

La práctica enfermera frente a las agresiones sexuales

DOLORS RODRÍGUEZ MARTÍN: Enfermera y antropóloga. Profesora del Departamento de Enfermería Fundamental y Médico-Quirúrgica de la Universidad de Barcelona. Miembro de la Comisión de Violencia Intrafamiliar y de Género del Hospital Clínic de Barcelona.

TERESA ECHEVERRÍA VALLEJO: Enfermera. Coordinadora de Urgencias del Hospital Clínic de Barcelona. Miembro de la Comisión de Violencia Intrafamiliar y de Género del Hospital Clínic de Barcelona.

AURORA MENJÓN BELTRÁN: Enfermera asistencial de Urgencias. Hospital Clínic de Barcelona. Miembro de la Comisión de Violencia Intrafamiliar y de Género del Hospital Clínic de Barcelona.

SAGRARIO RODRÍGUEZ VICENTE, NEUS COLAS LOMBARDIA, MARGARITA ECHARTÉ: Enfermeras asistenciales de Urgencias del Hospital Clínic de Barcelona. Correo e.: dolorsrodriguezmart@ub.edu

Resumen

La violencia de género es un problema de gran magnitud, tanto por su frecuencia como por sus graves consecuencias para la salud de las mujeres, y constituye un importante problema de salud pública. Las agresiones sexuales son una de las múltiples formas que adopta la violencia de género. El personal de enfermería tiene un papel central en la atención de los casos de agresiones sexuales agudas.

El objetivo del presente artículo es presentar el papel del equipo de enfermería en las agresiones sexuales agudas. Para ello, se realiza toda una serie de recomendaciones tanto desde el rol autónomo como desde el rol de colaboración de enfermería.

El gran interés de este artículo radica en que, una vez leído, enfermería, sea del ámbito asistencial que sea, sepa qué hacer y qué no hacer ante un caso de agresión sexual aguda.

PALABRAS CLAVE: VIOLENCIA DE GÉNERO, AGRESIONES SEXUALES, VIOLACIÓN, CUIDADOS DE ENFERMERÍA, SERVICIO DE URGENCIAS.

NURSE PRACTICE AGAINST SEXUAL ASSAULT

Summary

Gender violence is a serious problem as well as its frequency and its serious consequences for women health. This fact contributes to a huge public health problem. Gender violence takes on different ways; being sexual assaults is one of these. Nursing staff plays a central role in addressing cases of acute sexual assault.

The aim of this article is to present the role of nursing staff in acute sexual assault. Thus, a number of recommendations are made both from nursing's autonomous role as nursing's collaboration role.

The most interesting issue of this article is the can be used as a guide for nursing staff about what to do in sexual assault cases.

KEYWORDS: GENDER VIOLENCE, SEXUAL ASSAULT, RAPE, NURSING CARE, EMERGENCY HEALTH SERVICES.

Introducción

La violencia de género es un problema de gran magnitud, tanto por su frecuencia como por sus graves consecuencias para la salud de las mujeres. Son violencias ejercidas en multitud de expresiones y formas contra las mujeres/niñas. Violencias estructurales e históricas como resultado de la desigualdad, la subordinación y las relaciones asimétricas de poder de los hombres sobre las mujeres.

Una de cada tres mujeres en el mundo ha sufrido violencia, ha sido golpeada, forzada a mantener relaciones sexuales o maltratada de alguna otra manera en el transcurso de su vida [1]. La violencia de género es una realidad social persistente, un problema severo de salud pública, y constituye una violación intolerable de los derechos humanos [2, 3].

Una de las múltiples formas que adopta la violencia de género es la violencia sexual (VS), en la que están presentes todos los mecanismos de poder y desigualdad hacia las mujeres. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la VS como «todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo» [2]. La VS es un delito grave que atenta contra la integridad física y psicológica del ser humano, así como contra su libertad sexual y dignidad, el cual repercute hondamente tanto en la salud física y mental de las mu-



jerres que son o han sido víctimas [4, 5]. La VS es una de las prácticas más habituales de violencia de género [4, 6], siendo ejercida mayoritariamente por hombres [4] y siendo las mujeres sus víctimas principales [4, 6]. No se trata, tal y como apunta Alberdi [6], «de la expresión agresiva de la sexualidad, sino de la expresión sexual de la agresión masculina» utilizada e instrumentalizada como mecanismo para reforzar la desigualdad de poder entre hombres y mujeres [6]. La VS abarca multitud de manifestaciones [4, 6] incluyendo las agresiones sexuales (AS), abusos, mutilaciones genitales femeninas, matrimonios forzados, trata de mujeres, violaciones como arma de guerra, etc. De entre las múltiples manifestaciones de VS, destacan las AS efectuadas dentro de las relaciones afectivas y las efectuadas por personas desconocidas.

Según la OMS [4], en algunos países la VS por parte de la pareja afecta a una de cada cuatro mujeres y hasta un tercio de las niñas han sufrido una iniciación sexual forzada. En cuanto a la prevalencia de la VS dentro de la pareja [7], se estima que varía entre un 6 % en Japón y un 59 % en Etiopía, llegando a tasas del 10 % al 50 % en la mayoría de países. En cuanto a las mujeres mayores de 15 años, entre un 0.3 % y un 12 % manifestaron haber sido forzadas a tener relaciones sexuales con personas que no eran su pareja [7]. Según datos del Instituto de la Mujer, en España, en 2007, se tramitaron alrededor de 7000 denuncias por delitos conocidos de abuso, acoso y AS [8].

Las repercusiones de las AS sobre la salud de las mujeres pueden ser a nivel conductual, social y de salud men-

tal [9-13]. Las mujeres/niñas, que constituyen la gran mayoría de las víctimas, soportan las mayores consecuencias tanto traumáticas como de patologías derivadas de este tipo de violencia [9]. Si bien también las AS afectan a los hombres, se constata que las mujeres/niñas resultarán, además, más vulnerables como consecuencia de las repercusiones en la salud sexual y reproductiva, como son embarazos no deseados y abortos en condiciones no seguras [14]. Además, tanto la mujer como el hombre agredido sexualmente están expuestos al riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH [14].

En cuanto a la salud mental, el trastorno de estrés post-traumático (TEPT) está presente y con mayor gravedad que en aquellas personas que han experimentado otros sucesos traumáticos, siendo el síntoma de reexperimentación especialmente elevado [15]. Se estima que entre un 50-60 %, de las personas que han padecido una AS presentan un TEPT [16, 17], mostrando, entre otras variables psicopatológicas, ansiedad, depresión e inadaptación global a la vida cotidiana (evitación de lugares, situaciones, estímulos, etc.) [15]. La ansiedad es uno de los rasgos más acentuados en las personas que han sufrido AS, estando al mismo nivel que las personas que han sufrido un ataque terrorista y por encima de las que han padecido un accidente de tráfico o enfermedad grave [15].

Además de las repercusiones directas sobre la salud, la complejidad y trascendencia penal de la AS justifica/explica que la atención de la persona que la ha sufrido deba realizarse con un equipo multidisciplinar para poder asegurar una atención integral que contemple todos los aspectos (tanto clínicos-psicológicos como sociales y judiciales). Las recomendaciones apuntan a un equipo coordinado formado por profesionales de enfermería, ginecología, cirugía (en hombres), psiquiatría, infectología y otras especialidades médicas según el carácter de las lesiones. También por profesionales del trabajo social, medicina forense y cuerpos policiales.

Aun así, la presencia de estos equipos no se da en todos los ámbitos asistenciales donde enfermería atiende a las personas que han sufrido una AS.

El objetivo de este artículo es presentar el papel del equipo de enfermería en las AS agudas, que son aquellas producidas hace pocas horas o días, ya sean efectuadas por desconocidos o no [18].

Las intervenciones aquí descritas no pretenden, en ningún caso, sustituir las extensas y completas guías y protocolos que existen en los diferentes centros y territorios, sino que pretenden dar información clara y concisa de cuál es la aportación enfermera en la atención de AS agudas. La importancia de las guías y protocolos asistenciales será la de garantizar la calidad de la actuación, y por ello es necesario que los centros asistenciales dispongan de ellas.

Las recomendaciones que se presentan pretenden proporcionar un acercamiento a la atención de AS agudas y ver el rol que enfermería desempeña en su atención. Se podrá observar que existen intervenciones que no son de la competencia del rol autónomo de enfermería, pero que se han de conocer y que formarán parte del rol de colaboración, como son las diferentes exploraciones/valoraciones que se efectuarán.

Nuestro gran interés es que, una vez leído este artículo, los profesionales de enfermería, sean del ámbito asistencial que sean, sepan qué hacer y qué no hacer ante un caso de AS aguda.

Atención sanitaria frente las agresiones sexuales

El sector de la salud juega un papel fundamental tanto en la prevención como en la atención [7] de las AS, motivo por el cual el profesional enfermero se encuentra implicado en todo el proceso de atención.

La atención integral a las personas víctimas de AS está bien definida en la literatura existente [19-21] tanto nacional como internacional y en los diferentes organismos de salud.

En todo el proceso de atención, la prioridad del equipo de salud se centra en la mujer, en intervenir y frenar el proceso postraumático, en velar por la seguridad físico-psíquica de la mujer y de su entorno. Para lograr una atención integral y holística, se tendrán en cuenta, una vez pasada la fase de intervención inicial, tanto los recursos asistenciales necesarios como los recursos de continuidad en la comunidad. [4, 18, 19, 22].

La asistencia sanitaria ha de garantizar que la mujer atendida se sienta comprendida, no juzgada, apoyada por el profesional sanitario en general y por el de enfermería en particular, y segura tanto con respecto a los cuidados como en su integridad y dignidad personal [19]. Con este fin, es necesario que durante todo el proceso que la mujer emprende tras una AS no se produzca la denominada «victimización secundaria» o «revictimización». Que esta no se produzca es responsabilidad de los y las profesionales que realizan la asistencia, ya que puede darse en la interacción de la persona con la institución sanitaria y los y las profesionales sanitarios. Como ejemplos de situaciones que generan «victimización secundaria» se encuentran: el juzgar o poner en tela de juicio el relato de la mujer; interpretaciones y opiniones sobre la AS y el relato; exploraciones e interrogatorios reiterados sobre los mismos hechos; etc. Estas situaciones, muestran una formación inadecuada en la atención de las AS por parte de los y las profesionales [22]. Ello hace que la «victimización secundaria» favorezca el mantenimiento del cuadro de TEPT.

Especialidad internacional en enfermería forense para atender las agresiones sexuales

En algunos países anglosajones, como Estados Unidos y

Canadá, existe la figura de la *sexual assault nurse examiner* (SANE) [19, 20, 23, 24]. La SANE es una especialidad dentro de la enfermería forense que no existe en nuestro país. Sus atribuciones son de práctica clínica avanzada, pero además en la especialidad forense. Por ello están acreditadas para explorar, valorar y recoger muestras periciales en los casos de AS.

En nuestro contexto, al no existir enfermeras españolas con el perfil forense de la SANE, son las enfermeras asistenciales las que realizan las intervenciones de las AS agudas, realizando la acogida y la valoración emocional inicial y de continuidad, proporcionando cuidados, administrando el tratamiento pautado, coordinando la intervención, velando por el cumplimiento de los protocolos y guías de actuación, efectuando consejos de salud, etc.

En España no hay artículos sobre las intervenciones que realiza enfermería en las AS, aunque sí existe el interés en que la asistencia garantice la recuperación de las mujeres que son víctimas, y muestra de ello es la multitud de protocolos y guías de actuación editadas por las diferentes comunidades autónomas (CC. AA.) y por los hospitales [18, 23, 25-29]. En general, estos protocolos son coincidentes respecto a las AS y remarcan la necesidad de respuesta inmediata, de la cobertura de aspectos legales, de los tratamientos preventivos, del apoyo psiquiátrico/psicológico, de los comportamientos saludables de los y las profesionales para evitar la «revictimización», del trabajo coordinado e interdisciplinar, así como de la realización de seguimientos [25-27].

A pesar de no ser una situación ideal, debido a la complejidad del proceso asistencial que implica la atención de AS y de la inexistencia de una figura de SANE, toda enfermera que interviene en una AS puede realizar su labor de manera adecuada si dispone de una buena formación sobre el tema, así como de conocimientos sobre los protocolos y guías de actuación AS.

La formación adecuada sobre el fenómeno ha de contemplar los aspectos concernientes a la interpretación filosófica y social de la AS en el contexto de desigualdad de género y de sociedad patriarcal. Estos conocimientos favorecerán el proceso de restauración de la mujer víctima, al contextualizar el porqué del delito, lo que la ayudará a reconducir su sentimiento de culpabilidad [6, 12, 30].

Además, la atención AS por parte del profesional enfermero, ha de contemplar toda una serie de elementos y aspectos que no son los puramente sanitarios, como son los conocimientos sobre aspectos médico-legales implicados en el delito de AS. Por lo tanto, las intervenciones en los casos de AS también suponen un cariz jurídico-policia, implicando el conocimiento preciso de requisitos legales tales como: el tipo de anamnesis, exploraciones, pruebas diagnósticas y contenido que han de tener los documentos generados en la asistencia (Historia Clínica-HC, mapa anatómico, etc.).

Contemplar todos estos elementos (sociológicos, clínicos, sociales, de seguridad, de recuperación, de seguimiento, de análisis y de evaluación de protocolos) hace que la asistencia AS sea una tarea compleja, que requiere una enfermera asistencial bien formada y entrenada.

Intervención enfermera ante los casos de agresión sexual aguda

Aspectos previos a la intervención [18-20, 23, 24, 28, 29]
Toda intervención de AS por parte de enfermería ha de tener en cuenta una serie de cuestiones de vital importancia para asegurar una buena praxis y una calidad asistencial óptima, y evitar la «victimización secundaria» en la mujer atendida. Para una atención de calidad, enfermería ha de poseer habilidades, actitudes y conocimientos adecuados con respecto al fenómeno de las AS.

La asistencia sanitaria ha de garantizar que la mujer atendida se sienta comprendida, no juzgada, y apoyada por el profesional sanitario

Los aspectos que tener en cuenta son:

- Formación sobre violencia de género y AS: formación que garantizará que enfermería conozca el fenómeno y sus implicaciones en la salud bio-psicosocial de la mujer.
- Conocimientos sobre el circuito asistencial:
 - Si la mujer acude a un centro de atención primaria, consultorio, hospital, etc., se ha de saber a qué centro de referencia derivarla (si está hemodinámicamente estable), para garantizar una atención holística.
 - Si la mujer acude a un centro de referencia en la atención AS, deben conocerse los protocolos y circuitos asistenciales.
 - En cualquier caso, los documentos editados por los organismos competentes en materia de salud de las CC. AA. servirán de referentes y como guías de actuación para enfermería.
- Lugar adecuado para realizar la intervención que respete la privacidad, comodidad, seguridad y confidencialidad de la mujer.
- Actitud durante la intervención:
 - Realizar la entrevista a solas, sin acompañantes o familiares, y de manera empática.
 - Crear un ambiente distendido y de confianza.
 - No dudar del relato y no perturbar el ritmo del mismo, así como las decisiones que la mujer adopte.
 - Respetar, escuchar y dar apoyo serán los primeros pasos para iniciar una recuperación terapéutica adecuada.

–Saber reconocer los sentimientos y emociones que le ha ocasionado la agresión: miedo, confusión, culpa, inseguridad, etc.

–Transmitir a la mujer que una AS es un delito y que, por lo tanto, no ha sido culpa de ella.

–Ante cualquier cuestión relacionada con las convicciones de carácter moral o con afectación emocional de la enfermera que ha de realizar la asistencia, la recomendación es que la atención la realice otra enfermera del equipo.

- Evitar que la mujer permanezca sola: la mujer ha de estar acompañada y sentirse en un entorno seguro. Enfermería realizará este acompañamiento (evitando ausencias prolongadas), pero también favorecerá el acompañamiento de familiares o amistades si la mujer así lo desea.

- Explicación del proceso que se seguirá y de los profesionales que intervendrán, y obtención del consentimiento informado: se informará sobre el proceso clínico que se llevará a cabo y sobre las repercusiones posibles a nivel legal de las diferentes actuaciones. Con ello se anticipan los acontecimientos, tiempos de asistencia, exploraciones que se efectuarán, etc. Se indicará a la mujer que los profesionales de salud están obligados a realizar un comunicado judicial (que no denuncia) y la posibilidad de que ella denuncie. En el caso de que quiera denunciar los hechos, en la atención de AS también podrá intervenir la medicina forense.

Intervención holística e integral

En la actuación ante las AS, es importante que los centros asistenciales cuenten con una persona que actúe de referente y coordine la asistencia, así como la intervención de los demás agentes e instituciones implicadas en el proceso [18, 28]. Esta figura, en algunos centros, ya la realiza enfermería [29], que además son profesionales ideales para ejercer esta función, ya que su presencia es continua en los centros sanitarios.

Enfermería ha de tener presente que, en el momento en que una mujer manifiesta o sospecha haber sufrido una AS, se inicia un proceso de acompañamiento terapéutico que tendrá como objetivo explorar el posible impacto de la situación en ella, así como los riesgos que presenta (tanto clínicos, emocionales y sociales), con tal de ofrecer una atención individualizada en función de sus necesidades [19, 20, 23, 24, 28, 30].

Si enfermería coordina la atención con el resto de profesionales/agentes implicados, se ha de poner en contacto con ellos para avisar de la recepción del caso de AS. Lo primero que enfermería ha de conocer es si la mujer quiere o no presentar denuncia. En caso afirmativo, se pone en marcha el circuito médico-legal, con el aviso al juzgado de guardia y a los cuerpos policiales. Siempre se activará el circuito médico-legal cuando:

- La mujer quiera denunciar.

- En menores de edad, incluso con la negativa de los tutores o tutoras.

- En personas con discapacidad, incluso con la negativa de los tutores o tutoras.

- Siempre que existan dudas sobre el origen o mecanismo de las lesiones o la situación de intoxicación de la mujer.

Si no se efectúa denuncia, se activará el clínico-social, avisando al equipo asistencial que realizará la intervención juntamente con enfermería, sin la presencia de medicina forense. Si la activación es del circuito médico-legal, se pondrá sobre aviso a las especialidades para que sepan que, en el momento de la llegada de medicina forense, tendrán que acudir para realizar la exploración/valoración (E/V) conjunta [18, 28, 29].

Además de coordinar el circuito asistencial, es importante que enfermería realice un registro del tiempo en que se efectúa la atención, por ejemplo: horas de llamada a los diferentes agentes implicados (llamada a juzgados, a ginecología, etc.); hora de llegada de los profesionales; horas de recogida de muestras; etc. Esta información es también de interés, ya que ayuda a la indagación del hecho, por ejemplo: en los análisis toxicológicos, saber cuándo se ha recogido la muestra y si transcurre mucho tiempo hasta que se cursa al laboratorio correspondiente.

Intervención [18-20, 23, 24, 28-33]

Acogida/recepción

Esta se puede dar en: triaje, consulta de primaria, urgencias hospitalarias, etc. En este primer contacto con la mujer, se ha de procurar transmitir que se encuentra en un lugar seguro y que se iniciarán los cuidados y atenciones oportunas, o bien que se realizará un traslado a un centro de referencia para atender la AS (si está hemodinámicamente estable).

Si la atención se efectúa en el mismo centro: explicar e informar sobre el procedimiento de atención, las pruebas diagnósticas que se le efectuarán, los riesgos derivados de la AS y las acciones preventivas que se llevarán a cabo. Es importante asegurarse de que la mujer ha entendido las explicaciones sobre el proceso de atención y que no muestra inconveniente ante el mismo (consentimiento informado). Estas aclaraciones son importantes, ya que de este modo la mujer es consciente de todo lo que acontecerá en la atención. También se le explicará que, hasta que se le realice la exploración/valoración (E/V) conjunta, no podrá ducharse, lavarse las manos ni ninguna parte del cuerpo, orinar ni desprenderse de ninguna ropa. Esta situación, así como la asistencia, puede generar más estrés en la mujer. Debería contemplarse la realización de ejercicios de relajación para contener la ansiedad y, en caso necesario, avisar a psiquiatría/psicología o medicina de guardia para la posibilidad de pautar ansiolíticos.

Si, a pesar de las explicaciones, la mujer experimenta la necesidad de ir al lavabo, se aprovechará esta situación para recoger una muestra de orina y volver a recordar que no se lave ninguna parte del cuerpo y que deposite las gasas estériles que se le habrán administrado para que se limpie en el recipiente de papel que se le proporcionará.

En esta primera atención, se ha de intentar no manipular ni explorar innecesariamente, antes de que todos los profesionales se encuentren presentes y preparados para la E/V, para evitar perder pruebas legales. Durante la exploración se pueden tomar las constantes vitales para comprobar el estado basal hemodinámico de la mujer.

Entrevista de enfermería

Los objetivos que se pretenden con la entrevista son: proporcionar espacio de acogida confortable; identificar signos, síntomas e indicadores de violencia; facilitar el relato de los hechos; propiciar la verbalización y comunicación de la mujer; valorar el estado emocional; detectar otras formas de maltrato, si existieran; iniciar el proceso terapéutico; ayudar a planificar la seguridad, si fuera necesario (aspecto que también realizará Trabajo Social); ofrecer acompañamiento durante el proceso.

Durante la entrevista es fundamental que enfermería tenga una actitud empática y de escucha activa, adecuando la comunicación a las capacidades comunicativas/cognitivas y culturales que presenta la mujer ante esta situación. Deben preguntarse cuestiones generales de la AS sin entrar en detalles, pues con posterioridad se preguntarán en la E/V conjunta o bien lo harán otros profesionales.

La información aportada se ha de recoger debidamente en la historia clínica (HC), teniendo en cuenta que parte de la información no se obtiene de inmediato en esta primera entrevista, sino que la aportará la E/V conjunta.

Se ha de prestar atención a la información obtenida de la conducta y el lenguaje no verbal de la mujer.

Historia clínica

La HC, así como otros documentos generados en la asistencia, tendrá validez legal y puede complementar la declaración que realice la mujer.

La HC es una herramienta de trabajo sumamente útil para observar las intervenciones y para el seguimiento con otros profesionales. Con ello se evita que la mujer repita determinadas partes del relato. Por ello ha de es-



tar debidamente cumplimentada por todos los agentes intervinientes, a excepción de medicina forense, aunque haciendo constar su intervención.

Por su importancia, la HC recogerá información:

- Sobre la AS y su contexto de perpetración:
 - Lugar, día y hora.
 - Tipo de AS.
 - Número de agresores y su relación/parentesco con ellos.
 - Utilización de armas o coacciones (uso de la fuerza, amenazas, etc.).
 - Intento de penetración o no y si ha habido penetración (con pene, dedos, objetos, etc.) y donde (vagina, ano, boca).
 - Si ha habido eyaculación y el lugar de la misma.
 - Si se usó preservativo.
 - El uso de tampones vaginales en el momento de la AS.
 - Recoger fragmentos literales del relato de la mujer.
- Sobre las actividades realizadas con posterioridad a la AS y que hayan podido destruir alguna prueba como, por ejemplo: bañarse/ ducharse, ducha vaginal, relaciones sexuales consentidas en las últimas 72 horas y con quien; cambio de ropa; cambio de tampón vaginal; etc.
- Sobre los antecedentes personales de la mujer:
 - Existencia de anteriores episodios de AS o violencia.
 - Fecha de la última relación sexual consentida.
 - Si se encuentra embarazada en el momento de la AS.
 - El estado personal y la situación familiar (también será de utilidad para valorar su seguridad).
 - Antecedentes médicos/psiquiátricos, quirúrgicos y alergias (incluidos obstétricos/ginecológicos y fecha de la última menstruación).
 - Tratamientos farmacológicos (registrar los fármacos tomados en las horas previas y posteriores a la AS y hasta la visita al centro de salud). Saber si la mujer toma anti-conceptivos.
 - Hábitos tóxicos (registrar la toma de sustancias en las horas previas y posteriores a la AS y hasta la visita al centro de salud).
- Sobre la exploración física/ginecológica:
 - Anotación detallada de la exploración física: descripción, dimensión, localización; evolución de las lesiones; aspecto general de la mujer y sus respuestas durante el examen/exploración física.
- Sobre la valoración emocional:
 - Estado emocional que presenta en el momento de la atención.
 - Descripción de los signos y síntomas psíquicos que se detectan.
- Sobre la actitud que la mujer tiene durante la exploración, por ejemplo, si es colaborativa, participativa, etc.
- Explorar si existe sospecha de AS facilitada por drogas (se recomiendan las referencias [32, 33]).
- Sobre los tratamientos, sean profilácticos o no iniciados, y su seguimiento.

Exploración/valoración (E/V)

La situación ideal es la E/V realizada a la vez con todos los profesionales sociosanitarios implicados en la atención. Con ello se contribuye a que no se repita innecesariamente el relato. No obstante, la realidad es que, debido a la disponibilidad de las diferentes especialidades médicas y de medicina forense, a veces no se produce esta situación ideal, sino que la que usualmente se presenta es la E/V realizada por ginecología/cirugía, medicina forense y enfermería, y con posterioridad por psiquiatría, infectología, trabajo social y demás especialidades médicas requeridas, siempre con la presencia de enfermería.

Medicina forense únicamente acudirá al centro de salud si se presenta denuncia o bien si existen otros supuestos mencionados con anterioridad, así como si el tiempo transcurrido desde la AS es menor a 72 horas. Después de este tiempo es difícil obtener pruebas periciales. A pesar de ello, medicina forense valora en cada caso si acude o no al centro de salud. La E/V conjunta se iniciará en cuanto medicina forense se persone en el centro de salud.

Si no se denuncia, la E/V conjunta se iniciará inmediatamente.

La E/V conjunta será:

- Física: E/V completa, detallando todas las lesiones presentes.
- Ginecológica: E/V completa, detallando las lesiones presentes. Es recomendable, que durante esta E/V no se interrogue sobre determinados aspectos de la AS, ya que pueden generar tensión, malestar y alteración emocional en la mujer.
- De cirugía: se realizará en los casos en que la víctima de AS sea un hombre. Y, tanto en hombres como mujeres, en los casos en que existan lesiones que requieran la intervención de cirugía.
- Forense (casos de denuncia u otros supuestos): la E/V conjunta la dirigirá medicina forense, valorando conjuntamente qué muestras se recogerán y qué muestras quedarán bajo su custodia.
- De infectología: valorará el riesgo de infecciones, así como posibles tratamientos profilácticos.
- Emocional: esta valoración se realiza desde el primer momento en que la mujer acude al centro de salud y es atendida por enfermería. Es el primer paso para iniciar un abordaje terapéutico adecuado y un aspecto básico del rol de enfermería en la atención de la AS. La valoración que realiza enfermería no es sustitutiva, en ningún caso, de la valoración posterior que efectuará psiquiatría/psicología in situ (en función de la disponibilidad del centro) o bien de forma diferida, con posterioridad a la asistencia inicial. Si psiquiatría/psicología aún no ha acudido, ya que todavía no se ha realizado la E/V conjunta, y enfermería comprueba una alteración del estado emocional de la mujer (ansiedad, agitación, etc.), debe avisar a psiquiatría/psicología o al médico respon-

sable de guardia para que pauté, si es necesario, algún tratamiento ansiolítico.

- De otras especialidades médicas: estas participarán en la E/V en función de las lesiones (traumatología, otorrinolaringología, oftalmología, etc.).

- Social: es importante que la realice trabajo social. Si no hay presentes trabajadores sociales, enfermería debería poder contactarlos y concertar una visita diferida para la mujer. Hasta la realización de la visita con trabajo social, enfermería valorará los recursos de apoyo social que se disponen (tanto de instituciones como de asociaciones) si los conoce, así como una valoración del riesgo social. Para la valoración del riesgo social, enfermería debería saber:

- Persona que ha perpetrado los hechos y su relación con la mujer, a fin de protegerla, por ejemplo: parejas, exparejas, familiares, etc.

- Si la mujer tiene donde acudir ese día/noche, si ha venido sola y se ha de localizar a alguien para que la acompañe a casa, etc.

- Si existe apoyo familiar o social para poder acompañarla en el proceso que se inicia.

- Solicitar apoyo policial.

Analíticas

El objetivo es determinar el estado basal de la mujer en el momento de la AS, así como el seguimiento posterior si ha iniciado tratamientos (antirretroviral, etc.).

Todas las muestras han de estar debidamente identificadas: nombre, número de HC, sexo, edad, fecha y hora.

Analítica de sangre

La situación ideal es realizar una extracción sanguínea para obtener: perfil hematológico; perfil bioquímico con enzimas hepáticas y pancreáticas; perfil de coagulación; microbiología para serología virus C, serología luética VIH, HbsAg, HbsAc; toxicológico para valor cuantitativo etanol.

Analítica de orina

La situación ideal es recoger una muestra de orina abundante para: sedimento; perfil drogas de abuso (anfetaminas, benzodiacepinas, cannabis, cocaína, metadona y opiáceos), otras drogas (escopolamina, GHB, ketamina y metilfenidato; muestra para prueba de embarazo; reservar orina para medicina forense.

A la espera de cursar las muestras, estas han de estar en la nevera y enviarse al laboratorio correspondiente con celeridad, así se evita el deterioro en la calidad de la muestra obtenida.

Al recoger la muestra, se llevarán a cabo las recomendaciones expresadas anteriormente referentes a la forma de asearse, la recogida de las gasas y la necesidad de que no se lave ninguna parte del cuerpo antes de la exploración.

Recogida de muestras

Debe distinguirse entre muestras de interés clínico-asistencial (como son las analíticas) de las pertinentes para los órganos judiciales, que se destinarán a la investigación criminal.

La recogida de muestras será durante la E/V y en algunos casos antes del inicio de esta. El objetivo de estas muestras es, entre otros, el estudio y tipificación del ADN.

Las muestras se identificarán: nombre, número de HC, sexo, edad, fecha y hora.

Las muestras pueden ser:

- Biológicas:

- Recogidas durante la E/V ginecológica. Estas pueden ser: vaginales, cervicales, del fondo del saco vaginal, del ano, de la boca, etc.

- Recogidas durante la exploración de cirugía: del ano u otras partes consideradas.

- Recogidas de otros lugares como el pelo (cuero cabelludo o púbico), las uñas, etc.

- De ropa (ya sea interior o no) y de otros materiales u objetos: estas muestras se depositarán en un bolsa/sobre grande de papel o caja de cartón adecuadamente identificada y medicina forense o los cuerpos policiales pueden requerirlas como prueba pericial.

En algunos países anglosajones existe la figura de la SANE, *sexual assault nurse examiner* (enfermera forense de agresión sexual)

Documentación al alta

La documentación que se entregará será:

- HC.

- Historia de enfermería, en caso de no estar englobada en la HC.

- Resultados de las pruebas, en caso de que estuvieran ya disponibles.

- Recetas médicas y, en algunos casos, las dosis de fármacos para 24 horas.

- Copia del consentimiento informado, si se efectuó por escrito.

Cabe destacar que un evento tan traumático como es una AS produce un gran impacto psicoemocional. Este hecho puede ocasionar que la mujer olvide lo que se le ha realizado en el periodo de atención aguda. Por ello, resultará de ayuda, además de la documentación generada por la asistencia, proporcionarle un documento donde conste la información relativa a:

- El tipo de E/V realizadas: de enfermería, ginecológica, psiquiátrica o psicológica, de infectología, social y otras especialidades.
- Los diagnósticos efectuados.
- Los tratamientos iniciados y efectuados, como: vacuna del tétanos, hepatitis B, antirretroviral (para HIV), para otras ETS (sífilis, gonorrea, tricomoniasis, tratamiento anticoncepción de emergencia, tratamiento ansiolítico, etc.).
- Seguimientos médicos relativos a los tratamientos iniciados, así como a la atención psicoemocional. Dejar claro y bien anotado: lugar, fecha y hora de estos seguimientos, así como informaciones importantes de los mismos.
- Resultados de pruebas: sangre, orina, etc., así como de la prueba de embarazo, que deberá repetirla a las dos semanas. Si falta algún resultado, se anotará la fecha y el lugar donde pasar a buscarlos.
- Descripción de la recogida de muestras biológicas efectuada.
- Las intervenciones enfermeras realizadas, así como las recomendaciones al alta.

- Las gestiones de ámbito social llevadas a cabo y si las ha realizado trabajo social. Si no es así, se debe anotar la cita con trabajo social.

Se tiene que remarcar a la mujer que toda esta documentación es importante y fundamental para iniciar un proceso judicial. Por ello, los originales siempre los ha de tener ella y solo facilitar copias de los mismos.

Coordinación con otros profesionales

Enfermería puede desarrollar la coordinación con el resto de profesionales implicados, ya que está presente durante todo el proceso y es concedora del mismo.

La función de coordinación es necesaria, también al alta. Debe existir comunicación entre los diferentes niveles asistenciales. Un contacto con la enfermería del centro de atención primaria facilitará la continuidad de los cuidados y aportará información sobre los seguimientos que se han de realizar como, por ejemplo: con trabajo social, psiquiatría/psicología, infectología, medicina de familia, etc.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] OMS. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence [Monografía en Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 [Acceso 15 Oct 2015]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf?ua=1
- [2] OMS. Violencia contra la mujer: violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. Nota descriptiva N.º 239. [Actualización Sep 2011]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011.
- [3] OMS. Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres: qué hacer y cómo obtener evidencias. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2011.
- [4] OMS. Informe mundial sobre la violencia y la salud [Monografía en Internet]. Washington: Organización Mundial de la Salud; 2002 [Acceso Oct 2015]. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
- [5] Arruda da Silva P, Pereira da Costa Kerber N, Costa Santos SS, Netto de Oliveira AM, Santos da Silva MR, Dos Santos Luz G. La violencia contra la mujer en el ámbito familiar: estudio teórico sobre la cuestión de género. *Enfermería Global* [Revista online] 2012; 26: 251-8. [Acceso 26 Abr 2015]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412012000200017&script=sci_arttext
- [5] Alberdi I, Matas N. La violencia doméstica: Informe sobre los malos tratos a mujeres en España [Monografía en Internet]. Barcelona: Fundación La Caixa; 2002. [Acceso 15 Oct 2015]. Disponible en: http://obrasocial/Estaticos/pdf/Estudios_sociales/es10_esp.pdf
- [7] OMS. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2005.
- [8] Instituto de la Mujer [sede Web]. Madrid: Instituto de la Mujer. [Acceso 26 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/estadisticas/consulta.do?metodo=buscar>
- [9] Andrews G, Corry J, Slade T, Issakidis C, Swanston H. Child sexual abuse. En: OMS. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004. p. 1851-940.
- [10] Dube SR, et al. Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *Am J Prev Med.* 2005; 28(5): 430-38.
- [11] Patel V, Andrew G. Gender, sexual abuse and risk behaviours in adolescents: a cross-sectional survey in schools in Goa. *Ntl Med J India.* 2001; 14(5): 263-67.
- [12] Echeburúa E, de Corral P, Amor PJ, Sarasua B, Zubizarreta I. Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo. *RPPC* 1997; 2(1): 7-19.
- [13] Campbell R, Lichty LF, Sturza M, Raja S. Gynecological health impact of sexual assault. *Res Nurs Health.* 2006; 29(5): 399-413.
- [14] WHO. Addressing violence against women and HIV/AIDS. What works? Report of a consultation. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (UNAIDS); 2010.
- [15] Echeburúa E, Corral P, Amor PJ. Perfiles diferenciales del trastorno de estrés post-traumático en distintos tipos de víctimas. *Análisis y modificación de conducta.* 1998; 24(96): 527-555.
- [16] Kilpatrick DG, Veronen LJ, Best CL. Factors predicting psychological distress among rape victims. En: Figley CHR (editor). *Trauma and its wake.* Nueva York: Brunner/Mazel; 1985. p. 113-41.
- [17] Corral P, Echeburúa E, Sarausa B, Zubizarreta I. Estrés posttraumático en excombatientes y en víctimas de agresiones sexuales: nuevas perspectivas terapéuticas. *Boletín de Psicología.* 1992; 35: 7-24.
- [18] Consorsis Sanitari de Barcelona (CSB). Guia per a l'abordatge integral de la violència sexual a Barcelona. Intervenció i circuits [Monografía en Internet]. Barcelona: Consorsis Sanitari de Barcelona; 2012. [Acceso 26 Nov 2015]. Disponible: http://www.gencat.cat/salut/botss/html/ca/dir3612/guia_violsexual_definitiu_juliol2012_set.pdf
- [19] Campbell R, Patterson D, Lichty LF. The effectiveness of sexual assault nurse examiner (SANE) programs: a review of psychological, medical, legal and community outcomes. *Trauma Violence Abuse.* 2005; 6(4): 313-29.
- [20] Patterson D, Campbell R. Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) program goals and patient care practice. *J Nurs Scholarship.* 2006; 38(2): 180-6.
- [21] Putz M, Thomas BK, Cowles KV. Sexual assault victims compliance with follow-up care at ones sexual assault treatment center. *J Emerg Nurs.* 1996; 22: 560-5.
- [22] Campbell R, Wasco SM. Understanding rape and sexual assault: 20 years of progress and future directions. *J Interpers Violence.* 2005; 20(1): 127-31.
- [23] Ledray L. Sexual assault nurse examiner (SANE) development & operations gui-

- de. Washington DC: Office for Victims of Crime, U.S. Department of Justice; 1999.
- [24] Littel K. Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Programs: Improving the Community Response to Sexual Assault Victims. Washington DC: Department of Justice, Office of Justice Programs, Office for Victims of Crime; 2001.
- [25] Fernández C, Nombela M, Sánchez-Pastor M, Tapia D, Gutierrez ME Fernández Y. Procedimiento a seguir ante las agresiones sexuales en el servicio de urgencias maternas del Hospital Universitario la Paz. Revista Científica de la SEEU [Revista online]. 2011; 17. [Acceso 15 Mayo 2015] Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/enero2011/pagina6.html>
- [26] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género [Monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Igualdad y Servicios Sociales. 2012. [Acceso 15 May 2015] Disponible: <http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/QueHacer/protocoloActuacion/ambSanitario/DOC/PSanitarioVG2012.pdf>
- [27] Consejería de Sanidad, Gobierno de Cantabria. Protocolo de atención sanitaria a víctimas de agresiones/abusos sexuales [Monografía en Internet]. Santander: Consejería de Sanidad, Gobierno de Cantabria; 2007. [Acceso 15 May 2015]. Disponible: <http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/ProtocoloAgresionesSexuales.pdf>
- [28] Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Document operatiu de violència sexual [Monografía en Internet]. Barcelona: Departament de Salut, Direcció General de Planificació i Avaluació; 2010. [Acceso 10 Des 2015]. Dis-

ponible: http://www.gencat.cat/salut/botss/html/ca/dir3612/operatiu_violencia_sexual.pdf

- [29] Comissió de Violència Intrafamiliar i de Gènere. Guia Assistencial de la Violència Sexual. Hospital Clínic de Barcelona [Monografía en Internet]. Barcelona: Hospital Clínic de Barcelona; 2012. [Acceso 10 Des 2015]. Disponible en: http://www.hospitalclinic.org/files/guia_assist_violencia_sexuahcb.pdf
- [30] OMS. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence [Monografía en Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003. [Acceso 15 mayo de 2015]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924154628X.pdf?ua=1>
- [31] Campbell R, Townsend SM, Long SM, Kinnison KE, Pulley EM, Adames SB, Wasco SM. Responding to Sexual Assault Victims' Medical and Emotional Needs: A National Study of the Services Provided by SANE Programs. Res Nurs Health. 2006; 29: 384-98.
- [32] Du Mont J, Macdonald S, Rotbard N, Asllani E, Bainbridge D, Cohen MM. Factors associated with suspected drug-facilitated sexual assault. CMAJ. 2009 Mar; 180(5): 513-9.
- [33] McGregor JM, Ericksen J, Ronald LA, Janssen PA, van Vliet A, Schulzer M. Rising incidence of hospital-reported drug-facilitated sexual assault in a large urban community in Canada. Retrospective population-based study. Can J Public Health. 2004 Nov-Dic; 95(6): 441-5.

La violencia sexual resulta ser una de las prácticas más habituales de violencia de género

Pro-CARE series

Prevención profesional de úlceras por presión



Apex Medical lanza sus nuevos equipos hospitalarios para la prevención de úlceras por presión: **Pro-Care**. Una amplia gama de superficies que cuentan con **celdas rectangulares** que distribuyen mejor la presión, **fundas bidireccionales con tratamiento antibacteriano** y **conectores Heel Relief para tratamiento de las úlceras del talón**. Todo ello, con el objetivo de aliviar la presión, prevenir la aparición de úlceras y ayudar en su tratamiento.



Pro-CARE 2
Riesgo de úlceras bajo.



Pro-CARE 3
Riesgo de úlceras medio.



Pro-CARE 4
Riesgo de úlceras alto.



Pro-CARE Auto
Riesgo de úlceras alto.

Consúltanos para saber qué equipo se adapta mejor al riesgo de cada paciente
94 470 64 08 • info@apexmedical.es • www.apexmedicalcorp.com

APEX
Care for a healthy life