

ORIGINAL

Recibido: 1 de enero de 2021
Aceptado: 15 de julio de 2021
Publicado: 30 de noviembre de 2021

RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE AGRESIONES SEXUALES EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO DE REFERENCIA

Ana Monzó-Miralles (1,2,3) y Alba Couchoud-Falcó (3)

(1) Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia. España.

(2) Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia. España.

(3) Universidad de Valencia. Valencia. España.

Las autoras declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

RESUMEN

Fundamentos: El objetivo principal de este estudio fue evaluar el cumplimiento del *Protocolo de Atención Integral, Sanitaria y Judicial, a Víctimas de Agresiones Sexuales en Urgencias*, y comparar los indicadores de calidad asistencial con los obtenidos los 2 años previos a su implantación.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, comparativo, de cohortes, de 128 víctimas (124 mujeres y 4 hombres) de 4 a 62 años atendidas en Urgencias, entre enero de 2018 y diciembre de 2020 con los códigos diagnósticos CIE 10 T74.2 Agresión sexual y CIE 10 T76.2 Sospecha de agresión sexual. La muestra se dividió en dos grupos, antes (n=80) y después (n=48) de la implantación del protocolo. Se realizó un sub-análisis de 109 mujeres mayores de 16 años atendidas en Urgencias Ginecológicas.

Resultados: La implantación del Protocolo supuso un incremento significativo del cumplimiento de los indicadores, más evidente en Urgencias Ginecológicas, siendo los más relevantes: profilaxis VIH (43,4% vs 83,7%, respectivamente en Grupos Pre y Post-protocolo), profilaxis de embarazo (54,5% vs 81,4%), personación de la policía (48,5% vs 74,4%) y cumplimentación del informe en el Sistema de Información de Violencia de Género (SIVIO) (16,7% vs 46,5%). El tiempo de atención en Urgencias no mostró cambios significativos. La derivación para apoyo psicológico aumentó en un porcentaje muy bajo (0% vs 12,5%).

Conclusiones: La implantación del Protocolo ha supuesto una mejora evidente de la calidad asistencial en Urgencias, con incremento significativo del cumplimiento de los principales indicadores considerados. Debe reducirse el tiempo de atención, y aumentar la cumplimentación de SIVIO y la derivación para apoyo psicológico para mejorar el seguimiento y prevenir secuelas a largo plazo.

Palabras clave: Agresión sexual, Atención sanitaria, Urgencias, Protocolo, Profilaxis, Seguimiento.

ABSTRACT

Results of the implementation of a protocol of attention to victims of sexual assault in Emergencies of a reference tertiary hospital

Background: To assess the degree of compliance of the *Comprehensive Health and Judicial Care Protocol for Victims of Sexual Assaults attended in Emergencies*, and to compare the quality indicators of care with those obtained for the 2 years prior to its implementation.

Methods: Retrospective, comparative, cohort study of the 128 victims (124 women and 4 men), aged 4 to 62 years, treated in the Hospital Emergency Department, before and after the publication of the Protocol through the CIE-10 diagnostic code T74.2 Sexual assault and CIE-10 T76.2 Suspected sexual assault, between January 2018 and December 2020. The sample was divided into two groups, before (n=80) and after (n=48) the implementation of the protocol. A sub-analysis of 109 women older than 16 years attended in the Gynecological Emergencies has been performed.

Results: The implementation of the Protocol has led to a significant increase in the compliance with the main indicators, more evident in Gynecological Emergencies: HIV prophylaxis (43.4% vs 83.7%, respectively in the Pre and Post-protocol Groups), pregnancy prophylaxis (54.5% vs 81.4%), police intervention (48.5% vs 74.4%) and SIVIO form compliance (16.7% vs 46.5%). Attention time has not shown significant changes. The referral for psychological support has been increased by a very low percentage (0% vs 12.5%).

Conclusions: The implementation of the Protocol has led to an evident improvement in the quality of care in Emergencies, with a significant increase in key indicators. Care time in Emergencies should be reduced, and the SIVIO form compliance, as well as the referral for psychological support should be increased.

Key words: Sexual assault, Health care, Emergency, Protocol, Prophylaxis, Follow-up.

Correspondencia:
Ana Monzó Miralles
Servicio de Obstetricia y Ginecología
Hospital Universitari i Politècnic La Fe
Avda. Fernando Abril Martorell, 106
46026 Valencia, ESPAÑA
amonz02000@yahoo.com

Cita sugerida: Monzó-Miralles A, Couchoud-Falcó A. Resultados de la implantación de un protocolo de atención a víctimas de agresiones sexuales en Urgencias de un hospital terciario de referencia. Rev Esp Salud Pública. 2021; 95: 30 de noviembre e202111188.

INTRODUCCIÓN

La agresión sexual se define como un delito consistente en cualquier privación de la libertad sexual de una persona, mediante acciones de violencia o a través de la intimidación. El Código Penal tipifica estos delitos en el título VIII del Libro II de la *Ley Orgánica 10/1995* en los artículos del 178 al 184⁽¹⁾.

Las víctimas de la violencia sexual, mayoritariamente mujeres⁽²⁾, son atendidas habitualmente en urgencias hospitalarias. Su prevalencia a nivel mundial es elevada^(3,4), por lo que se consideran un grave problema de salud pública y de vulneración de los derechos fundamentales.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es necesario que cada país establezca programas y políticas que permitan abordar de manera integral la violencia sexual, precisándose una respuesta multidisciplinar por parte de sanitarios, justicia y educación. Las recomendaciones deben basarse en evidencias a partir de las cuales se desarrollen programas de salud y políticas que mejoren la atención⁽⁴⁾.

La Agencia Europea de Derechos Fundamentales desarrolló en 2014 la primera *Encuesta sobre Violencia de género contra las mujeres* con entrevistas a 42.000 mujeres de 18 y 74 años de los 28 estados de la Unión Europea. Dicho estudio mostró que el 33% de las mujeres sufrieron algún tipo de violencia sexual⁽⁵⁾.

La *Macroencuesta de Violencia Sobre la Mujer de 2019* no arroja mejores datos en España: un 57,3% declaró haber sufrido algún tipo de violencia física, sexual o acoso sexual por parte de la pareja, expareja o persona desconocida; en torno al 70% se tenían entre 16 y 34 años; el 13,7% fue violada bajo los efectos de alcohol o drogas y en el 12,5% de las ocasiones, este tipo de agresiones fueron múltiples⁽⁶⁾.

El Portal Estadístico de Criminalidad del Ministerio del Interior ha constatado un aumento de los delitos contra la libertad e indemnidad sexual de las mujeres de 8.018 en 2017 a 10.280 en 2019, de los cuales 1.535 fueron agresiones sexuales⁽⁶⁾.

La Comunidad Valenciana, Madrid y Andalucía, presentan el mayor número de víctimas, todas mujeres, y en más del 95% de las ocasiones el agresor fue un hombre. El grupo de edad más prevalente está comprendido entre los 15 y 30 años^(7,8).

La atención a las víctimas de agresiones sexuales debe abordar la evaluación y tratamiento de las lesiones físicas, apoyo psicológico, prevención del embarazo, prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, así como una evaluación médico-forense. La historia clínica debe obtenerse desde una actitud comprensible, respetando a la víctima y obteniendo los datos importantes para la investigación del delito^(2,4).

En la Comunitat Valenciana, en noviembre de 2019 se implantó en todos los servicios sanitarios el *Protocolo de Atención Integral, Sanitaria y Judicial a víctimas de agresiones sexuales*, en adelante Protocolo, desarrollado por la Consellería de Sanitat Universal i Salut Pública. Responde a la necesidad de una coordinación integral a nivel sanitario, forense, judicial, fiscal, cuerpos de seguridad (FFCCSS), y servicios especializados en materia de violencia contra la mujer: oficinas de atención a las víctimas del delito (OAVD), y Centro Mujer 24 horas (CM24h). Además, ofrece al personal sanitario las directrices a la hora de proceder en este tipo de situaciones⁽⁹⁾.

El objetivo principal de este estudio fue analizar el impacto sobre la calidad asistencial en el Servicio de Urgencias del Hospital La Fe

un año después de la implantación del Protocolo y evaluar su grado de cumplimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Estudio retrospectivo, comparativo, de cohortes, de las víctimas atendidas en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitari i Politènic La Fe antes y después de la publicación del Protocolo. Periodo de estudio: 1 de enero de 2018 a 15 de diciembre de 2020.

Población de estudio: Fueron incluidas todas las personas de cualquier edad y sexo que acudieron a Urgencias por haber sido víctimas de una agresión sexual en el periodo de estudio, con el único criterio de inclusión de haber registrado como diagnóstico principal o secundario en el informe de alta: Agresión sexual (CIE10 T74.2) o Sospecha de agresión sexual (CIE 10 T76.2). Se consideró criterio de exclusión no prestar consentimiento para realizar las actuaciones de acuerdo con el protocolo. Todos los datos se extrajeron de la Historia Clínica Electrónica de cada paciente.

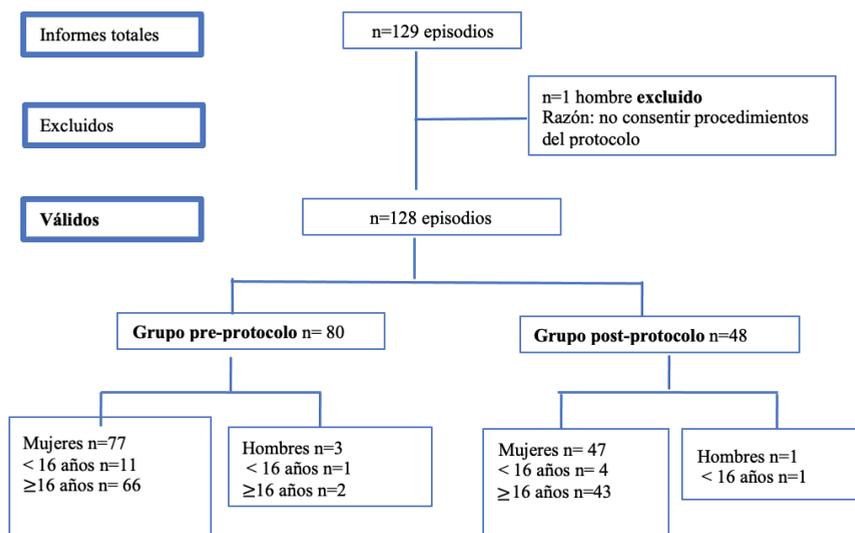
Fueron revisados 129 episodios. Un hombre fue excluido por no prestar consentimiento. Los 128 episodios válidos, fueron divididos en 2 grupos: Grupo Pre-Protocolo, formado por 80 episodios: 77 mujeres (96%) y 3 hombres (4%), atendidos entre el 1-1-2018 y el 30-12-2019, y Grupo Post-Protocolo, entre el 1-12-2019 y el 15-12-2020, con 48 episodios: 47 mujeres (98%) y 1 hombre (2%) (figura 1).

La recogida de datos comenzó cuando se dispuso del dictamen favorable del Comité Ético de Investigación (CEIm) y la autorización de la Comisión de Investigación del Hospital La Fe (Nº de registro: 2020-522-1).

Variables: De acuerdo con el algoritmo de asistencia en Urgencias del Protocolo (figura 2), fueron estudiadas las siguientes variables:

- i) Edad (años).
- ii) Sexo (hombre/mujer).
- iii) Zona geográfica de origen: España, Europa Este, Europa Occidental, Asia, Sudamérica y Norte África.
- iv) Tiempo de permanencia en Urgencias (minutos): desde el registro en Admisión de Urgencias y el alta.
- v) Tiempo transcurrido desde la agresión (días).
- vi) Acompañamiento por FFCCSS (sí/no).
- vii) Ofrecimiento de personación de CM24h (sí/no): servicio público gratuito de atención psicológica, jurídica y social, en el cual un/a psicólogo/a se puede presentar en el hospital o facilitársele a la víctima un teléfono de contacto.
- viii) Personación de médico forense (sí/no/no procede): El protocolo establece su obligatoriedad si la agresión se ha producido en los 7 días previos a la consulta en Urgencias.
- ix) Toma de muestras clínicas (sí/no): de la localización corporal donde se ha producido la agresión y serologías de VHB, VHC, VIH y sífilis. En caso de acceso vaginal: cultivos de Gonococia, Chlamydias y Trichomonas.
- x) Profilaxis de embarazo (sí/no/no procede): Debe administrarse a todas las mujeres que menstrúan, excepto si están utilizando métodos contraceptivos eficaces. El tratamiento

Figura 1
Diagrama de flujo de la muestra.



consiste en la administración de 1,5 mg de Levonorgestrel vía oral en dosis única si hace menos de 72h desde la agresión, o 30 mg Acetato de Ulipristal vía oral en dosis única o implantación de DIU si transcurren más de 72h pero menos de 5 días).

xi) Profilaxis de ITS (sí/no/no procede): Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis. No procede realizar esta profilaxis si no hubo penetración vaginal, anal o acceso bucal. De elección, si no hay alergias: Ceftriaxona 500 mg IM + Metronidazol 2 g vía oral + Azitromicina 1g vía oral + Tinidazol 2 g vía oral.

xii) Profilaxis post-exposición VIH (sí/no/no procede): Se recomienda en todas las circunstancias en las que hubo penetración vaginal, anal o bucal, contacto con fluidos, o desconocimiento del estado serológico negativo del agresor. Debe instaurarse en las primeras

72 horas. De elección tenofovir/emtricitabina (TDF/FTC) 300/200 mg 1 comp/día + raltegravir (RAL) 1 comp 400 mg /12 h.

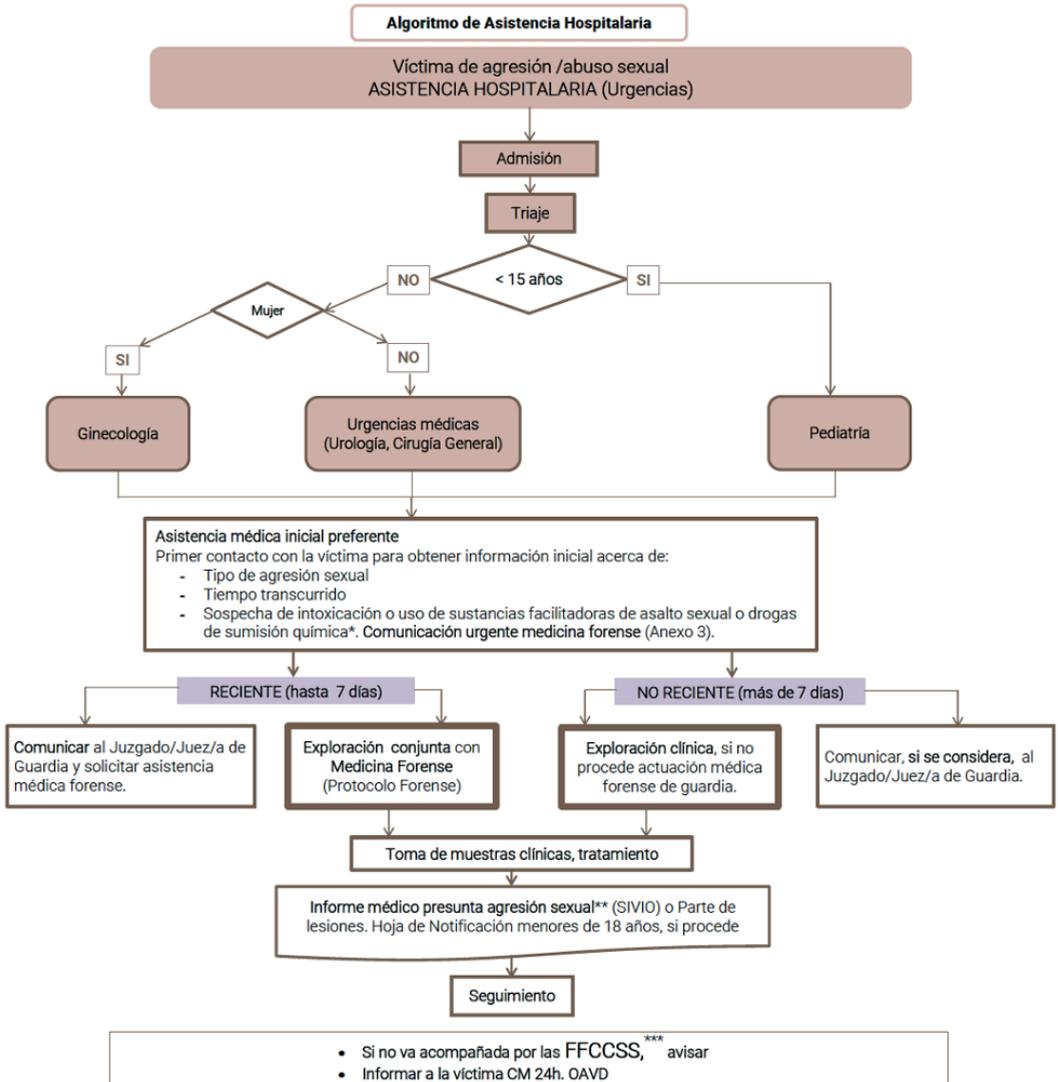
xiii) Derivación para seguimiento tras el alta (sí/no): preferentemente ambulatoria, en los centros de salud sexual y reproductiva (CSSR) o en Atención Primaria (AP). Cuando se consideró, a criterio médico, también se derivó a consultas externas de especialidad.

xiv) Realización del parte de lesiones en SIVIO (Sistema de Información para la detección y actuación frente a la violencia de género en personas adultas) (sí/no): Debe realizarse en mujeres mayores de 14 años.

xv) Tipo de agresor (Conocido, Desconocido, Múltiple).

xvi) Tipo de agresor conocido (Pareja, Expareja, Otro conocido).

Figura 2
Algoritmo de asistencia hospitalaria ante agresión sexual.



Fuente: *Protocolo de atención integral, sanitaria y judicial a víctimas de agresiones sexuales*. Reproducido con permiso⁽⁹⁾.

xvii) Agresión bajo el efecto de tóxicos (alcohol, drogas) o sospecha de uso sustancias de sumisión química (sí/no): En caso de sospecha deben tomar muestras lo antes posible para evitar su degradación. Testimonio de las víctimas refiriendo no recordar los hechos o haber consumido alcohol o drogas.

Análisis estadístico: Se utilizó el software IBM SPSS para Windows, versión 27.0.1. Todas las variables se redujeron a tamaño de la muestra y porcentaje para las variables cualitativas, media aritmética y desviación típica para las cuantitativas con distribución normal, y mediana y rango para las cuantitativas que no se ajustaron a una distribución normal (Test de Kolmogorov-Smirnoff). Para el estudio comparativo se aplicó el Test de Chi cuadrado, test de t de Student o U de Mann Whitney. Se estableció un nivel de confianza del 95% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

La edad media no mostró diferencias significativas entre los dos grupos ($26,23 \pm 11,72$ en el Grupo Pre-Protocolo y $27,81 \pm 12,07$ en el Grupo Post-protocolo, $p=0,469$). El rango de edad de las víctimas osciló entre 4 y 62 años. La distribución de la muestra mostró que la mayor prevalencia, con distribución similar en ambos grupos estuvo comprendida entre 16 y 30 años, suponiendo el 23% del total ($p=0,192$) (figura 3).

Un 63,7% de víctimas en el Grupo Pre-protocolo y un 60,4% en el Grupo Post-protocolo eran de nacionalidad española. El resto de víctimas procedían, por este orden, de Sudamérica, Europa del Este, Europa Occidental, Norte de África y Asia, con similar distribución entre los 2 grupos ($p=0,424$).

Se registró sospecha de sumisión química en 47 mujeres, sin diferencias en los Grupos Pre y

Post-protocolo (38% y 36%, respectivamente, $p=0,731$).

En todos los casos los agresores fueron hombres. El porcentaje de agresiones por un conocido fue del 46%, por un desconocido del 43,5%, en 4% fue una agresión múltiple por conocido y en 5,6% fue múltiple por desconocidos, sin diferencias significativas entre ambos grupos. Entre los casos de agresores conocidos, la mayoría (63,2%), fue distinto a la pareja, en un 8,8% una expareja, en 22,8% la pareja y un pariente en 5,3%.

El acompañamiento o la intervención por parte de las FFCCSS fue del 50% ($n=40$) en el Grupo Pre-protocolo y del 73% ($n=35$) en el Grupo Post-protocolo ($p=0,001$). La intervención médico-forense supuso un 76% ($n=61$) en el Grupo Pre-protocolo, y 89,6% ($n=43$) en el Grupo Post-protocolo ($p=0,037$). En este estudio no se constató que se ofreciera la intervención del CM24h antes de la implementación del Protocolo y a partir de ésta solo en un 12,5% ($p=0,002$) (tabla 1).

La toma de muestras clínicas fue significativamente superior en el Grupo Post-protocolo (91,7%; $n=44$) comparado con el Grupo Pre-protocolo (75%; $n=60$), ($p=0,014$), siendo la variable con mayor cumplimiento según las directrices del Protocolo. Las profilaxis de embarazo y de ITS, cuando procedió, fueron significativamente superiores en el Grupo Post-protocolo. La profilaxis post-exposición de VIH también fue significativamente superior en el Grupo Post-protocolo, con un grado de cumplimiento del 100% en aquellos casos en los que procedía (tabla 1).

La derivación para seguimiento tras el alta se realizó correctamente en el 77,3% ($n=61$) del Grupo Pre-protocolo y en el 93,8% ($n=45$) del Grupo Post-protocolo ($p=0,011$).

Figura 3
Distribución de la muestra según rango edad y grupo de estudio.

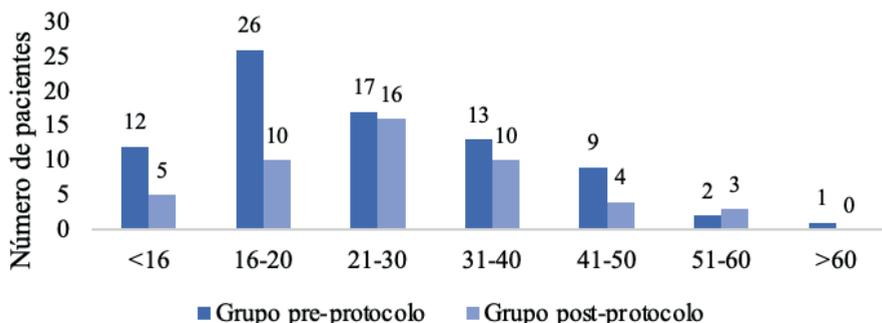


Tabla 1
Análisis de las variables de los órganos competentes jurídicos, policiales y de apoyo a las víctimas, de la asistencia y del seguimiento sanitario.

Muestra global		Pre-protocolo (n=80)	Post-protocolo (n=48)	p
Acompañamiento FFCCSS n (%)	Si	40 (50%)	35 (73%)	0,016
	No	40 (50%)	13 (27%)	
Médico forense n (%)	Si	61 (76%)	43 (89,6%)	0,037
	No	18 (22,5%)	3 (6,6%)	
	No procede	1 (1,3%)	2 (4,2%)	
CM24h n (%)	Si	0 (0%)	6 (12,5%)	0,002
	No	80 (100%)	42 (87,5%)	
Derivación CSSR o AP n (%)	Si	61 (77,3%)	45 (93,8%)	0,011
	No	19 (23,8%)	3 (6,3%)	
SIVIO n (%)	Si	11 (13,8%)	21 (43,8%)	0,0001
	No	14 (17,5%)	0 (0%)	
	Parte lesiones	51 (63,7%)	26 (54,2%)	
	No consta	4 (5%)	0 (0%)	
Toma de muestras clínicas n (%)	Si	60 (75%)	44 (91,7%)	0,014
	No	20 (25%)	3 (6,3%)	
	No procede	0 (0%)	1 (2,1%)	
Profilaxis de embarazo n (%)	Si	40 (50%)	36 (75%)	0,0001
	No	26 (32,5%)	0 (0%)	
	No procede	14 (17,5%)	12 (25%)	
Profilaxis ITS n (%)	Si	66 (82,5%)	42 (87,5%)	0,007
	No	11 (13,8%)	0 (0%)	
	No procede	3 (3,8%)	6 (12,5%)	
Profilaxis VIH n (%)	Si	30 (37,5%)	37 (77,1%)	0,0001
	No	46 (57,5%)	1 (2,1%)	
	No procede	4 (5%)	10 (20,8%)	

FFCCSS: Fuerzas y cuerpos de seguridad; CM24h: Centro Mujer 24 horas; ITS: Infecciones de transmisión sexual; VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana; CSSR: Centro de salud sexual y reproductiva; AP: Atención Primaria; Test Chi cuadrado.

La cumplimentación del informe en SIVIO también fue significativamente mayor en el Grupo Post-protocolo, en el que, además, se cumplimentó un parte de lesiones en todas las víctimas (tabla 1).

El tiempo de permanencia en el servicio de Urgencias fue como media de 4 horas en los dos grupos, sin diferencias significativas ($p=0,175$). En ambos grupos y en la mayoría de los casos (96,2% en el Grupo Pre-protocolo y 91,7% en el Grupo Post-protocolo), la agresión sexual se produjo en la semana previa a la asistencia sanitaria en Urgencias (tabla 2).

Se realizó un sub-análisis de las 109 mujeres de edad igual o mayor a 16 años atendidas en Urgencias Ginecológicas, 66 en el Grupo

Pre-protocolo y 43 en el Grupo Post-protocolo. No hubo diferencias en la edad media de las mujeres entre los Grupos Pre-protocolo ($28,6 \pm 1,3$ años) y Post-protocolo ($29,9 \pm 10,7$) ($p=0,632$).

En todas las variables estudiadas se observaron diferencias significativas entre ambos grupos de forma similar a las observadas en la muestra global. Se calcularon los incrementos positivos o negativos entre los dos grupos, destacando la profilaxis de VIH, la cumplimentación del parte SIVIO, la personación de las FFCCSS y la profilaxis de embarazo como aquellas variables con mayor impacto del Protocolo (tabla 3).

No obstante, en el periodo analizado la implantación del Protocolo no disminuyó el tiempo

Tabla 2				
Análisis de los tiempos de permanencia en urgencias y desde la agresión en la muestra total y en mujeres mayores de 16 años.				
Muestra global		Pre-protocolo (n=80)	Post-protocolo (n=48)	p
Tiempo urgencias (minutos) Media \pm DT		224 \pm 120	253 \pm 114	0,175 ^(*)
Tiempo desde agresión (días) Mediana (Rango)		0 (0-150)	0 (0-240)	0,659 ^(**)
Tiempo desde agresión (días) n (%)	<7 días	76 (96,2%)	44 (91,7%)	0,462 ^(***)
	>7 días	3 (3,8%)	4 (8,3%)	
Mujeres mayores de 16 años		Pre-protocolo (n=66)	Post-protocolo (n=43)	p
Tiempo urgencias (minutos) Media \pm DT		234 \pm 122	264 \pm 113	0,236 ^(*)
Tiempo desde agresión (días) Mediana (Rango)		0 (0-150)	0,5 (0-240)	0,784 ^(**)
Tiempo desde agresión (días) n (%)	<7 días	65 (99%)	40 (93%)	0,331 ^(***)
	>7 días	1 (1%)	3 (7%)	
DT: desviación típica; (*) Test T Student; (**) Test U Mann-Whitney; (***) Test Chi cuadrado.				

Tabla 3
Análisis de variables de las distintas competencias de mujeres mayores de 16 años.

Mujeres mayores de 16 años		Pre-protocolo (n=66)	Post-protocolo (n=43)	p	Δ
Acompañamiento FFCCSS n (%)	Sí	32 (48,5%)	32 (74,4%)	0,007	↑ 25,9%
Médico forense n (%)	Sí	52 (78,8%)	40 (93%)	0,030	↑ 14,2%
Toma de muestras clínicas n (%)	Sí	53 (80,3%)	41 (95,3%)	0,026	↑ 15%
Profilaxis de embarazo n (%)	Sí	36 (54,5%)	35 (81,4%)	0,0001	↑ 26,9%
Profilaxis ITS n (%)	Sí	58 (87,9%)	40 (93%)	0,034	↑ 5,1%
Profilaxis VIH n (%)	Sí	28 (43,4%)	36 (83,7%)	0,0001	↑ 40,3%
Derivación CSSR o AP n (%)	Sí	51 (77,3%)	41 (95,3%)	0,011	↑ 18%
SIVIO n (%)	Sí	11 (16,7%)	20 (46,5%)	0,001	↑ 29,8%
	Parte lesiones	41 (62,1%)	23 (53,5%)	-	↓ -8,6%

FFCCSS: Fuerzas y Cuerpos de Seguridad; ITS: infecciones de transmisión sexual; VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana; SIVIO: Sistema de Información de Violencia de Género; CSSR: Centro de Salud Sexual y Reproductiva; AP: Atención primaria; Δ = incremento porcentual post vs pre; Test Chi cuadrado.

de atención en Urgencias. El 60,6% (n=40) en el Grupo Pre-protocolo y el 51,2% (n=22) en el Grupo Post-Protocolo acudieron a Urgencias en las primeras 24 horas tras la agresión (p=0,331). Tampoco se evidenciaron diferencias significativas en las medianas del tiempo transcurrido desde la agresión a su atención en urgencias, que fue menor de 7 días en 99% en el Grupo Pre-protocolo y en 93% del Grupo Post-protocolo (tabla 2).

DISCUSIÓN

Los Servicios de Urgencias de los Hospitales suelen ser el primer lugar al que recurren las víctimas de agresiones sexuales en busca de ayuda profesional, por lo que es necesario proporcionar recursos y formación que amparen y faciliten el apoyo a las víctimas. La estrategia de abordaje de las autoridades sanitarias debe

reforzar el sistema de salud, prestando a los servicios y profesionales de la salud la capacidad de respuesta adecuada, creando protocolos que permitan una atención de calidad, así como la evaluación de su efectividad y cumplimiento.

Esta investigación ha evaluado la implantación del Protocolo de Atención Integral, Sanitaria y Judicial a víctimas de agresiones sexuales de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública⁽⁹⁾ en Urgencias del Hospital La Fe. El análisis consideró distintas variables para mejorar la atención integral de las víctimas, desde aspectos relacionados con la asistencia sanitaria y psicológica urgente, a aspectos de atención judicial o social. Al tratarse de un estudio retrospectivo, algunas de las variables analizadas pueden no haberse registrado en los informes.

Se ha constatado que la implantación del Protocolo ha supuesto una mejora evidente de la calidad asistencial que se ha traducido en un incremento del cumplimiento de los principales indicadores analizados. La instauración de profilaxis VIH y de embarazo, la personación de las FFCCSS y la cumplimentación del parte en SIVIO han sido las medidas que han supuesto un mayor aumento.

La administración de profilaxis post-exposición al VIH ha sido la variable que ha experimentado mayor incremento. Según indica el Protocolo, basado en las recomendaciones del Instituto de SIDA del Departamento de Salud de Nueva York⁽¹⁰⁾, se debe administrar siempre que se cumpla una circunstancia de riesgo, en las primeras 72 horas prolongándose el tratamiento hasta 28 días, con controles y seguimiento en las primeras 72 horas y posteriormente cada dos semanas. Son consideradas situaciones de riesgo aquellas donde hubo coito vaginal, anal sin protección o con defecto de ésta, contacto directo con fluidos o sangre, si además hubo pérdida de integridad de la piel o mucosas, víctima de sexo oral con eyaculación, o uso de sumisión y amnesia de los hechos; también las agresiones múltiples o las producidas por agresores con riesgo aumentado de padecer VIH^(11,12). Grossin et al, en un estudio en el que se analizaron 428 agresiones sexuales, observaron una importante incidencia de trauma anogenital, siendo el factor de mayor riesgo de transmisión sexual del VIH (20%-85%)⁽¹³⁾.

La profilaxis de ITS, con un alto porcentaje de cumplimiento, tanto antes como después del protocolo, incluyó en su diagnóstico y tratamiento preventivo aquellas más prevalentes: *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* y *Trichomonas vaginalis*, el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH), el virus de la hepatitis B (VHB) y la sífilis. Hernández Raga *et al* concluyen que las víctimas de

agresiones sexuales tienen un alto riesgo de contraer estas ITS⁽¹¹⁾ y, de acuerdo con lo establecido en las guías de tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (2015) de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), se debe hacer diagnóstico, tratamiento y seguimiento de estas las patologías⁽¹⁴⁾.

Se constató un incremento mayor del 25% en la profilaxis de embarazo en el Grupo Post-protocolo. La pauta utilizada fue la recomendada en la *Guía de Anticoncepción de Urgencia* de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)⁽¹⁵⁾. De acuerdo con la legislación vigente, la mujer puede recurrir a métodos de interrupción del embarazo si este aconteciera (ILE art. 14)⁽¹⁶⁾.

El Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género⁽¹⁷⁾, así como el Protocolo del presente estudio⁽⁹⁾, recomiendan que la exploración se realice conjuntamente con el forense, en un solo acto, para evitar duplicar las actuaciones. En el Protocolo, se establecen algoritmos en función del tiempo transcurrido desde la agresión: hasta 7 días se debe comunicar al Juzgado de Guardia y solicitar la personación tanto de las FFCCSS (si no la acompañan al hospital), como del médico forense para esclarecer los aspectos de investigación de la agresión y facilitar a la víctima la denuncia. En cambio, si el tiempo desde la agresión es superior a 7 días, no es necesario avisarlos inicialmente, aunque sí la remisión de un parte de lesiones. La intervención de las FFCCSS y del forense han aumentado tras la instauración del Protocolo.

El parte de lesiones se debe realizar en todos los casos, independientemente del deseo de la víctima de formalizar una denuncia de la agresión, y remitirse al Juzgado de Guardia a la mayor brevedad⁽⁹⁾. Dicho parte, en mujeres mayores de 14 años, debe cumplimentarse en

la aplicación SIVIO (Sistema de Información para la detección y actuación frente a la violencia de género) como informe médico de presunta agresión sexual. A partir de la aplicación del protocolo, el trámite a través de SIVIO ha aumentado un 30%, disminuyendo el uso de otros modelos de parte de lesiones.

Para garantizar una atención integral de su salud se precisa un seguimiento adecuado^(14,18), a través de los equipos de AP, salud mental y/o trabajo social, garantizando que se cubra la atención sanitaria, social y jurídica⁽¹⁹⁾. La derivación para el posterior seguimiento, control del tratamiento y resultados de las muestras se cumplió en casi la totalidad de las intervenciones (95,3%).

El protocolo introdujo que se debía informar a las víctimas de los recursos del CM24h y de la Oficina de Asistencia a Víctimas del Delito (OAVD), ofreciendo apoyo psicológico, jurídico y social. Pese a la implantación del protocolo, este servicio únicamente se ofreció en 6 casos, considerándose un aspecto de mejora ya que las consecuencias psicológicas son una de las repercusiones más graves de las agresiones sexuales. Young-Wolff *et al*⁽²⁰⁾ estudiaron a 1.350 pacientes adultas observando que la utilización de los servicios médicos por problemas físicos o psiquiátricos en los 12 meses posteriores a la agresión es superior en las víctimas de agresiones sexuales. Short *et al*⁽²¹⁾, en un estudio reciente concluyen que, tras el seguimiento de 706 víctimas atendidas en 12 centros de Estados Unidos, mediante entrevista en las 6 semanas posteriores a la agresión, 76% presentaban estrés postraumático, depresión o ansiedad, y 63% tenían dolor.

La atención de las víctimas en urgencias debe realizarse de forma preferente, procurando

el menor tiempo de espera, siempre desde una actitud comprensiva, ofreciéndole intimidad y confidencialidad⁽⁹⁾. El tiempo de permanencia en Urgencias no se ha visto disminuido con la implantación del protocolo.

Aunque se han establecido protocolos de actuación en otras comunidades autónomas de España, existen diferencias entre ellos y ninguno aborda la atención integral a las víctimas como el de la Comunidad Valenciana^(22,23,24,25,26). A nuestro conocimiento, no existen publicaciones que evalúen el grado de cumplimiento de los protocolos ni las mejoras en la calidad de la asistencia a las víctimas en nuestro país. Gilles *et al*⁽²⁷⁾ observaron un incremento del 10% al 90% en el cumplimiento de las medidas sanitarias tras la implantación de un protocolo y la realización de sesiones formativas a los profesionales de un hospital de Bruselas, en un estudio de diseño similar al nuestro, que incluyó a 362 víctimas. No obstante, los autores señalan que el manejo óptimo incluye también medidas de apoyo social, psicológico y legal, que no fueron evaluadas.

En conclusión, este protocolo responde a todas las recomendaciones de la OMS en la *Guía de Práctica clínica*⁽³⁾, así como las propuestas por el *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género*⁽¹⁷⁾. Aunque su implantación ha supuesto una mejora evidente de la calidad asistencial en Urgencias, con incremento significativo del cumplimiento de los principales indicadores considerados, es necesario que se reduzca el tiempo de atención y haya mayor coordinación entre todas las instituciones implicadas, mediante la cumplimentación del informe en SIVIO y la derivación a los recursos especializados con el fin de mejorar el seguimiento y prevenir secuelas a largo plazo, evaluándose periódicamente los resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE Num. 281 de 24 de noviembre de 1995.
2. Linden JA. Clinical practice. Care of the adult patient after sexual assault. *N Engl J Med.* 2011;365(9):834.
3. Resumen: Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas. Washington, DC: OPS, 2014. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7705/WHORHR13_10_esp.pdf?ua=1
4. Vrees RA. Evaluation and Management of Female Victims of Sexual Assault. *Obstet Gynecol Surv.* 2017;72(1):39
5. Violence against women: an EU-wide survey. Main results report. 2014. Disponible en: https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2014-vaw-survey-main-results-apr14_en.pdf
6. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de publicaciones. Macroencuesta de violencia contra la mujer, 2019. Disponible en: https://observatorio-violencia.org/wp-content/uploads/Macroencuesta2019_Estudio_completo.pdf
7. Boletín estadístico anual 2018. Violencia de género. Disponible en: https://observatorioviolencia.org/wp-content/uploads/B_E_Anuar_2018.pdf
8. Informe sobre delitos contra la indemnidad y libertad sexual en España. 2018. Ministerior del interior. Disponible en: <http://www.interior.gob.es/documents/10180/8736571/INFORME+DELITOS+CONTRA+LA+LIBERTAD+E+INDEMNIDAD+SEXUAL+2018.pdf/72779215-38b4-4bb3-bb45-d03029739f5c>
9. Protocolo de atención integral, sanitaria y judicial a víctimas de agresiones sexuales. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública / Ed. 2019. Disponible en: <http://www.san.gva.es/documents/7260336/7286608/Protocolo+de+Atención+integral+v%C3%ADctimas+de+agresiones+sexuales+2019.pdf>
10. New York State Department of Health AIDS Institute. HIV Prophylaxis Following Non-Occupational Exposure Including Sexual Assault New York, NY: New York State Department of Health AIDS Institute; 2014. Disponible en: <https://www.hivguidelines.org/pep-for-hiv-prevention/aftersexual-assault/>
11. Dominguez KL, Smith DK, Vasavi T, Crepez N, Lang KS, Heneine W *et al.* Updated guidelines for antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection drug use, or other nonoccupational exposure to HIV — United States, 2016. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/programresources/cdc-hiv-npep-guidelines.pdf>.
12. Hernández Ragpa L, Valladolid Urdangaray A, Ferrero Benítez OL, Díez Sáez C. Infecciones de transmisión sexual en el contexto de una agresión sexual. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2019;37(3):187–194. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2529993X18302880>
13. Grossin C, Sibille I, Lorin de la Grandmaison G, Banas A, Brion F *et al* Analysis of 418 cases of sexual assault. *Forensic Sci Int.* 2003;131:2-3.
14. Workowski KA, Bolan GA. *MMWR Recomm Rep.* 2015 Jun 5;64(RR-03):1-137
15. Anticoncepción de Urgencia. Guía de Asistencia Práctica de la SEGO, 2013. Disponible en: http://hosting.sec.es/descargas/PS_Anticoncepcion_de_urgencia.pdf
16. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. «BOE» núm. 55, de 4 de marzo de 2010, páginas 21001 a 21014. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2010/03/03/2>
17. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <https://violencia>

genero.igualdad.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf

18. Ruiz Perez I, Plazaola J. Intimate partner violence and mental health consequences in women attending family practice in Spain. *J Psychomatic Medicine*, 2005; 67:791-797.

19. Price M, Davidson TM, Ruggiero KJ, Acierno R, Resnick H. Predictors of Using Mental Health Services After Sexual Assault. *J Trauma Stress*. 2014 Jun; 27(3): 331-337.

20. Young-Wolff KC, Sarovar V, Klebaner D, Chi F, McCaw B. Changes in Psychiatric and Medical Conditions and Health Care Utilization Following a Diagnosis of Sexual Assault: A Retrospective Cohort Study. *Med Care*. 2018 Aug;56(8):649-657.

21. Short NA, Lechner M, McLean BS, Tungate AS, Black J, Buchanan JA, Reese R, Ho JD, Reed GD, Platt MA, Riviello RJ, Rossi CH, Nouhan PP, Phillips CA, Martin SL, Liberzon I, Rauch SAM, Bollen KA, Kessler RC, McLean SA. Health care utilization by women sexual assault survivors after emergency care: Results of a multisite prospective study. *Depress Anxiety*. 2021 Jan;38(1):67-78. doi: 10.1002/da.23102. Epub 2020 Oct 8. PMID: 33032388; PMCID: PMC7785610.

22. Protocolo de coordinación interinstitucional para la prevención de la violencia de género y atención a las víctimas

en Aragón, 2018. Disponible en: https://www.aragon.es/documents/20127/674325/protocolo_v5_def.pdf/faf60b97-c1a7-d760-78dc-ba7dd0326566

23. Protocolo de Atención Sanitaria a víctimas de agresiones sexuales/abusos sexuales. Gobierno de Cantabria, 2017. Disponible en: <https://saludcantabria.es/uploads/PROTOCOLO%20AGRESIONES%20SEXUALES%20CANTABRIA%202017.pdf>

24. Protocolo de actuación y coordinación sanitaria en agresiones sexuales, 2020. Junta de Andalucía. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/AGRESIONES_SEXUALES_2020_Protocolo_de_actuacion_y_coordinacion_sanitaria_en_agresiones_sexuales.pdf

25. Protocolo contra la violencia sexual del Principado de Asturias, 2018. Disponible en: <https://iam.asturias.es/documents/269132/273392/PROTOCOLO-CONTRA-LA-VIOLENCIA-SEXUAL-PRINCIPADO-DE-ASTURIAS-2018.pdf>

26. Gilles C, Manigart Y, Rousseau C, Libois A, Gennotte AF, Rozenberg S. Implementation of a protocol and staff educational sessions improves the care of survivors of sexual assault. *Maturitas*. 2019 Jun;124:39-42. doi: 10.1016/j.maturitas.2019.03.004. Epub 2019 Mar 7. PMID: 31097177.