes protocolos mostró que la actuación del personal de Enfermería se da durante todo el algoritmo.

Conclusión: Las intervenciones de la enfermera del Servicio de Urgencias permiten identificar de forma precoz el DFSA y proporcionar una atención integral a la víctima.

Palabras clave: Sumisión química, DFSA, Enfermería, Protocolo y Servicio de Urgencias.

ABSTRACT

Introduction: Over the last few years, chemical submission has been gaining relevance, specifically that associated with sexual assault or DFSA (Drug-Facilitated Sexual Assault). This concept involves non-consensual sexual relationships where the victim is incapacitated by the effects of a psychoactive substance. Due to the rise in the number of cases of this nature, there is an increasing interest in the investigation of DFSA and in the creation of sanitary protocols focused on these types of cases.

Objective: Analyse the intervention of the emergency department nurse team to provide an integral assistance to DFSA victims in Spain.

Method: A systematic review was carried out with the objective to answer the following research question: "What interventions should the emergency department nurse team perform in a case where a woman over 18 years old has recently been a victim of DFSA?" With this aim, the sanitary protocols of three Spanish autonomous communities and two medical forensic guides were analysed, in addition to a bibliographic review. All of them were evaluated through the evidence levels of the Joanna Briggs Institute and GRADE.

Results: Ten articles from different database and eight protocols were employed.

Discussion: The review of the different protocols showed that the intervention of nurse team is given throughout the algorithm.

Conclusion: The intervention of the nurse team of the emergency department allows for an early identification of DFSA and provides a comprehensive care to the victim.

Keywords: Chemical submission, DFSA, Nursing, Protocol and Emergency department.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Definición y clasificación.	1
1.2 Contexto social y marco epidemiológico.	2
1.3 Legislación española.....	3
2. JUSTIFICACIÓN.....	4
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	5
4. OBJETIVOS.....	6
5. MATERIAL Y MÉTODOS	6
5.1 Diseño de investigación.	6
5.2 Estrategia de búsqueda.	6
5.3 Estrategia de selección.	7
5.4 Materiales utilizados.....	8
5.5 Herramientas de evaluación de la evidencia.	8
6. RESULTADOS	8
6.1 Protocolos.	8
6.1.1 Admisión en Urgencias	9
6.1.2 Triage.....	9
6.1.3 Anamnesis	11
6.1.4 Exploración.....	12
6.1.5 Toma de muestras	13
6.1.6 Tratamiento profiláctico y de lesiones.....	16
6.1.7 Ingreso o alta	21
6.1.8 Documentos a rellenar.....	22
6.2 Perfil de la víctima y sustancias empleadas.....	22
7. DISCUSIÓN.....	26
7.1 Limitaciones y fortalezas.	27
7.2 Aplicación para la práctica clínica y futuras líneas de investigación. ..	28
8. CONCLUSIONES	29
9. BIBLIOGRAFÍA.....	30
10. ANEXOS	32
Anexo I. Diagrama de flujo.....	32
Anexo II. Niveles de evidencia del Instituto Joanna Briggs	33
Anexo III. Resultados de la búsqueda bibliográfica.....	34
Anexo IV. Consentimiento informado toma de muestras SQ.....	40
Anexo V. Parte de lesiones.....	41
Anexo VI. Documento de cadena de custodia.....	42

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Esquema PICO..	5
Tabla 2. Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), Medical Subject Headings (MeHS), y vocabulario libre	7
Tabla 3. Combinación de los descriptores con el operador booleano utilizado..	7
Tabla 4. Criterios de inclusión y exclusión aplicados	7
Tabla 5. Síntomas asociados a la sospecha de SQ.	9
Tabla 6. Motivos de sospecha de agresión sexual.	10
Tabla 7. Profilaxis de ITS en CyL	17
Tabla 8. Profilaxis de ITS en Andalucía.	17
Tabla 9. Profilaxis de ITS en Valencia.	17
Tabla 10. Actuación para la profilaxis de VHB en CyL	18
Tabla 11. Pauta de antirretrovirales para profilaxis de VIH en CyL	18
Tabla 12. Pauta de antirretrovirales para profilaxis de VIH en Valencia	19
Tabla 13. Pauta de antirretrovirales para profilaxis de VIH en Andalucía	19
Tabla 14. Profilaxis antitetánica llevada a cabo en Valencia	19
Tabla 15. Prevalencia de las sustancias utilizadas en los casos de sumisión química oportunista y proactiva.	24
Tabla a1. Resumen de resultados tras búsqueda de artículos científicos.	34
Tabla a2. Resumen de los resultados de búsqueda de los protocolos y guía de buenas prácticas.	37

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Esquema DAFO	28
Figura a1. Diagrama de flujo sobre el proceso de selección de artículos.	32

ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen a1. Niveles de evidencia del Instituto de Joanna Briggs	33
Imagen a2. Consentimiento informado para recogida y análisis de muestras en relación con delitos con sospecha de influencia de sustancias de CyL	40
Imagen a3. Parte de asistencia por lesiones de CyL.	41
Imagen a4. Propuesta datos básicos comunes de recogida para cadena de custodia de muestras obtenidas de CyL	42

ABREVIATURAS

- **SQ:** Sumisión química.
- **AFSSAPS:** Agencia Francesa de Seguridad Sanitaria y Productos Sanitarios.
- **DFSA:** Drug-facilitated sexual assault / Delito sexual facilitado por drogas.
- **INTCF:** Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses.
- **Sacyl:** Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.
- **SSPA:** Servicio Andaluz de Salud.
- **DeCS:** Descriptores en Ciencias de la Salud.
- **MeSH:** Medical Subject Headings.
- **JBI:** Instituto Joanna Briggs.
- **CyL:** Castilla y León.
- **ITS:** Infecciones de transmisión sexual.
- **EDTA:** Ácido etilendiaminotetraacético.
- **ADN:** Ácido desoxirribonucleico.
- **VHB:** Virus de la hepatitis B.
- **VHC:** Virus de la hepatitis C.
- **VIH:** Virus de la inmunodeficiencia humana.
- **hCG:** Gonadotropina coriónica humana.
- **IM:** Intramuscular.
- **VO:** Vía oral.
- **IgHB:** Inmunoglobulina antihepatitis B.
- **HBs Ag:** Antígeno de superficie del virus de la hepatitis B.
- **Comp.:** Comprimido.
- **c/:** Cada.
- **DIU cu:** Dispositivo intrauterino de cobre.
- **VPH:** Virus del papiloma humano.
- **SNC:** Sistema nervioso central.
- **GHB:** Gammahidroxibutirato.
- **UNODC:** United Nations Office on Drugs and Crime.
- **n:** Número.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Definición y clasificación.

La sumisión química (SQ) se define como la administración de sustancias psicoactivas a una persona con el fin de poder manipular su voluntad o comportamiento sin su consentimiento y con fines delictivos (1). En esta situación, los efectos de este tipo de sustancias impiden que la víctima sea capaz de prestar su consentimiento libremente o, en su caso, de oponer resistencia a su agresor (2). Se distinguen tres subtipos de SQ en función de la forma de consumición de las sustancias psicoactivas (3,4):

- SQ proactiva: Situación en la que el agresor administra la sustancia incapacitante y desinhibidora sin el consentimiento de la víctima.
- SQ oportunista: La víctima ha consumido de forma voluntaria una sustancia psicoactiva, lo que le provoca un estado de inconsciencia que el agresor aprovecha para llevar a cabo el delito.
- SQ mixta: Se une el consumo voluntario de un psicoactivo con la administración encubierta de otro por parte del agresor con el fin de acelerar o asegurar el efecto de sumisión pretendido.

Algunos autores nombran la clasificación realizada por la Agencia Francesa de Seguridad Sanitaria y Productos Sanitarios (AFSSAPS), que la clasifica en función de la confirmación o no de la presencia de sustancias psicoactivas (1,5):

- SQ probada: Aquella en la que se ha producido un delito y se ha detectado la presencia de una sustancia psicoactiva, donde la sintomatología y cronografía de los hechos son compatibles con la sustancia identificada.
- SQ probable: Se sospecha de la existencia de SQ para cometer un delito, pero no se dispone de suficiente información clínica o resultados analíticos, ya sea porque estos son negativos, no definitivos o los análisis realizados están incompletos.
- Vulnerabilidad química: Se detecta la presencia de sustancias psicoactivas que la víctima admite haber consumido de forma voluntaria.

El concepto de SQ engloba varios tipos de delitos, como homicidios, robos, sedación e incapacitación de personas mayores, enfermos o niños, siendo el que

mayor inquietud genera y del que se registran más datos el relacionado con la agresión sexual (4). Esto ha supuesto la creación de un concepto específico para este tipo de delitos, denominado “Drug-facilitated sexual assault” (DFSA), que se traduce al español como “delito sexual facilitado por drogas”. Este describe las relaciones sexuales no consentidas llevadas a cabo mientras la víctima se encontraba en un estado de incapacitación o inconsciencia bajo los efectos de sustancias psicoactivas que anulan su voluntad (3). En estos casos también se hace uso de los calificativos “proactivo”, “oportunista” y “mixto”, y es el tipo de delito en el que se enfoca este trabajo.

1.2 Contexto social y marco epidemiológico.

A pesar de la relevancia que han adquirido en la actualidad los casos de sumisión química, no se trata de un fenómeno de nueva aparición, sino que es una forma de violencia conocida desde la antigüedad cuyos casos han aumentado a nivel mundial en los últimos años, especialmente aquellos que van asociados a agresión sexual (1,4). Esto ha supuesto que sea considerada la SQ como un problema emergente de salud pública y que haya sido necesaria la elaboración de varias guías y protocolos, destacando entre las más recientes la “Guía de buenas prácticas para la actuación forense ante la víctima de un delito facilitado por sustancias psicoactivas: intervención ante la sospecha de sumisión química” (6), creada por el Ministerio de Justicia.

El número de casos y delitos producidos bajo esta condición no se conocen con exactitud, sobre todo aquellos que acaban en robo, secuestro u homicidio. Se debe tener presente la gran cantidad de casos sin confirmar, ya sea por la falta de pruebas o porque no se han activado correctamente los protocolos específicos. A esto se suma que las propias sustancias utilizadas producen amnesia en la víctima, lo que obstaculiza la recolección de datos y pone en duda la veracidad de estos. Asimismo, hay que tener en cuenta el escaso porcentaje de víctimas que denuncian los delitos, ya sea por miedo, coacción, vergüenza, sentimientos de culpa por el consumo voluntario de sustancias u otras circunstancias (1,2,5).

Según los datos recogidos entre el 2018 y 2022 por el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (INTCF) de España, el 33% de las agresiones sexuales (es decir, uno de cada tres casos) se produce bajo los efectos de sustancias psicoactivas (DFSA) (7). Además, durante el 2021, de los 994 casos de agresión sexual en los que se pidió análisis toxicológico al INTCF por sospecha de SQ, un 72,1% dieron positivo en alguna sustancia psicoactiva (6). Por otro lado, en lo que respecta a la población infantil, un estudio realizado en Francia con datos del 2012 muestra que, de las 497 notificaciones de abuso sexual infantil, en un 57% se sospechó de SQ, confirmándose en un 26% como SQ proactiva (8).

A pesar de que en los últimos años se han recopilado bastantes datos estadísticos, es la escasez de los mismos, junto con los pocos estudios epidemiológicos acerca del tema y la complejidad que tiene detectar sustancias y confirmar los casos, lo que complica poder conocer la verdadera magnitud de un problema que se ha convertido en un reto socio-sanitario. La población juvenil es la que se ha visto especialmente afectada, debido, principalmente, al consumo del alcohol y las drogas. Estas sustancias desempeñan un papel fundamental en el desarrollo y aumento de casos de SQ debido a que es bajo los efectos de las mismas donde se facilita la ejecución de delitos. Asimismo, dentro de la población juvenil las mujeres son el grupo más perjudicado, siendo la víctima en el 96,3% de los casos mujer (1).

1.3 Legislación española.

En los últimos años, dentro del marco de la Legislación española la sumisión química sólo se tuvo en cuenta dentro del Código Penal en aquellos delitos en contra de la libertad sexual. Concretamente, el artículo 181.2 de la Reforma de 2010 de dicho Código menciona que “se consideran abusos sexuales no consentidos los que se ejecuten sobre personas que se hallen privadas de sentido o de cuyo trastorno mental se abusare, así como los que se cometan anulando la voluntad de la víctima mediante el uso de fármacos, drogas o cualquier otra sustancia natural o química idónea a tal efecto” (2). Al estar anulados el sentido y la voluntad de la víctima por las sustancias, se entiende

que no es necesaria la fuerza ni la intimidación, por ello, el Código Penal no consideraba la SQ como un agravante y lo tipificaba como abuso sexual en vez de agresión sexual, independientemente de si el agresor era quien había administrado la sustancia o no.

Sin embargo, la puesta en práctica de la ley del “Solo sí es sí” en el año 2022 hizo que existiera una ley donde la SQ quedaba regulada y donde todo acto sexual sin consentimiento se convertía en agresión sexual, afectando al castigo que se imponía a los DFSA. Ahora la agresión sexual (cualquier acto sexual sin consentimiento) tiene una pena de 1 a 4 años de cárcel y la SQ se considera un agravante, sumando más años de cárcel al castigo base (9).

2. JUSTIFICACIÓN

Ante la difusión de los medios de las denuncias que empezaron a presentarse durante las fiestas de San Fermín de 2022 por agresión a mujeres mediante objeto punzante, comenzó a extenderse el término “pinchazo” entre la sociedad, siendo este una forma de SQ. Aun así, el término “sumisión química” sigue siendo hoy en día un gran desconocido para gran parte de la sociedad, incluido el personal sanitario.

Es conocido que la incidencia de los delitos facilitados por este tipo de sustancias ha ido en aumento, sin embargo, sigue siendo una incógnita el problema real que supone, ya que muchos casos no se denuncian o, si se hace, no se llegan a demostrar. A esto se le añade la falta de formación específica del personal sanitario en Urgencias, lo que conlleva a no identificar correctamente una posible situación de SQ y, por tanto, no activar el protocolo, retrasando así la recogida de muestras y el resto de intervenciones a seguir.

Es importante destacar que la mayoría de los delitos asociados a la SQ atentan contra la libertad sexual, siendo éste un problema emergente y prevalente que afecta principalmente a las mujeres. En estos casos, donde toma relevancia el daño tanto físico como psicosocial que se produce sobre la víctima, hace indispensable la necesidad de protocolos de actuación para el abordaje integral a las mismas. Incrementar los conocimientos sobre la agresión sexual bajo SQ permitirá la elaboración de pautas que faciliten una asistencia adecuada e

integral a las víctimas, además de la correcta actuación de los profesionales sanitarios, que de esta manera identificarán de forma temprana la SQ y, con ello, se tomarán las muestras a tiempo y se dará la oportunidad de obtener resultados positivos de sustancias incapacitantes que puedan confirmar el caso.

Puesto que en España todavía no se cuenta con suficiente información acerca de esta problemática ni con suficientes estudios epidemiológicos que aporten datos de la prevalencia y las características de los delitos sexuales cometidos bajo SQ, queda justificada la importancia de la realización de trabajos relacionados con este tema. Por otro lado, el hecho de que no se hayan elaborado en todas las comunidades autónomas protocolos que sirvan como guía a los profesionales sanitarios hace que sea necesario llevar a cabo una revisión exhaustiva de las guías de actuación ya publicadas, lo que permitirá facilitar la atención de las víctimas. En este contexto, el papel de la enfermería juega un papel fundamental en el proceso de asistencia, ya que, desde el momento en el que la persona perjudicada por el DFSA llega al triaje hasta el momento del alta, la enfermera se encarga de valorar, atender y acompañar a la víctima durante todo el proceso.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Para la elaboración de esta revisión se planteó la siguiente pregunta de investigación: “¿Qué intervenciones debe realizar el personal de enfermería de los Servicios de Urgencias ante los casos de mujeres mayores de 18 años que han sido recientemente víctimas de sumisión química con agresión sexual?”, y se analizó siguiendo el esquema PICO (ver *Tabla 1*).

Tabla 1. Esquema PICO. Fuente: Elaboración propia.

P (Paciente)	I (Intervención)	C (Comparador)	O (Resultado)
Mujeres mayores de 18 años que han sido víctimas de agresión sexual facilitada por el uso de sustancias psicoactivas hace 7 días como máximo.	Actividades llevadas a cabo por el personal de enfermería de los Servicios de Urgencias.	No procede.	Atención correcta e integral a las víctimas gracias a la actuación del personal de Enfermería.

4. OBJETIVOS

- **General:** Analizar las intervenciones del equipo de profesionales de Enfermería en los Servicios de Urgencias para proporcionar una asistencia integral a las víctimas de sumisión química con agresión sexual en España.
- **Específicos:**
 - Identificar el perfil de la víctima en casos de sumisión química con agresión sexual.
 - Determinar las principales sustancias empleadas en los casos de DFSA y los efectos que producen.
 - Diferenciar las muestras a recoger.
 - Detallar las medidas preventivas a aplicar ante un caso de DFSA.
 - Conocer los protocolos existentes en España para la estandarización de la actuación del personal de Enfermería y el manejo de la víctima de DFSA.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1 Diseño de investigación.

Para alcanzar los objetivos descritos anteriormente, se ha llevado a cabo una revisión sistemática a través del análisis de la evidencia científica actual relacionada con los DFSA y los protocolos de actuación a seguir por parte de las enfermeras en los Servicios de Urgencias de España ante estos casos.

5.2 Estrategia de búsqueda.

Con el fin de encontrar la información necesaria, se realizó una búsqueda en las siguientes bases de datos electrónicas: PubMed, Dialnet, Google Scholar, BUVA y UVaDOC. Además, para obtener los protocolos de sumisión química y agresión sexual de las comunidades autónomas seleccionadas, fue necesario acceder a páginas gubernamentales y de administraciones públicas, en concreto, la página de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (Sacyl), el Servicio Andaluz de Salud (SSPA), la Agencia Valenciana de Salud y el Ministerio de Justicia del Gobierno de España.

Para llevar a cabo la búsqueda bibliográfica de los artículos científicos se emplearon los descriptores recogidos en la *Tabla 2* entre comillas, combinándolos a través del operador booleano AND (ver *Tabla 3*) y limitando la búsqueda a artículos publicados en los últimos 6 años (2018-2023), en español e inglés.

Tabla 2. Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), Medical Subject Headings (MeSH), y vocabulario libre. Fuente: Elaboración propia.

MeSH	DeCS	Vocabulario libre
"Drugs"	"Sustancias"	"Sumisión química", "Chemical submission", "DFSA" (Delito sexual facilitado por drogas/ Drug-facilitated sexual assault) y "Perfil"

Tabla 3. Combinación de los descriptores con el operador booleano utilizado. Fuente: Elaboración propia.

DESCRIPTORES UTILIZADOS CON EL OPERADOR BOOLEANO "AND"
"Sumisión química" AND "Sustancias"
"DFSA" AND "Sustancias"
"DFSA" AND "Perfil"
"DFSA" AND "Drugs"
"Chemical submission" AND "Drugs"

5.3 Estrategia de selección.

Tras la búsqueda se seleccionaron en un primer momento un total de 174 artículos teniendo en cuenta el título y resumen, que se redujeron a 21 tras una lectura rápida y la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión expuestos en la *Tabla 4*. Por último, tras la lectura completa de los artículos, se escogieron 10 para la realización de esta revisión, junto con 8 protocolos. Dicho proceso se encuentra recogido en un diagrama de flujo expuesto en el *Anexo I*.

Tabla 4. Criterios de inclusión y exclusión aplicados. Fuente: Elaboración propia.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> • Artículos que cumplan los filtros de idioma y fecha de publicación. • Artículos sobre la sumisión química con fines sexuales, donde se hable del perfil de la víctima en España y las sustancias más utilizadas. • Protocolos de actuación en los Servicios de Urgencias de España ante la sospecha de sumisión química y de agresión sexual (ambos protocolos de la misma comunidad autónoma). 	<ul style="list-style-type: none"> • Bibliografía enfocada en la actuación a seguir en Derecho Penal. • Artículos sobre la violencia de género y la agresión sexual sin sumisión química. • Estudios sobre el perfil de la víctima fuera de España. • Artículos enfocados en las técnicas de detección de sustancias. • Protocolos de fuera de España. • No acceso al protocolo o texto completo. • Artículos repetidos.

5.4 Materiales utilizados.

Para facilitar el manejo de la bibliografía se hizo uso del gestor bibliográfico “Mendeley”.

5.5 Herramientas de evaluación de la evidencia.

Con el fin de valorar la evidencia científica y la calidad de los artículos científicos seleccionados, se llevó a cabo una lectura de todos ellos desde un punto de vista crítico y se empleó como herramienta de evaluación de la calidad los niveles de evidencia del Instituto Joanna Briggs (JBI) (10) (*Anexo II*). Asimismo, se utilizó GRADE (11) para evaluar el grado de recomendación de la guía de buenas prácticas y protocolos.

6. RESULTADOS

Tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión descritos anteriormente se obtuvieron 10 artículos de buena calidad metodológica y 8 protocolos. Los resultados de búsqueda seleccionados para la realización de esta revisión se muestran en el *Anexo III* donde se resumen los principales datos de dichas publicaciones.

6.1 Protocolos.

Tras el aumento de casos de DFSA en los últimos años, las distintas comunidades autónomas han elaborado, o están en proceso de publicar, protocolos de actuación para los profesionales sanitarios de los Servicios de Urgencias enfocados en la asistencia sanitaria a víctimas de este tipo de delitos. A continuación, se procede a realizar una revisión de los protocolos de sumisión química y agresión sexual publicados por tres comunidades autónomas diferentes (Castilla y León (CyL) (12,13), Valencia (3,14) y Andalucía (15,16)) y de las guías de actuación forense ante estos casos elaborada por el Ministerio de Justicia del Gobierno de España (6,17). Con el fin de dar respuesta a la pregunta de investigación planteada, las pautas de actuación a revisar serán

aquellas que se realizan en mujeres mayores de edad que acuden como máximo hasta 7 días después del delito.

6.1.1 Admisión en Urgencias (13,14).

Ante la llegada al Servicio de Urgencias de una persona que ha sido víctima de agresión sexual bajo sumisión química, será necesario que esta pase por Admisión para la toma de datos administrativos. Este proceso se tratará de agilizar debido a la situación emocional que presenta la paciente y al interés de preservar las pruebas, de forma que pueda pasar a triaje lo antes posible.

6.1.2 Triaje (3,12–16).

La enfermera encargada del triaje valorará si existe riesgo vital e identificará el motivo de consulta. Se sospechará de SQ si la víctima presenta alguno de los síntomas mostrados en la *Tabla 5*, considerando además que la SQ va asociada a agresión sexual si la mujer relata alguno de los hechos recogidos en la *Tabla 6*.

Tabla 5. Síntomas asociados a la sospecha de SQ. Fuente: Elaboración propia (3,6,12,14,15,17).

SÍNTOMAS DE SOSPECHA DE SUMISIÓN QUÍMICA
Amnesia completa (en bloque) o parcial (fragmentaria).
Parálisis sin pérdida de conocimiento.
Pérdida de conocimiento o desmayo.
Habla pastosa.
Somnolencia, confusión.
Resaca o síntomas que no concuerdan con la cantidad de alcohol o drogas que había podido consumir de forma voluntaria.
Desinhibición.
Agitación o alucinaciones (delirium).
Alteración del juicio.
Mareo o vértigo.
Alteraciones visuales, de la motricidad o del equilibrio.
Náuseas o vómitos.
Testimonios de personas que la han visto con una conducta inusual.
Aumento de la libido.

Tabla 6. *Motivos de sospecha de agresión sexual. Fuente: Elaboración propia (3,6,12,13,15–17).*

MOTIVOS QUE SUSCITAN UNA POSIBLE AGRESIÓN SEXUAL
Recuerda o tiene la sensación de haber sido víctima de una agresión sexual.
Se ha despertado desnuda o con la ropa desarreglada.
Ha encontrado fluidos (por ejemplo, semen) u objetos (por ejemplo, preservativo) inexplicados.
Presenta lesiones o alteraciones inexplicadas a nivel oral, anal o genital (erosiones, hematomas...).
Se ha despertado al lado de un desconocido o en un lugar extraño o inexplicado.
Le han explicado que se encontraba en una situación extraña o comprometedor.

La prioridad asignada por parte de la enfermera de triaje variará en función de los signos y síntomas que presente la víctima, dándose como mínimo en todas las comunidades autónomas una prioridad III. Concretamente, en caso de no existir riesgo vital ni lesiones graves, se clasificará la agresión sexual bajo sumisión química con una prioridad de II en Castilla y León (13), y con una prioridad III en Valencia (3) y Andalucía (15,16).

Durante este proceso la enfermera proporcionará apoyo a la víctima y dará veracidad al relato expuesto, activando los protocolos específicos de SQ y agresión sexual.

A continuación, se ubicará a la persona en un lugar tranquilo, seguro y privado, dándole la posibilidad de estar acompañada por quien ella decida, incluida la propia enfermera, como indica el protocolo de agresión sexual de CyL (13). Sin embargo, si existe riesgo vital, se la trasladará a los boxes destinados a la asistencia de pacientes graves, donde se dará prioridad a la estabilización de la paciente antes que a la toma de muestras. Durante el transcurso de esta fase se debe tener cuidado de no destruir posibles pruebas, por lo que se evitará que la mujer se asee, se cambie de ropa o beba agua hasta la realización de la exploración y toma de muestras (13,14,16,17).

Puesto que la víctima se trata de una mujer mayor de edad, se avisará para su valoración y asistencia a Ginecología y al Juzgado de Guardia, que se pondrá a su vez en contacto con Medicina Forense. Por otro lado, los protocolos de Andalucía (15,16) indican que se debe tener en cuenta cómo y con quién ha llegado la paciente al Servicio de Urgencias; es decir, saber si ha acudido acompañada por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, por el equipo extrahospitalario o sola. En los dos últimos casos será necesario llamar a las

Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, ya que la víctima tiene derecho a interponer una denuncia.

6.1.3 Anamnesis (3,6,13–17).

A la llegada de la ginecóloga y el médico forense se iniciará la entrevista en presencia del personal de enfermería. Se intentará realizar la anamnesis de forma conjunta entre los dos profesionales para disminuir el impacto psicológico que puede generar a la mujer relatar el hecho en varias ocasiones. Además, al comienzo de dicha entrevista se le explicarán las actuaciones que se van a realizar y el orden en el que se llevarán a cabo (anamnesis, exploración, toma de muestras y tratamiento) (13,14,16).

La anamnesis irá de general a específica (3,6,13,14,16,17), pasando por los siguientes puntos:

- Antecedentes personales, alergias, estado de vacunación y tratamiento habitual.
- Información ginecológica (fecha última regla, hemorragia o secreción vaginal reciente, método de anticoncepción, infecciones de transmisión sexual (ITS), último coito voluntario, embarazo preexistente...).
- Antecedentes de violencia.
- Información relacionada con el asalto (fecha, lugar, hora, tipo de agresión sexual e instrumentos utilizados), recogiendo datos que indiquen un posible caso de SQ (consumo voluntario o encubierto de alcohol, drogas o medicamentos, hora de consumo, vía de administración, etc.).
- Acciones realizadas después del asalto (aseo, toma de alimentos o medicación, si ha orinado o defecado, si se ha cambiado de ropa...).
- Aspecto general (observar la ropa, si es la misma que llevaba en el asalto).
- Valorar el estado psicológico y ver si precisa de interconsulta con psiquiatría.
- Valoración sociofamiliar.

En esta fase del proceso de actuación los protocolos de agresión sexual de Andalucía y CyL (13,16) indican que es muy importante presentar a la víctima el personal sanitario que se encuentra en la sala con ella, al ser posible

profesionales de sexo femenino, y hacerla saber que podrá permanecer acompañada durante todo el proceso por la persona que ella elija si lo desea. Además, se la tratará de forma amable, con delicadeza, empatía, sin prejuicios, sin prisa y prestando atención a las emociones. Al igual que se evitarán salidas o intercambios innecesarios de personal durante la visita para preservar la intimidad de la paciente.

6.1.4 Exploración (3,6,12–17).

Tras la realización de la entrevista, se iniciará la exploración tanto a nivel físico como neurológico y psicológico. Dicha exploración la realizará la ginecóloga y el médico forense en colaboración con el personal de enfermería, siempre con presencia de testigos y tras haber dado la víctima el consentimiento. El orden a seguir irá de lo más general a lo más específico, comenzando por la zona extragenital, continuando por la paragenital y finalizando por la genito-anal (17). De esta forma se observará el estado de conciencia y el estado emocional, se detectarán los síntomas asociados a la SQ (*Tabla 5*) y se observará la superficie corporal con el fin de detectar posibles lesiones y/o signos de punción. A continuación, se hará una exploración ginecológica, que incluirá inspección vulvar, vaginal y ano-rectal, junto con tacto bimanual o ecografía si precisa (13,16,17).

Al ser necesario que la paciente esté desnuda para la realización de la exploración, se retirará la ropa con cuidado sobre una sábana blanca o un papel en el suelo para recoger posibles pruebas, que serán entregadas al forense junto con la ropa. Con el fin de evitar que se encuentre incómoda, se la tapaná con una sábana y solo se la descubrirá cuando se realice la exploración, intentando no retirar ningún resto biológico o material que pueda servir como muestra. Asimismo, al igual que durante la anamnesis, sólo estará en la sala la persona de su confianza si lo desea y el número de personal que sea necesario, evitando entradas, salidas o intercambios innecesarios de personal (13,14,16).

Respecto a la evaluación psicológica, el protocolo de agresión sexual de Andalucía (16) detalla las posibles formas de manifestación de sufrimiento que puede presentar la víctima, pudiendo darse una respuesta psíquica inmediata

(como son el shock, confusión, culpa, vergüenza y negación), somatizaciones (por ejemplo, temblor, palidez, sudor y alteraciones respiratorias y/o digestivas) y comportamientos alterados (desconfianza, enfado, temor al contacto físico o hipervigilancia).

6.1.5 Toma de muestras (3,6,12–17).

Se recogerán muestras de dos tipos: asistenciales (necesarias para la atención clínica) y de interés médico-legal (para la investigación del delito), que serán tomadas por el personal de enfermería, la ginecóloga y el médico forense. Las primeras muestras a recoger serán las de interés médico-legal ya que, cuanto antes se recojan, más relevantes serán para la investigación, sobre todo para el análisis toxicológico. Esto se debe a que, por lo general, las sustancias psicoactivas utilizadas son tiempo-dependientes y se eliminan rápido del organismo (3,6,17).

Por otro lado, las muestras forenses se dividen a su vez en muestras para criminalística (identificación del agresor) y en muestras para toxicología (detección de SQ). Para la toma de estas muestras se hará uso del kit de toma de muestras distribuido por el INTCF para SQ y agresión sexual, que contiene el material necesario para recoger todas las pruebas necesarias (6,13,14,16,17).

Respecto al análisis toxicológico, las muestras a recoger variarán en función del tiempo que haya pasado desde el asalto:

- Hasta 48 horas después de haber sucedido el episodio se recogerán tanto muestras de sangre como de orina. En el caso de las muestras de sangre, por norma general la enfermera recogerá dos muestras de 5 ml, una de fluoruro sódico y oxalato potásico (tubo de tapa gris) y otra con ácido etilendiaminotetraacético (EDTA) (tubo de tapa morada), a excepción de Valencia, que en su protocolo de SQ (3) toma 4 muestras (dos de cada tipo). Además, los protocolos de Valencia y el de agresión sexual de Andalucía (3,14,16) indican que no se hará uso de alcohol para desinfectar la zona a la hora de tomar la muestra, ya que podría alterar los resultados toxicológicos.

Respecto a la muestra de orina, será necesario recogerla en un recipiente de 50 ml, siendo necesario llenar más de 10 ml (3,6,17).

- Hasta 5 días después del episodio solamente será necesario recoger la muestra de orina.
- Una vez pasados los 5 días se utilizará como muestra el cabello. Para ello, se citará a la mujer 4 o 6 semanas después del asalto y se cortará uno (15–17) o dos (3,6) mechones de cabello de la región occipital.

Además, en Valencia (3) se indica que, si se sospecha de SQ en triaje, la recogida de muestras de tóxicos se realizará antes que la anamnesis debido a la rápida eliminación de las sustancias del cuerpo.

En cuanto a las muestras de criminalística, el forense obtendrá:

- Cualquier mancha de saliva, sangre, semen u otros fluidos que haya por la superficie corporal de la víctima a través de un hisopo estéril mojado en suero salino para el análisis del ácido desoxirribonucleico (ADN) del agresor.
- Pelos dubitados sobre la piel.
- Raspado del interior de las uñas, pudiendo recortarlas y guardarlas.
- Dos tomas bucales y faríngeas (si se produjo sexo oral) con hisopos secos y estériles. Además, se realizará un lavado bucal con 10ml de suero fisiológico que se recogerá en un tarro de orina estéril para la búsqueda de esperma. En el caso de CyL (13), este lavado se realizará con 40ml.
- Peinado de vello pubiano, enviando también el peine.
- Dos tomas del margen anal y dos tomas del conducto ano-rectal (si hubo penetración anal) con hisopos secos y estériles para la investigación del esperma. Además, se realizará un lavado anal con 10ml de suero fisiológico que se recogerá en un tarro de orina estéril para la búsqueda de esperma. De nuevo, en CyL (13) el protocolo indica que el lavado se realizará con 40ml.
- Dos tomas vulvares, dos tomas vaginales y dos tomas endocervicales (si hubo penetración vaginal) con hisopos secos y estériles. Además, se realizará un lavado vaginal con 10ml de suero fisiológico (o 40ml, en el caso de CyL (13), que se recogerá en un tarro de orina estéril para la búsqueda de esperma.

- La ropa que llevaba la víctima en el momento del delito se guardará en bolsas de papel, al igual que cualquier objeto donde se sospeche que puede haber semen o sangre.

En todo caso, la toma de muestras con hisopos se realizará antes de los lavados (13,17). Además, se debe tener en cuenta que las muestras ginecológicas se recogerán desde la zona más exterior hacia la más interior para evitar contaminar una zona con otra (14,17). Por tanto, el orden a seguir será primero región anal y rectal, y después vulva, vagina y cérvix. Según la guía forense de agresión sexual (17), las muestras recogidas tienen mayor validez durante las primeras 72 horas. Sin embargo, siguen teniendo validez forense aquellas que se recojan hasta pasados 7-10 días después de la agresión, dependiendo del tipo de agresión sexual que haya sido. Concretamente, si ha habido penetración vaginal se podrán tomar muestras hasta 7-10 días, si hubo penetración bucal hasta 48 horas y, si se dio penetración anal o hay restos en la superficie corporal, hasta 72 horas.

Por último, se tomarán las muestras de interés asistencial enfocadas en el despistaje de ITS, embarazo y tóxicos (3,12–14,16):

- Se realizarán frotis con hisopos de algodón estériles para el despistaje de ITS. Se recogerán dos tomas bucales y faríngeas (si ha habido penetración bucal), dos tomas anales (si ha habido penetración anal) y dos tomas vaginales y endocervicales (si ha habido penetración vaginal). En caso de salir positivo algún cultivo realizado a pocas horas de haberse producido el delito, la infección sería previa al DFSA.
- Toma de una muestra de sangre por parte de enfermería con tubo de 5-10 ml sin anticoagulante para sífilis, virus de la hepatitis B y C (VHB y VHC) y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), además del test de embarazo (detección de la gonadotropina coriónica humana (hCG)). Se debe tener en cuenta que, si en estos análisis sale positiva la prueba de embarazo o la serología, sería previa a la agresión sexual (13).
- Muestra de orina para detección de tóxicos.

A medida que se vayan recogiendo las muestras, se numerarán, se identificarán y se diferenciarán según la localización y tipo, asegurándose así un correcto

etiquetado de las distintas muestras. Además, una vez finalizada la toma de muestras, el protocolo de agresión sexual de CyL (13) permite ofrecer a la mujer la posibilidad de asearse.

En caso de que no pueda venir el forense, su trabajo se delegará en la ginecóloga y las muestras recogidas deberán seguir la cadena de custodia; es decir, una vez extraídas se conservarán en el Servicio de Urgencias en una nevera bajo llave a 2-8°C (6,13,14,16,17) y se avisará al instituto forense para que acudan a recogerlas. Será el profesional de enfermería quien se encargue de cumplimentar el formulario de cadena de custodia y guardar las muestras, avisando previamente a Seguridad del hospital para que aporten la llave de la nevera. El formulario será firmado por todos los intervinientes del proceso y, en caso de que vayan a tardar más de una semana en venir a por ellas, se congelarán las muestras a -18°C (6,15).

Dado el caso en que la víctima no quiera denunciar el delito en ese momento, la toma de muestras se realizará según el protocolo (con consentimiento previo) y se guardarán en la nevera por si cambia de opinión un tiempo después (13).

6.1.6 Tratamiento profiláctico y de lesiones (3,12–16).

A continuación, se explicará a la paciente los riesgos que pueden aparecer tras el delito de DFSA (ITS, embarazo, secuelas psicológicas...), junto con las actuaciones que se pueden llevar a cabo para prevenirlos y el tratamiento de las posibles lesiones. Después se llevará a cabo la intervención al paciente, donde se tratan de forma específica las lesiones físicas que la mujer pueda presentar (12–14,16) y se realiza un tratamiento profiláctico a distintos niveles (ITS, embarazo y tétanos), incluyendo la atención psicológica.

En lo que respecta a la profilaxis de Gonococia, Chlamydia, Trichomonas y Sífilis, cada comunidad autónoma expone unas pautas a seguir, siendo recogida cada una de ellas en la *Tabla 7*, *Tabla 8* y *Tabla 9*.

Tabla 7. Profilaxis de ITS en CyL. Fuente: Fernández Alonso C et al. (13).

Pauta recomendada	Alergia a beta-lactámicos	Gestantes
<ul style="list-style-type: none"> • Ceftriaxona 250mg IM (dosis única). • Azitromicina 1g VO (dosis única). • Metronidazol 2g VO (dosis única) o Tinidazol 2g VO (dosis única). 	<ul style="list-style-type: none"> • Azitromicina 2g VO (dosis única) y/o una quinolona (Levofloxacino 500mg (dosis única), por ejemplo). 	<ul style="list-style-type: none"> • Ceftriaxona 250mg IM. • Azitromicina 1g VO (dosis única).

Nota: IM (intramuscular) y VO (vía oral).

Tabla 8. Profilaxis de ITS en Andalucía. Fuente: Pastor Moreno G et al. (16).

Pauta habitual	Pauta en alérgicas a Penicilina	Pauta en gestantes
<ul style="list-style-type: none"> • Ceftriaxona 500mg IM (dosis única). • Azitromicina 1g VO (dosis única). • Metronidazol 2g VO (dosis única). 	<ul style="list-style-type: none"> • Azitromicina 2g VO (dosis única). • Metronidazol 2g VO (dosis única). 	<ul style="list-style-type: none"> • Azitromicina 1g VO (dosis única). • Metronidazol 2g VO (dosis única).*
		*Si no se tolera la dosis única de Metronidazol 2g, se dará 500mg/12h durante 5-7 días.

Tabla 9. Profilaxis de ITS en Valencia. Fuente: Generalitat Valenciana (14).

	Adultas/os	Alergia a beta-lactámicos	Gestantes
Pauta de elección	<ul style="list-style-type: none"> • Ceftriaxona 500mg IM. • Metronidazol 2g VO. • Azitromicina 1g VO. • Tinidazol 2g VO. 	<ul style="list-style-type: none"> • Azitromicina 2g VO. • Tinidazol 2g VO. • Ciprofloxacino 500mg VO. 	<ul style="list-style-type: none"> • Azitromicina 2g VO. • Metronidazol 2g VO. • Ceftriaxona 500mg IM.
Alternativas		<ul style="list-style-type: none"> • Espectinomicina 2g IM. • Metronidazol 2g VO. • Azitromicina 1-2g. 	<ul style="list-style-type: none"> • Espectinomicina 2g IM. • Metronidazol 2g VO. • Azitromicina 1g.

En cuanto al tratamiento profiláctico de la hepatitis B, este dependerá del estado de vacunación de la paciente y de si ha existido infección previa; en este caso, se considera inmune y no precisaría de tratamiento (13). La actuación a seguir en Valencia (14) y Andalucía (16) parte de que el agresor es desconocido y no se sabe si presenta la enfermedad. Por ello se indica que, si la víctima no está vacunada o si la vacunación es incompleta, se deberá administrar inmunoglobulina antihepatitis B (IgHB) y una dosis de la vacuna. En el caso de que la paciente tenga la pauta de vacunación completa o anticuerpos contra el

VHB>10mU/ml no será necesaria la profilaxis. Por otro lado, el protocolo de Castilla y León (13) presenta una pauta de actuación un poco diferente, recogida en la *Tabla 10*. En lo que concierne a la eficacia de la profilaxis, este protocolo recomienda la administración de la vacuna y de la IgHB en las primeras 24 horas, ya que la IgHB no muestra eficacia a partir de los 7 días. Sin embargo, el protocolo de Valencia (14) recomienda su administración hasta los 14 días.

Tabla 10. Actuación para la profilaxis de VHB en CyL. Fuente: Fernández Alonso C et al. (13).

SEROLOGÍA VHB DEL AGRESOR	ACTUACIÓN ANTE LA PACIENTE		
	No vacunadas del VHB	Vacunación incompleta del VHB	Vacunación completa del VHB
Agresor HBs Ag (+)	1 dosis de IgHB + Serie completa de vacunación del VHB.	1 dosis de IgHB + Completar vacunación del VHB.	Administrar 1 dosis de recuerdo de la vacuna del VHB.
Agresor desconocido	Serie completa de vacunación del VHB.	Completar vacunación del VHB.	No precisa de profilaxis post-exposición al VHB.
Agresor HBsAg (-)	No precisa de profilaxis post-exposición al VHB.		

Nota: HBs Ag (antígeno de superficie del virus de la hepatitis B).

Respecto al VIH, solo será necesario iniciar un tratamiento en aquellos casos donde haya habido una exposición significativa; es decir, cuando se haya dado un contacto directo entre el semen, fluidos vaginales o sangre del agresor con la vagina, pene, ano o boca de la víctima (16). En esos casos se iniciará la profilaxis antes de pasadas 72 horas desde el hecho ya que a partir de entonces no sería efectiva, y se mantendrá durante 28 días (13,14). Además, se recomienda que el caso sea valorado por Medicina Interna o por personas expertas en la administración de antirretrovirales. En cuanto a la pauta, esta dependerá de la comunidad autónoma (*Tabla 11, Tabla 12 y Tabla 13*).

Tabla 11. Pauta de antirretrovirales para profilaxis de VIH en CyL. Fuente: Fernández Alonso C et al. (13).

Pauta de elección	<ul style="list-style-type: none"> Emtricitabina 200mg / Tenofovir disoproxil 300mg 1comp. diario, preferentemente con alimentos. Raltegravir 600mg 2comp. diarios, con o sin alimentos. 	28 días
Alternativa de elección	<ul style="list-style-type: none"> Emtricitabina 200mg / Tenofovir disoproxil 300mg 1comp. diario, preferentemente con alimentos. Darunavir 800mg / Cobicistat 150mg diario 1comp. diario, con alimentos. 	
Pauta alternativa (si no se quiere utilizar Tenofovir)	<ul style="list-style-type: none"> Zidovudina 300mg / Lamivudina 150mg 1comp. dos veces al día con o sin alimentos. Darunavir 800mg / Cobicistat 150mg diario 1comp. diario, con alimentos. 	

Nota: comp. (comprimido).

Tabla 12. Pauta de antirretrovirales para profilaxis de VIH en Valencia. Fuente: Generalitat Valenciana (14).

	Pauta de elección	Pautas alternativas
> 13 años con función renal normal (aclaramiento de creatinina ≥60 ml/min)	<ul style="list-style-type: none"> Tenofovir 300mg / Emtricitabina 200mg 1comp/día. Raltegravir 1comp 400mg/12 h. 	<ul style="list-style-type: none"> Tenofovir 300mg / Emtricitabina 200mg c/24h. Darunavir 800mg / Ritonavir 100mg c/24h. Atazanavir 300mg / Ritonavir 100mg c/24h. Lopinavir/Ritonavir 2comp. dos veces al día. Darunavir 800mg c/24h. Cobicistat 150mg c/24h.
> 13 años con función renal alterada (aclaramiento de creatinina <60 ml/min)	<ul style="list-style-type: none"> Zidovudina+Lamivudina en dosis ajustadas a función renal. Raltegravir 1comp 400mg/12 h. 	<ul style="list-style-type: none"> Zidovudina+Lamivudina en dosis ajustadas a función renal. Darunavir 800mg / Ritonavir 100mg c/24h. Darunavir 800mg c/24h. Cobicistat 150mg c/24h.

Nota: c/ (cada).

Tabla 13. Pauta de antirretrovirales para profilaxis de VIH en Andalucía. Fuente: Pastor Moreno G et al. (16).

Pauta habitual	<ul style="list-style-type: none"> Truvada (1comp./24h) y Isentress (1comp./12h).
-----------------------	--

En lo que respecta al tétanos, será necesario valorar la herida y conocer el estado de vacunación de la paciente. La herida se considerará de alto riesgo si ha podido ser contaminada con material que contenga esporas o que presente tejido desvitalizado (14). El único protocolo que muestra la pauta a seguir es el de Valencia (14), que se muestra en la *Tabla 14*.

Tabla 14. Profilaxis antitetánica llevada a cabo en Valencia. Fuente: Generalitat Valenciana(14)

Antecedente de vacunación	Tipo de herida			
	<u>Herida limpia</u> Vacuna	<u>Herida limpia</u> Inmunoglobulina antitetánica	<u>Herida tetanígena</u> Vacuna	<u>Herida tetanígena</u> Inmunoglobulina antitetánica
<3 dosis o desconocida	SÍ (completar vacunación)	NO	SÍ (completar vacunación)	SÍ
3 o 4 dosis	NO (>10 años desde la última dosis, administrar una dosis)	NO	NO (>5 años desde la última dosis, administrar una dosis)	NO
5 o más dosis	NO	NO	NO (>10 años de la última dosis, valorar una única dosis adicional)	NO

En cuanto a la profilaxis del embarazo, si la mujer no hace uso de anticonceptivos se actuará de una forma u otra dependiendo del tiempo que haya pasado:

- Si han pasado menos de 72 horas, se utilizará un método de anticoncepción de urgencia, siendo de elección el Levonogestrel (1,5mg, dosis única).
- Entre 3 y 5 días tras el asalto se usará Acetato de Ulipristal de 30mg en dosis única (contraindicado en casos de asma severo (14) o se colocará un dispositivo intrauterino de cobre (DIU cu).
- Pasados los 5 días, los protocolos de CyL y Valencia (13) indican que no existe ningún anticonceptivo que sea efectivo. Sin embargo, el protocolo de Andalucía (16) señala que el DIU puede ser colocado hasta pasados 7 días.

Además, en CyL (13) se recomienda no dar el tratamiento antibiótico y el anticonceptivo en la misma toma, ya que puede perder eficacia. Al igual que, si hay vómitos antes de pasar 3 horas desde la toma, se administrará de nuevo.

Se encuentran otras discrepancias entre las comunidades autónomas en cuanto a la aplicación de las profilaxis. Por ejemplo, en el protocolo de Valencia (14) se hace referencia también al VPH (virus del papiloma humano), donde no existe un consenso entre si se debe iniciar la vacunación o no. Al igual que en Andalucía (16), donde se habla de la Hepatitis C como una enfermedad de la que no existe profilaxis tras exposición y de la que se debe asegurar, por tanto, una detección precoz.

Respecto a las secuelas psicológicas, son los protocolos de CyL (13) y Andalucía (16) los que inciden en la necesidad de realizar una interconsulta con Psiquiatría para realizar una valoración y dar un tratamiento en la fase aguda. Asimismo, se la recomendará comenzar con atención psicológica tras el alta. Además, el protocolo de CyL (13) incluye la asistencia por parte de la trabajadora social en caso de existir riesgo social y falta de apoyos. En estos casos se informará a la paciente sobre la red de recursos sociales existentes, además de contactar con los profesionales de Atención Primaria que harán el seguimiento para coordinar las actuaciones necesarias tras ser dada de alta de los Servicios de Urgencias.

6.1.7 Ingreso o alta (3,12–14,16).

Una vez han sido dados los tratamientos y cuidados necesarios, se valorará si el estado de la víctima requiere de ingreso o si puede ser dada de alta. Sobre este punto, el protocolo de agresión sexual de Andalucía (16) considera que el ingreso será necesario cuando la víctima presente un daño físico o emocional grave, cuando haya sido atendida de madrugada o cuando no tenga posibilidad de volver a su casa o de ir a un centro asistencial de recogida. El resto de protocolos no especifican los criterios para ser dada de alta o, por el contrario, ser ingresada.

En el caso de que no requiera de ingreso, se darán al alta una serie de recomendaciones, entre las que destacan:

- Informar sobre el derecho que tiene de denunciar el delito, recomendando no acudir sola, por lo que se avisará a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad para que la acompañen si acepta llevar a cabo la denuncia. Si en el momento no quiere denunciar, se guardarán las muestras por si cambia de opinión más adelante.
- En caso de que se produzca embarazo, informar sobre la posibilidad de abortar siguiendo la Ley de Salud Sexual y Reproductiva e Interrupción Voluntaria del Embarazo.
- Realizar y mostrar el plan de seguimiento que se hará desde Atención Primaria y Especializada. Para ello, se programarán citas de seguimiento con: la matrona o ginecóloga, Medicina Interna (en caso de haber iniciado el tratamiento de antirretrovirales), médico y enfermera de Atención Primaria para resolución de dudas y seguimiento del tratamiento, psicólogo o Unidad de Salud Mental (si lo ve necesario el psiquiatra que la valoró en el Servicio de Urgencias), trabajador social, que facilitará las citas de seguimiento y valorará si existen necesidades sociales, y otros profesionales en función de las lesiones que pudiera presentar.

Además, el protocolo de agresión sexual de Castilla y León (13) también incide sobre la importancia de no mantener relaciones sexuales hasta pasada la siguiente valoración, vigilar si aparece fiebre, adenopatías o malestar general e informar sobre la red de recursos que existen para víctimas de este tipo de

delitos. Asimismo, se preguntará cómo volverá la paciente a casa y si es necesario solicitar protección, aportándose, en el caso de Andalucía (16), ropa para los casos donde se hayan recogido las prendas para investigación forense.

En todos los casos se les proporcionará la información sin prisa y de forma que sea entendida por la paciente, recogándose también la información de las intervenciones realizadas y el plan de seguimiento por escrito en el Informe de Alta.

6.1.8 Documentos a rellenar (3,6,12–17).

Respecto a los documentos a cumplimentar, en todas las comunidades será necesario recoger el Consentimiento Informado para la exploración y toma de muestras, el parte de lesiones para la Autoridad Judicial, el formulario de cadena de custodia para la remisión de muestras de sumisión química y agresión sexual (firmado por todos los intervinientes y anexo a la historia clínica de la paciente), y el Informe Clínico al alta con las intervenciones realizadas y el plan de seguimiento. A modo de ejemplo, en el *Anexo IV*, *Anexo V* y *Anexo VI* aparecen recogidos algunos de estos documentos, pertenecientes a la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

Además, todos los procesos e intervenciones realizadas serán registradas en su Historia Clínica por la ginecóloga y la enfermera que han asistido a la víctima durante todo el proceso. Al igual que, tal y como muestra el protocolo de CyL (13), se registrará toda la información recogida durante la anamnesis.

6.2 Perfil de la víctima y sustancias empleadas.

En los casos de DFSA, son muchos los estudios que han investigado y elaborado una perfilación de la víctima teniendo en cuenta diferentes características, como el sexo, la edad, la nacionalidad o la influencia de los factores de vulnerabilidad. Al igual que se ha estudiado el tipo de SQ más prevalente y el lugar donde se efectúa en la mayoría de los casos.

Todos los artículos coinciden en que las mujeres son las principales perjudicadas en este tipo de delitos, siendo del sexo femenino entre el 90 y 100% de las víctimas y con una edad entre los 20 y 35 años (1,2,18–22). Respecto a la nacionalidad, algunos estudios señalan que la mayoría de estas mujeres son españolas (2,21), mientras que otros, como el de Panyella-Carbó et al. (1) y Prego-Meleiro et al. (20), indican una mayor prevalencia de víctimas extranjeras. Por otro lado, los artículos publicados por Anderson LJ et al. (19) y Prego-Meleiro et al. (18,20) añaden los trastornos mentales (especialmente la depresión y ansiedad) y la discapacidad (física o intelectual) como factores de vulnerabilidad y, por tanto, mayor probabilidad de sufrir un delito de DFSA (un 10% de los casos presenta alguno de estos factores).

La publicación realizada por Quintana et al. (21) indica que, cuando la víctima es un hombre, la media de edad baja a los 20 años, la nacionalidad es española y el delito se comete en situaciones de “chemsex”.

Los estudios coinciden en que este tipo de delitos se cometen de noche, especialmente los fines de semana, y en sitios de ocio nocturno (1,18–20). La gran parte de casos se dan bajo SQ oportunista (1,18–20) y el delito se comete mayoritariamente en el domicilio de la víctima, del agresor o en la casa de un conocido del agresor (1,19,21).

Respecto a las sustancias psicoactivas empleadas, se debe tener en cuenta que se denomina sustancia psicoactiva a toda aquella sustancia que provoca un efecto en el sistema nervioso central (SNC) del individuo, generalmente depresor, alterando su capacidad de vigilancia, de juicio y consciencia (21).

Artículos como el de Rodríguez Pérez (22) indican la existencia y utilización de más de 50 sustancias diferentes en la sumisión química con finalidad sexual. A pesar de la gran variedad de psicoactivos empleados, a día de hoy la sustancia que predomina por encima del resto es el alcohol, seguido de algunos medicamentos (benzodiazepinas) y drogas de abuso (cocaína o cannabis). En la tabla publicada por Panyella-Carbó en su artículo (*Tabla 15*) se deja constancia de la elevada frecuencia de consumo de alcohol en los casos de sumisión química, tanto de forma proactiva como oportunista.

Tabla 15. Prevalencia de las sustancias utilizadas en los casos de sumisión química oportunista y proactiva. Fuente: Basado en Panyella-Carbó et al. (1).

Sustancias detectadas	SQ oportunista	SQ proactiva
Alcohol	66,7%	0%
Alcohol + fármacos	3,7%	47,6%
Alcohol + drogas	24,1%	38,1%
Fármacos	3,6%	9,5%
Drogas	1,9%	4,8%

Todas las sustancias usadas reúnen un conjunto de características y propiedades semejantes que las hace ser sustancias de elección para cometer delitos bajo sumisión química. Algunas de estas propiedades son (1,2,5,22,23):

- Rápida acción y metabolización. Esto hace que sea difícil de detectar, de ahí, la importancia de recoger las muestras lo antes posible.
- Activa a bajas dosis, es decir, que cause los efectos esperados haciendo uso de dosis muy pequeñas.
- Síntomas inespecíficos que suelen crear confusión por similitud en la sintomatología de intoxicación etílica u otras alteraciones orgánicas.
- Producir efecto buscado por el agresor: amnesia anterógrada, sedación, efectos alucinógenos, desorientación temporo-espacial y desinhibición. En los casos de DFSA también se puede buscar un efecto de deseo y excitación.
- Vía de administración discreta e indolora, generalmente a través de la vía oral. En la mayoría de las ocasiones se mezcla con bebidas alcohólicas que potencian su efecto.
- De difícil detección por la víctima, es decir, que no note su presencia. Para ello, se buscan sustancias hidrosolubles, insípidas, incoloras e inoloras.
- Sustancias fáciles de obtener, de fácil disponibilidad.

Dentro de las distintas sustancias utilizadas, las más comunes son (1,2,23,24):

- **Alcohol etílico:** Todos los estudios coinciden en que es la principal sustancia detectada en la mayoría de los casos, ya sea sola o junto a otras sustancias (Tabla 15). Tiene capacidad depresora sobre el SNC, generando una alteración del juicio, desinhibición e, incluso, inconsciencia.
- **Benzodiazepinas y análogos (flunitrazepam, lorazepam, clonazepam, zolpidem, etc.):** Son los psicofármacos más prescritos en el mundo, lo que

hace que sean fáciles de obtener. Generan desinhibición y amnesia anterógrada.

- **Gammahidroxitirato (GHB):** Se trata de una sustancia depresora del SNC con efecto y metabolismo rápido, es decir, comienza a generar efectos en un periodo corto de tiempo (a los 15-30 minutos tras su ingesta) y se elimina pronto del cuerpo (8 horas (23)), lo que dificulta su detección. Produce euforia, relajación, sedación, anestesia y, a grandes dosis, coma.
- **Escopolamina:** Es también un depresor del SNC que produce pérdida de la voluntad, sedación y amnesia anterógrada. A altas dosis genera alucinaciones y deliro.
- **Ketamina:** Genera alucinaciones, delirio, ansiedad y amnesia anterógrada.
- **Éxtasis:** Produce euforia y facilidad para la comunicación y relación social.
- **Otras sustancias:** En algunos casos se detecta cocaína, anfetaminas, opiáceos y cannabinoides.

El artículo publicado LeBeau et al. (24) también incluye los antihistamínicos H1 de primera generación como sustancias frecuentes en la SQ debido a su efecto depresor en el SNC. Al igual que Panyella-Carbó (1) indica el uso ocasional de algunos inhalantes volátiles para fines delictivos.

Al ser la agresión sexual uno de los delitos más frecuentes, las Naciones Unidas desarrollaron en 2011 a través de la UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) una guía para la actuación en casos de DFSA, donde se adjuntó en los anexos una lista con los psicoactivos de uso común en este tipo de casos (date rape drugs) (22). Algunas de las sustancias que entran en esta categoría son: GHB, escopolamina, ketamina y otras. Sin embargo, esto no significa que sean las más usadas, ya que la publicación de Rodríguez Pérez (22) muestra que solo son detectadas en menos de un 2% de los casos.

7. DISCUSIÓN

A pesar de tener como base común las guías médico-forenses, se observan tanto similitudes como diferencias en los protocolos revisados para la actuación de los profesionales de los Servicios de Urgencias ante casos de DFSA.

En cuanto a las similitudes, todos los protocolos siguen el siguiente orden: recepción de la víctima, triaje, estabilización de la paciente si presenta riesgo vital, anamnesis, exploración, toma de muestras, tratamiento profiláctico y de lesiones, y alta o ingreso. Además, dichos protocolos remarcan la importancia de realizar una asistencia integral e individualizada, es decir, que se adapte a la situación en la que se encuentra la víctima y a las necesidades que presenta, enfocándose no solo a nivel físico, sino también a nivel psicológico y social.

Por otro lado, se observan ciertas diferencias entre unos protocolos y otros. Por ejemplo, en el caso del paso por Admisión se da por hecho que en todas las comunidades autónomas la asistencia a la paciente comienza desde que ésta acude a esa zona del Servicio de Urgencias, pero no en todos los protocolos queda reflejada esta fase. Algo similar ocurre cuando se indica qué personal está implicado en cada procedimiento, ya que algunos protocolos sólo indican los pasos a seguir sin especificar qué miembros del equipo multidisciplinar se encargan o están presentes en cada parte del proceso. De esta forma se evidencia que los protocolos revisados no están escritos con el mismo nivel de detalle. Otras diferencias están relacionadas con la prioridad a asignar en triaje, la importancia que se le da a la parte psicológica, las muestras a recoger y el tratamiento profiláctico a administrar en cada caso (fármaco a utilizar, dosis, pauta de vacunación y tiempos recomendados para la administración).

Enfocándose en el punto principal de este trabajo y dando respuesta a la pregunta de investigación planteada, se ha detectado que el papel de la enfermera ante los casos de DFSA es fundamental para el correcto manejo de la víctima en los Servicios de Urgencias. La intervención de la enfermera comienza en triaje, donde desempeña un rol de gran importancia debido a que, si no se detectan con rapidez los síntomas de SQ y los motivos para sospechar de agresión sexual, puede verse perjudicado el diagnóstico, el tratamiento y el resultado del análisis de las muestras recogidas, afectando así a la resolución del caso. Por ello, este grupo de profesionales precisa de entrenamiento y de

conocimientos sobre el tema, permitiendo así una detección y activación temprana de los protocolos específicos. Además, a pesar de que varios protocolos no indican quién realiza cada tarea, se deduce que el personal de enfermería está presente y desempeña sus funciones en la mayoría de las fases de actuación: triaje, acompañamiento y estabilización emocional de la víctima, cuidados e intervenciones necesarias en caso de riesgo vital, colaboración durante la anamnesis y exploración, toma de algunas de las muestras y trámite de la cadena de custodia, aplicación de tratamientos, realización de registros y orientación sobre los diferentes recursos existentes.

Por otro lado, tras la lectura de los estudios enfocados en el perfil de la víctima y las sustancias utilizadas, se confirma que las principales perjudicadas son las mujeres mayores de edad, teniendo mayor probabilidad aquellas que presentan factores de vulnerabilidad (discapacidad o trastorno mental). La variable relacionada con la nacionalidad no deja clara una conclusión. Respecto a las sustancias psicoactivas, se observa que existen varios tipos que pueden ser empleados con el fin delictivo de cometer un DFSA. Sin embargo, a pesar de referirnos a ciertas sustancias como “date rape drugs”, el principal psicoactivo utilizado y detectado es el alcohol. En cuanto a las propiedades de dichas sustancias, todos los estudios coinciden en las características que estas suelen presentar, siendo interesante ver el aumento del fenómeno “pinchazo”, ya que este es una excepción a la preferencia de que la vía de administración sea indolora.

7.1 Limitaciones y fortalezas.

Con el fin de identificar las limitaciones y fortalezas de este trabajo se ha utilizado el esquema DAFO como herramienta de ayuda (ver *Figura 1*). En este se exponen las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades, considerándose negativas las debilidades (origen interno) y amenazas (origen externo), y positivas las fortalezas (origen interno) y oportunidades (origen externo).

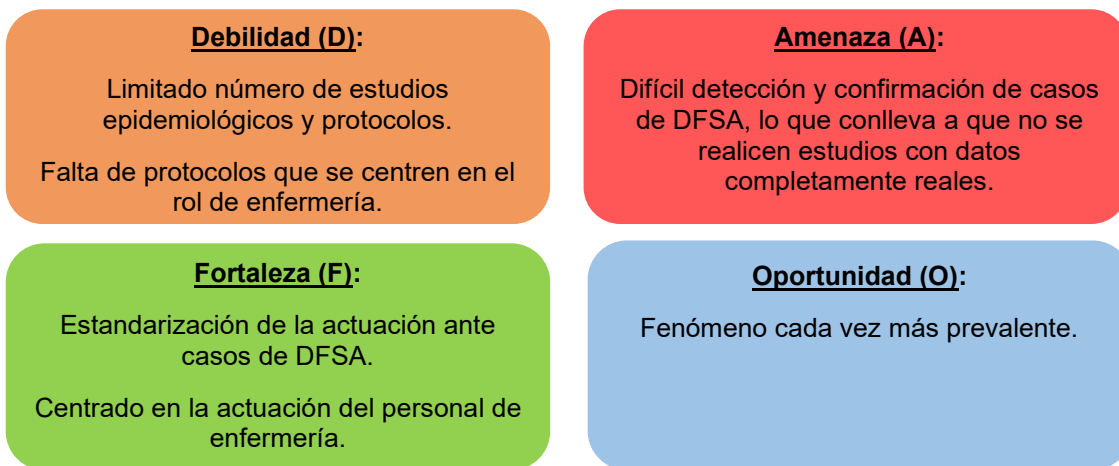


Figura 1. Esquema DAFO. Fuentes: Elaboración propia.

7.2 Aplicación para la práctica clínica y futuras líneas de investigación.

Tras la realización de la revisión se considera que esta es útil para la práctica clínica, ya que muestra y estandariza la actuación que se debe seguir ante este tipo de casos y, además, resalta el papel de enfermería durante todo el proceso.

En cuanto a las posibles futuras líneas de investigación, sería necesario elaborar y poner en práctica cursos de formación para el personal de enfermería de los Servicios de Urgencias sobre la actuación ante casos de DFSA, incidiendo en los síntomas y hechos relatados que nos llevan a sospechar de este tipo de delitos (detección precoz) y las intervenciones a realizar. Asimismo, sería interesante seguir realizando estudios epidemiológicos y crear un protocolo nacional que sirviera de base a todas las comunidades autónomas, pudiendo adaptarse después a cada una de ellas. Además, la realización de programas de prevención entre la población joven sería de gran ayuda para evitar este tipo de casos y saber actuar ante ellos.

8. CONCLUSIONES

- La enfermera es el primer profesional que valora a la víctima y tiene la importante función de identificar el DFSA, para poder así activar el protocolo lo más rápido posible. Además, está presente y actúa en todas las fases de los protocolos, realizando una atención integral.
- Las principales víctimas de DFSA son mujeres mayores de edad (entre 20 y 35 años generalmente), siendo más vulnerables aquellas que presentan trastornos mentales o discapacidad.
- La sustancia psicoactiva más empleada en este tipo de casos es el alcohol, seguido de los fármacos y drogas. En todo caso, los efectos que se desean conseguir con el empleo de dichas sustancias son: amnesia, sedación, desinhibición, desorientación, efectos alucinógenos y, en ocasiones, excitación.
- Las diferentes muestras a recoger dependen del fin que éstas tengan, diferenciándose en muestras asistenciales y médico-legales. Por un lado, para fines asistenciales se toman muestras de sangre, orina y frotis. Por otro, las muestras de interés médico-legal son: sangre, orina, cabello, frotis, ropa, pelos dubitados, uñas y peinado de vello pubiano. Cabe destacar que todas ellas dependen del tipo de delito y del tiempo que haya transcurrido desde el asalto hasta el momento que la víctima acude al Servicio de Urgencias.
- Ante un caso de DFSA se aplican medidas preventivas a distintos niveles, entre los que destacan la profilaxis contra las ITS (Gonococia, Chlamydia, Trichomonas, Sífilis, VHB y VIH), tétanos, embarazo y secuelas psicológicas. Aún así, cada caso debe valorarse de forma individual y actuar en función de ello.
- En la actualidad, a nivel nacional existen guías médico-forenses enfocadas en la SQ y la agresión sexual, pero no se dispone de un protocolo común de referencia. Por ello, cada comunidad autónoma ha elaborado su propio protocolo basándose en esas guías médico-forenses.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Panyella-Carbó MN, Agustina JR, Martín-Fumadó C. Sumisión química versus vulnerabilidad química: análisis criminológico de los delitos sexuales facilitados mediante el uso de sustancias psicoactivas a partir de una muestra de sentencias. Revista Española de Investigación Criminológica. 2019 [citado 6 de mayo de 2023];17:1-23. Disponible en: <https://doaj.org/article/4546c708a3e64feaa9ed06afe43ed1ff>
2. Quintana Touza JM, Moreno Rodríguez O, Ramos Romero M. Sumisión química uso de sustancias para realización de delitos sexuales. Cuadernos de la Guardia Civil: Revista de Seguridad Pública. 2018 [citado 6 de mayo de 2023]; 57:108-27. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6757164>
3. Protocolo de actuación del personal sanitario, ante la sospecha de sumisión química. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública; 2022 [citado 6 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.san.gva.es/es/web/igualdad/protocolo-sumision-quimica>
4. Fernández Valverde B, López Ballesteros A, Cortés Bermejo S, Sánchez González A, Fernández Buey C, García Beltrán C, et al. Protocolo de asistencia a víctimas de sospecha de sumisión química y/o agresión a través de pinchazo. Servicio de Salud de Castilla la Mancha; 2022 [citado 6 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.castillalamancha.es/sites/default/files/documentos/archivosnoticias/20220816/dgcc-pc-01_protocolo_actuacion_victimas_sospecha_sumision_quimica_y-o_agresion_a_traves_de_pinchazo_.pdf
5. García López A. Sumisión química: escopolamina y delitos contra la libertad sexual [Trabajo Fin de Grado]. Alicante: Universidad de Alicante; 2022 [citado 6 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://rua.ua.es/dspace/handle/10045/124678>
6. Ministerio de Justicia. Secretaría General Técnica. Guía de buenas prácticas para la actuación forense ante la víctima de un delito facilitado por sustancias psicoactivas: intervención ante la sospecha de sumisión química. Madrid; 2022 [citado 6 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.mjusticia.gob.es/es/AreaTematica/DocumentacionPublicaciones/InstListDownload/GuiaBuenasPracticas.pdf>
7. Jiménez R. Detectan sumisión química en un 33% de las agresiones sexuales de los últimos cinco años. El Confidencial; 8 de marzo de 2022 [citado 6 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.elconfidencial.com/espana/2022-03-08/sumision-quimica-33-por-ciento-casos-agresiones-sexuales-5-anos_3387993/
8. Sec I. Child abuse: Diagnostic and forensic considerations/Edited by: Caroline Rey-Salmon, Catherine Adamsbaum. Springer International Publishing; 2018 [citado 6 de mayo de 2023]; 251-256. Disponible en: <https://link-springer-com.ponton.uva.es/book/10.1007/978-3-319-65882-7>
9. Oliveros Pellitero N. Dictamen sobre delitos sexuales, con ocasión del Proyecto de Ley Orgánica de garantía integral de la libertad sexual [Trabajo Fin de Máster]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2022 [citado 6 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/53710>
10. Santillán A. Nuevos niveles de evidencia y grados de recomendación JBI. Enfermería Basada en Evidencias (EBE); 2015 [citado 6 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://ebevidencia.com/archivos/2099>
11. Alonso Coello P, Rotaache del Campo R, Rigau D, Etxeberria Agirre A, Martínez L. La evaluación de la calidad de la evidencia y la graduación de la fuerza de las recomendaciones: el sistema GRADE. Fisterra; 2022 [citado 6 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/la-evaluacion-calidad-evidencia-graduacion-fuerza-recomendaciones-sistema-grade/#sectb1>
12. Salvador Sánchez L, Guzmán Fernández MÁ, González Bustillo B. Protocolo para la atención sanitaria ante la sospecha de intento de sumisión química en Castilla y León. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Humanización, Consejería de Castilla y León; 2022 [citado 6 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/violencia-genero/protocolo-atencion-sanitaria-sospecha-sumision-quimica.ficheros/2231253-PROTOCOLO%20ATENCION%20SANITARIA%20ANTE%20SOSPECHA%20DE%20SUMISION%20QUIMICA%20EN%20CASTILLA%20Y%20LEON.pdf>

13. Fernández Alonso C, Guzmán Fernández MÁ, Montero Alonso MS, Rey Novoa M, Rodríguez Bujez A, Salvador Sánchez L, et al. Proceso de atención integrada ante las agresiones sexuales. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, Junta de Castilla y León; 2020 [citado 6 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/violencia-genero/proceso-atencion-integrada-agresiones-sexuales>
14. Protocolo de atención integral, sanitaria y judicial a víctimas de agresiones sexuales de la Comunitat Valenciana. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública; 2019 [citado 6 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.san.gva.es/es/web/igualdad/protocolo-de-atencion-integral-victimas-de-agresiones-sexuales>
15. Protocolo de actuación ante sospecha de sumisión química por objeto punzante. Consejería de Salud y Consumo, Servicio Andaluz de Salud; 2022 [citado 6 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/ws-as-media-mediafile_sasdocumento/2022/protocolo_sumision_quimica_15082022.pdf
16. Pastor Moreno G, Pérez Corral O, Suess Schwend A. Protocolo de actuación y coordinación sanitaria ante agresiones sexuales en Andalucía. Consejería de Salud y Familias, Junta de Andalucía; 2020 [citado 6 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/AGRESIONES_SEXUALES_2020_Protocolo_de_actuacion_y_coordinacion_sanitaria_en_agresiones_sexuales.pdf
17. Protocolo de actuación médico-forense ante la violencia sexual en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Consejo médico-forense, Comité Científico-Técnico. Ministerio de Justicia, Secretaría General Técnica.; 2021 [citado 6 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.mjusticia.gob.es/es/EIMinisterio/OrganismosMinisterio/Documents/ProtocoloViolenciaSexual.pdf>
18. Prego-Meleiro P, Montalvo G, García-Ruiz C, Serrano BB, Ayuso-Tejedor S, Morales CM, et al. An approximation to the identification of contexts, experiences, and profiles of victims of drug-facilitated sexual assaults. *J Forensic Leg Med.* 2022;90 [citado 6 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35675736/>
19. Anderson LJ, Flynn A, Drummer O, Gerostamoulos D, Schumann JL. The role of voluntary and involuntary drug and alcohol consumption and premorbid mental health factors in drug-facilitated sexual assault. *Forensic Sci Med Pathol.* 2019 [citado 6 de mayo de 2023];15(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31359307/>
20. Prego-Meleiro P, Montalvo G, Quintela-Jorge Ó, García-Ruiz C. Increasing awareness of the severity of female victimization by opportunistic drug-facilitated sexual assault: A new viewpoint. *Forensic Science International.* 2020 [citado 6 de mayo de 2023];315. Disponible en: <https://www.sciencedirect-com.ponton.uva.es/science/article/pii/S0379073820303224>
21. Quintana JM, García-Maroto Á, Moreno O, Manzanero AL. Characteristics of drug-facilitated sexual assault in Spain. *Journal of Investigative Psychology and Offender Profiling.* 21 de octubre de 2020 [citado 6 de mayo de 2023];17(3):215-23. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Antonio-Manzanero/publication/349732936_Caracteristicas_de_los_delitos_sexuales_por_sumision_quimica_en_Espana/links/603f68e64585154e8c72a087/Caracteristicas-de-los-delitos-sexuales-por-sumision-quimica-en-Espana.pdf
22. Pérez RN. Estudio de delitos contra la libertad sexual en la Comunidad Autónoma de Canarias. Implicación de medicamentos y otras sustancias químicas [Trabajo Fin de Grado]. Tenerife: Universidad de la Laguna. 2019 [citado 6 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/20366>
23. Doménech del Río I, López Hidalgo E, Villalba Soria MV. Sumisión química y agresión sexual: perspectiva médico-forense. En: Libro de actas del Congreso Internacional para el Estudio de la Violencia Contra las Mujeres. 2021 [citado 6 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8389919>
24. LeBeau M, Montgomery M. Drug-Facilitated Crimes. En: Principles of Forensic Toxicology: Fifth Edition. Springer, Cham; 2020 [citado 6 de mayo de 2023]. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-030-42917-1_3

10. ANEXOS

Anexo I. Diagrama de flujo.

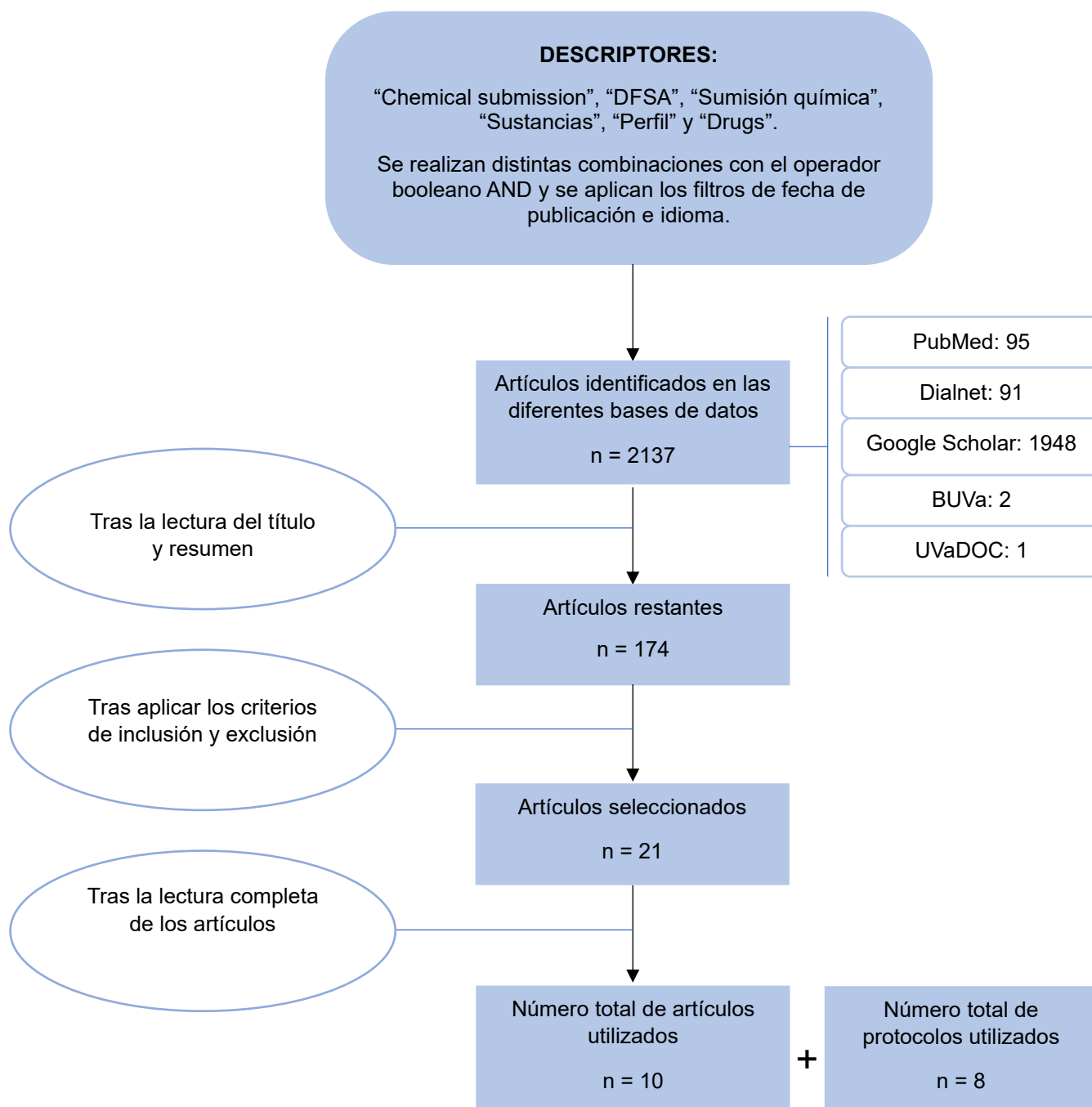


Figura a1. Diagrama de flujo sobre el proceso de selección de artículos. Fuente: Elaboración propia.

*Nota: n (número)

Anexo II. Niveles de evidencia del Instituto Joanna Briggs.

Levels of Evidence - Effectiveness	
Level 1 – Experimental Designs	Level 1.a – Systematic review of Randomized Controlled Trials (RCTs)
	Level 1.b – Systematic review of RCTs and other study designs
	Level 1.c – RCT
	Level 1.d – Pseudo-RCTs
Level 2 – Quasi-experimental Designs	Level 2.a – Systematic review of quasi-experimental studies
	Level 2.b – Systematic review of quasi-experimental and other lower study designs
	Level 2.c – Quasi-experimental prospectively controlled study
	Level 2.d – Pre-test – post-test or historic/retrospective control group study
Level 3 – Observational – Analytic Designs	Level 3.a – Systematic review of comparable cohort studies
	Level 3.b – Systematic review of comparable cohort and other lower study designs
	Level 3.c – Cohort study with control group
	Level 3.d – Case – controlled study
	Level 3.e – Observational study without a control group
Level 4 – Observational – Descriptive Studies	Level 4.a – Systematic review of descriptive studies
	Level 4.b – Cross-sectional study
	Level 4.c – Case series
	Level 4.d – Case study
Level 5 – Expert Opinion and Bench Research	Level 5.a – Systematic review of expert opinion
	Level 5.b – Expert consensus
	Level 5.c – Bench research/ single expert opinion

Imagen a1. Niveles de evidencia del Instituto de Joanna Briggs. Fuente: Santillán A (10).

Anexo III. Resultados de la búsqueda bibliográfica.

Tabla a1. Resumen de resultados tras búsqueda de artículos científicos. Fuente: Elaboración propia.

Título	Autor	País y año	Diseño	Objetivo	Resultados	Nivel de evidencia
Sumisión química versus vulnerabilidad química: análisis criminológico de los delitos sexuales facilitados mediante el uso de sustancias psicoactivas a partir de una muestra de sentencias (1)	Panyella-Carbó MN y Martín-Fumadó C.	España 2019	Estudio observacional descriptivo	Examinar los distintos elementos que integran el modus operandi y aquellos que configuran el perfil de agresor y víctima de DFSA.	<ul style="list-style-type: none"> Mayor prevalencia de DFSA oportunista. La sustancia tóxica más detectada es el alcohol, ya sea de manera individual como acompañado por drogas o fármacos. Los DFSA se suelen dar de noche, los fines de semana y en situación de ocio nocturno. El sexo de la víctima es mayormente femenino, mientras que el del agresor es masculino. En la mayoría de los casos existía algún vínculo previo entre la víctima y el agresor. 	Nivel 4 (JBI)
Sumisión química uso de sustancias para realización de delitos sexuales (2)	Quintana Touza JM, Moreno Rodríguez O, Ramos Romero M.	España 2018	Revisión bibliográfica	Mostrar los principales aspectos que caracterizan a los DFSA y dar recomendaciones para la investigación.	<ul style="list-style-type: none"> Contexto en el que se dan los DFSA: ocio nocturno junto con SQ oportunista (alcohol como principal sustancia psicoactiva). Víctima: mujer menor de 30 años. Agresor: varón conocido o no por la víctima. Recomendaciones para la investigación: entrevista con la víctima, los testigos y el sospechoso, y recopilación de indicios. 	Nivel 4 (JBI)
Sumisión química: escopolamina y delitos contra la libertad sexual (5)	García López A.	España 2022	Revisión bibliográfica	Mostrar en qué consiste la SQ (características, perfil de la víctima y el agresor, sustancias psicoactivas utilizadas, etc.).	<ul style="list-style-type: none"> El perfil de la víctima es el de una mujer joven, que puede presentarse como víctima inocente o con conducta desinhibida por consumo voluntario de sustancias. Variación en el perfil del agresor. Uso de sustancias depresoras del SNC, siendo la más común el alcohol. Los casos de DFSA por uso de burundanga en España son escasos. 	Nivel 4 (JBI)

<p>An approximation to the identification of contexts, experiences, and profiles of victims of drug-facilitated sexual assaults (18)</p>	<p>Prego-Meleiro P, Montalvo G, García-Ruiz C, Bravo Serrano B, Ayuso-Tejedor S, Megía Morales C y Quintela-Jorge O.</p>	<p>España 2022</p>	<p>Estudio observacional descriptivo</p>	<p>Identificar los contextos, experiencias y perfiles de las víctimas de DFSA.</p>	<p>En situaciones de ocio predomina la SQ oportunista, mientras que a nivel doméstico destaca la SQ proactiva. En ambos contextos (ocio y domicilio) las mujeres son las principales víctimas. La discapacidad intelectual, los trastornos mentales y el abuso de drogas son factores de vulnerabilidad.</p>	<p>Nivel 4 (JBI)</p>
<p>The role of voluntary and involuntary drug and alcohol consumption and premorbid mental health factors in drug-facilitated sexual assault (19)</p>	<p>Anderson LJ, Flynn A, Drummer O, Gerostamoulos D y Schumman JL..</p>	<p>Australia 2019</p>	<p>Estudio observacional descriptivo</p>	<p>Caracterizar el perfil toxicológico de las víctimas de DFSA y las características contextuales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De las muestras estudiadas la mujer es la principal víctima y todos los agresores fueron hombres, la mitad de ellos conocidos por la víctima. • La mayoría fueron casos de DFSA oportunista, siendo el alcohol la principal sustancia detectada junto con drogas. • Las mujeres alrededor de los veinte años con problemas de salud mental tienen mayor vulnerabilidad. 	<p>Nivel 4 (JBI)</p>
<p>Increasing awareness of the severity of female victimization by opportunistic drug-facilitated sexual assault: A new viewpoint (20)</p>	<p>Prego-Meleiro P, Montalvo G, Quintela-Jorge O y García-Ruiz C.</p>	<p>España 2020</p>	<p>Estudio observacional analítico</p>	<p>Profundizar en la comprensión de la victimización por DFSA oportunista.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de implementar una nueva mirada sobre la victimización de las mujeres por DFSA oportunista en contexto de ocio juvenil para avanzar en la lucha contra esta forma de violencia sexual. • El uso de sustancias psicoactivas altera la capacidad de consentimiento, facilitando los contactos sexuales oportunistas. • Existe una culpabilización a las víctimas por el consumo de este tipo de sustancias. • Alta probabilidad de revictimización. • La discapacidad intelectual o física como factor de vulnerabilidad. 	<p>Nivel 3 (JBI)</p>

Characteristics of drug-facilitated sexual assault in Spain (21)	Quintana JM, García-Maroto A, Moreno O, Manzanero A.	España 2020	Estudio observacional descriptivo	Analizar los casos de DFSA cometidos en España.	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento del número de denuncias con el paso del tiempo. • Las ciudades turísticas son las más afectadas por los casos de DFSA. • Perfil de la víctima: mujer alrededor de los 25 años y española. • Perfil del agresor: varón alrededor de los 34 años, español, con antecedentes de delitos y que desconoce a la víctima. 	Nivel 4 (JBI)
Estudio de delitos contra la libertad sexual en la Comunidad Autónoma de Canarias. Implicación de medicamentos y otras sustancias químicas (22)	Rodríguez Pérez N.	España 2020	Estudio observacional descriptivo	Conocer la evolución de los DFSA y las principales sustancias empleadas.	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento del número de casos de DFSA denunciados en la Comunidad Autónoma de Canarias. • Alcohol como principal sustancia empleada, seguido de las benzodiazepinas. • Mayor casos de SQ oportunista que proactiva. • Generalmente la víctima es una mujer entre 18 y 40 años. • Síntomas comunes: amnesia, confusión y desorientación. • Necesidad de formación del personal sociosanitario. 	Nivel 4 (JBI)
Sumisión química y agresión sexual: perspectiva médico-forense (23)	Doménech del Río I, López Hidalgo E y Villalba Soria MV.	España 2021	Revisión bibliográfica (Acta)	Constatar la realidad de que los DFSA se producen en nuestra sociedad e informar sobre las sustancias, incidiendo en las fuentes y las vías por las que llegan a la víctima.	<ul style="list-style-type: none"> • La principal sustancia usada en los DFSA es el alcohol, consumido de forma voluntaria (SQ oportunista). • Las mujeres son las principales víctimas y deben saber que existe este fenómeno para así evitar situaciones de riesgo. • La toma de muestras debe realizarse lo antes posible para poder obtener resultados positivos. Además, se debe tener en cuenta que un resultado negativo en la investigación toxicológica no excluye la SQ. 	Nivel 4 (JBI)

Drug-Facilitated Crimes (24)	LeBeau M y Montgomery M.	Estados Unidos 2020	Revisión bibliográfica	Identificar las diferentes sustancias utilizadas para la ejecución de delitos bajo SQ.	<ul style="list-style-type: none"> Las principales sustancias son: alcohol, cannabinoides, benzodicepinas, gammahidroxibutirato (GHB), antihistamínicos de primera generación, opioides y ketamina. La complejidad de los delitos facilitados por drogas se centra en la gran cantidad de sustancias que se pueden utilizar y el atraso que generan en la identificación del caso, la recogida de muestras y el análisis toxicológico. 	Nivel 4 (JBI)
------------------------------	--------------------------	---------------------	------------------------	--	--	---------------

Tabla a2. Resumen de los resultados de búsqueda de los protocolos y guía de buenas prácticas. Fuente: Elaboración propia.

Título	Autor / Editor	País y año	Diseño	Objetivo	Resultados	Grado de recomendación
Protocolo de actuación del personal sanitario, ante la sospecha de sumisión química (3)	Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.	España (Valencia) 2022	Protocolo	Establecer el procedimiento coordinado de actuación entre profesionales involucrados en la asistencia de víctimas de un delito mediado por SQ.	Actuación a seguir ante la llegada de víctimas de SQ.	Recomendación fuerte (GRADE)
Guía de buenas prácticas para la actuación forense ante la víctima de un delito facilitado por sustancias psicoactivas: intervención ante la sospecha de sumisión química (6)	Ministerio de Justicia. Secretaría General Técnica.	España 2022	Guía de buenas prácticas	Protocolizar la actuación profesional forense en situaciones de sospecha de un delito facilitado por sustancias psicoactivas.	Actuación forense a seguir ante la llegada de víctimas de SQ.	Recomendación fuerte (GRADE)

Protocolo para la atención sanitaria ante la sospecha de intento de sumisión química en Castilla y León (12)	Dirección general de asistencia sanitaria y humanización. Consejería de Sanidad de Castilla y León.	España (Castilla y León) 2022	Protocolo	Establecer una pauta de actuación y algoritmos para una atención integral de los casos de sumisión química en Castilla y León.	Actuación a seguir ante la llegada de víctimas de SQ.	Recomendación fuerte (GRADE)
Proceso de atención integrada ante las agresiones sexuales (13)	Fernández Alonso C, Guzmán Fernández MA, Montero Alonso MS, Rey Novoa M, Rodríguez Bujez A, Salvador Sánchez L y Sánchez Ramón S.	España (Castilla y León) 2020	Protocolo	Proporcionar a las víctimas de agresión sexual una atención integral, integrada, ágil, respetuosa y eficaz por parte de los profesionales involucrados en el proceso.	Actuación a seguir ante la llegada de víctimas de agresión sexual.	Recomendación fuerte (GRADE)
Protocolo de atención integral, sanitaria y judicial a víctimas de agresiones sexuales de la Comunitat Valenciana (14)	Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.	España (Valencia) 2019	Protocolo	Proporcionar recomendaciones para que el conjunto de profesionales que atiendan a una víctima de agresión sexual actúe de manera homogénea, coordinada y respetuosa.	Actuación a seguir ante la llegada de víctimas de agresión sexual.	Recomendación fuerte (GRADE)
Protocolo de actuación ante sospecha de sumisión química por objeto punzante (15)	Consejería de Salud y Consumo Servicio Andaluz de Salud.	España (Andalucía) 2022	Protocolo	Dar una eficiente respuesta social a los casos de agresión con objeto punzante con o sin sospecha de sumisión química a través de la colaboración de todas las administraciones implicadas.	Actuación a seguir ante la llegada de víctimas de SQ.	Recomendación fuerte (GRADE)

Protocolo de actuación y coordinación sanitaria ante agresiones sexuales en Andalucía (16)	Pastor Moreno G, Pérez Corral O y Sues Schwend A.	España (Andalucía) 2020	Protocolo	Recoger una pauta de actuación compartida para el personal sanitario del Sistema Sanitario Público de Andalucía ante los casos de abuso y agresión sexual detectados para su adecuada valoración, actuación y seguimiento.	Actuación a seguir ante la llegada de víctimas de agresión sexual.	Recomendación fuerte (GRADE)
Protocolo de actuación médico-forense ante la violencia sexual en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses (17)	Ministerio de Justicia. Secretaría General Técnica.	España 2021	Protocolo	Establecer pautas de actuación pericial que ayuden a los profesionales de la medicina forense a intervenir de la mejor manera posible ante una persona que ha sido objeto de violencia sexual reciente.	Actuación forense a seguir ante la llegada de víctimas de agresión sexual.	Recomendación fuerte (GRADE)

Anexo IV. Consentimiento informado toma de muestras SQ.

CONSENTIMIENTO INFORMADO¹ para RECOGIDA Y ANÁLISIS DE MUESTRAS en relación con delitos con sospecha de influencia de sustancias

D./D^a

con D.N.I./NIE [si es menor o persona con discapacidad añadir los datos del representante legal],

DECLARO:

Que he sido informada/o, de los aspectos que abarca la exploración y de la finalidad de la misma, que comprendo dicha información, que puedo revocar⁽¹⁾ mi consentimiento para la totalidad y/o para cualquiera de las fases del reconocimiento, y que he podido formular las preguntas que he considerado oportunas, por lo que **DOY MI CONSENTIMIENTO** para la realización de

SI NO La extracción de muestras de sangre y orina, y su conservación bajo custodia hasta su tramitación al laboratorio de referencia, para análisis orientado a la identificación de sustancias facilitadoras de sumisión química.

SI NO El acceso a los datos de la Historia Clínica.

SI NO Otras (especificar):

Firma de la persona explorada (o de su representante legal)

Fecha:

INFORMACIÓN PARA LA VÍCTIMA

- La prueba toxicológica tiene como objetivo documentar una posible vulnerabilidad química,
- Los resultados se incorporarán a un procedimiento judicial, quedando limitado por ello el alcance de la confidencialidad,
- No existe garantía de que las pruebas descubran que se pudieron utilizar sustancias psicoactivas,
- Las pruebas pueden o no limitarse a las sustancias comúnmente utilizadas y pueden revelar otras sustancias que la víctima haya consumido voluntariamente,
- La información relacionada con un posible consumo voluntario de alcohol o drogas podría ser utilizada por cualquiera de las partes del proceso judicial.

⁽¹⁾Revocación del Consentimiento

Yo, D./D.^a de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención médico forense:



Firma de la persona explorada (o de su representante legal)


Fecha:

¹Toda víctima tiene derecho a consentir o rechazar cualquiera o todas las partes de un examen médico-forense sobre violencia sexual y debe ser informada de ello antes de su comienzo, tal como se contempla en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica para cualquier actuación médica.

Imagen a2. Consentimiento informado para recogida y análisis de muestras en relación con delitos con sospecha de influencia de sustancias de CyL. Fuente: Salvador Sánchez L et al. (12).

Anexo V. Parte de lesiones.

PARTE DE ASISTENCIA POR LESIONES	
1. DATOS DEL CENTRO Nombre del centro: Dirección: Localidad: Provincia: C.R. Teléfono:	2. DATOS DE LA PERSONA LESIONADA Apellido 1: Apellido 2: Nombre: Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Dirección: Teléfono: Pertenencia: Municipio: CP: Fecha de nacimiento: Lugar de nacimiento: DNI: N° de Historia Clínica y/o CPR (CPR)
3. FECHA Y HORA DE LA ASISTENCIA	
4. CAUSA PRESUMIBLE DE LAS LESIONES <input type="checkbox"/> ACCIDENTE <input type="checkbox"/> Tráfico <input type="checkbox"/> Químico <input type="checkbox"/> Otro (especificar): <input type="checkbox"/> VIOLENCIA DE GÉNERO <input type="checkbox"/> MALTRATO <input type="checkbox"/> Menores de edad <input type="checkbox"/> Personas mayores <input type="checkbox"/> Personas con discapacidad <input type="checkbox"/> ADRESIÓN <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Otra (especificar): <input type="checkbox"/> ANIMALS <input type="checkbox"/> INTOXICACIÓN <input type="checkbox"/> OTRAS CAUSAS (especificar):	
5. LESIONES QUE PRESENTA Tipo de lesiones / Localización / Grado aproximado: <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  </div>	
6. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS	
7. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA	
8. PLAN DE ACTUACIÓN Especificar si se da de alta, queda ingresado, se deriva a otro servicio, precisa seguimiento, tratamiento:	

CUMPLIMENTAR EN CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO // PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD	
9. HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA (según manifieste la persona asistida) Fecha, hora y lugar de los hechos o del incidente: Tipo de maltrato: <input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Psíquico <input type="checkbox"/> Sexual ¿Conoce a las personas agresoras? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No contesta Nombre de las personas agresoras: Dirección de las personas agresoras: Teléfono: Relación con las personas agresoras: Género conculca: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
OTRAS PERSONAS LESIONADAS EN EL MISMO INCIDENTE Nombre y Apellido: Relación con la persona asistida:	
TESTIGOS DEL INCIDENTE Nombre y Apellido:	
Descripción como han ocurrido los hechos utilizando si es posible las mismas palabras de la persona asistida: Estado emocional actual de la persona asistida:	
CUMPLIMENTAR SOLO EN CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO	
10. ANTECEDENTES PERSONALES DE INTERÉS EN RELACIÓN CON LAS LESIONES ¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Tiene hijos menores? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Tiene alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Tiene personas menores o discapacitados a su cargo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Nombre y Apellido: Relación de parentesco: ¿Acude sola? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Acompañada de: ¿Ha sufrido agresiones anteriores? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Desde cuándo?: ¿Le ha comunicado anteriormente al sistema de salud o en el hospital? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
ANTECEDENTES O HECHOS DE INTERÉS	
CUMPLIMENTAR SOLO EN CASOS DE LESIONES A PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD	
Las exploraciones: <input type="checkbox"/> compatibles <input type="checkbox"/> incompatibles con los hechos recogidos	
12. OBSERVACIONES	
13. DATOS PERSONALES DEL FACULTATIVO Nombre y Apellido: Firma: N° de colegiado:	

SALDA SIN MAGISTRADO/A – JUZGA DEL JUZGADO DE GUARDIA

Imagen a3. Parte de asistencia por lesiones de CyL. Fuente: Fernández Alonso C et al. (13).

Anexo VI. Documento de cadena de custodia.

Propuesta datos básicos comunes de recogida para CADENA DE CUSTODIA de muestras obtenidas

DATOS DEL/DE LA PERSONA AGREDIDA:

Primer apellido: _____ / Segundo apellido: _____

Nombre: _____

DNI/NIE: _____

Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ____

Tipo de muestra (rodear con "un círculo" lo que proceda):

Sí No Frasco de orina

Sí No Tubo de sangre con EDTA (Ácido edético)

Sí No Tubo de sangre con fluoruro sódico y oxalato potásico

Nombre y profesión de quien recoge la muestra y servicio al que pertenece	Fecha y hora	Firma	Nombre y profesión de quien recepciona la muestra y servicio al que pertenece	Fecha y hora	Firma
Nombre y profesión de quien entrega la muestra y servicio al que pertenece	Fecha y hora	Firma	Nombre y profesión de quien recepciona la muestra y servicio al que pertenece	Fecha y hora	Firma
Nombre y profesión de quien entrega la muestra y servicio al que pertenece	Fecha y hora	Firma	Nombre y profesión de quien recepciona la muestra y servicio al que pertenece	Fecha y hora	Firma
Nombre y profesión de quien entrega la muestra y servicio al que pertenece	Fecha y hora	Firma	Nombre y profesión de quien recepciona la muestra y servicio al que pertenece	Fecha y hora	Firma
Nombre y profesión de quien entrega la muestra y servicio al que pertenece	Fecha y hora	Firma	Nombre y profesión de quien recepciona la muestra y servicio al que pertenece	Fecha y hora	Firma
Nombre y profesión de quien entrega la muestra y servicio al que pertenece	Fecha y hora	Firma	Nombre y profesión de quien recepciona la muestra y servicio al que pertenece	Fecha y hora	Firma

Imagen a4. Propuesta datos básicos comunes de recogida para cadena de custodia de muestras obtenidas de CyL. Fuente: Salvador Sánchez L et al. (12).