

PROTOCOLO CódigoVISNNA

PROTOCOLO DE ASISTENCIA SANITARIA URGENTE
A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES
VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL
EN LA COMUNIDAD DE MADRID

2025



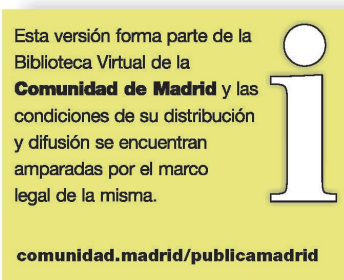
Comunidad
de Madrid

El Protocolo Código VISNNA está accesible en la intranet de la Consejería de Sanidad, junto con otros documentos y elementos de apoyo:

<https://saludanv.salud.madrid.org/SaludPublica/PPES/Paginas/VISNNA.aspx>

Cita recomendada:

Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. *Protocolo de asistencia sanitaria urgente a niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual en la Comunidad de Madrid (Protocolo Código VISNNA)*. Comunidad de Madrid. Madrid; 2025.



GRUPO DE TRABAJO PARA LA ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO CÓDIGO-VISNNA (por orden alfabético):

COORDINACIÓN (DG de Salud Pública)

- BARROSO CARIÑANOS, Laura
- BENEDICTO SUBIRA, Clara
- DIEZMA CRIADO, Juan Carlos
- MARTÍNEZ BLANCO, María Luisa

GRUPO DE TRABAJO

- | | |
|--|--|
| <p>■ ARROYO REINO, Nuria
Médica SUMMA 112, CSVISEM, CTVG</p> | <p>■ DONAT LAPORTA, EMILIO
Médico forense. CSVISEM, Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses</p> |
| <p>■ BARROSO CARIÑANOS, LAURA
Trabajadora Social. CSVISEM, CTVG, DG de Salud Pública</p> | <p>■ ESCALADA GOMEZ, LAURA
Trabajadora Social. SG de Infancia y Adolescencia</p> |
| <p>■ BENEDICTO SUBIRA, CLARA
Médica de Familia. CSVISEM, CTVG, DG de Salud Pública</p> | <p>■ FERNÁNDEZ LAFEVER, SARAH NICOLE
Pediatra. Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos. HU Gregorio Marañón</p> |
| <p>■ BLANCO BRAVO, DOROTEA
Pediatra. Jefa de Sección de Neonatología. HU Gregorio Marañón</p> | <p>■ GANCEDO BARANDA, ANTONIO
Pediatra Social. HU Fundación Alcorcón</p> |
| <p>■ BUENO BARRIOCANAL, MARTA
Pediatra. Servicio de Urgencias Pediátricas. HU La Paz</p> | <p>■ GARCÍA ALVARADO, MARTA
Médica de Familia. CSVISEM, CTVG, Coordinadora de las Comisiones Hospitalarias contra la Violencia. Gerencia Adjunta de Procesos (Gerencia Asistencial de Hospitales)</p> |
| <p>■ DE LA TORRE ESPÍ, MERCEDES
Pediatra. Jefa de Unidad. Servicio de Urgencias. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús</p> | <p>■ HERNÁNDEZ PÁRRAGA, BEATRIZ
Trabajadora Social. Presidenta de la Comisión Hospitalaria contra la Violencia. HU Ramón y Cajal</p> |
| <p>■ DE MIGUEL ALHAMBRA, LUCIANA
Médica forense. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses</p> | <p>■ LÓPEZ PALACIOS, SONIA.
Enfermera. CTVG. Gerencia Asistencial de Atención Primaria</p> |
| <p>■ DIEZMA CRIADO, JUAN CARLOS
Médico. Técnico superior de Salud Pública. CSVISEM, DG de Salud Pública</p> | |

■ **LUNA MÉNDEZ, MARÍA ÁNGELES**
Médica forense. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses

■ **MARTÍNEZ BLANCO, MARÍA LUISA**
Médica. Técnica superior de Salud Pública. CTVG, CSVISEM, DGSP

■ **MENDOZA SÁNCHEZ, CARMEN**
Coordinadora médica del SUMMA 112, CSVISEM, CTVG

■ **OJEDA FEO, JOSÉ JONAY**
Médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Oficina de Desarrollo Sostenible y Agenda 2030. HU La Paz

■ **PERELA MORETA, MARÍA JOSÉ**
Técnica de la SG de Humanización de la Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente. DG de Humanización, Atención y Seguridad del Paciente. CTVG, CCVIACM

■ **PIRES ALCAIDE, MARISA**
Pedagoga. CTVG, CSVISEM, DG de Salud Pública. Jubilada

■ **RAMOS GARCÍA, NATIVIDAD**
Médica de Urgencias. SAMUR-PC, CSVISEM

■ **SAINZ COSTA, TALÍA**
FEA Servicio de Pediatría Hospitalaria, Enfermedades Infecciosas y Tropicales, HU La Paz e Instituto de Investigación (IdiPAZ). CIBERINFEC, Centro de Investigación en Red en Enfermedades Infecciosas

■ **SÁNCHEZ REYES, MIRIAM**
Trabajadora Social. Presidenta de la Comisión Hospitalaria contra la Violencia. HU del Sureste

■ **SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, CARLOS**
Médico de Urgencias. SAMUR-PC, CSVISEM

■ **TOLEDANO SACRISTÁN, EVA MARÍA**
Trabajadora Social. Jefa de Servicio Trabajo Social de Atención Primaria

■ **VILLALOBOS PINTO, ENRIQUE**
Pediatra Social. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús

CTVG: Comisión Técnica de Acciones en Salud frente a la Violencia de Género; **CSVISEM:** Comisión de Seguimiento VISEM; **CCVIACM:** Comisión de Coordinación contra la Violencia a la Infancia y la Adolescencia, del Consejo de Derechos de la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid; **FEA:** Facultativo Especialista de Área.



RESUMEN EJECUTIVO

Este protocolo, como **objetivo general**, persigue **garantizar una atención sanitaria integral, efectiva y eficiente, tanto en los recursos sanitarios extrahospitalarios como en el servicio de urgencias hospitalarias que corresponda**, a los niños, niñas y adolescentes que hayan sufrido agresión sexual con contacto físico.

Su ámbito de actuación son las violencias sexuales contra personas menores de edad tipificadas en el Código Penal como **“agresiones sexuales”** y donde hay **alta sospecha de contacto físico**.

La población diana son los **niños, niñas y adolescentes de ambos sexos < 16 años y adolescentes varones de 16 y 17 años** que hayan sido víctimas de agresión sexual reciente, con contacto físico o alta sospecha de ello y requieran atención hospitalaria integral urgente, en el ámbito geográfico de la Comunidad de Madrid (quedan excluidas las mujeres de 16 y 17 años por estar incluidas en el Protocolo Código VISEM).

La atención sanitaria integral, en las urgencias hospitalarias, a las agresiones sexuales en las personas menores de edad definidas en la población diana, **hace necesaria la existencia de un código sanitario específico** que, una vez activado, **movilice y organice a los diferentes dispositivos implicados** (servicios de urgencias hospitalarios y extrahospitalarios, FCSE, órganos judiciales y de protección de personas menores de edad, y recursos psicológicos y sociales) y aporte criterios de estandarización del procedimiento a seguir. Se crea, por tanto, un nuevo código hospitalario, **de aplicación en todo el territorio de la Comunidad de Madrid, el Código VISNNA**.

Este Código se activará **exclusivamente por el personal facultativo del servicio de urgencias hospitalario** que reciba y atienda al niño, niña o adolescente víctima de una agresión sexual.

En las siguientes páginas se desarrolla todo el contenido de este protocolo.

Índice general

RESUMEN EJECUTIVO	5
ACRÓNIMOS, ABREVIATURAS Y SIGLAS	10
I. Introducción.....	12
II. Violencia sexual ejercida hacia niños, niñas y adolescentes: tipología, magnitud y efectos sobre su salud.....	13
III. Importancia de los aspectos psicológicos y emocionales en la atención sanitaria a niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual.....	17
IV. Autonomía sanitaria en niños, niñas y adolescentes	21
PROTOCOLO DE ASISTENCIA SANITARIA URGENTE A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES QUE HAN SUFRIDO AGRESIÓN SEXUAL RECIENTE	25
V. Principios rectores y directrices sanitarias	26
VI. Aspectos éticos asistenciales	27
VII. Objetivos del protocolo.....	28
VIII. Población diana.....	29
IX. Código de violencia sexual en niños, niñas y adolescentes (Código VISNNA)	29
X. Detección de la violencia sexual en niños, niñas y adolescentes.....	31
ATENCIÓN SANITARIA URGENTE PREHOSPITALARIA	34
XI. Intervención asistencial urgente prehospitalaria	35
ATENCIÓN SANITARIA URGENTE HOSPITALARIA: ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO VISNNA.....	39
XII. Proceso de activación del Código VISNNA.....	40
XIII. Código VISNNA activado: indicaciones iniciales para la atención médica integral en el SUH	48
XIV. Indicaciones para la exploración física	50
XV. Valoración del estado emocional y de la conducta	60
XVI. Toma de muestras y analíticas.....	61
XVII. Indicaciones para el tratamiento de lesiones, profilaxis y sospecha de sumisión química	72
XVIII. Empaquetado y envío de muestras. Cadena de custodia	75

XIX. Valoración del riesgo social, informe social y sistema de protección para niños, niñas y adolescentes víctimas de agresión sexual.....	79
XX. Continuidad asistencial	82
XXI. Diagramas de flujo de los algoritmos de atención sanitaria a niños, niñas y adolescentes, y de activación del Código VISNNA.....	85
DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA EL PRESENTE PROTOCOLO	90
XXII. Documentación a cumplimentar.....	91
MARCO LEGAL Y NORMATIVO	94
XXIII. Marco legal y normativo de referencia para este protocolo	95
ANEXOS.....	97
ANEXO 1. Tipologías de violencia sexual. Agresión sexual por sumisión química....	98
ANEXO 2. Listado de material imprescindible para practicar el reconocimiento médico-forense y obtención de muestras biológicas en las agresiones sexuales.....	102
ANEXO 3. Atención en urgencias a niños, niñas y adolescentes. Protocolo VISNNA. Hoja de información a entregar en triaje.....	103
ANEXO 4. Informe de asistencia sanitaria urgente por agresión sexual a personas menores de edad (IASUM).....	104
ANEXO 5. Modelo de consentimiento informado para la toma de muestras	106
ANEXO 6. Formulario de recogida de muestras (Cadena de custodia – 1ª parte).....	108
ANEXO 7. Formulario de empaquetado y envío de muestras al IMLCF (Cadena de custodia – 2ª parte)	110
ANEXO 8. Dibujos anatómicos donde señalar las lesiones observadas durante la exploración física, para adjuntarlos al parte de lesiones e informe clínico	112
ANEXO 9. Conservación de muestras (para periodos cortos de tiempo)	124
ANEXO 10. Protocolo Código VISNNA en Atención Primaria: acciones a desarrollar	125
ANEXO 11. Relación de hospitales VISNNA.....	126
ANEXO 12. Recursos para la atención a la violencia sexual	127
ANEXO 13. Documento normalizado de derivación a Barnahus (Casa de los Niños).....	131
BIBLIOGRAFÍA.....	135

Índice de tablas

Tabla 1.	Consecuencias a medio y largo plazo en la salud de los NNA que han sufrido AS.....	16
Tabla 2.	Aspectos psicológicos y emocionales que considerar en la atención a NNA víctimas de VS	18
Tabla 3.	Validez del consentimiento informado en las personas menores de edad.....	23
Tabla 4.	Requisitos que se deben cumplir para la activación del código VISNNA	30
Tabla 5.	Indicadores psicológicos y comportamentales de violencia sexual en NNA.....	33
Tabla 6.	Aspectos importantes a tener en cuenta en la acogida y estancia en urgencias de un NNA víctima de agresión sexual	40
Tabla 7.	Indicaciones para llamar a los progenitores/tutores en caso de AS a personas menores de edad	42
Tabla 8.	Datos básicos a registrar en la HC durante la anamnesis, en NNA víctimas de AS	45
Tabla 9.	Indicadores para la evaluación del riesgo vital por nuevas agresiones en NNA víctimas de AS	47
Tabla 10.	Indicadores para el diagnóstico de AS infantil: hallazgos físicos e infecciones sin o con muy poca relación con la agresión sexual (Clasificación de Adams, modificada)	56
Tabla 11.	Indicadores para el diagnóstico de AS infantil: hallazgos físicos e infecciones indicadoras de agresión sexual o con alta probabilidad de que ésta exista (Clasificación de Adams)	58
Tabla 12.	Tiempos límite para la recogida de muestras con valor médico-legal	61
Tabla 13.	Orden en el que se deben tomar las muestras durante la exploración física	63
Tabla 14.	Recogida de muestras indubitadas con fines de identificación genética....	64
Tabla 15.	Recogida de muestras dubitadas con fines de identificación genética.....	65
Tabla 16.	Recogida de muestras por sospecha de sumisión química.....	67
Tabla 17.	Recogida de muestras para la investigación de ITS en NNA > 10 años	68
Tabla 18.	Recogida de muestras para la investigación de ITS en NNA ≤ 10 años	70
Tabla 19.	Recogida de muestras para análisis hematológicos y bioquímicos.....	71
Tabla 20.	Indicaciones para la profilaxis post-exposición a ITS en niños y niñas	73
Tabla 21.	Indicaciones para la profilaxis post-exposición a ITS en adolescentes	73

Tabla 22.	Indicaciones para la profilaxis post-exposición al VIH	74
Tabla 23.	Intervención y acciones a realizar por el Servicio de Trabajo Social ante un caso de violencia sexual en NNA.....	81
Tabla 24.	Citas de seguimiento al alta hospitalaria tras Código VISNNA.....	84
Tabla 25.	Tipos de sumisión química con fines sexuales	99
Tabla 26.	Indicadores de sospecha en agresión sexual con sumisión química	100
Tabla 27.	Temperaturas de conservación de muestras con valor forense, para periodos cortos de tiempo	124

Índice de figuras

Figura 1.	Exploración anogenital: Posición “piernas de rana”	53
Figura 2.	Exploración anogenital: Separación y tracción labial.....	53
Figura 3.	Exploración anogenital: Posición genupectoral	53
Figura 4.	Exploración anogenital: Elevación de glúteos	53
Figura 5.	Exploración anogenital: Posición decúbito lateral.....	54
Figura 6.	Envases tipo "duquesa"	76
Figura 7.	Símbolo que indica “material biológico”	78
Figura 8.	Símbolo que indica “postura vertical”	78
Figura 9.	Diagrama de flujo del algoritmo de preaviso del Código VISNNA y de atención a la AS en personas <18 años objeto de este protocolo, en el medio extrahospitalario	87
Figura 10.	Diagrama de flujo del algoritmo de activación del Código VISNNA en el medio hospitalario	88
Figura 11.	Diagrama de flujo del algoritmo del Código VISNNA.....	89

ACRÓNIMOS, ABREVIATURAS Y SIGLAS

- **ABCDE:** vía aérea, respiración y circulación, déficit neurológico y exposición
- **ADN:** Ácido desoxirribonucleico
- **AP:** Atención Primaria
- **AS:** Agresión sexual
- **CE-112:** Centro de Emergencias 112
- **CM:** Comunidad de Madrid
- **DG:** Dirección General
- **EDTA:** Ácido etilendiaminotetracético
- **FCSE:** Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (Guardia Civil, Policía Nacional)
- **HC:** Historia clínica
- **HG:** Hospital general
- **HGU:** Hospital general universitario
- **HU:** Hospital universitario
- **IASUM:** Informe de asistencia sanitaria urgente por presunta agresión sexual en menores de edad
- **IMLCF:** Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (Comunidad de Madrid)
- **ITS:** Infecciones de Transmisión Sexual
- **LAPIDC:** 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
- **LDGPIA:** Ley 4/2023, de 22 de marzo, de Derechos, Garantías y Protección Integral de la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid
- **LGTBI:** Colectivo lesbianas, gays, trans, bisexuales e intersexuales
- **LOGILS:** Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual
- **LOPIVI:** Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia
- **LPJM:** Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil
- **MGF:** Mutilación genital femenina
- **NNA:** Niños, niñas y adolescentes
- **OAVD:** Oficinas de Asistencia a Víctimas de Delitos
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **PAC:** Punto de Atención Continuada

- **PCR:** Reacción en Cadena de la Polimerasa
- **PPE:** Profilaxis post-exposición
- **RUSVI:** Registro Unificado de Servicios Sociales sobre Violencia contra la Infancia
- **SAMUR-PC:** Servicio de Asistencia Municipal de Urgencias y Rescates – Protección Civil
- **SDA:** Amplificación ADN/ARN con desplazamiento de cadena
- **SNS:** Sistema Nacional de Salud
- **SQ:** Sumisión química
- **STS:** Servicio de Trabajo Social
- **SUH:** Servicio de Urgencias Hospitalario
- **SUMMA 112:** Servicio de Urgencia Médica de la Comunidad de Madrid
- **TAAN:** Técnicas de amplificación de ácidos nucleicos
- **TEP:** Triángulo de Evaluación Pediátrica
- **TMA:** Amplificación ADN/ARN mediada por transcripción
- **UAE:** Unidad de Atención Específica de Trabajo Social de Atención Primaria
- **UNICEF:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
- **VHB:** Virus de la hepatitis B
- **VHC:** Virus de la hepatitis C
- **VIH:** Virus de la Inmunodeficiencia Humana
- **WISEM:** Protocolo de asistencia sanitaria urgente y coordinada a mujeres víctimas de violencia sexual en la Comunidad de Madrid
- **VISNNA:** Violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes
- **VS:** Violencia sexual

I. INTRODUCCIÓN

Naciones Unidas define a la violencia sexual (VS) en la infancia como ***“una gama de actos sexuales cometidos contra una niña o un niño, que comprende, entre otros, el abuso sexual¹, el incesto, la violación, la violencia sexual en el contexto de relaciones de noviazgo/íntimas, la explotación sexual, el abuso sexual en línea y el abuso sexual sin contacto”***.

La protección de los niños, las niñas y adolescentes (NNA) frente a todas las formas de violencia, como el abuso y explotación sexual, es un derecho consagrado en el artículo 19 de la Convención sobre los Derechos del Niño², ratificada por España en 1990³.

En lo que se refiere a nuestro actual marco jurídico, la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (LOPVI) tiene como objeto ***“garantizar los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes a su integridad física, psíquica, psicológica y moral frente a cualquier forma de violencia...”***, haciendo referencia específica a la violencia sexual.

Asimismo, la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual (LOGILS)¹ tiene como objeto la ***“protección integral del derecho a la libertad sexual y la erradicación de todas las violencias sexuales”***, entendidas éstas como ***“cualquier acto de naturaleza sexual no consentido o que condicione el libre desarrollo de la vida sexual en cualquier ámbito público o privado, incluyendo el ámbito digital”***, siendo esta ley de aplicación a NNA.

Considerando estos antecedentes, el presente texto nace del esfuerzo aunado por distintas instituciones que intervienen en la prevención y la mejora de la atención sanitaria y social de la violencia y el maltrato infantil, en general y de la violencia sexual hacia los NNA, en particular, en el territorio de la Comunidad de Madrid, ante la voluntad de llegar a una actuación coordinada y protocolizada, en concordancia con el marco legal vigente, sumándose así mismo a los objetivos que persiguen las principales organizaciones internacionales que trabajan por la infancia (Save The Children, UNICEF, Infancia sin fronteras, etc.).

¹ En España, con la entrada en vigor de la LOGILS, desaparece el abuso sexual como tipología independiente de violencia sexual en nuestro Código Penal, quedando englobado dentro de la agresión sexual.

² Naciones Unidas, 1989.

³ Boletín Oficial del Estado núm. 313, de 31 de diciembre de 1990.



II. VIOLENCIA SEXUAL EJERCIDA HACIA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES: TIPOLOGÍA, MAGNITUD Y EFECTOS SOBRE SU SALUD

La violencia sexual sufrida por NNA es un problema mundial, con graves implicaciones sociales y de salud pública, que contraviene los derechos humanos.

II.1. Tipología

La LOGILS considera violencias sexuales a los delitos contra la libertad sexual recogidos como tales en nuestro Código Penal⁴, junto con la mutilación genital femenina, el matrimonio forzado y la trata con fines de explotación sexual. Estas diferentes tipologías engloban a las sufridas por los NNA.

II.2. Magnitud del problema

A la hora de aproximarnos a los datos epidemiológicos de las violencias sexuales hacia NNA, nos encontramos con diversos problemas, tales como la complejidad de su detección desde el nacimiento hasta los 6 años de edad, la dificultad de encontrar registros exclusivos sobre violencia sexual (lo habitual es que estén incorporados dentro del maltrato infantil) o las deficiencias existentes en los registros sanitarios (probablemente debido a la escasa adaptación de los sistemas de notificación a la dinámica sanitaria)⁵. Además, *el registro de los actos de violencia sexual no es fácil. Observar la violencia sexual es difícil porque suele suceder en contextos privados, inaccesibles a la observación directa y, por su naturaleza y consecuencias, suele esconderse voluntaria o involuntariamente tanto por el perpetrador como, a menudo, por la víctima que los sufre o por los testigos (de haberlos)*⁶. Por todo ello, los datos que a continuación se ofrecen es muy probable que infraestimen este problema.

Datos de España

- Delitos contra la libertad sexual, año 2023⁷:
 - Del total de las victimizaciones⁸ por delitos contra la libertad sexual en personas menores de edad, **las agresiones sexuales aglutinan el 72,2%**

⁴ Título VIII del Libro II de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (ver [anexo 1](#)).

⁵ Ministerio de Sanidad. Protocolo común de actuación sanitaria frente a la violencia en la infancia y adolescencia (2023). Madrid; 2023.

⁶ Violencia Sexual en España: una síntesis estimativa. Grupo de Estudios Avanzados en Violencia. Universidad de Barcelona, 2020 (ver [bibliografía](#)).

⁷ Dirección General de Coordinación y Estudios. Secretaría de Estado de Seguridad. *Informe sobre delitos contra la libertad sexual en España. 2023*. Ministerio del Interior.

⁸ El concepto de victimización viene referido al número de hechos denunciados por personas en los cuales manifiestan ser víctimas o perjudicados por alguna infracción penal (en nuestro caso, por agresión sexual).

- Del total de las victimizaciones por agresión sexual registradas (17.510), el 37,9% ocurrieron en personas menores de edad (6.630). De estas últimas, **en el 84,3% las víctimas fueron niñas y chicas adolescentes**
- Informe del Defensor del Pueblo (2023)⁹: encuesta realizada a una muestra de la población española, de 8.013 personas de 18 y más años, sobre abusos o violencia sexual padecidos **antes de la mayoría de edad**:
 - Un 9,93% fueron sexualmente victimizadas en nuestro país. De este porcentaje, un 64,7% fueron mujeres y un 35,3% fueron hombres
 - El ámbito en el que mayoritariamente tuvieron lugar las victimizaciones (un 34,1%) fue el familiar
- Diferentes estudios de prevalencia estiman que, en España, entre un 10 y un 20% de los niños, niñas y adolescentes han vivido alguna forma de violencia sexual¹⁰.

Sumisión Química (SQ)

Según datos recogidos en el periodo 2016-2021 por el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (INTCF)¹¹, se estima que, en España, la tercera parte de las agresiones sexuales ocurridas, tanto en personas menores de edad como en adultas, se cometen estando la víctima bajo los efectos de sustancias psicoactivas.

Durante el año 2021, en el INTCF se realizaron análisis toxicológicos a un total de 950 víctimas de presuntos delitos sexuales, ocurridos a lo largo de todo el territorio nacional, con sospecha de haber sido facilitados por sustancias psicoactivas. **En el 23,5% de los casos, las víctimas fueron menores de edad**¹².

Datos de la Comunidad de Madrid (CM)

- El 9,5% de las chicas y el 2,7% de los chicos escolarizados en 4º de la Educación Secundaria Obligatoria (ESO) afirmaron haber sufrido violencia sexual por parte de su pareja o expareja durante 2021 en la **encuesta de hábitos de salud en la población juvenil de la CM de 2021**¹³.
- **Datos del Ministerio del Interior**¹⁴ revelan que, a lo largo de 2023 se produjeron, en la Comunidad de Madrid, 945 agresiones sexuales en personas menores de edad,

⁹ Comisión Asesora sobre los abusos sexuales en el ámbito de la Iglesia católica y el papel de los poderes públicos. *Informe sobre los abusos sexuales en el ámbito de la Iglesia Católica y el papel de los poderes públicos. Una respuesta necesaria*. Defensor del Pueblo. 2023.

¹⁰ Estrategia de erradicación de la violencia sobre la infancia y adolescencia. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.

¹¹ Ministerio de Justicia.

¹² Hallazgos toxicológicos en agresiones sexuales con sospecha de sumisión química. Memoria 2021. Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. Madrid: Ministerio de Justicia, 2022.

¹³ Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en Población Juvenil (SIVFRENT-J), 2021. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, n.º 12. Volumen 28. Diciembre, 2023.

¹⁴ Portal Estadístico de Criminalidad. Ministerio del Interior. Gobierno de España.



109 en niños y hombres adolescentes (11,5%) y 836 en niñas y mujeres adolescentes (88,5%). En un 22,8% de los casos se trató de agresiones sexuales con penetración, mayoritariamente en niñas y mujeres adolescentes (el 90%).

II.3. Algunas características de la agresión sexual (AS) en NNA

La mayor parte de las agresiones sexuales en NNA se producen en el **contexto intrafamiliar (entre el 65-85% de los casos)**, por miembros de la propia familia (**padre, lo más frecuente, pareja de la madre, abuelo, tío o hermano**) o personas allegadas con quienes la víctima tiene una relación cercana, dentro de una supuesta "seguridad" del entorno, lo que dificulta su detección, existiendo, a veces, violencia de género de forma concomitante (violencia que sufre la madre por parte del padre/pareja o expareja masculina). En este contexto intrafamiliar, son **las niñas** las que suelen ser las víctimas, con una edad de inicio entre los 7-8 años. Por el contrario, en el **medio extrafamiliar** predominan las agresiones sexuales hacia **los niños**, comenzando a una edad más tardía, a los 11-12 años^{15,16}. También se registran algunos casos de agresiones sexuales perpetradas por mujeres o con participación mixta¹⁷.

Un estudio de 2024¹⁸ revela que, si bien son las niñas y chicas adolescentes las que, en mayor medida, sufren las agresiones sexuales, **son los niños y chicos adolescentes quienes sufren más agresiones con penetración** (incluido el sexo oral). Además, otra de sus conclusiones es que *"la violencia contra la infancia y la adolescencia tiene su base en la desigualdad en función de la asimetría de edad entre víctima y victimario y no en función del género de sus víctimas, si bien desde una perspectiva interseccional, el género incrementa, a su vez, el riesgo de violencia sexual en las niñas y adolescentes"*.

Un grupo especialmente vulnerable a las AS es el de los NNA **con discapacidad** (sobre todo psíquica). Según Save the Children (2017), este colectivo presenta el triple de probabilidad de sufrir abusos y las niñas, cuatro veces más¹⁹.

II.4. Consecuencias para la salud de los NNA

La violencia sexual hacia NNA y más concretamente, la agresión sexual, supone un **daño integral a su salud** con graves consecuencias a medio y largo plazo, tanto en la esfera física como en la psicológica y social, que llegan hasta la edad adulta, con un amplio corolario de síntomas y cuadros clínicos, tal como se muestra en la tabla 1.

La VS frecuente y prolongada, y la existencia de una relación estrecha entre la víctima y el agresor, son factores que aumentan el impacto psicológico a largo plazo.

¹⁵ M. Real-López, M. Peraire. C. Ramos-Vidal, G. Llorca, M. Julián, N. Pereda. *Abuso sexual infantil y consecuencias psicopatológicas en la vida adulta*. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. 2023

¹⁶ Gil Arrones J, De Manuel Vicente C. Abuso sexual infantil. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría 2019. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2019. p. 267-275.

¹⁷ Estudio médico-legal de las sentencias por delitos contra la libertad y la indemnidad sexual (2021).

¹⁸ Pereda, N., Guilera, G., Águila-Otero, A., Andreu, L., Codina, M., y Díaz-Faes, D. A. *La victimización sexual en la adolescencia: un estudio nacional desde la perspectiva de la juventud española*. Universitat de Barcelona. 2024.

¹⁹ Confederación Estatal de Mujeres con Discapacidad (CEMUDIS). *Actuación especializada para la detección y prevención de situaciones de violencia en mujeres con discapacidad*. Guía de actuación. 2022.

Tabla 1. Consecuencias a medio y largo plazo en la salud de los NNA que han sufrido AS

ÁREAS DE LA SALUD	CUADRO CLÍNICO A MEDIO/LARGO PLAZO DE LA AS EN NNA
SEXUAL	<p>Dificultad para establecer relaciones sexuales, fobias sexuales, disfunciones sexuales, falta de satisfacción o incapacidad para el orgasmo, alteraciones de la motivación sexual, infecciones de transmisión sexual (ITS), mayor probabilidad de sufrir violaciones y de entrar en la prostitución.</p> <p>Comportamiento de sexual de alto riesgo: relaciones sexuales sin protección, iniciación sexual consensual temprana, múltiples compañeros íntimos. Conductas hipersexualizadas.</p> <p>Además, en niñas preadolescentes y adolescentes: menstruaciones irregulares, dolorosas, síndrome premenstrual, fibrosis vaginal, dispareunia, dolor pélvico crónico, infecciones vaginales y urinarias de repetición, hemorragias vaginales, cáncer de cérvix, embarazos no deseados, carencia de autonomía sexual.</p>
REPRODUCTIVA (MUJERES)	<p>Anemia, abortos espontáneos, muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer, depresión postparto, lesiones fetales y mayor mortalidad perinatal, inicio tardío de la atención prenatal.</p>
PSICOLÓGICA / CONDUCTUAL	<p>Consumo de drogas y alcohol, trastorno de identidad. Depresión, ansiedad, baja autoestima, dificultad para expresar sentimientos. Problemas relacionados con trastorno mental grave.</p> <p>Emociones persistentes de culpa, vergüenza, asco, miedo, rabia e impotencia, tristeza y desesperanza. Estrés, síntomas depresivos y fobias. Alteraciones del sueño y pesadillas.</p> <p>Trastorno de estrés postraumático, disminución de la concentración, pérdida de memoria, irritabilidad, estado de alerta constante, autolesiones e ideación autolítica. Evitación de estímulos relacionados con la violencia sufrida y dificultad para narrar determinados aspectos de lo ocurrido. Síntomas disociativos: significativa distancia emocional tras la violencia sufrida.</p>
FÍSICA	<p>Dolores crónicos generales (dolores de cabeza, espalda, de articulaciones, musculares, de abdomen), trastornos psicosomáticos, cansancio acusado, problemas gastrointestinales, desorden alimentario, pérdida de apetito, hipertensión, bronquitis crónica, úlcera gástrica, alergias, discapacidades o incluso la muerte por violencia de género.</p>
SOCIAL	<p>Problemas de relación interpersonal, aislamiento social (desconfianza en los demás y desconexión social), dificultades de vinculación afectiva.</p> <p>Dificultades en el ámbito escolar (negativa a la participación en actividades escolares y sociales; dificultad para concentrarse en clase, afectación de la atención y memoria; significativa disminución del rendimiento escolar).</p>

Fuentes: Ministerio de Sanidad. *Protocolo común del SNS para la Actuación Sanitaria ante la Violencia Sexual* (2023). Madrid; 2023.
Ministerio de Sanidad. *Protocolo común de actuación sanitaria frente a la violencia en la infancia y adolescencia* (2023). Madrid; 2023.

III. IMPORTANCIA DE LOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y EMOCIONALES EN LA ATENCIÓN SANITARIA A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

No existe una reacción emocional universal a la VS, cada persona se siente y manifiesta de una forma diferente tras un **hecho traumático**, como lo es el haber sido violentada sexualmente. Su estado dependerá de las características y duración de la violencia sufrida, de su propia historia de vida, edad, mecanismos de defensa/afrontamiento, del apoyo o rechazo recibido del entorno y de la revelación o no de los hechos a otras personas.

En la atención integral a NNA que han sufrido violencia sexual y, por tanto, que han sufrido un trauma, es importante tener en cuenta los siguientes principios²⁰, desarrollados en la tabla 2:

- La prioridad es la seguridad del NNA y establecer un vínculo de confianza
- No juzgar su reacción ni cuestionar el relato
- No dar nada por supuesto y procurar que el NNA se encuentre lo más cómodo posible
- Tolerar los silencios y las dudas
- Ofrecer acompañamiento por quien quiera
- Intentar no producir nuevos daños (victimización secundaria)

Tratar al NNA como sujeto: explicar los pasos que se van a seguir, respetar los límites corporales y los ritmos, poner en el centro el consentimiento informado. Estas recomendaciones se deben modular en función de la edad, madurez y características del NNA.

²⁰ <https://www.traumainformedcare.chcs.org/what-is-trauma-informed-care/>

Tabla 2. Aspectos psicológicos y emocionales que considerar en la atención a NNA víctimas de VS

Aspectos a considerar	Buenas prácticas	Evitar
<p>RELATO</p> <p>Puede tener dificultades para narrar lo ocurrido. Su discurso puede ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carente o desbordado de emoción • Desordenado u ordenado • Contradictorio o coherente • Convencido o impregnado de dudas • Con lagunas o detallado • Monosilábico o verborreico 	<ul style="list-style-type: none"> • Permitir un relato espontáneo, con preguntas abiertas: "¿Quieres contar qué te ha ocurrido?" • Respetar sus tiempos • Tener una actitud de escucha desde la valoración positiva de sus emociones. Ej.: "Entiendo que te sea difícil poner palabras, contar lo ocurrido"; "Entiendo que te sientas así, tómate tu tiempo" • Registrar el relato en la historia clínica (HC) tal como lo refiere la persona • Responder a las preguntas que nos haga el NNA con franqueza 	<ul style="list-style-type: none"> • Una actitud fría o distante • Usar palabras inadecuadas para su edad • Dirigirse y hablar a la persona acompañante y no al NNA • Realizar comentarios despectivos sobre la persona agresora (puede ser alguien cercano) • Expresiones, gestos o acciones de impaciencia (ejemplo, mirar al reloj) • Hacer preguntas directas, cerradas o inducidas • Ayudarle a poner palabras, inducir respuestas o interrumpirle con preguntas para que su relato sea más rápido y/u ordenado • Pedirle aclaraciones o detalles no necesarios para la intervención médica • Hablar de las posibles consecuencias para la persona agresora o prometer aquello que no sabemos con seguridad si va a ocurrir
<p>SENTIMIENTO DE INDEFENSIÓN E HIPERVIGILANCIA</p> <p>La violencia sexual ha sido ejercida, en la mayor parte de los casos, por otra persona conocida. Durante la agresión se han sentido indefensas y han podido ver amenazada su integridad física y emocional o su vida. Todo esto genera un estado de alerta constante, por lo que es probable que se manifieste con desconfianza.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ser conscientes de que el NNA está en un estado de alerta, de que tiene miedo y puede sentir desconfianza hacia los profesionales que lo atienden • Comprender y normalizar sus dificultades para ser explorado o para revelar y/o denunciar lo sucedido, entendiendo que es una reacción que no tiene que ver con un cuestionamiento de nuestra profesionalidad o nuestras intenciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Minimizar o quitar importancia a sus miedos, ponerse a la defensiva • Forzar al NNA a que acceda a la exploración o a que conteste a preguntas y/o denuncie cuando no se siente preparado • Manifestar enfado o impaciencia por su desconfianza

Tabla 2. Aspectos psicológicos y emocionales que considerar en la atención a NNA víctimas de VS
(continuación)

Aspectos a considerar	Buenas prácticas	Evitar
<p>CULPA Y MIEDO A QUE NO SE DÉ CRÉDITO A SU RELATO</p> <p>La mayor parte de los NNA víctimas van a sentir miedo a que se les cuestione, se les culpe o no se crea lo que están desvelando.</p> <p>Además, tras un evento traumático de estas características, la culpa está presente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Creer en su palabra, sin culpabilizar, evitando la victimización • Escuchar desde el interés, expresando de forma clara que no es responsable de lo sucedido: "el único responsable/culpable es el agresor", "no hay nada que provoque o justifique una agresión" • Manifestar de forma expresa que no ponemos en duda su relato y que no lo vamos a juzgar • Valorar positivamente que esté contando lo sucedido con frases tipo "estás siendo muy valiente" 	<ul style="list-style-type: none"> • Poner en duda su relato. • Emitir juicios de valor o pedir explicaciones sobre la forma de actuar: "¿Por qué no te defendiste?", "¿Por qué no pediste ayuda?" • Mantener una actitud enjuiciadora. ¿Por qué te comportaste así? ¿Por qué has decidido contarlo hoy? ¿Cómo has tardado tanto? • Cuestionar sus reacciones emocionales: ¿Cómo es posible que estés así?, ¿Cómo es posible que no recuerdes eso?
<p>VERGÜENZA</p> <p>Muchos NNA van a sentir vergüenza al contar lo sucedido. Pueden tener un sentimiento de inadecuación por lo ocurrido. Además, la agresión ha atacado a una esfera de su intimidad, la sexualidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ser conscientes de que el NNA está relatando algo que puede avergonzarle, por sentirse culpable y/o por tener que ver con lo sexual. Verbalizarlo para que se sienta comprendido • Tolerar los silencios en su relato • Respetar el espacio interpersonal 	<ul style="list-style-type: none"> • Quitar importancia al sentimiento de vergüenza, minimizarlo o transmitirle al NNA que no debe sentirse así • Tocar al NNA sin su permiso con el objeto de calmarle
<p>ALTERACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO</p> <p>La violencia sufrida va a generar una alteración en el estado emocional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entender que un bloqueo emocional (aparente paralización, embotamiento emocional o respuesta de shock y/o sentimiento de desapego, ausencia de contacto visual, sin perturbación evidente, no contestar a las preguntas, etc.) es una respuesta defensiva ante un hecho traumático desbordante • Permitir desbordamientos emocionales (explosiones de ira, angustia intensa, gritos o llanto incontrolable, así como crisis de ansiedad) 	<ul style="list-style-type: none"> • Desbordamientos emocionales propios (rabia, enfado, angustia) • Minimizar su sufrimiento. • Presionar para que se calme o interrumpir la expresión espontánea de emociones de rabia, impotencia y frustración con frases tipo "no te pongas así", "tienes que tranquilizarte"

Tabla 2. Aspectos psicológicos y emocionales que considerar en la atención a NNA víctimas de VS
(continuación)

Aspectos a considerar	Buenas prácticas	Evitar
<p>SENSACIÓN DE INCREDELIDAD Y ESTADOS DISOCIATIVOS</p> <p>Ante un hecho inasumible o intolerable se produce un desbordamiento emocional que puede conllevar un distanciamiento de la realidad a distintos niveles: desde la incredulidad hasta reacciones disociativas. En caso extremo, puede haber una desconexión total entre lo físico y lo emocional.</p> <p>Son mecanismos de defensa normales ante una situación anormal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar como una consecuencia de la violencia sufrida, sintomatología de: <ul style="list-style-type: none"> – Despersonalización, que puede expresarse de distintas formas, por ejemplo: "es como si le hubiera pasado a otra persona", "no sentí nada durante la agresión", "fue como si no estuviera allí", "lo veía desde fuera" – Desrealización: que puede expresarse de distintas formas, por ejemplo: "es como si viera una película de lo ocurrido", "no me parece real" – Amnesia disociativa: que puede llevar al no recuerdo de aspectos o momentos de la situación • Anotar estas expresiones del relato en la HC, ya que son síntomas que reflejan el impacto de la violencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionar "¿cómo no te vas a acordar?" • Restar importancia a los hechos por la aparente falta de reacción emocional • Interpretar esta sintomatología como propia de un trastorno mental

Fuente: Protocolo Código VISEM.

Gran parte de las consecuencias de la agresión sexual, tanto a corto como a medio y largo plazo, tienen un carácter psicológico, por lo que el estado emocional y los cambios conductuales o pensamientos asociados a la AS en los NNA, deben tenerse en cuenta por todos los profesionales intervinientes y ser anotados y reflejados detalladamente en los informes correspondientes, especialmente en la HC (son pruebas importantes de cara a un proceso judicial).

IV. AUTONOMÍA SANITARIA EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

IMPORTANTE: Todas las consideraciones que se muestran en los siguientes tres apartados, deberán ser tenidas en cuenta a la hora de dar validez al consentimiento informado exigido para cada una de las actuaciones y procedimientos que forman parte de este Protocolo Código VISNNA.

IV.1. Regulación de la autonomía en NNA para la toma de decisiones sobre la salud

Toda actuación en el ámbito de la salud requiere, en general, el previo consentimiento de las personas (pacientes o usuarias de los servicios sanitarios), **una vez que hayan sido correctamente informadas** sobre su proceso y consecuencias de la intervención de que se trate. Como regla habitual, la información se facilitará verbalmente y su contenido deberá ajustarse, en el caso de los NNA, a su grado de madurez. Si se trata de **personas con discapacidad**, se le ofrecerán las medidas de apoyo pertinentes y los formatos adecuados de manera que resulten accesibles y comprensibles²¹.

- Para el caso de un **NNA**, en ausencia de un problema físico o psíquico invalidante, el personal facultativo tiene que valorar su grado de madurez y capacidad para la toma de decisiones, para ver si su consentimiento informado es válido, poniéndolo en relación con las circunstancias concretas existentes y con la importancia de la decisión que se le exija, “...teniendo en cuenta tanto su desarrollo evolutivo como su capacidad para comprender y evaluar el asunto concreto a tratar en cada caso”²². Dicha valoración se hará **escuchando siempre su opinión**, “...sin discriminación alguna por edad, discapacidad o cualquier otra circunstancia...”^{23,24,25} que deberá ir adquiriendo más peso en la decisión final del personal facultativo, de forma progresiva, cuanto mayor sea su edad y capacidad de discernimiento. La valoración realizada será anotada en la historia clínica del NNA.

Esta regla tiene dos excepciones:

- **Los NNA que estén emancipados**, cuyo consentimiento es equivalente al de una persona adulta²⁶.

²¹ Artículos 8 y 9.7 de 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 (en adelante **LAPIDC**) y artículos 249 y 250 del Código Civil.

²² Artículo 9.2 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil (en adelante **LPJM**).

²³ Artículo 9.1 de la LPJM.

²⁴ Artículo 11.2 de la Ley 4/2023, de 22 de marzo, de Derechos, Garantías y Protección Integral de la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid (en adelante **LDGPIA**).

²⁵ Artículo 11.1 de la LOPIVI.

²⁶ Artículos 246 y 247 del Código Civil.



- **Y los de 16 años o más años**, que la ley los equipara a los NNA emancipados, en lo que se refiere a la validez de su consentimiento²⁷.
- No obstante, la ley otorga un grado suficiente de madurez a partir de los **12 años**²⁸ y ciertos estudios consideran que, desde esa edad, se posee competencia para la toma de decisiones en el ámbito médico²⁹.

Sin embargo, “..., cuando se trate de una actuación de **grave riesgo para la vida o salud del menor**, según el criterio del facultativo, el consentimiento lo prestará **el representante legal del menor**, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del mismo”³⁰. Esta limitación de la autonomía sanitaria afecta a **toda persona menor de 18 años**.

IV.2. El consentimiento informado en NNA inmaduros o incapaces para la toma de decisiones en el ámbito de su salud

Cuando el personal facultativo considere que la persona menor de edad no tenga madurez suficiente como para considerar válido su consentimiento, lo otorgará su representante legal (progenitores que ostentan la patria potestad o tutor), si bien “...**El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario**”³¹. En tales casos, los progenitores, en el ejercicio de la patria potestad, decidirán conjuntamente o uno de los dos con la aprobación expresa o tácita del otro. En situaciones de urgente necesidad o en defecto o por ausencia o imposibilidad del otro, el consentimiento podrá llevarse a cabo solo por el progenitor que esté presente.

En caso de desacuerdo, cualquiera de los dos podrá acudir a la autoridad judicial, quien, después de oír a ambos y al NNA, atribuirá la facultad de decidir a uno de los dos progenitores.

En la tabla 3 se muestran, resumidos, los criterios básicos a tener en cuenta para determinar la autonomía sanitaria en NNA (**edad, grado de madurez/capacidad y situación planteada**).

²⁷ Artículo 9.4 de la LAPIDC.

²⁸ Madurez referida a cualquier procedimiento administrativo, judicial o de mediación en que esté afectada la persona menor de edad, según lo que establece el artículo 9 de la LPJM. De igual manera, el artículo 5 del Real Decreto 1090/2015, de 4 de diciembre, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos, los Comités de Ética de la Investigación con medicamentos y el Registro Español de Estudios Clínicos, concede validez al consentimiento dado por toda persona a partir de los 12 años.

²⁹ Reyes Boceta, Olga Martínez-Casares, Marta Albert. El consentimiento informado en el menor maduro: comprensión y capacidad de decisión. *Anales de Pediatría*. 2021; 95(6): 413-422.

³⁰ Artículo 9.4 de la LAPIDC.

³¹ Artículo 9.7 de la LAPIDC.

Tabla 3. Validez del consentimiento informado en las personas menores de edad.

AUTONOMÍA SANITARIA EN PERSONAS MENORES DE EDAD (NNA)					
Edad NNA	Presunción sobre la madurez / capacidad para la toma de decisiones	Validez del consentimiento informado	Valoración de madurez / capacidad para la toma de decisiones	Derechos sobre su salud	Persona que consiente
16 -17 años	Presunción de madurez / capacidad	Consentimiento válido (salvo grave riesgo para la vida o la salud)	Menor maduro/ capaz	Los equivalentes a una persona adulta ³²	La persona menor de edad
			Menor inmaduro / incapaz (hay que demostrar la inmadurez/ incapacidad)	Derecho a ser escuchada y tomada en cuenta su opinión	Padre, madre / Tutores
12 – 15 años	Sin presunción inicial del grado de madurez / capacidad	Consentimiento válido/ no válido en función del grado de madurez / capacidad y decisión a tomar	Menor maduro/ capaz	Los equivalentes a una persona adulta ³¹	La persona menor de edad.
			Menor inmaduro / incapaz	Derecho a ser escuchada y tomada en cuenta su opinión	Padre, madre / Tutores
< 12 años	Presunción de inmadurez / incapacidad	Consentimiento no válido (salvo excepciones, en función del grado de madurez / capacidad y decisión a tomar)	Menor maduro/ capaz (hay que demostrar la madurez y capacidad)	Derecho a que su opinión sirva para el consentimiento	La persona menor de edad.
			Menor inmaduro / incapaz	Derecho a ser escuchada y tomada en cuenta su opinión	Padre, madre / Tutores

Fuente: Elaboración propia a partir del marco legal vigente.

IV.3. Consentimiento informado e interés superior del menor

El consentimiento informado dado tanto por la persona menor de edad madura/capaz como por su representante legal, **deberá estar en consonancia con el “... mayor beneficio para la vida o salud del paciente”**. De no ser así, las “decisiones que sean contrarias a dichos intereses **deberán ponerse en conocimiento de la autoridad judi-**

³² Con excepción de algunos actos médicos regulados por leyes y órdenes específicas (ensayos clínicos; técnicas de reproducción humana asistida; interrupción voluntaria del embarazo).

*cial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, para que adopte la resolución correspondiente, salvo que, por razones de urgencia, no fuera posible recabar la autorización judicial, en cuyo caso **los profesionales sanitarios adoptarán las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente**, amparados por las causas de justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad³³. De conformidad con este marco legal, en caso de **discrepancia que afecte negativamente a la vida o la salud** entre el personal facultativo que atienda a un NNA sin autonomía sanitaria y quien ostente la potestad de dar el consentimiento, o bien con el propio NNA maduro/capaz, **dicho personal facultativo deberá ponerse en contacto con el juzgado de guardia** para resolver en consecuencia.*

³³ Artículo 9.6 de la LAPIDC.





**PROTOCOLO DE ASISTENCIA
SANITARIA URGENTE A NIÑOS,
NIÑAS Y ADOLESCENTES
QUE HAN SUFRIDO AGRESIÓN
SEXUAL RECIENTE**

Atendiendo a todo lo expuesto, es imprescindible garantizar una **atención sanitaria integral**, acorde con la naturaleza y consecuencias del problema descrito, objeto del presente protocolo, y con los derechos que las leyes otorgan a los NNA.

V. PRINCIPIOS RECTORES Y DIRECTRICES SANITARIAS

V.1. Principios Rectores

Este protocolo se asienta en los siguientes **principios rectores**:

- **Interés superior de la persona menor de edad**³⁴, pues primará sobre cualquier otro en todas las acciones y decisiones que sean de aplicación por este protocolo, respetando su derecho a ser oído y a formar parte de las decisiones a tomar, su dignidad e intimidad
- **Enfoque de Derechos Humanos**, reconociéndose explícitamente a la salud sexual y salud reproductiva como derechos universales protectores de la dignidad humana y promotores de la justicia, la igualdad, la libertad y la vida misma
- **Enfoque de género**³⁵, dado que reconoce que la violencia sexual se asienta en los estereotipos y las relaciones de género y que sus consecuencias son diferentes en los niños y en las niñas víctimas
- **Enfoque interseccional**, como forma de prevenir la discriminación en la atención sanitaria a NNA víctimas de VS por la confluencia de diversas identidades (biológicas, culturales y sociales)
- **Colaboración multisectorial**, asentada en acuerdos entre los diferentes organismos e instituciones autoras de este protocolo, que ha hecho posible alcanzar el consenso necesario para la asistencia coordinada a la agresión sexual
- **Enfoque centrado en NNA**, pues todos los actores intervinientes se organizan y coordinan para obtener el máximo beneficio socio-sanitario y médico-legal

V.2. Directrices Sanitarias

Los anteriores principios rectores son el marco de referencia de las siguientes **directrices para la atención sanitaria integral a NNA**:

- **La atención sanitaria urgente** a los casos de agresión sexual debe comenzar, si ha lugar a ello, en los recursos sanitarios extrahospitalarios (Centros de AP, SUMMA,

³⁴ Artículo 2 de la LPJM, y artículo 3.a) de la LDGPJA.

³⁵ Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 4.i de la LOPIVI.

SAMUR-PC), para, finalmente, continuar en el hospital competente para dar dicha atención, garantizándose la **accesibilidad universal** a todo NNA víctima de una AS reciente, con independencia de cualquier condición o circunstancia personal, administrativa o social.

- El **Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH)**³⁶ debe ser el lugar donde se **centralice la atención** urgente e integral (sanitaria, médico-forense, policial y social)
- Se debe preservar el **derecho de la víctima a interponer (o no) la denuncia** correspondiente (directamente o a través de sus representantes legales), sin que ello condicione su atención en el SUH³⁷
- Debe de realizarse la **toma de muestras médico-legales en base a la regulación de la autonomía sanitaria** ([apartado IV](#) de este protocolo)
- La **confidencialidad** de la información conocida en virtud del ejercicio profesional y la **protección** de la víctima deben estar garantizadas
- El **consentimiento informado** debe presidir cualquier intervención sanitaria³⁸
- Se debe asegurar la **continuidad asistencial** que se estime necesaria, una vez finalizada la atención sanitaria urgente hospitalaria

VI. ASPECTOS ÉTICOS ASISTENCIALES

En situaciones de AS es importante que los/las profesionales intervinientes tengan presente los aspectos éticos fundamentales inherentes a la asistencia sanitaria. La finalidad última de la intervención desde el sistema sanitario debe ser la restitución de la salud, así como la promoción de las condiciones para su recuperación integral. Por ello, con los NNA se debe ser especialmente diligente en respetar los siguientes principios éticos:

- **Principio de Beneficencia:** velar por la vida y el mayor beneficio para la persona menor de edad, con el fin de restablecer su salud integral
- **Principio de No-maleficencia:** evitar perjuicios con intervenciones innecesarias, demoras en la atención o cualquier otro proceder que cause daños injustificados. Es imprescindible actuar de manera que se evite una nueva victimización
- **Principio de Autonomía:** respetar la validez del consentimiento informado de NNA según lo establecido por nuestro ordenamiento jurídico, haciendo partícipe a la vícti-

³⁶ Esta denominación engloba tanto al Sº de Urgencias general como al de Obstetricia y Ginecología, al de Pediatría o a cualquier otro implicado en la atención urgente hospitalaria a las agresiones sexuales en NNA, en función de la estructura y organización interna de cada hospital.

³⁷ Ver [apartado XII.3](#).

³⁸ El tipo de consentimiento requerido (verbal o por escrito) se ajustará a lo contemplado en el artículo 8 de la LAPIDC y su validez con relación a la edad del NNA, a lo estipulado en su artículo 9 (ver [apartado IV](#)).



ma en la toma de decisiones en la medida de lo posible y protagonista de su propio proceso de recuperación

- **Principio de Justicia:** que la persona sea tratada, con los recursos disponibles, de manera equitativa, siguiendo el principio de que todas las personas son iguales en dignidad y derechos
- **Principio de Confidencialidad:** secreto profesional respecto a la información conocida en virtud del ejercicio profesional, lo que implica el registro confidencial de la información, preservar la privacidad de los datos personales y garantizar la intimidad durante toda la atención sanitaria

VII. OBJETIVOS DEL PROTOCOLO

VII.1. General

Garantizar una atención sanitaria integral, efectiva y eficiente, tanto en los recursos sanitarios extrahospitalarios como en el servicio de urgencias hospitalarias que corresponda (SUH), a los NNA que hayan sufrido agresión sexual (AS) con contacto físico, aunque no haya lesiones físicas objetivables.

VII.2. Específicos

- **Establecer pautas comunes de asistencia interdepartamental urgente y coordinada** (sanitaria, policial, judicial y social)
- **Evitar intervenciones iatrogénicas y prevenir la “victimización secundaria” en todo momento**³⁹
- **Impulsar la cooperación de todos los actores necesarios**, organizando la atención sanitaria en el SUH: equipo de urgencias pediátricas, ginecológicas, urológicas, quirúrgicas (según corresponda), medicina forense, trabajo social y servicio de psiquiatría/salud mental
- **Atender a las cuestiones éticas y médico-legales** derivadas de la asistencia, incluyendo la recogida, custodia y entrega de pruebas
- **Garantizar en todo momento la seguridad** del NNA, valorando el riesgo de nuevas agresiones y adoptando las medidas pertinentes
- **Proporcionar atención psicológica y social** mediante la coordinación con los recursos especializados de atención en VS existentes y de atención a la infancia

³⁹ Artículos 4.e) y 12.3 de la LOPIVI.

- **Garantizar el seguimiento y continuidad asistencial** tras la asistencia urgente hospitalaria (con atención hospitalaria, atención primaria y recursos especializados en VS y atención a la infancia)
- **Aumentar el conocimiento de las agresiones sexuales e identificar áreas de mejora** mediante los registros/detección de casos

VIII. POBLACIÓN DIANA

Niños, niñas y adolescentes de ambos sexos⁴⁰ < 16 años y adolescentes varones de 16 y 17 años (NNA)⁴¹ que hayan sido víctimas de agresión sexual reciente⁴², con contacto físico o alta sospecha de ello y requieran atención hospitalaria integral urgente, en el ámbito geográfico de la Comunidad de Madrid (quedan excluidas las mujeres de 16 y 17 años por estar incluidas en el Protocolo Código VISEM⁴³).

IX. CÓDIGO DE VIOLENCIA SEXUAL EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES (CÓDIGO VISNNA)

La demanda asistencial de un NNA incluido en la población diana, puede surgir tanto en el medio extrahospitalario (un domicilio, comisaría de policía, centro de salud, centro educativo, servicios sociales, etc.) como en los servicios de urgencia hospitalarios. Sea cual sea la vía de contacto, el NNA deberá ser finalmente atendido en un **Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) de referencia para la atención a personas menores de edad víctimas de agresión sexual**, es decir, en un **hospital VISNNA** ([anexo 11](#)):

- **Con urgencias de pediatría y ginecología, 24 horas, todos los días**
- **Donde esté garantizada la seguridad y privacidad**

⁴⁰ **NNA tanto “cis”** (personas con concordancia entre su identidad de género y el asignado por los demás al nacer, según su sexo biológico) **como “trans”** (personas con discordancia entre su identidad de género y el asignado por los demás al nacer, según su sexo biológico), en virtud de la “Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la Igualdad Real y Efectiva de las Personas Trans y para la Garantía de los Derechos de las Personas LGTBI”.

⁴¹ **A partir de ahora, a lo largo de todo el texto, el acrónimo NNA se referirá, exclusivamente, a la población diana de este Protocolo, quedando fuera las mujeres de 16 y 17 años.**

⁴² En el transcurso de 10 días como máximo, dependiendo del tipo de agresión sufrida (ver tabla 4).

⁴³ Está previsto que, en un próximo futuro, los hombres de 16 y 17 años también queden fuera de este protocolo, una vez que se disponga de otro nuevo que aborde la violencia sexual en hombres, a partir de los 16 años de edad.

- **Que disponga de material imprescindible para practicar el reconocimiento médico-legal y la obtención de muestras biológicas** (ver [anexo 2](#))

Además, para la correcta atención de las agresiones sexuales, puede ser necesario que los NNA sean atendidos por especialistas de urología o cirugía general pediátrica, por lo que cada hospital VISNNA lo deberá contemplar en sus protocolos específicos.

La actuación debe ser **urgente** (que evite más sufrimiento), **integral** (que contemple todos los aspectos relacionados con la AS) y **coordinada** (que ordene de forma eficiente las actuaciones de todos los actores intervinientes en su atención), **lo que hace necesaria la existencia de un código sanitario específico** que, una vez activado, **movilice y organice a los diferentes dispositivos implicados** (servicios de urgencias hospitalarios y extrahospitalarios, FCSE⁴⁴, órganos judiciales y de protección de personas menores de edad, y recursos psicológicos y sociales) y aporte criterios de estandarización del procedimiento a seguir. Se crea, por tanto, un nuevo código hospitalario, **de aplicación en todo el territorio de la Comunidad de Madrid, el Código VISNNA.**

IX.1. Criterios de activación del código VISNNA

Se procederá a solicitar la activación del código VISNNA, siempre y cuando se cumplan los requisitos de la tabla 4.

Tabla 4. Requisitos que se deben cumplir para la activación del código VISNNA

REQUISITOS PARA LA ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO VISNNA	
Niños, niñas y adolescentes de ambos sexos <16 años + adolescentes varones de 16 y 17 años	
Que haya sufrido una agresión sexual con contacto físico o alta sospecha del mismo ⁴⁵	
Tiempo transcurrido desde que aconteció el episodio ⁴⁶ :	<p>≤ 10 días / 240 h en los casos de existencia de coito vaginal</p> <p>≤ 2 días / 48 h en agresiones sexuales con solo penetración bucal</p> <p>≤ 3 días / 72 h en el resto de las agresiones sexuales</p>

⁴⁴ Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado: Policía Nacional (PN) y Guardia Civil (GC).

⁴⁵ Los casos de violencia sexual con contacto físico que no requieran toma de muestras forenses ni intervención médica urgente o en los que no exista contacto físico, no precisan derivación urgente a los SUH de los hospitales de referencia. En estos casos, se activarán similares mecanismos de denuncia (parte judicial, hoja de comunicación de violencia sexual) y se informará a trabajo social de su área sanitaria. Se valorará individualmente la necesidad de remitir a la consulta médica de referencia (pediatría social, pediatría de AP, medicina de familia).

⁴⁶ Los periodos de tiempo establecidos obedecen a los **periodos de toma de muestras** para que estas tengan valor para detectar indicios que ayuden al esclarecimiento de los hechos (ver [tabla 12](#)), si bien, en el caso de existencia de penetración vaginal, la efectividad de las muestras recogidas cae ostensiblemente a partir de los primeros 7 días. Estos límites temporales están recogidos en el “Protocolo de actuación médico-forense ante la violencia sexual en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses” (Ministerio de Justicia, 2021), y en la “Guía de Pautas Básicas Comunes del SNS para la Actuación Sanitaria ante Violencia Sexual” (Ministerio de Sanidad, 2023).

¿Quién debe activar el código VISNNA?

Después del triaje, será el personal facultativo del SUH que reciba y atienda al NNA, quien active el Código VISNNA, elaborando el Informe de Asistencia Sanitaria Urgente por presunta agresión sexual en menores de edad (en adelante, **IASUM**) y poniendo en marcha las acciones pertinentes.

En el ámbito extrahospitalario solo se realiza su preactivación, comunicando al SUH del hospital VISNNA que corresponda, la existencia de un posible caso de AS y organizando su traslado.

IX.2. Referente hospitalario VISNNA

La Gerencia del hospital será quién elija a la persona referente e interlocutora para el seguimiento y coordinación del Protocolo Código VISNNA. Para su designación, podrá vincular su decisión a consulta con la Comisión Hospitalaria contra la Violencia y la Jefatura de Servicio de Pediatría (junto con la Unidad de Pediatría Social, en donde exista esta Unidad). Sus funciones serán las siguientes:

- Garantizar el reporte, a la Comisión de Seguimiento del Protocolo, de los datos sobre la activación del código VISNNA y todas aquellas incidencias y problemas que hayan podido surgir, según la frecuencia acordada por la citada Comisión
- Asesorar y facilitar la organización y difusión de las actividades de formación, así como de cualquier información relevante y de materiales relacionados con el código VISNNA
- Coordinación intrahospitalaria con los diferentes servicios implicados
- Asistir a las convocatorias propuestas por la Comisión de Seguimiento VISNNA

En el caso de que la persona designada no pertenezca a la Comisión Hospitalaria contra la Violencia, en su calidad de referente del Protocolo Código VISNNA deberá informar a dicha Comisión de las actuaciones e incidencias que vayan surgiendo.

X. DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

La detección de un caso de VS en un NNA pasa muchas veces por **su sospecha** sustentada en la **comunicación**:

- **Explícita** del hecho por parte del NNA, aunque sus explicaciones no sean coherentes, incluya contradicciones o se retracte de lo dicho en un primer momento
- **No verbal**, atendiendo a la gestualidad, expresión facial o postura corporal



- **Del hecho** por parte de personas de su entorno
- **Realizada por profesionales** de otros ámbitos que están en contacto con el NNA (educación, servicios sociales, centros de atención temprana, centros de salud, programas deportivos, ocio y tiempo libre, agentes de las fuerzas y cuerpos de seguridad, profesionales que intervienen en las situaciones de violencia de género, etc.)

Más infrecuente es encontrar:

- Signos y/o lesiones físicas sospechosas de VS ([tabla 11](#))

Es importante tener en cuenta que un NNA que ha sido víctima de VS puede estar aparentemente asintomático inicialmente y puede no mostrar rechazo hacia la persona que lo ha violentado, sobre todo si procede de su entorno familiar más inmediato. Es necesario tener en cuenta que, en la VS, la persona agresora establece un fuerte vínculo con la víctima de forma paulatina, con el fin de aislarla y de que no solicite ayuda o relate la situación de violencia.

En la tabla 5 se muestran una serie de indicadores **psicológicos y comportamentales** de la probable existencia de violencia sexual en NNA que deben ser tenidos en cuenta a la hora de confirmar una agresión sexual (continuada o puntual), **junto con los indicadores físicos de la clasificación de Adams** (ver [tabla 11](#) en apartado XIV.3).

Tabla 5. Indicadores psicológicos y comportamentales de violencia sexual en NNA

INDICADORES DE SOSPECHA DE VIOLENCIA SEXUAL EN NNA CON MAYOR EVIDENCIA	
INDICADORES	DESCRIPCIÓN
Indicadores comportamentales y psicológicos en NNA	<ul style="list-style-type: none"> • Rechazo al agresor • Miedo • Cambios repentinos de conducta • Tristeza • Vergüenza • Trastornos del sueño y de la conducta alimentaria • Sentimiento de culpa • Introversión • Actitud reservada, rechazante, con fantasías e incluso puede parecer que tiene retraso madurativo o conductas regresivas • Síndrome de estrés postraumático • Pérdida del control de esfínteres: enuresis, encopresis • Baja autoestima • Terrores nocturnos • Ansiedad, depresión, disociación, autolesiones, ideación e intentos autolíticos • Problemas de conducta, criminalidad y violencia • Síntomas, signos, conductas o alteraciones inespecíficas que pueden aparecer como reacciones a situaciones de estrés: llanto, ansiedad, aislamiento, falta de autocontrol emocional, fobias repetidas y variadas, culpa o vergüenza extremas, desórdenes funcionales, agresiones, fugas, consumo excesivo de alcohol y/u otras drogas, conductas autodestructivas o intentos de suicidio, disminución del rendimiento escolar, etc. • Fuerte resistencia a la exploración de genitales • Dice haber sido objeto de conductas compatibles con cualquier forma de violencia sexual • Manifiesta conductas o conocimientos sexuales extraños, sofisticados, inusuales o impropios de la edad (masturbación compulsiva con objetos, caricias bucogenitales, pedir ser tocado en el área genital, conductas sexualmente seductoras, etc.) • Conductas sexualizadas o agresiones sexuales a otros NNA • Escasas relaciones con sus compañeros/as. Elevado aislamiento social
Indicadores comportamentales de la persona sospechosa de ejercer la violencia	<ul style="list-style-type: none"> • Extremadamente protector o celoso del NNA • Aparentemente facilitador de las exploraciones, no ofrece explicaciones lógicas de las posibles lesiones; puede tener buena imagen social • Dificultades en las relaciones de pareja • Historias de infancia con presencia de maltrato físico, psicológico o sexual • Abuso de alcohol y/u otras drogas • Frecuentemente está ausente en el hogar • Consumidor/a de prostitución • Autor de violencia de género

Fuentes: Ministerio de Sanidad. *Protocolo común de actuación sanitaria frente a la violencia en la infancia y adolescencia* (2023). Madrid; 2023.

Orjuela López, L. *Violencia sexual contra los niños y las niñas. Abuso y explotación sexual infantil. Guía de material básico para la formación de profesionales*. Save the Children España 2012.

Gil Arrones J, De Manuel Vicente C. Abuso sexual infantil. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría 2019. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2019. p. 267-275.

Estas sospechas podrán corroborarse con determinadas pruebas complementarias (ver [apartado XVI](#)).





**ATENCIÓN SANITARIA URGENTE
PREHOSPITALARIA**

XI. INTERVENCIÓN ASISTENCIAL URGENTE PREHOSPITALARIA

Cuando en un **centro de salud, punto de atención continuada (PAC) o por el SUMMA, SAMUR-PC** se atiende un posible caso de agresión sexual, con contacto físico o probabilidad del mismo, **se deben seguir las normas que se indican a continuación.**

XI.1. Normas generales de actuación (ver algoritmo de la [figura 9](#))

- Ha de ser **rápida, sin pérdida de tiempo, priorizando estabilizar al NNA víctima**
- Recepción, registro y comunicación del caso⁴⁷
- La comunicación por parte de los profesionales deberá ser objetiva, sin juicios de valor ni cuestionamiento del relato **espontáneo** que realice el NNA, dando apoyo y seguridad, utilizando un lenguaje sencillo, adecuado a la edad, cultura y circunstancias, asegurándose que se entiende lo que se le dice, **realizando únicamente las preguntas imprescindibles a la víctima**, dado que la entrevista clínica tendrá lugar en el medio hospitalario
- Se debe preguntar **sólo la información necesaria para la asistencia**
- **Se debe proporcionar información inicial básica**, adaptada a la edad del NNA, incluyendo la necesidad del traslado a un hospital, explicando en todo momento lo que se está haciendo y **recabando el consentimiento verbal explícito** (del NNA o de su representante legal), con testigo, siempre teniendo presente el interés superior del NNA y de acuerdo a lo expuesto en el [apartado IV](#)
- Hay que evitar el paternalismo y la excesiva emocionalidad, sin que ello suponga una actitud distante

Bajo estas premisas, las actuaciones a realizar “*in situ*”, son las siguientes:

- Se debe habilitar, en lo posible, un espacio que garantice **la protección, intimidad y confidencialidad** del NNA durante la atención sanitaria recibida
- Asegurarse de que el NNA esté **acompañado en todo momento**. Durante la atención sanitaria estarán presentes, como mínimo, **dos personas del equipo asistencial**
- En un primer momento, hay que evaluar al NNA mediante el **TEP**⁴⁸ que nos dará una primera impresión de su estado general y permitirá establecer un orden de prioridad en las medidas a tomar. Sólo se llevarán a cabo las actuaciones imprescindibles para evitar alterar pruebas forenses, cuya toma se hará en el SUH
- Valorar el riesgo de nuevas agresiones y el **riesgo autolítico**

⁴⁷ La comunicación que se realice desde los dispositivos prehospitalarios, según sus propios protocolos (ver [apartados XI.2 y XI.3](#)), deberá acabar, en el futuro, en el RUSSVI (Registro Unificado de Servicios Sociales sobre Violencia contra la Infancia).

⁴⁸ TEP: Triángulo de Evaluación Pediátrica (evaluación observacional de la apariencia, respiración y circulación sanguínea).

- Valorar el **estado emocional y de conciencia**, dando el **apoyo necesario** y reflejando por escrito las palabras textuales del NNA, su apariencia y comportamiento (no significativo, confuso, desorientado...). Ver [tabla 2](#)
- **Comunicar a las FCSE** la existencia de un hecho constitutivo de un delito, para que proceda, según sus protocolos, con la protección del NNA, así como para el inicio de las actuaciones de investigación y comunicación a Fiscalía Menores (ver en [anexo 12](#), FCSE)
- Valorar la posible existencia de **sumisión química** (ver [tabla 26](#))
- De no estar presentes, avisar a los familiares y/o personas de apoyo **que el NNA indique**

Medidas a adoptar si existe riesgo de nuevas agresiones⁴⁹ o ideas autolíticas

Ante una situación de estas características, hay que adoptar las siguientes **medidas básicas**:

- Evitar en todo momento que la persona menor de edad (NNA) esté sola, **garantizando el acompañamiento**. Se avisará a las personas de apoyo que el NNA indique
- **Reclamar la presencia de las FCSE en el escenario donde se encuentre el NNA**, si todavía no estuvieran presentes, quienes actuarán en base a sus procedimientos

En la asistencia *in situ* prehospitalaria y en el traslado al SUH asignado:

- Valorar la adopción de medidas que garanticen la seguridad y la protección **a través del Centro de Emergencias (CE-112) y comunicar al SUH el riesgo potencial de nuevas agresiones**, con el fin de proteger los datos relacionados con el NNA e impedir que el posible agresor pueda localizar a la víctima
- **Si hubiera ideas de suicidio**, valorar la intervención de psicólogo de emergencias (PsycoSUMMA / SAMUR) y **comunicarlo al SUH** para que se establezcan las medidas necesarias por el Servicio de Psiquiatría⁵⁰

Medidas médico-legales en el medio extrahospitalario

La recogida de muestras se realizará siempre, salvo excepciones debidamente justificadas, **en el hospital VISNNA donde se atienda al NNA** (ver [apartado XVI](#)). Una de esas excepciones puede ser la toma de **muestras tiempo-dependientes**, como las **muestras de orina o sangre cuando hay sospecha de sumisión química**. En esos casos, hay que dejar constancia de lo realizado, tanto en la historia clínica y hoja de derivación, como en los formularios de cadena de custodia de muestras (ver [anexos 6 y 7](#)) y serán las **FCSE quienes se encarguen de su custodia**.

⁴⁹ Este apartado se completa con lo expuesto en el [apartado XII.4](#).

⁵⁰ En el caso de que no exista este servicio, se valorará la pertinencia de su derivación a otro hospital con dicho servicio.

- **Hay que evitar alterar el lugar de los hechos** (primario o secundario)⁵¹ **y la manipulación** de potenciales pruebas. Si no es posible por necesidad inexcusable justificada, deberá quedar documentada la alteración que se haya realizado
- **No desvestir ni lavar al NNA, ni realizar exploraciones de la zona genital o anal**, salvo que fuera estrictamente necesario para proceder a su estabilización. En tal caso, tanto las muestras como la ropa recogidas deben **ser entregadas a las FCSE para su custodia**. En ausencia de estas, la custodia la realizará el personal sanitario de urgencias extrahospitalarias hasta su llegada al SUH
- Se seguirán **criterios de asepsia**, por parte del personal responsable de la toma de muestras (ver [apartado XVI.2](#))
- Si el NNA tiene intención de asearse antes de su traslado al SUH (ducha, lavado, cambio de ropa, limpieza o enjuague de la boca), **se debe explicar la importancia de la preservación de las pruebas con el fin de hacerle desistir** (no tirar pañales, compresas, tampones ni salvaslips). Por la misma razón, hay que indicarle que, en la medida de lo posible, evite orinar, defecar, beber y comer (y fumar, según edad). Si el NNA necesita imperiosamente ir al WC, se le tomará una muestra de la orina siguiendo las indicaciones de la [tabla 16](#). Si ya lo hubiera hecho, se reflejará en el informe clínico asistencial, cuantificando el número de veces que lo ha realizado después del acto de AS
- **En caso de haber existido penetración por vía bucal**, es muy importante evitar la toma de líquidos o alimentos, así como fumar, antes del reconocimiento en el hospital. Si no se pudiera evitar, se harán dos tomas bucales con dos hisopos secos, siguiendo las recomendaciones de la [tabla 15](#) para muestras dubitadas
- Preguntar si ha ingerido o cree que le hayan podido suministrar, en los momentos previos o después del acto de VS, **algún tipo de droga o medicamento** (prescrito o no). Valorar también los síntomas o sensaciones que presenta y por las que considere que ha podido ser sometido químicamente

XI.2. Intervención en Atención Primaria (ver [anexo 10](#))

Si el caso de agresión sexual a un NNA es atendido en primera instancia en un centro de salud o PAC, **se deben seguir las mismas medidas generales de actuación descritas**, haciendo énfasis en la longitudinalidad y conocimiento del contexto y la familia que este nivel supone, y que facilitará la continuidad asistencial al alta hospitalaria, **y se seguirá lo contemplado en el *Procedimiento de notificación ante sospecha de maltrato infantil en Atención Primaria***⁵². Se recomienda que esta notificación conste en el parte de derivación al SUH.

Según sea la situación, el traslado al SUH se podrá producir por medios propios o en transporte sanitario a través del CE-112, previo aviso y coordinación con las FCSE.

⁵¹ En criminalística, se denomina lugar de los hechos primario, al sitio donde se ha producido un delito y donde podemos encontrar evidencias; y secundario, donde se van a encontrar indicios y/o evidencias del delito cometido en otro lugar.

⁵² Gerencia Asistencial de Atención Primaria, 2024. Disponible en AP Madrid.

XI.3. Intervención del Centro de Emergencias 112 (CE-112) y 061 (ver algoritmo de la figura 9)

Cuando se recibe una llamada relacionada con una AS a un NNA, el personal responsable de la valoración telefónica debe proceder con las siguientes actuaciones:

- **Evaluación clínica, valoración sanitaria del riesgo vital por nuevas agresiones y existencia de ideación suicida**
- **Asignación del recurso sanitario *ad hoc*** (Unidad de Atención Médica Domiciliaria, Vehículo de Intervención Rápida, Unidad de Soporte Vital Avanzado, Soporte Vital Básico...) **para valoración inicial y traslado urgente al SUH**
- Si fuera necesario y autorizado por jefatura de guardia, **envío de psicólogo de emergencias (PsycoSUMMA / SAMUR)**
- **Comunicación a las FCSE (Cuerpo Nacional de Policía / Guardia Civil)** de la existencia de un hecho constitutivo de un delito, para que proceda según sus protocolos de aseguramiento de zona y si procede, recogida de vestigios, así como para el inicio de las actuaciones de investigación
- **Comunicación telefónica con el SUH** donde va a ser trasladado el NNA⁵³ para realizar las siguientes tareas:
 - **Preaviso de posible Código VISNNA** (si cumplimiento de requisitos básicos)
 - **Gestión de la admisión y triaje**
 - **Contacto directo con el equipo de guardia que corresponda** del hospital receptor, aportándole la información clínico-asistencial relevante. Preaviso de llegada

Si se hubiera detectado una **potencial situación de riesgo de nuevas agresiones** contra la víctima, **se comunicará al hospital receptor** por si fuera necesaria la activación de su protocolo de seguridad y protección.

XI.4. Traslado al SUH (ver algoritmo de la figura 9)

La forma de proceder de los profesionales sanitarios de urgencias desplazados, debe seguir las **medidas generales de actuación descritas** en el [apartado XI.1](#). El traslado ha de hacerse sin demora, en transporte sanitario activado por el 112/061, atendiendo a criterios de necesidad clínica (cirugía general pediátrica, urología o psiquiatría) o bien en medios propios, en condiciones de seguridad y constatando que el NNA y/o sus representantes legales han entendido las recomendaciones y pautas que se le han facilitado, siempre y cuando su situación clínica lo permita. En todos los casos sería conveniente que fuera **acompañado** por un familiar, persona de apoyo o por las FCSE, siempre con su aprobación.

En el caso de que el NNA venga acompañado por su padre, madre, tutor u otra persona y se sepa o sospeche que es la persona agresora, hay que impedir que siga teniendo acceso a la víctima para evitar que ejerza sobre ella presión o intimidación para silenciarla y se dará conocimiento de este hecho a las FCSE y a la seguridad del centro.

⁵³ **Todas las demandas de atención sanitaria por AS** recepcionadas en el CE-112 o el 061 serán derivadas **EXCLUSIVAMENTE** a hospitales VISNNA (ver [anexo 11](#)).



**ATENCIÓN SANITARIA
URGENTE HOSPITALARIA:
ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO VISNNA**

XII. PROCESO DE ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO VISNNA (ver algoritmo de la [figura 10](#))

En la tabla 6 se destacan las cuestiones más relevantes a la hora de acoger a un NNA que ha sufrido una agresión sexual y las actuaciones previas a la exploración clínica y médico-forense. La atención en urgencias ha de ser lo más inmediata posible.

Tabla 6. Aspectos importantes a tener en cuenta en la acogida y estancia en urgencias de un NNA víctima de agresión sexual

ACOGIDA Y ESTANCIA	BUENAS PRÁCTICAS	A EVITAR
Garantizar un ambiente de seguridad, privacidad y confianza	<ul style="list-style-type: none"> Extremar la confidencialidad de su ubicación Utilizar una sala adecuada que asegure la privacidad del relato espontáneo Si hay preferencia por un sexo determinado del profesional sanitario que atienda al NNA y ello es factible, ofrecer esa posibilidad 	<ul style="list-style-type: none"> No cuidar la privacidad de los datos aportados Interrupciones por llamadas telefónicas o de otros profesionales Despachos o salas diáfanos Lugares cercanos a salas de espera desde donde se pueda escuchar lo que se dice en el interior
Realizar solo preguntas imprescindibles	<ul style="list-style-type: none"> En admisión y triaje, preguntar solo datos administrativos y los necesarios para la clasificación clínica del NNA Registrar el relato espontáneo y todos los datos en la HC Permitir repetir el relato de lo ocurrido si la persona menor de edad así lo desea 	<ul style="list-style-type: none"> Que el NNA tenga que repetir lo ocurrido Preguntar por detalles no necesarios para la intervención médica
Informar, verbalmente y por escrito de manera adecuada	<ul style="list-style-type: none"> Informar con palabras sencillas y frases claras sobre los procedimientos que se van a realizar Informar de forma clara y objetiva sobre el derecho a denunciar y la obligación legal de los profesionales de notificar a la Fiscalía Menores Expresar claramente que no sabemos la respuesta sobre otras cuestiones jurídicas, cuando sea pertinente, pues no es nuestra especialidad (por ejemplo, sobre el procedimiento judicial) Entregar información por escrito (anexo 3) Informar de la existencia de recursos especializados (anexo 12) 	<ul style="list-style-type: none"> Decidir que es mejor para el NNA "no saber" Eludir preguntas o responder de forma poco clara Informar induciendo determinadas decisiones Prometer cosas de las que no tenemos certeza para tranquilizar, por ejemplo: "ya verás cómo le pillan" Subestimar el apoyo que pueda ofrecer el recurso especializado

Tabla 6. Aspectos importantes a tener en cuenta en la acogida y estancia en urgencias de un NNA víctima de agresión sexual (continuación)

ACOGIDA Y ESTANCIA	BUENAS PRÁCTICAS	A EVITAR
Nunca dejar solo al NNA	<ul style="list-style-type: none"> Ofrecer la posibilidad de que quien le acompañe sea un familiar, persona de apoyo o profesional sanitario. Respetar su elección 	<ul style="list-style-type: none"> Que esté en contacto con la persona sobre la que se sospeche que sea la agresora Insistir en la conveniencia de que sea un familiar quien lo acompañe Criticar su deseo o necesidad

XII.1. Acogida del niño, niña o adolescente (NNA)**➤ A la llegada al hospital (SUH):**

Tanto si acude directamente o si es trasladado por recursos extrahospitalarios (SUMA-112/SAMUR-PC; FCSE), se necesita **filiar al NNA en el servicio de admisión** de urgencias. Una vez que la persona adulta acompañante indique el motivo de consulta, **no se procederá a preguntar otro dato que no sea administrativo**. Se recomienda **extremar la confidencialidad de su ubicación**, especialmente en los casos que se sepa que exista riesgo de nuevas agresiones o el presunto agresor sea conocedor de que se está produciendo esta atención.

➤ En el triaje:

Sólo se preguntará al NNA (o su representante) el motivo de acudir a urgencias. Una vez expresado que ha sufrido o cree haber sufrido una agresión sexual, en el motivo de consulta se pondrá “sospecha de AS”. **Se avisará al personal facultativo responsable de la atención de estos pacientes.**

Las acciones fundamentales a realizar⁵⁴ son:

- **Clasificar al NNA** para establecer el grado de urgencia y priorizar su atención en función de la misma (TEP)
- **Valoración sanitaria del riesgo vital por nuevas agresiones**, de no haberse hecho antes de la llegada SUH y activación de las medidas a adoptar en los casos indicados⁵⁵
- **Dar información básica, por escrito**, sobre el procedimiento a seguir con la aplicación del protocolo ([anexo 3](#))⁵⁶

⁵⁴ Si por la organización interna del hospital estas acciones no pudieran ser asumidas por el triaje, se llevarán a cabo después, antes de comenzar la anamnesis y la exploración clínica.

⁵⁵ Ver apartado XI.1 ([Medidas a adoptar si existe riesgo de nuevas agresiones](#)).

⁵⁶ La información que contiene este anexo también se puede descargar en el espacio VISNNA de la intranet de la Consejería de Sanidad. Este documento será traducido en varios idiomas (inglés, francés, rumano, árabe y chino), y también editado en Lectura Fácil, atendiendo a lo estipulado en el artículo 34 de la LOGILS sobre el “Derecho a la información”.

➤ **Después del triaje:**

- **Minimizar los tiempos de espera y asegurar un ambiente de privacidad y confidencialidad**, trasladando al NNA a una estancia separada de la sala de espera general, **sin dejarlo solo**, permitiéndose que alguien de su confianza le acompañe o que algún profesional pueda estar presente durante ese tiempo
- Preguntar, **siempre que sea posible**, si prefiere ser atendido por una mujer o un hombre. En todo caso, **primará que la atención sanitaria la realice el profesional con más experiencia en la atención a la VS en NNA**, valorando la preferencia manifestada, acompañado de otro profesional que actuará como observador y testigo de la asistencia, siendo deseable que estos profesionales sean los mismos durante todo el proceso
- En el caso de que la víctima NNA venga acompañado por su padre, tutor o cualquier otra persona y se sepa o se sospeche que es la persona agresora, hay que **impedir que siga teniendo acceso a la víctima** para evitar que ejerza sobre ella presión o intimidación para silenciarla y se dará conocimiento de este hecho a las FCSE y a la seguridad del centro
- En caso de que el NNA llegue solo o no venga acompañado por su padre, madre o tutor, habría que **preguntar si desea que se llame a algún familiar** o persona de apoyo, teniendo en cuenta las diferentes situaciones que se muestran en la tabla 7

Tabla 7. Indicaciones para llamar a los progenitores/tutores en caso de AS a personas menores de edad

LLAMADA INICIAL A LOS PROGENITORES EN PERSONAS MENORES DE EDAD INDICACIONES DE CÓMO ACTUA ⁵⁷	
Se sabe o se sospecha que el agresor sea alguno de los progenitores o representantes legales	No se avisa a los progenitores o tutores y se comunica el caso a las FCSE
El menor se opone a que se llame a sus progenitores o tutores y se considera que su no consentimiento es válido	No se avisa a los progenitores o tutores
El NNA se opone a que se llame a sus progenitores o tutores y se considera que su no consentimiento NO es válido ⁵⁸	Se avisa a los progenitores o tutores

Nota: En los tres supuestos, hay que comunicar el caso al juzgado de guardia.

Con independencia de lo reflejado en la tabla 7, ante una agresión sexual sufrida por un NNA, el personal facultativo de urgencias **notificará a la Jefatura de guardia/Gestor de casos de la Comisión hospitalaria contra la Violencia (según horario y hospital) la existencia del caso** y se llevarán a cabo las acciones que se detallan a continuación.

⁵⁷ De acuerdo con lo estipulado en el artículo 5.1 de la LAPIDC y la “Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia”.

⁵⁸ Por darse alguna de las circunstancias limitantes contempladas en el punto 3 del artículo 9 de la LAPIDC (“*cuan-do tenga la capacidad modificada judicialmente, o bien cuando no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención*”). Los mayores de 16 años que no se encuentren en estos supuestos se consideran maduros y capaces de prestar consentimiento válido (ver [apartado IV](#)).

XII.2. Valoración inicial de la agresión sufrida. Entrevista clínica

- **Valoración ABCDE inicial de Soporte Vital** para establecer la prioridad en las medidas a tomar y los recursos necesarios

Una vez estabilizado el estado clínico del NNA:

- **Avisar al Servicio de Trabajo Social** hospitalario (STS) para la posterior valoración y elaboración del informe social

En función de la edad/madurez de la víctima o de las circunstancias concretas del caso, se realizará o no la entrevista al familiar o acompañante.

Entrevista clínica a la persona adulta que acompañe al NNA

En la entrevista clínica a la persona adulta que acompaña NNA, **la víctima no estará presente**, permaneciendo en una sala aparte, acompañada siempre por personal sanitario. Esta medida se debe a que, si estuviera presente, su posterior testimonio podría estar contaminado por palabras usadas por el adulto, no apropiadas a su edad y podría hacerle revivir la situación sufrida.

Se debe emplear el tiempo necesario, en una estancia que garantice la privacidad, con un clima lo más tranquilo y relajado posible, observando las características ya comentadas en el [apartado XI.1](#) con relación a la comunicación y actitud profesional. Es muy importante **que sea realizada por personal con experiencia**.

Durante la entrevista, hay que buscar datos objetivos que confirmen la AS y **orienten a la posterior exploración y recogida de muestras**, haciendo preguntas directas con relación al suceso:

- ¿Qué ha ocurrido?
- ¿Por qué sospecha que ha existido una AS?
- ¿Han sido uno o varios agresores?
- Si solo uno, ¿Sabe quién es el presunto agresor? ¿Qué edad tiene? ¿Qué relación tiene con el/la menor?
- Si varios, ¿Sabe quiénes son? ¿Qué edades tienen? ¿Qué relación tienen con el/la menor?
- ¿Es la primera vez que sucede o ha ocurrido más veces?
- Lugar y hora de la agresión
- ¿Existe algún testigo de lo ocurrido?
- ¿Ha notado algún síntoma?
- ¿Ha advertido algún cambio en el comportamiento?

En el caso de chicos de 16 y 17 años, la entrevista, **exenta de preguntas indagatorias y circunscrita exclusivamente a la escucha del relato**, se realizará directamente a la víctima, pudiendo estar o no presentes las personas acompañantes, según su deseo.

Con independencia de la entrevista que se realice al adulto acompañante, al NNA se le dará la opción de que pueda dirigirse al personal sanitario que le atienda para que cuente su propio relato, de forma voluntaria, sin preguntas ni interferencias.

Entrevista clínica al NNA: indicaciones para la anamnesis

MUY IMPORTANTE:

Terminada la entrevista inicial al familiar o acompañante, sólo se realizará al NNA una anamnesis relativa a lo sucedido, **si es imprescindible por falta de datos y nunca en menores de 6 años. En ningún caso se formularán preguntas directas indagatorias de la agresión sufrida que no sean estrictamente necesarias para su atención.** Durante la anamnesis, la persona que realice la anamnesis estará acompañada por otro profesional sanitario que actuará como testigo:

- Hay que tratar de crear un clima de seguridad, confianza y vínculo con el NNA, expresando que hay un entendimiento mutuo y dando credibilidad a su relato espontáneo, alabando su valentía por compartir lo sucedido, intentando contrarrestar sentimientos de culpabilidad y reforzando la imagen de ayuda que pueden prestarle los profesionales sanitarios
- En todo momento, la persona que realice la anamnesis debe cuidar su tono de voz y el lenguaje corporal
- Se debe **evaluar sus capacidades**, para poder ajustarse a su edad y grado de madurez
- Como regla general, **no se interrogará**, solo se debe registrar en el informe su actitud y comportamiento durante la entrevista y la exploración, también lo que diga espontáneamente. El objetivo de nuestras preguntas **no es recoger el testimonio** de la persona menor de edad, sino **atender a sus necesidades sanitarias y notificar a las autoridades competentes lo ocurrido**. En todo caso, se harán preguntas claras, generales, abiertas y neutrales (ej.: *“¿Cómo estás? ¿Sabes por qué estás aquí?”*), evitando las preguntas cerradas, enjuiciadoras que puedan modificar su relato y que puedan inducir la respuesta
- Si el NNA, **de forma voluntaria**, quiere hablar de lo sucedido, hay que **escuchar el relato sin hacer inferencias y anotarlo como tal, reseñándose textualmente las expresiones entrecomilladas**, utilizadas a la hora de describir lo sucedido. La primera revelación es la más importante, por lo que hay que ser especialmente cuidadoso con nuestra actitud para evitar cualquier efecto negativo en el NNA. Hay que evitar que el NNA lo tenga que repetir
- **Registrar los datos descriptivos, contenidos en el relato del NNA y/o de su acompañante**, del acto de AS (fecha, lugar, hora, tipo de agresión sexual y número de agresores, sospecha o certeza de uso de sustancias tóxicas, uso de preservativo, etc.)⁵⁹ y los **actos realizados** después de la agresión y antes de la exploración (aseo personal, toma de alimentos o medicación, micción, etc.), si ello es posible

⁵⁹ Estos datos descriptivos deben servir para rellenar el IASUM.

- **Si hay sospecha de SQ**, se debe documentar la sintomatología referida ([tabla 26](#)) y su curso hasta el momento de la exploración. Hay que preguntar si comió o bebió y por el consumo voluntario de alcohol, drogas y medicamentos psicoactivos, tanto con receta como de venta libre, que pueda haber tomado recientemente⁶⁰

En la tabla 8 se exponen los datos básicos que hay que registrar en la HC.

Tabla 8. Datos básicos a registrar en la HC durante la anamnesis, en NNA víctimas de AS

DATOS BÁSICOS A RECOGER DURANTE LA ANAMNESIS
<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes personales: <ul style="list-style-type: none"> – Ginecológicos, en niñas (menarquía, ciclo menstrual, fecha de la última menstruación) – Médico-quirúrgicos (enfermedades, intervenciones, medicaciones) – De violencia de género • Sobre posibles situaciones de vulnerabilidad a la VS (discapacidad, embarazo, dependencia, origen étnico y cultural, migración, situación administrativa irregular, sinhogarismo, dificultades económicas, adicciones) • Presencia de síntomas o lesiones asociadas • Actos realizados después de la agresión y antes de la exploración (aseo personal, toma de alimentos o medicación, si orinó, defecó o se cambió de ropa) • Relaciones sexuales previas y posteriores a la AS, en los últimos 10 días, y método anticonceptivo utilizado • Descripción de la AS (tipo, fecha, lugar y circunstancias de la AS) • Consumo de alcohol, drogas y medicamentos psicoactivos

Fuente: Protocolo Común del SNS para la Actuación Sanitaria ante la Violencia Sexual 2023

En la HC se registrará, además de los datos aportados por la anamnesis, toda la información sobre el resto del proceso asistencial (exploración física, valoración emocional y comportamental, y toma de muestras), así como los datos de los profesionales que prestan la atención, las personas acompañantes y si se establece contacto con la policía judicial. Este documento puede servir como prueba importante en el proceso judicial y para guiar las actuaciones médicas y forenses. **Su redacción debe ser realizada por un único médico.**

XII.3. Información sobre la toma de muestras y la denuncia. Aviso a las FCSE

➤ **Información sobre la toma de muestras:**

A la víctima menor de edad y/o su acompañante hay que **explicarle la importancia de la toma de muestras**, dado que, si ahora o más adelante hubiera un proceso judicial, las muestras obtenidas contribuirán a demostrar los hechos y la identidad del agresor.

⁶⁰ Este tipo de antecedente es especialmente importante en el caso de que haya habido sumisión química. Para evitar una interpretación errónea de la finalidad de esta pregunta, conviene aclarar que no juzgamos el consumo voluntario, sino que queremos saber si ha podido ingerir alguna sustancia psicoactiva sin su conocimiento/consentimiento o si ha podido haber un contexto de sumisión química oportunista (ver [anexo 1](#)).

La recogida de muestras forenses de la AS en ningún caso estará condicionada a la denuncia⁶¹.

➤ **Información sobre la denuncia:**

También **deberán ser informados del derecho a formular la correspondiente denuncia en ese momento o más adelante (y de los canales de denuncia existentes)**⁶². Hay que advertir que, al tratarse de un delito público y por lo estipulado en la ley⁶³, independientemente de si se pone o no la denuncia, **el personal sanitario tiene obligación legal de dar conocimiento de los hechos inmediatamente al Juzgado de Guardia y a las FCSE⁶⁴.**

La comunicación a Fiscalía Menores la hará el Servicio de Trabajo Social (ver [apartado XIX](#)). En los casos en que el ofensor sea menor de edad, **esta comunicación la realizará, de manera urgente, el personal facultativo**. Además, aparte de la posible comunicación del caso que haya podido realizar atención primaria, desde el SUH se efectuará una nueva comunicación, aportándose la información surgida de la atención sanitaria llevada a cabo.

Para incoar procedimiento, deberá comparecer la persona representante legal de la persona menor de edad o el Ministerio Fiscal actuar de oficio en representación de ésta⁶⁵. Los **NNA con discapacidad intelectual** deberán contar con las medidas de apoyo que permitan su autonomía en la toma de decisiones, de acuerdo a lo estipulado en el Código Civil (art. 249 y 250).

XII.4. Valoración del riesgo de nuevas agresiones

En todo NNA atendido por AS debe valorarse si existe riesgo de seguir expuesto a nuevas agresiones que puedan poner en peligro su vida o integridad física, así como la presencia de ideación suicida, **con independencia de si se activa o no el código VISNNA.**

Los aspectos a tener en cuenta para **valorar la existencia de riesgo vital** se exponen en la tabla 9.

⁶¹ Artículo 48.2. de la LOGILS.

⁶² Artículo 10.1 de la LOPIVI. Según el art. 5 de la Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito. Además, el artículo 50.2.e) de la LOPIVI, establece que “*Se permitirá a las personas menores de edad, que así lo soliciten, formular denuncia por sí mismas y sin necesidad de estar acompañadas de una persona adulta*”.

⁶³ Artículos 36.2, 132.j y 133.a, de la LDGPIA.

⁶⁴ **Policía Nacional:** UFAM (Unidades de Atención a la Familia y Mujer); GRUME (Grupo de Menores de la Brigada Provincial de Policía Judicial) que normalmente atienden a menores ofensores. **Guardia Civil:** EMUME (Equipo Mujer-Menor). Cabe la posibilidad de que estas unidades/equipos de la Policía Judicial sean activados por el juzgado de guardia, una vez informado de los hechos. Tanto PN como GC notifican lo sucedido a la Fiscalía de Menores.

⁶⁵ La denuncia también puede interponerla el Ministerio Fiscal en casos de una persona “...*con discapacidad necesitada de especial protección o una persona desvalida*” (art. 191 del Código Penal).

Tabla 9. Indicadores para la evaluación del riesgo vital por nuevas agresiones en NNA víctimas de AS

INDICADORES PROPUESTOS PARA LA EVALUACIÓN DEL RIESGO VITAL POR NUEVAS AGRESIONES EN URGENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> • Verbalización de miedo por el NNA • Relación del agresor con la víctima que permita conocer su domicilio o que comparta espacios comunes • Existencia de amenazas (especialmente si son de muerte y/o con uso de armas) • Existencia de agresiones repetidas en el pasado hacia el NNA • Existencia de malos tratos a otros miembros de la familia • Consumo de drogas por el agresor (especialmente el alcohol) • Existencia de grave impacto para la salud del NNA, por la presencia de lesiones o enfermedades que requieren tratamiento hospitalario o pueden dejar secuelas • Cuando existe trastorno de la salud mental y/o riesgo de suicidio

Fuentes: Consejo Médico Forense. Comité Científico-Técnico. *Protocolo de valoración forense urgente del riesgo de violencia de género*. Ministerio de Justicia. Secretaría General Técnica. Madrid, 2020.
Ministerio de Sanidad. *Instrumento común estandarizado para la detección temprana de la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad 2021.

Medidas a adoptar si existe riesgo de nuevas agresiones o ideación suicida

En la asistencia en el SUH, además de las medidas básicas (garantizar acompañamiento y avisar a FCSE):

- Se valorará la activación del **protocolo de protección del centro**⁶⁶
- Se reflejará minuciosamente en la **historia clínica**, aparte de las actuaciones efectuadas, **el informe social y las medidas de seguridad adoptadas** (protocolo de protección del centro, plan de seguridad)
- Se avisará al Servicio de Psiquiatría en caso de ideación autolítica

XII.5. Activación Código VISNNA

Si al final de la entrevista a la persona acompañante y de la escucha del relato (si lo hubiera) del NNA, el personal facultativo de urgencias diagnostica la existencia de una agresión sexual, procederá a la **activación del Código VISNNA previa verificación del cumplimiento de los criterios de la tabla 4**. De no cumplirse estos criterios, la víctima NNA será atendida como corresponda, fuera de este código.

XII.6. Aviso al Juzgado de Guardia. Envío del IASUM

Tras la activación del Código VISNNA, el personal facultativo de urgencias elaborará el **Informe de Asistencia Sanitaria Urgente por agresión sexual a Menores (IASUM)** que

⁶⁶ Este protocolo debe ser activado en el caso de que el NNA refiera o se conozca por otra vía la existencia de orden judicial de protección para el NNA o de alejamiento para el agresor, o si está comprometida su seguridad.

enviará, lo antes posible, **al Juzgado de Guardia**⁶⁷ que corresponda (**avisado previamente por vía telefónica**), por medios telemáticos que preserven la protección de datos personales, dando conocimiento de los hechos acontecidos y de la voluntad y situación del NNA con relación a la toma de muestras médico-legales ([anexo 4](#)).

El IASUM facilita la presencia urgente, en el hospital, del médico forense y la toma de muestras de interés médico-legal. Este documento también se tramitará, aunque ya se hubiera notificado al juzgado de guardia la existencia del caso por parte de las FCSE. El IASUM se cumplimentará por el médico del SUH responsable de la atención sanitaria al NNA que ha sufrido la AS, **siempre que se active el código VISNNA**.

El **Juzgado de Guardia** será quien, en última instancia, disponga todo cuanto corresponda para asegurar la adecuada toma de muestras bajo la supervisión de los médicos forenses y garantice la cadena de custodia, sin perjuicio de la adopción, por parte del órgano judicial, de todas aquellas otras medidas que resulten procedentes en el ámbito de la valoración de riesgos, protección del NNA o el aseguramiento de las pruebas⁶⁸.

Con independencia del IASUM, **el personal sanitario tiene la obligación de emitir el parte de lesiones**, una vez terminada la exploración clínica y médico-forense⁶⁸.

XIII. CÓDIGO VISNNA ACTIVADO: INDICACIONES INICIALES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL EN EL SUH

ACTUACIONES PREVIAS A LA EXPLORACIÓN CLÍNICA Y MÉDICO-FORENSE

- Filiación del NNA en el Servicio de Admisión
- Valoración inicial del caso por el personal facultativo y demás profesionales asistenciales y sociales hospitalarios que intervengan en el proceso
- Información al NNA (directamente o a través de sus representantes legales, según edad y madurez) sobre sus derechos con relación a la interposición de una denuncia⁶⁹ y sobre la toma de muestras
- Aviso al Servicio de Trabajo Social
- Activación del código VISNNA
- Aviso al Juzgado de Guardia por vía telefónica y envío del IASUM
- Aviso a FCSE
- Presencia del médico forense en el SUH por orden del Juzgado de Guardia, a tenor de lo reflejado en el IASUM

⁶⁷ Con la entrada en vigor de la Ley Orgánica 1/2025, de 2 de enero, de medidas en materia de eficiencia del Servicio Público de Justicia, se crea un nuevo modelo organizativo de la Administración de Justicia. Se crean, entre otras estructuras, los Tribunales de Instancia que paulatinamente irán asumiendo competencias que ahora tienen los juzgados tradicionales. Esta nueva Ley entrará plenamente en vigor a finales de 2025.

⁶⁸ Cada hospital utilizará su modelo de parte de lesiones (ver [apartado XXII.2](#)).

⁶⁹ La denuncia puede haberse producido en las dependencias policiales, si la persona menor de edad acudió primero a una comisaría o puesto de la guardia civil.



Producidas las actuaciones indicadas en el anterior cuadro, en el SUH deberán producirse dos procesos paralelos y complementarios, **realizados en un solo acto** para evitar la victimización secundaria del NNA⁷⁰:

- **La exploración clínica**, detallada en la **HC**
- **La exploración médico-legal**, reflejada en el **informe médico-forense**

Para que se dé este único proceso y **siempre que la situación clínica lo permita**, la intervención del personal facultativo del SUH deberá esperar a la presencia del forense. Una vez finalizada la exploración conjunta, ambos profesionales médicos elaborarán conjuntamente el **parte de lesiones** que ha de ser remitido al juzgado de guardia.

- Existe un tercer proceso, fundamental para la atención integral, que es la **valoración social** y la realización del informe social correspondiente que deberá ser llevado a cabo por trabajo social del hospital. Siempre que sea factible, se iniciará de forma paralela a los dos procesos anteriores. En todo caso, se realizará lo antes posible, en función de la situación del NNA

Valoración social⁷¹

El papel del **Servicio de Trabajo Social** en la atención sanitaria a una AS en el SUH implica la posibilidad de realizar **acompañamiento social e información y orientación social** sobre los recursos de atención disponibles, de acuerdo a las necesidades del NNA.

Se debe realizar siempre:

- **Valoración del riesgo social** dirigida a conocer la situación del NNA y su entorno social y familiar
- **Informe social** que recopile las actuaciones realizadas durante el proceso de intervención y el diagnóstico social sanitario

XIII.1. Consentimiento informado

Antes de iniciar cualquier actuación en el ámbito de la salud, es esencial **obtener el consentimiento informado explícito**, para cada una de ellas⁷². **Normalmente será verbal**, salvo para la recogida de muestras de interés médico-legal (ver [anexo 5](#)) que deberá ser solicitado por escrito⁷³.

El personal sanitario deberá explicar, despacio y cuidadosamente, tanto al NNA como a sus representantes legales y/o la persona de confianza designada por el NNA, qué procedimientos se llevarán a cabo y atender a las cuestiones que se planteen. Se informará, así mismo, de los aspectos relativos a la **confidencialidad** de todo lo que se

⁷⁰ En consonancia con el artículo 48.1 de la LOGILS.

⁷¹ Ver [apartado XIX](#).

⁷² Artículo 8 de la LAPIDC. Ver [apartado IV](#).

⁷³ Indicación recogida tanto en el Protocolo Común como en la Guía de Pautas Básicas Comunes del SNS para la actuación sanitaria ante la Violencia Sexual (ver [bibliografía](#)).

exponga durante la entrevista, incluyendo la necesidad de comunicarlo a determinados estamentos y órganos de protección. Dada esta información preliminar, el personal facultativo deberá **evaluar su estado emocional y nivel de conciencia** (especialmente cuando haya sospecha de sumisión química), y asegurarse de que está entendiendo la situación y **en condiciones de tomar decisiones sobre su propio proceso**, es decir, **valorará si tiene suficiente madurez como para que su consentimiento sea válido**. De no poderle considerar “menor maduro”, el consentimiento será por representación, a través de sus representantes legales, pero **teniendo siempre en cuenta su opinión** (ver [apartado IV](#) y [tabla 3](#)). **Este consentimiento deberá constar en la HC o en el informe clínico correspondiente**, junto a la negativa a la realización de determinadas maniobras (si tal hecho ocurriese) y podrá ser revocado en cualquier momento. Se debe informar al menor (o representante) que su negativa o revocación del consentimiento puede resultar desfavorable para el procedimiento judicial y asistencial.

XIV. INDICACIONES PARA LA EXPLORACIÓN FÍSICA

Tal como se ya ha indicado, como norma general, la exploración y toma de muestras debe llevarse a cabo cuando acuda el forense.

La exploración debe ajustarse a la situación del NNA y estar siempre antecedida por una explicación de los pasos a seguir y su finalidad, tanto a la víctima como a sus progenitores o tutores. Se comenzará dando tranquilidad, no se debe forzar la realización de la exploración física, prima **lograr su bienestar**. La conducta y la actitud de quien realice el examen debe estar sustentada en todo momento en el **respeto a la dignidad de la persona y a su intimidad**.

Es recomendable que el NNA **esté acompañado por una persona de su confianza**, a la que se le facilitará mascarilla para poder estar presente durante la exploración y toma de muestras (explicar el motivo de la obligatoriedad de su uso)⁷⁴. En todo momento **deben estar presentes dos sanitarios**, evitando la presencia de más profesionales de los estrictamente necesarios, procurando la mayor intimidad posible. Así mismo, debe tener la posibilidad de determinar el ritmo de la exploración y de rechazar cualquiera de sus fases, lo que tiene que ser respetado. En los casos con gran componente de ansiedad o gran dificultad para la exploración, **se debe de valorar su sedación** (y, por tanto, la toma de muestras para detección de tóxicos, antes de proceder a la misma) para la exploración posterior, pidiendo consentimiento informado a los progenitores o tutores, o al NNA considerado como maduro.

⁷⁴ La mayoría de los niños y niñas prepúberes colaboran mejor si están presentes sus progenitores o alguien de su confianza, no obstante, habrá que tener en cuenta el posible interés del forense de que no lo estén. Los chicos y chicas adolescentes decidirán la persona que quieren que les acompañe.

El examen se realizará en un lugar **privado** y, a ser posible, **con puerta de acceso y pestillo**, en condiciones que **minimicen el riesgo de contaminación de las muestras obtenidas, con ADN exógeno** de los profesionales.

XIV.1. Exploración física general

Durante la exploración física se procurará recoger muestras de semen, saliva, sangre, pelos u otras que pudieran estar presentes en el cuerpo y prendas de la persona agredida (ver [apartado XVI](#)).

Cualquier muestra tomada, incluso aquellas destinadas a la investigación de infecciones de transmisión sexual, podrán ser utilizadas posteriormente en análisis genéticos con fines de investigación criminal o los análisis derivados de las mismas podrán ser considerados como pruebas judiciales. Por este motivo, la toma de dichas muestras, incluidas las clínicas (es decir, aquellas que van a ser analizadas en el hospital), debe quedar reflejada, por el forense, en los **formularios de cadena de custodia** que garanticen la trazabilidad de estas y de los análisis que de ellas se deriven ([anexos 6 y 7](#)).

El **examen físico** será lo más detallado posible, identificando la localización de las lesiones, su gravedad, estadio y todos aquellos datos que puedan ser de interés. De cara a un posible proceso judicial, **es muy importante que haya plena coincidencia entre lo registrado por el clínico y por el forense**. Comenzará por las áreas **extragenitales y paragenitales**. Constará de las siguientes actuaciones:

- **Describir la apariencia general del NNA, estado emocional, comportamiento individual e interaccional con personal sanitario, así como síntomas asociados a la AS.** Tras un episodio de agresión sexual, estos aspectos pueden permanecer intactos o sufrir cambios aparentemente no significativos. Sea como fuere, es importante que queden registrados, prestándose atención a la actitud general del NNA (colaboradora, recelosa, etc.), estado emocional (tristeza, ansiedad, pánico, etc.), postura corporal, lenguaje no verbal e interacción tanto con los/las profesionales como con las personas que le acompañan (si la persona menor de edad busca apoyo en ella o por el contrario muestra recelo o temor). También es importante registrar la higiene que presenta, ropa que porta, etc.

En caso de que las funciones mentales parezcan alteradas, debe valorarse si dicha alteración es reciente (debido a la AS sufrida o, por ejemplo, debido al consumo de alcohol u otras drogas) o está producida por alguna enfermedad crónica o diversidad funcional. Se debe intentar describir la **secuencia temporal** de aparición de los síntomas y su duración

- **Anotar los signos vitales:** presión sanguínea, temperatura, pulso y respiración
- **Exploración de la superficie corporal:** se aconseja que la retirada del vestuario sea realizada por el propio NNA, si fuera posible. Situándose sobre una sábana blanca suficientemente amplia y con guantes de un solo uso, procederá a quitarse cada una de sus prendas, empezando por las de debajo de la cintura y por las exteriores (la ropa interior será la última que se quite), evitando mezclarlas. Una vez recogidas, depositarlas, **por separado**, en bolsas de papel selladas y rotuladas. Solo se enviarán aquellas prendas que se consideren de interés médico-legal

- Cubrir el cuerpo con una sábana, exponiendo solamente la parte a ser examinada en cada momento, de tal modo que **nunca esté el cuerpo completamente desnudo** (hay que respetar el pudor)
- Se describirá el **tipo constitucional y el estado de desarrollo puberal** (según escala de Tanner)

Hay que ir anotando y describiendo detalladamente cualquier lesión (heridas, abrasiones, equimosis o hematomas) o su ausencia y buscar restos del lugar en que haya estado, adheridos a la piel.

XIV.2. Exploración de zonas extragenitales

- Revisar la zona craneofacial, prestando atención a los globos oculares, la boca y las mandíbulas. En caso de penetración bucal debe hacerse una toma bucal antes de que se enjuague o ingiera líquidos o alimentos (ver [tabla 15](#))
- Observar pabellones auriculares, oídos y zonas retroauriculares
- Palpar con suavidad el cuero cabelludo en busca de lesiones o pelo arrancado
- Analizar la zona del cuello, examinar hombros y tórax (anterior y posterior) comenzando por la espalda. Hay que prestar especial atención a las mamas. En caso de marcas de mordeduras y/o sugilaciones, debe hacerse una toma de muestra para recoger posibles restos de saliva (ver [tabla 15](#))
- Explorar las axilas
- Inspeccionar la zona de los brazos y antebrazos en busca de heridas o abrasiones. Examinar cuidadosamente las caras internas de los brazos
- Continuar por las manos y muñecas, recortando las uñas y guardándolas en envases diferentes, según a qué mano pertenecen (ver [tabla 15](#))
- Estudio del abdomen y región glútea con el/la menor acostada. Inspeccionar la zona de las nalgas
- Observar miembros inferiores por la cara interna y externa, poniendo especial atención en rodillas, tobillos y plantas de los pies

XIV.3. Exploración anogenital

Antes de realizar maniobras manuales, se debe efectuar la toma de muestras biológicas externas (ver, en [apartado XVI](#), [tablas 15](#), [17](#) y [18](#)). Las indicaciones para la inspección y exploración anogenital dependerán de la edad del NNA:

- En las **niñas prepúberes**, se recomiendan el decúbito supino con separación de miembros inferiores, en posición “piernas de rana” y separación y tracción de labios (figuras 1 y 2)



Figura 1. Exploración anogenital: Posición "piernas de rana"

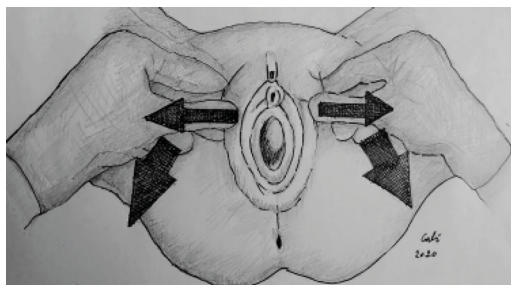


Figura 2. Exploración anogenital: Separación y tracción labial

- o la posición genupectoral (en prono-de rodillas, apoyándose en los codos) con elevación de glúteos (figuras 3 y 4)

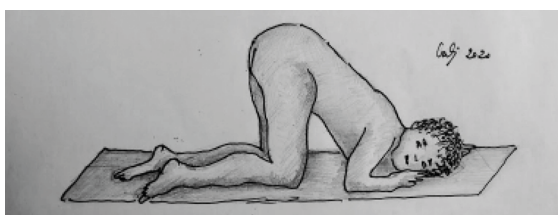


Figura 3. Exploración anogenital: Posición genupectoral

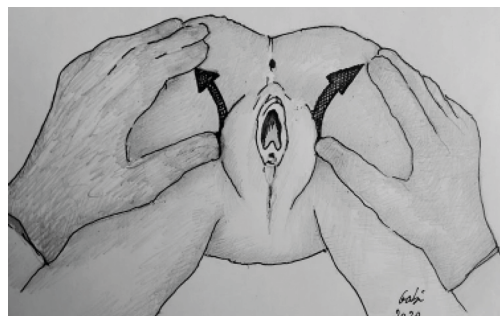


Figura 4. Exploración anogenital: Elevación de glúteos

- La exploración de las **adolescentes** se realizará en posición ginecológica o posición genupectoral (figura 3)
- **La exploración genital en las niñas** con evidencia o alta sospecha de contacto físico del agresor con esta región, debe comprender la zona externa de nalgas, muslos y monte de venus, labios mayores, menores, clítoris, himen o remanentes himeneales y perineo, valorando lo siguiente:
 - **Vulva:** enrojecimiento, erosión, hinchazón, restos de secreciones o sangre, dolor, picor, presencia de hematomas, cicatrices, condilomas, vesículas herpéticas
 - **Tipo de himen:** se describirá si se trata de un himen anular, semicircular, tabicado, festoneado
 - **Cantidad de tejido en el himen:** cantidad de tejido existente a las 6, a las 3 y a las 9. La cantidad de tejido a las 6 puede ser mínima en algunas niñas. Sin embargo, la ausencia total de himen a ese nivel es patológica

- **Irregularidades del himen:**

Montículos, muescas. Es importante describir la profundidad de las muescas. Las superficiales se consideran normales, suelen estar adyacentes a un montículo y no sobrepasar la base del mismo. Las lesiones por penetración suelen ocurrir en la parte posterior, entre las posiciones 3 y 9 de “las agujas del reloj” y la horquilla posterior.

Secciones completas: la hendidura del himen llega hasta el vestíbulo.

Dilatación del himen: **El diámetro transverso del orificio himeneal no es un marcador fiable de penetración**, existiendo grandes variaciones incluso entre niñas que no han sufrido agresión. Hay que tener en cuenta que varía incluso en una misma niña por diversos factores (posición, relajación alcanzada, fuerza de tracción sobre los labios mayores aplicada).

- **En niñas púberes** hay que valorar la exploración **con espéculo vaginal** y realizarla, en cualquier caso, si han existido relaciones sexuales previas, sangrado, penetración vaginal o si hay alta sospecha de ella. **En niñas prepúberes, solo si hay sangrado.**

Con un espéculo vaginal pueden examinarse las **paredes vaginales** en busca de lesiones y de restos de semen, valorando realizarla con sedo-analgésia.

- **La exploración genital en los niños**, debe realizarse en supino y rodillas hacia el pecho, en posición genupectoral prono con elevación de glúteos (figuras 3 y 4) o en decúbito lateral (figura 5).

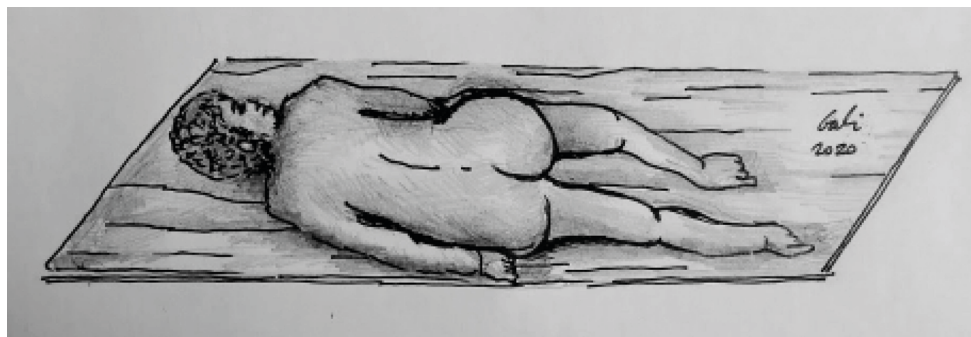


Figura 5. Posición decúbito lateral

Ilustración de las figuras 1, 2, 3, 4 y 5: Saitua G. (2020).

- Se realizará revisión del pene y del glande con tracción del prepucio.
- Para realizar la **exploración de la cavidad anal**, la persona menor de edad debe tumbarse sobre un lado de su cuerpo (decúbito lateral) con las rodillas contra el pecho (figura 5). Debe hacerse una exploración del recto si existen sospechas de penetración anal (por ejemplo, que tenga dolor o sensaciones anormales).

Descripción de la exploración: se hará siguiendo “las agujas del reloj”.

- **Tejido perianal:** se ha de valorar la presencia de congestión venosa perianal, hematomas, cicatrices, escaras o laceraciones, adelgazamiento de la piel y pérdida de grasa (en caso de penetraciones repetidas)

- **Margen anal:** las fisuras (si son múltiples y profundas) pueden ser sospechosas de agresión. También hay que tener en cuenta otros signos, como el desgarro triangular de la mucosa rectal en la línea media, junto al rafe (casi patognomónico de agresión sexual anal), la desaparición de los pliegues, la dilatación anal refleja o de más de 15 mm que adopta forma de "O" (sugerentes de AS en ausencia de condiciones predisponentes) y la presencia de condilomas acuminados o vesículas herpéticas
- **Esfínter:** se buscarán cambios en el tono

De no hallarse heridas, hematomas y/o contusiones, habrá que consignar su no existencia. En este último supuesto, puede que haya dolor a la palpación, lo que también habrá que reflejar.

Pese a que en la mayoría de las ocasiones no se encuentran lesiones durante la exploración anogenital, esto no excluye la existencia de una AS (ver [apartado X](#)). Sin embargo, algunas veces sí se encuentran y esto ayuda a tener un mejor criterio sobre la ocurrencia de la agresión.

En las tablas 10 y 11 se muestra el grado de especificidad de cada una de las posibles lesiones e infecciones observadas.

Tabla 10. Indicadores para el diagnóstico de AS infantil: hallazgos físicos e infecciones sin o con muy poca relación con la agresión sexual (Clasificación de Adams, modificada)

Tipo de Indicador	Signos físicos y analíticos
A.1. Hallazgos físicos normales no relacionados con violencia sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Variaciones normales en la apariencia del himen (anular; semilunar; imperforado; microperforado; septado; redundante; con etiqueta de tejido en el borde; con montículos o protuberancias en el borde, en cualquier lugar; con cualquier muesca o hendidura por encima de las 3 y las 9 en punto; con una muesca o hendidura, en o debajo de la ubicación de las 3 o 9 en punto, que no se extiende cerca de la base del himen; etc.) • Banda(s) periuretral(es) o vestibular(es) • Cresta(s) o columna(s) intravaginal(es) • Cresta externa en el himen • Diástasis anal (área lisa) • Marca(s) cutánea(s) perianales • Hiperpigmentación del himen, labios menores o tejidos perianales • Dilatación de la abertura uretral • Variantes normales de la línea media: <ul style="list-style-type: none"> – Surco en la fosa, visto en la primera fase de la adolescencia – Defecto de fusión de la línea media (ranura, surco o estría perineal) – Rafe medial (confundido a veces con una cicatriz) – Línea vestibular (área avascular de la línea media) • Visualización de la línea pectínea en la unión del anodermo y la mucosa rectal, cuando el ano está completamente dilatado • Dilatación anal refleja que se produce durante las maniobras de exploración • Dilatación anal, que provoca visualización de la línea dentada/ pectinada, columnas anales y/o criptas anales, cualquiera de las cuales puede confundirse con laceración o abrasión anal
A.2. Hallazgos comúnmente causados por condiciones diferentes al trauma o contacto sexual ^(a)	<ul style="list-style-type: none"> • Eritema, inflamación, fisuras y/o maceración de los tejidos perianal, perineal o vulvar relacionados con mala higiene u otra dermatitis irritante • Aumento de la vascularización del vestíbulo y el himen • Adherencia labial • Friabilidad de la horquilla posterior • Secreción vaginal que no se asocia a una enfermedad de transmisión sexual • Fisuras anales • Congestión o acumulación venosa en el área perianal • Dilatación anal en niños con condiciones predisponentes, como síntomas actuales o antecedentes de estreñimiento y/o encopresis, o niños sedados, bajo anestesia o con un tono neuromuscular alterado por otras causas

Tabla 10. Indicadores para el diagnóstico de AS infantil: hallazgos físicos e infecciones sin o con muy poca relación con la agresión sexual (Clasificación de Adams, modificada)
(continuación)

Tipo de Indicador	Signos físicos y analíticos
A.3. Hallazgos debidos a otras causas que pueden confundirse con abuso sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Condiciones dermatológicas: liquen escleroso y atrófico, folliculitis, vitíligo, angioqueratomas y hemangiomas • Úlcera(s) vulvar(es), como las úlceras aftosas y las que se observan en la enfermedad de Behcets, enfermedad inflamatoria intestinal (fisuras anales/etiquetas anales prominentes, secreción rectal) • Eritema, inflamación y fisuras de los tejidos perianal, perineal o vulvar debidos a infección por bacterias, hongos, virus, parásitos u otras infecciones que no son de transmisión sexual • Causas inmunológicas: pioderma gangrenoso (úlceras dolorosas) • Multifactorial/idiopático: prolapso uretral, rectal, canalización anal • Decoloración rojo/púrpura de las estructuras genitales (incluido el himen) por livideces post mortem, confirmada por análisis histológico
A.4. Hallazgos sin consenso sobre su significado con respecto a un posible contacto sexual o trauma ^(b)	<ul style="list-style-type: none"> • Dilatación anal completa e inmediata con relajación de los esfínteres interno y externo, en ausencia de otros factores predisponentes como estreñimiento, encopresis, sedación, anestesia y afecciones neuromusculares • Muesca o hendidura en el borde del himen, a la altura o por debajo de las posiciones 3 o 9 en punto, que se extienden casi hasta la base del himen, pero no se tratan de una sección transversal completa. Se trata de hallazgos infrecuentes que deben ser interpretados con mucha cautela a menos que exista el antecedente de una lesión aguda en la misma localización. Debe confirmarse utilizando posiciones y/o técnicas de examen adicionales para ver que no sean variantes normales o un hallazgo de lesión traumática residual • Hendidura completa/sospecha de transección hasta la base del himen situada a las 3 o a las 9 en punto. Al igual que el anterior, debe confirmarse utilizando posiciones y/o técnicas de examen adicionales
B.1. Infecciones no relacionadas con un contacto sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Eritema, inflamación, fisura de los tejidos perianales, perineales o vulvares por hongos tipo <i>Candida albicans</i> o infecciones bacterianas transmitidas por medios no sexuales, como el Estreptococo tipo A o tipo B, Estafilococo, <i>Escherichia coli</i>, <i>Shigella</i> u otros microorganismos Gram negativos • Úlceras genitales causadas por infecciones virales como el virus Epstein-Barr u otros virus

(a) Estos hallazgos requieren de un diagnóstico diferencial, porque cada uno puede tener varias causas diferentes.

(b) Estos hallazgos físicos y de laboratorio han sido asociados con una historia de agresión sexual en algunos estudios, pero hasta la fecha, no existe un consenso entre los expertos acerca del peso que se les debe asignar en lo que respecta al diagnóstico de agresión sexual infantil.

Fuente: Kellogg, N.D. Farst, K.J. Adams, J.A. Interpretation of medical findings in suspected child sexual abuse: An Update for 2023. J Child Abuse and Neglect 145. 2023.

Tabla 11. Indicadores para el diagnóstico de AS infantil: hallazgos físicos e infecciones indicadoras de agresión sexual o con alta probabilidad de que ésta exista (Clasificación de Adams)

Tipo de Indicador	Signos físicos y analíticos
A.5. Lesiones causadas por trauma ^(a)	<ul style="list-style-type: none"> • Agudas en los tejidos genitales/anales: <ul style="list-style-type: none"> – Laceración(es) aguda(s) o hematomas en labios, pene, escroto o periné – Laceración aguda de la horquilla posterior o del vestíbulo, que no afecta al himen – Laceración aguda del himen, de cualquier profundidad; parcial o completa – Hematomas, petequias o abrasiones en el himen – Laceración vaginal – Moratones perianales o laceración perianal con exposición de los tejidos debajo de la dermis • Lesiones cicatrizadas (residuales) en los tejidos genitales/anales: <ul style="list-style-type: none"> – Cicatriz perianal (un hallazgo muy raro que es difícil de diagnosticar, a menos que una lesión aguda sea previamente confirmada en la misma localización) – Cicatriz de horquilla o fosa posterior (otro hallazgo muy raro que es difícil de diagnosticar, a menos que una lesión aguda sea previamente confirmada en la misma localización) – Cicatriz de hendidura transversal/transección himeneal completa. Un defecto en el himen por debajo de las 3 y las 9 horarias que se extiende hasta la base del himen, sin tejido himeneal detectable en ese lugar – Signos de mutilación genital femenina (MGF) o cortes, como una pérdida de parte o todo el prepucio (capuchón del clítoris), clítoris, labios menores o labios mayores, o cicatriz vertical lineal adyacente al clítoris (MGF tipo 4) • Traumatismo agudo de los tejidos bucales: <ul style="list-style-type: none"> – Traumatismo bucal agudo, como lesión inexplicable o petequias en los labios o el paladar, particularmente cerca de la unión del paladar duro y blando
A.6. Otros hallazgos físicos con alta probabilidad de indicar AS	<ul style="list-style-type: none"> • Sugilaciones (chupetones) en cuello o mamas • Dificultad para andar y sentarse

Tabla 11. Indicadores para el diagnóstico de AS infantil: hallazgos físicos e infecciones indicadoras de agresión sexual o con alta probabilidad de que ésta exista (Clasificación de Adams)
(continuación)

Tipo de Indicador	Signos físicos y analíticos
B.2 Infecciones que pueden ser o no, por transmisión sexual ^(b)	<ul style="list-style-type: none">• <i>Molluscum contagiosum</i> del área genital o anal. En niños pequeños, la transmisión es frecuentemente no sexual• Condiloma acuminado (virus del papiloma humano, VPH) en el área genital o anal ^(c)• Infección por virus de herpes simple tipos 1 o 2 en la zona oral, genital o anal• <i>Gardnerella vaginalis</i> urogenital, asociada con el contacto sexual pero también encontrada en la flora vaginal prepuberal y adolescente• <i>Mycoplasma genitalium</i>, <i>Mycoplasma hominis</i>, <i>Ureaplasma spp</i> o <i>Ureaplasma urealyticum</i>; mientras que se transmiten sexualmente en adolescentes, la prevalencia y transmisión de estas infecciones en los niños no se conoce bien
B.3 Infecciones de transmisión sexual ^(d)	<ul style="list-style-type: none">• Infección por <i>Neisseria gonorrhoeae</i> genital, rectal o faríngea• Sífilis• Infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> genital, rectal o faríngea• Infección por <i>Trichomonas vaginalis</i>• VIH, si las transmisiones vertical o parenteral han sido descartadas
C. Hallazgos diagnósticos de contacto sexual	<ul style="list-style-type: none">• Embarazo• Presencia de semen en muestras forenses tomadas directamente del cuerpo de un niño/una niña

(a) Estos hallazgos son altamente sugestivos de abuso o agresión sexual, incluso en ausencia de una referencia explícita de la víctima, excepto en el caso de que la persona menor de edad o sus cuidadores proporcionen una descripción oportuna y aceptable de una lesión anogenital accidental, aplastamiento o empalamiento, o intervenciones quirúrgicas pasadas que se confirmen a partir de revisión de registros médicos. Los hallazgos que puedan representar lesiones residuales o en curación deben confirmarse utilizando posiciones y/o técnicas de examen adicionales. Las lesiones aisladas/pocas/superficiales que parecen ser hematomas o Petequias deben confirmarse como lesiones traumáticas al mostrar resolución en el examen de seguimiento. Se recomienda tomar fotografías o grabaciones de video de estos hallazgos y luego evaluarlos, para precisar el diagnóstico.

(b) La interpretación de estas infecciones puede requerir información adicional, como el historial ginecológico de la madre (VPH), el historial de lesiones orales (VHS) del niño o la presencia de lesiones en otras partes del cuerpo (molusco) que podrían ayudar a estimar la probabilidad de transmisión sexual.

(c) Las lesiones que aparecen por primera vez en niños mayores de 5 años es más probable que se deban a transmisión sexual.

(d) Si se confirma mediante pruebas apropiadas y se ha descartado transmisión perinatal.

Fuentes: Kellogg, N.D. Farst, K.J. Adams, J.A. Interpretation of medical findings in suspected child sexual abuse: An Update for 2023. J Child Abuse and Neglect 145. 2023.
Documento de consenso sobre Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual en Adultos, Niños y Adolescentes. Ministerio de Sanidad. 2024. (Ver [bibliografía](#)).

XIV.4. Exploración neurológica

- Explorar pupilas, motilidad, reflejos, fuerza y sensibilidad.

XIV.5. Final de la exploración física y la toma de muestras

Una vez finalizadas las diferentes exploraciones y realizada la toma de muestras, **el NNA podrá asearse**. Deberá haber una zona “post-reconocimiento” en donde pueda descansar y se le pueda proporcionar ropa, comida, etc. Este puede ser un buen momento para reforzar a la víctima su valentía para afrontar todo lo sucedido y de recalcar que nada de lo ocurrido es culpa suya.

En general

Deben realizarse las pruebas diagnósticas que se estimen necesarias como, por ejemplo, radiografías para detectar fracturas óseas o las relacionadas con las ITS.

Hay que registrar todas las actuaciones y hallazgos durante la exploración, incluyendo lesiones asociadas o cualquier otra, aunque el NNA no pueda identificarlas como relacionadas con la agresión sexual sufrida pero que pudieran deberse a ella (si ha estado inconsciente o en un estado que no la haya permitido percatarse de cómo se llevó a cabo la agresión). Es conveniente ayudarse de un mapa del cuerpo para indicar la localización y tamaño de las lesiones (ver [anexo 8](#)). El médico forense o el facultativo a cargo de la toma de muestras podrá fotografiar las lesiones, si hay consentimiento explícito para ello (ver [apartado XVI.8](#)).

Si ya se ha alcanzado la pubertad, se añadirá la siguiente información en la HC:

- Antecedentes ginecológicos y andrológicos: menarquia, ciclo menstrual, fecha de la última menstruación y episodios de vulvovaginitis (en niñas); aumento del volumen testicular como indicador del desarrollo puberal (en niños)
- Estreñimiento y/o enuresis en ambos sexos
- Sobre relaciones sexuales previas y posteriores a la AS, en los últimos 10 días, y método anticonceptivo utilizado

XV. VALORACIÓN DEL ESTADO EMOCIONAL Y DE LA CONDUCTA

En todos los casos se realizará la valoración del estado emocional por parte de los profesionales intervinientes en la exploración general, con el objetivo de **describir el estado psicoemocional** del NNA y no de llevar a cabo una exploración psicopatológica. Se evaluará el estado cognitivo, conductual y emocional, explorando las áreas mnésica, psicomotriz y del lenguaje, atendiendo a los criterios establecidos en la [tabla 2](#) de este



protocolo. Si a criterio del profesional que atiende al NNA se precisa valoración por un psiquiatra o el NNA lo demanda, se realizará interconsulta en el SUH con psiquiatría de guardia. En todo caso, **se considera necesario avisar a psiquiatría cuando se dé:**

- Ideación autolítica
- Alteraciones conductuales graves o marcada desregulación emocional
- Descompensación en NNA con alteraciones psicopatológicas previas

Es muy importante que en la HC y en el parte de lesiones quede reflejado todo lo acontecido, dentro de la valoración integral del estado de la víctima.

Como complemento a la atención psicológica/psiquiátrica urgente y dado que haber sufrido un hecho tan traumático como es una AS va a dificultar una correcta valoración de su estado psicológico, al NNA se le ofrecerán otros **recursos asistenciales** especializados, para que acuda a ellos después de haber sido atendido en urgencias ([anexo 12](#)).

XVI. TOMA DE MUESTRAS Y ANALÍTICAS

XVI.1. Indicaciones generales

- **La toma de muestras con finalidad médico-legal tiene prioridad sobre la obtención de muestras clínicas**, debiéndose realizar lo antes posible (tabla 12)⁷⁵ y **siempre con el previo consentimiento específico informado** de la víctima o de sus representantes legales, **por escrito** (ver [anexo 5](#))

Tabla 12. Tiempos límite para la recogida de muestras con valor médico-legal

TIPO DE MUESTRAS	PERIODOS LÍMITE PARA LA TOMA
VAGINALES	10 días, independientemente de las actividades realizadas por el NNA durante ese tiempo
BUCALES	48 horas (2 días)
CANAL ANORRECTAL, SUPERFICIE CORPORAL Y PENETRACIÓN DIGITAL	72 horas (3 días)

Fuente: Consejo Médico Forense. Ministerio de Justicia, Secretaría General Técnica. Madrid, 2021. *Protocolo de Actuación Médico-Forense ante la Violencia Sexual en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Consejo Médico Forense*.

- **El médico forense será quien se encargue de tomar dichas muestras** o bien el personal sanitario que corresponda, **en el curso de la exploración clínica** (sangre

⁷⁵ Con independencia de los tiempos límite para el valor médico-legal de las muestras, el tiempo transcurrido entre los hechos y el primer reconocimiento médico de la víctima de AS no debe ser un impedimento para la recogida de muestras para el análisis microbiológico.

periférica, hisopado vaginal/rectal y lavado vaginal), estando presente el médico forense. Deberá respetarse, en todo caso, la preferencia del NNA

- **La toma de muestras durante el examen físico se realizará de acuerdo con la anamnesis y los hallazgos que se vayan obteniendo durante el mismo.** Ambos factores determinarán las zonas corporales susceptibles de la obtención de muestras con fines médico-legales, así como los posteriores análisis a realizar en estas
- La toma de muestras de genitales externos debe realizarse antes de la exploración digital o con espéculo, no debiéndose emplear "esponjas". **Se recogerán desde la zona más exterior hacia la más interior:** primero, región anal y rectal, y después, vulva, vagina y cérvix (en niñas); exterior del pene y glándula (en niños)

XVI.2. Indicaciones para la recogida de muestras por el facultativo de urgencias

Cuando excepcionalmente el médico forense no se vaya a desplazar o no pueda hacerlo con la premura necesaria en aquellos casos en que, a criterio clínico, las circunstancias del NNA (tipo de agresión sufrida, estado emocional, etc.) **aconsejen su atención sanitaria integral lo antes posible**, las muestras de interés médico-legal podrán ser recogidas **por el personal facultativo del SUH en el curso de su exploración clínica**, teniendo en cuenta que determinados análisis y muestras clínicas pueden tener un doble valor, el propiamente clínico y el médico-legal⁷⁶.

Las muestras recogidas serán **remitidas, lo antes posible, al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IMLCF), garantizando la cadena de custodia⁷⁷, circunstancia que deberá quedar específicamente reflejada en el parte de lesiones y en la HC**. Posteriormente, el IMLCF enviará las muestras al laboratorio que el juez indique, cuando se inicie el proceso penal, si ello ocurre (ver [apartado XVIII.3](#)).

El facultativo que tome las muestras deberá estar **familiarizado** con los procedimientos a seguir, incluidas las recomendaciones generales para su envío, los criterios de preservación de la cadena de custodia y las medidas anticontaminación con ADN exógeno. Para ello, además de seguir las indicaciones expuestas en las tablas 14, 15, 16, 17, 18 y 19 ([apartado XVI](#)), se adoptarán las siguientes medidas:

- Lavado de manos de los intervinientes
- Siempre se empleará mascarilla y guantes dobles, cambiando los externos cuando se exploren diferentes regiones anatómicas
- Se evitará hablar o estornudar durante la recogida y envasado de las muestras.
- Se empleará bata u otro tipo de ropa protectora

Las muestras remitidas al IMLCF deben ir acompañadas por la siguiente documentación:

- Etiquetado e información que identifican las muestras (ver en [apartado XVIII.1](#))
- Informe médico-asistencial
- Documentos de cadena de custodia ([anexos 6 y 7](#))

⁷⁶ El Consejo Médico Forense recomienda, **solo para estos casos de análisis y muestras clínicas con potencial valor médico-legal, recogidas por personal facultativo**, la obtención simultánea de una muestra duplicada, destinada a fines forenses (ver [bibliografía](#)), que será enviada, junto con el resto de muestras obtenidas, al IMLCF.

⁷⁷ Art. 48.2 de la LOGILS. Ver [anexos 6 y 7](#) de este protocolo.



La toma de muestras con finalidad médico-legal debe ser uno de los objetivos a conseguir en la atención y asistencia sanitarias a un NNA que ha sufrido una AS, siempre con su consentimiento, pues es la mejor forma de confirmar el tipo de agresión sufrida y de preservar su derecho a que se identifique a la persona o personas agresoras, además de ser un mandato legal ⁷⁵. Es por ello que esta función debe ser asumida en los SUH de los hospitales VISNNA en aquellas circunstancias (excepcionales) en que no pueda ser realizada por un médico forense.

XVI.3. Orden en la toma de muestras para análisis clínicos y forenses

En la tabla 13, se expone el orden en el que deben tomarse las muestras clínicas y médico-forenses, siempre valorando las circunstancias específicas de cada caso.

Tabla 13. Orden en el que se deben tomar las muestras durante la exploración física

ORDEN DE TOMA DE MUESTRAS CLÍNICO-FORENSES Y FINALIDAD PARA LA QUE SE RECOGEN	
TIPO DE MUESTRAS	TIPO DE ANÁLISIS
Orina	Microbiológico y Químico-toxicológico
Conjuntiva	Microbiológico
Úlcera oro-labial	Microbiológico
Hisopos bucales (muestra dubitada e indubitada)	Genético
Hisopos faríngeos (exudado faríngeo)	Microbiológico
Lavado bucal	Genético
Hisopos de superficie corporal	Genético
Hisopos de genitales externos	Genético y Microbiológico
Úlcera perineal (genitales externos)	Microbiológico
Hisopos de cérvix (exudado de cérvix)	Genético y Microbiológico
Hisopos vaginales (exudado vaginal)	Genético y Microbiológico
Lavado vaginal	Genético
Exudado uretral	Microbiológico
Hisopos rectales (exudado rectal)	Genético y Microbiológico
Hisopos perianales	Genético
Sangre venosa	Genético, Hemograma, bioquímica y test de embarazo, Microbiológico y Químico-toxicológico
Uñas (recortes e hisopos)	Genético
Otras muestras de interés forense: Ropa interior y de vestir. Preservativos, salvaslips, chicles, etc.	Genético

Fuente: Documento de consenso sobre Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual en Adultos, Niños y Adolescentes. Ministerio de Sanidad. 2024. (ver [bibliografía](#)).



XVI.4 Toma de muestras biológicas con fines de identificación genética

Estas muestras van dirigidas a la detección de indicios biológicos (semen, saliva o sangre) cuyo análisis de individualización genética podrían indicar su pertenencia a posibles agresores. Las muestras biológicas para la identificación genética solo podrán analizarse en los laboratorios acreditados por la CNUFADN⁷⁸ con sede en la Comunidad de Madrid⁷⁹. **Corresponderá al juez instructor de la causa, la decisión de a cuál de estos tres laboratorios se envían estas muestras para su estudio.**

Para la recogida de este tipo de muestras, se deben tener en cuenta tanto los datos aportados por la víctima como los hallazgos observados durante la exploración física.

En las tablas 14 y 15 se muestran el procedimiento y las indicaciones que hay que seguir para la correcta toma de muestras indubitadas y dubitadas⁸⁰.

Tabla 14. Recogida de muestras indubitadas con fines de identificación genética

MUESTRAS INDUBITADAS PARA IDENTIFICACIÓN GENÉTICA		
TIPO DE MUESTRAS	N.º DE MUESTRAS	DESCRIPCIÓN DE LA RECOGIDA
SANGRE VENOSA	2 ml de SANGRE en tubo con anticoagulante EDTA	Muestra indubitada recomendada solo en casos con sospecha de penetración bucal
HISOPOS BUCALES (o tarjeta FTA)	2 hisopos en seco	Frotando la zona interna de las mejillas. Es recomendable que se realice un enjuague bucal previo a la toma, especialmente si se ha comido recientemente. Muestra NO recomendada en casos con sospecha de penetración bucal. En su lugar, se debe utilizar sangre venosa como muestra indubitada

Fuente: Consejo Médico Forense. Comité Científico-Técnico. *Protocolo de actuación médico-forense ante la violencia sexual en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses*. Ministerio de Justicia. Secretaría General Técnica. 2021.

⁷⁸ Comisión Nacional para el Uso Forense del ADN.

⁷⁹ Servicio de Biología del Departamento de Madrid del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, Laboratorio de ADN de la Comisaría General de Policía Científica y el Departamento de Biología del Servicio de Criminalística de la Guardia Civil.

⁸⁰ En el campo de las Ciencias Forenses y la Criminalística, **muestra indubitada** es aquella sobre la que no hay duda sobre su origen y autoría, al contrario de la **dubitada** en la que sí hay duda sobre estos parámetros, pendientes de identificación posterior.

Tabla 15. Recogida de muestras dubitadas con fines de identificación genética

MUESTRAS DUBITADAS PARA IDENTIFICACIÓN GENÉTICA		
TIPO DE MUESTRAS	Nº DE MUESTRAS	DESCRIPCIÓN DE LA RECOGIDA
HISOPOS BUCALES (o tarjeta FTA)	2 hisopos en seco	Frotando la zona interna de las mejillas, lengua y espacio sublingual, alrededor de las encías, dientes (por ambas caras), incidiendo especialmente en los incisivos, espacios interdentes y paladar (duro y blando)
LAVADO BUCAL	1 tubo con el líquido de lavado	Se debe realizar DESPUÉS DE LA TOMA MEDIANTE HISOPOS . Se utilizan unos 5 ml de suero fisiológico. El lavado debe ser enérgico
HISOPOS DE SUPERFICIE CORPORAL (sugilaciones, mordeduras, manchas de fluidos...)	2 hisopos humedecidos por cada una de las zonas exploradas	Limpiando toda el área de la zona de interés (cuello, mamas, nalgas, etc.) con los hisopos humedecidos con una o dos gotas de agua destilada o suero fisiológicos estériles. Posteriormente se puede usar uno seco con el fin de obtener residuos restantes
PEINADO DEL VELLO PÚBICO	Recogida de pelos dubitados	Mediante peinado suave, para no arrancar pelos, sobre un papel blanco, enviándose tanto el peine utilizado como el papel sobre el que se ha realizado el peinado
UÑAS (RECORTES)	1 sobre con los recortes de uñas de la mano derecha. 1 sobre con los de la mano izquierda	Se deben enviar todos los recortes de las uñas. También las uñas rotas, si las hay
UÑAS (HISOPOS)	2 hisopos humedecidos	Si las uñas no se pueden cortar, se limpian con un hisopo humedecido con una o dos gotas de agua destilada o suero fisiológico estériles, todas las uñas de la mano derecha y con otro hisopo humedecido, todas las uñas de la mano izquierda
HISOPOS DE GENITALES EXTERNOS (labios, clítoris, himen, fossa, horquilla, pene, glande...)	2 hisopos humedecidos	Limpiando la superficie externa de todas las zonas de interés
HISOPOS DE CÉRVIX (*)	2 hisopos en seco	Limpiando el área de interés
HISOPOS VAGINALES (**)	2 hisopos en seco	Limpiando el área de interés. Si durante la exploración se encontrase algún PELO , debe recogerse para su estudio
LAVADO VAGINAL	1 tubo con el líquido de lavado	Se debe realizar SIEMPRE DESPUÉS DE LA TOMA MEDIANTE HISOPOS (tanto los recogidos para el análisis genético como para el microbiológico). Instilar lentamente unos 4-10 ml de suero fisiológico (4-7 ml en prepúberes y 7-10 en púberes) y parar cuando rebose

Tabla 15. Recogida de muestras dubitadas con fines de identificación genética (continuación)

MUESTRAS DUBITADAS PARA IDENTIFICACIÓN GENÉTICA		
TIPO DE MUESTRAS	Nº DE MUESTRAS	DESCRIPCIÓN DE LA RECOGIDA
HISOPOS PERIANALES	2 hisopos humedecidos	Limpiando la superficie externa de todas la zona de interés
HISOPOS RECTALES (**)	2 hisopos humedecidos	Limpiando el área de interés
ROPA INTERIOR	Braga / Calzoncillo / Sujetador	Se recoge la ropa interior de la víctima, empaquetando cada prenda por separado
ROPA DE VESTIR	Prendas que se consideren de interés	Empaquetando cada una de las prendas por separado, usando papel o cartón como envase preferente
Otras muestras de interés forense.	Preservativos, salvaslips, chicles (en penetración bucal reciente), etc.	Empaquetando cada una de las muestras por separado, usando papel o cartón como envase preferente

(*) Muestra en caso de realizarse exploración endocervical con espéculo. (**) Muestras indicadas en caso de firme sospecha de penetración y/o contacto con fluidos del agresor.

Fuente: Consejo Médico Forense. Comité Científico-Técnico. *Protocolo de actuación médico-forense ante la violencia sexual en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses*. Ministerio de Justicia. Secretaría General Técnica. 2021.

XVI.5. Recogida de muestras para análisis toxicológicos

Los análisis toxicológicos van encaminados a la detección de sustancias psicoactivas que hayan podido causar una merma de la consciencia o de la capacidad de consentir de la víctima, facilitando la comisión del delito por el agresor. No se recomienda la realización de pruebas toxicológicas de rutina, **estando limitada a la existencia de signos de intoxicación por drogas y/o alcohol o cuando la persona menor de edad agredida refiera su ingestión o su sospecha** (ver [tabla 26](#)).

Ante la sospecha de SQ, en el SUH siempre hay que tomar muestras de sangre y, muy en particular, de orina, a la mayor brevedad posible ya que se trata de **muestras tiempo-dependientes**. En el caso de que, por esta razón, su toma se haya realizado antes de la presencia del médico forense, éste podrá recoger estas muestras cuando llegue al SUH, junto con las que pueda obtener en el curso de la exploración clínica y médico-legal. Con ello se pretende mantener el principio de unidad de laboratorio para el análisis y también para facilitar la valoración integral posterior del caso.

Las muestras toxicológicas, al margen de su utilidad clínica, son muy relevantes desde el punto de vista toxicológico, por su potencial valor como prueba. Por ello, hay que asegurar su correcta custodia, trazabilidad e integridad. Las tomas de cabello y parches de sudor se consideran muestras complementarias que se suelen tomar de forma diferida. Por ello, se aconsejará al NNA que no se corte ni se tiña el cabello durante los dos meses posteriores al reconocimiento clínico y médico-legal pues, como parte de la investigación, puede ser necesario obtener una muestra capilar para su estudio toxicológico durante ese tiempo.



En la tabla 16 se expone el tipo de muestras no diferidas en el tiempo y las indicaciones que hay que seguir para su correcta toma. Estas muestras se procesarán después (en el laboratorio al que se envíen) únicamente si hay una orden judicial.

Tabla 16. Recogida de muestras por sospecha de sumisión química

MUESTRAS PARA ANÁLISIS BIOQUÍMICOS Y TOXICOLÓGICOS				
TIPO DE MUESTRAS	NÚMERO DE MUESTRAS	TIEMPO PARA SU RECOGIDA	DESCRIPCIÓN DE LA RECOGIDA	TIPO DE ANÁLISIS
ORINA (muestra de elección)	1 frasco estéril con 30-100 ml de orina	Se obtendrá siempre que no se superen los 5 días tras la agresión	Recoger 30-100 ml de orina en frasco de seguridad. Mantener en frío. Congelar si su análisis se va a demorar más de 24 horas. No se debe descartar la muestra, aunque esté contaminada (las bacterias no interfieren en los resultados). Se debe documentar el número de veces que se ha orinado previamente a la recogida	Tóxicos y sustancias psicoactivas en orina (si se sospecha de su uso)
SANGRE VENOSA	2 tubos de sangre de 5 ml cada uno	Se obtendrá en las primeras 48 horas tras la agresión	Un tubo con fluoruro sódico (2,5 g/l) y oxalato potásico (2 g/l) y otro tubo con EDTA, desinfectando la piel, evitando utilizar etanol u otros disolventes con fracciones volátiles y procurando llenar los tubos al máximo para evitar, en la medida de lo posible, la formación de una cámara de aire. Homogeneizar los tubos. Mantener en frío desde ese momento	Screening de tóxicos y sustancias psicoactivas

Fuente: Consejo Médico Forense. Comité Científico-Técnico. *Protocolo de actuación médico-forense ante la violencia sexual en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses*. Ministerio de Justicia. Secretaría General Técnica. 2021. (Tabla modificada).

XVI.6. Pruebas analíticas para la investigación de Infecciones de Transmisión Sexual (estudios microbiológicos)

Este tipo de pruebas se realizarán a NNA que hayan sufrido una agresión sexual con contacto de riesgo o se sospeche de ello. Se llevará a cabo una toma de muestra en todos los sitios de penetración o de intento de ésta y en zonas donde haya posibilidad de contacto con fluidos del agresor, así como en los lugares donde se aprecien lesiones. En las tablas 17 y 18 se expone el tipo de muestras, cómo proceder para su toma y su aplicación en la investigación de ITS, en función de la edad del NNA.



Tabla 17. Recogida de muestras para la investigación de ITS en NNA > 10 años

MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS PARA INVESTIGACIÓN DE PATÓGENOS RESPONSABLES DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN NNA > 10 AÑOS			
TIPO DE MUESTRAS	NÚMERO DE MUESTRAS	DESCRIPCIÓN DE LA RECOGIDA	TIPO DE PATÓGENOS Y PRUEBAS RECOMENDADAS
ORINA	1 frasco estéril con 5-10 ml de orina	Recoger 5-10 ml de orina, primera parte de una micción	Urocultivo TAAN: NG, CT, TV (+/- MG)
SANGRE VENOSA	1 tubo de vacío con gel separador de suero 5 ml	Valorar estado inicial y seroconversión (tras 15 días)	Serología de TP, VIH, VHB, VHC, VHA, VHS
CONJUNTIVA (Si salpicaduras, con o sin exudado)	1 hisopo en medio Amies. 1 hisopo contenedor adecuado para TAAN.	De la parte inferior del párpado. Conveniencia de que el NNA sea examinado por un oftalmólogo	Cultivo NG TAAN: NG, CT
ÚLCERAS ORO-LABIALES	1 hisopo contenedor adecuado para TAAN	Lavado previo con suero fisiológico estéril e hisopado de la base	TAAN: TP, VHS 1 y 2
EXUDADO FARÍNGEO (si penetración bucal)	1 hisopo en medio Amies. 1 hisopo contenedor adecuado para TAAN.	Frotando vigorosamente las amígdalas, faringe posterior y zonas inflamadas o ulceradas, recogiendo cualquier posible exudado. RECOGER DESPUÉS DE LOS HISOPOS BUCALES (MUESTRA INDUBITADA) Y ANTES QUE EL LAVADO BUCAL	Cultivo NG TAAN: NG, CT, solo TP si hay úlcera faríngea
GENITALES EXTERNOS (introito, labios, clítoris, himen, fossa, horquilla...) (pene y escroto) Y ZONA PERIANAL	1 hisopo en medio Amies. 1 hisopo contenedor adecuado para TAAN.	Limpiando genitales externos y recogiendo cualquier posible exudado de genitales externos. SI HAY EXUDADO, SE RECOGERÁN ANTES QUE LOS DESTINADOS A LA IDENTIFICACIÓN GENÉTICA. Hisopado de cualquier úlcera, vesícula o lesión mucocutánea genital. Úlceras: lavado previo con suero fisiológico estéril y se hisopa la base. Vesícula: romper y recoger líquido con la torunda. Si hay costra, se retira con bisturí estéril y se hisopa la base	Cultivo NG TAAN: TP, CT, (+/- VHS 1 y 2) a) Investigación específica de TP, VHS 1 y 2, VPH

Tabla 17. Recogida de muestras para la investigación de ITS en NNA > 10 años (continuación)

MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS PARA INVESTIGACIÓN DE PATÓGENOS RESPONSABLES DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN NNA > 10 AÑOS			
TIPO DE MUESTRAS	NÚMERO DE MUESTRAS	DESCRIPCIÓN DE LA RECOGIDA	TIPO DE PATÓGENOS Y PRUEBAS RECOMENDADAS
ÚLCERAS PERINEALES	1 hisopo en medio Amies. o 1 hisopo contenedor adecuado para TAAN.	Hisopado de cualquier úlcera, vesícula o lesión mucocutánea genital. Úlceras: lavado previo con suero fisiológico estéril y se hisopa la base. Vesícula: romper y recoger líquido con la torunda. Si hay costra, se retira con bisturí estéril y se hisopa la base	Cultivo NG TAAN: TP, CT, (+/- VHS 1 y 2)
EXUDADO CERVICAL (1)	1 hisopo en medio Amies. 1 hisopo contenedor adecuado para TAAN.	Frotando el cuello de útero previa limpieza de secreciones vaginales y moco. Espéculo no lubricado. Si úlcera, hisopado de la misma. RECOGER DESPUÉS DE LOS HISOPOS PARA IDENTIFICACIÓN GENÉTICA	Cultivo NG TAAN: NG, CT, TV, (+/- MG) Si úlceras: Investigación específica de VHS y TP
EXUDADO VAGINAL	1 hisopo en medio Amies. 1 hisopo contenedor adecuado para TAAN (2).	Recoger el exudado de la zona donde este sea más abundante, preferentemente del tercio inferior de la vagina o en ausencia de exudado, del fondo de saco vaginal posterior. Si úlcera, hisopado de la misma. RECOGER DESPUÉS DE LOS HISOPOS PARA IDENTIFICACIÓN GENÉTICA	Cultivo ITS, muestra de flujo vaginal (vaginosis bacteriana), NG TAAN: NG, CT, TV, +/- MG Si úlceras: Investigación específica de VHS y TP
EXUDADO URETRAL (niños)	1 hisopo en medio Amies. 1 hisopo contenedor adecuado para TAAN.	Frotando cuidadosamente el interior de la uretra o tomando muestra del meato urinario si hay evidencia de exudado	Cultivo NG TAAN: NG, CT, TV, MG
EXUDADO RECTAL (3)	1 hisopo en medio Amies. 1 hisopo contenedor adecuado para TAAN. Espéculo rectal con proctoscopio si se sospecha proctitis.	Introducir a través del esfínter anal unos 3 cm y rotar contra las criptas rectales durante unos segundos. Evitar contacto con materia fecal	Cultivo NG TAAN: NG, CT, LGV, TV
Otras localizaciones		Valorar presencia de <i>Pthirus pubis</i> en pestañas/vello púbico	Examen microscópico del parásito

Tabla 18. Recogida de muestras para la investigación de ITS en NNA ≤ 10 años

MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS PARA INVESTIGACIÓN DE PATÓGENOS RESPONSABLES DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN NNA 10 AÑOS			
TIPO DE MUESTRAS	NÚMERO DE MUESTRAS	DESCRIPCIÓN DE LA RECOGIDA	TIPO DE PATÓGENOS Y PRUEBAS RECOMENDADAS
EXUDADO CERVICAL (¹)		NO RECOMENDADO	
EXUDADO VAGINAL	1 hisopo en medio Amies. 1 hisopo contenedor adecuado para TAAN (²).	Sólo introito y zona externa vaginal (labios mayores y menores, clítoris, horquilla y monte de venus). NO RECOMENDADO EN ZONA INTERNA VAGINAL	Cultivo ITS, muestra de flujo vaginal (vaginosis bacteriana), NG TAAN: NG, CT, TV, (+/- MG)
EXUDADO URETRAL (niños)		NO RECOMENDADO. Sustituir por ORINA/HISOPO MEATO	Cultivo NG TAAN: NG, CT, TV, MG
EXUDADO RECTAL (³)	1 hisopo en medio Amies. 1 hisopo contenedor adecuado para TAAN. Espéculo rectal con proctoscopio si se sospecha proctitis.	Hisopado a ciegas: Introducir a través del esfínter anal unos 3 cm y rotar contra las paredes rectales durante unos segundos. Evitar contacto con materia fecal	Cultivo NG TAAN: NG, CT, LGV, TV
SANGRE VENOSA	1 tubo de vacío con gel separador de suero 3-5 ml	Valorar estado inicial y seroconversión (tras 15 días)	Serología de TP, VIH, VHB, VHC, VHA, VHS
Para el resto de muestras (orina, conjuntiva, úlceras oro-labiales, exudado faríngeo, genitales externos y zona perianal, úlceras perianales y otras localizaciones), las indicaciones son las mismas que se muestran en la tabla anterior (tabla 17)			

Leyenda de las tablas 17 y 18:
TAAN: técnicas de amplificación de ácidos nucleicos (PCR; TMA; SDA). NG: *Neisseria gonorrhoeae*, CT: *Chlamydia trachomatis*, TV: *Thichomonas vaginalis*, TP: *Treponema pallidum*, MG: *Mycoplasma genitalium*, LGV: Linfogranuloma venéreo. Virus herpes simple (VHS). Virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Virus hepatitis A (VHA). Virus hepatitis B (VHB). Virus hepatitis C (VHC). Además, se debe incluir el cultivo de otros patógenos responsables de infecciones genitales que se pueden transmitir por vía sexual, aunque no sean específicos de ITS (*Candida spp.*, *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus agalactiae*, algunas enterobacterias, etc.).
(¹) Muestra que se toma siempre que se hace exploración endocervical con espéculo.
(²) Se deben emplear torundas diferentes para muestras en genitales internos (tercio inferior de la vagina) y para genitales externos (labios mayores y menores, clítoris, horquilla y monte de venus).
(³) Toma de muestra cuando sospechemos penetración anal o contacto con fluidos del agresor por esta vía.
Fuentes: Consejo Médico Forense. Comité Científico-Técnico. *Protocolo de actuación médico-forense ante la violencia sexual en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses*. Ministerio de Justicia. Secretaría General Técnica. 2021.
Protocolo Común del SNS para la Actuación Sanitaria ante la Violencia Sexual 2023. Ministerio de Sanidad.
Documento de consenso sobre Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual en Adultos, Niños y Adolescentes. Ministerio de Sanidad. 2024. (ver [bibliografía](#)).

XVI.7. Recogida de muestras clínicas para análisis hematológicos y bioquímicos

En la tabla 19 se expone cómo proceder para la toma de muestras clínicas y su utilidad.

Tabla 19. Recogida de muestras para análisis hematológicos y bioquímicos

MUESTRAS PARA ANÁLISIS HEMATOLÓGICOS Y BIOQUÍMICOS			
TIPO DE MUESTRAS	NÚMERO DE MUESTRAS	DESCRIPCIÓN DE LA RECOGIDA	TIPO DE ANÁLISIS
SANGRE VENOSA	1 tubo de sangre sin anticoagulante: 5 ml	Sin anticoagulante	a) Hemograma y bioquímica, para valorar las funciones hepática y renal, sólo si se decide emplear antirretrovirales b) Test de embarazo (*)
ORINA	1 frasco estéril con 5-10 ml de orina	Recoger 5-10 ml de orina media de una micción	Test de embarazo (*)

(*) Si el resultado es negativo, ha de repetirse a las 4-6 semanas.

XVI.8. Toma y uso de fotografías/vídeos

El registro de imágenes puede ser de gran utilidad como método descriptivo de las lesiones, especialmente en NNA, si bien debe tenerse siempre en cuenta que la toma de algunas áreas corporales puede resultar incómoda y vergonzante. Para garantizar su validez (nivel de seguridad y confidencialidad requeridos), las fotografías serán tomadas mediante dispositivos institucionales, cumpliendo el protocolo de cada centro hospitalario para la adecuada conservación de fotos y/o documentos gráficos.

Antes de comenzar las fotografías/vídeos, debe recabarse el **consentimiento por escrito**, una vez que la persona menor de edad agredida y/o su representante legal hayan sido informados acerca de:

- Cómo y por qué se tomarán
- Del objeto de cada toma y de las lesiones o evidencias que se pretenden fijar
- Que las imágenes podrían ser mostradas en un procedimiento judicial, en caso de ser requerido para ello, a través del informe médico-legal, y que incluso la parte contraria tendrá acceso a ellas

Se deben adoptar medidas que impidan la identificación (cubrir el rostro, los ojos, etc.). Las fotografías/vídeos no deben ser utilizadas para interpretar hallazgos sutiles o no específicos, y no pueden servir nunca para diagnosticar con fiabilidad lesiones no observadas directamente por los examinadores, pero su toma en NNA se recomienda como medio para compartir información clínica y médico-legal entre profesionales con el fin de clarificar dudas relacionadas con el diagnóstico de la AS sufrida.

XVII. INDICACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LESIONES, PROFILAXIS Y SOSPECHA DE SUMISIÓN QUÍMICA

XVII.1. Tratamiento de las lesiones físicas

Toda lesión física debe ser tratada mientras se realiza la exploración, pudiéndose prescribir medicación en caso de que sea necesario.

XVII.2. Prevención de embarazo⁸¹

Cuando la víctima ya haya tenido la menarquia y la agresión sexual sufrida pueda implicar un embarazo, lo primero es hacer un test para su descarte. En caso de embarazo, no será necesaria esta profilaxis. De no ser así y siempre con consentimiento previo, si desde la agresión han transcurrido:

- **Menos de 72 h**, se realizará contracepción postcoital hormonal con Levonorgestrel (1,5 mg en una sola dosis, vía oral, o 0,75 mg en dos dosis separadas por 12 h para evitar efectos secundarios gastrointestinales)
- **Entre 72 h y 5 días (120 h)**, se debe dar contracepción postcoital hormonal con Acetato de Ulipristal⁸² (30 mg en una sola dosis, vía oral) o proceder a la colocación de un dispositivo intrauterino de cobre (DIUcu)

Confirmar la próxima regla o realizar una prueba de embarazo a las 4-6 semanas. Se debe informar a la niña/adolescente de que, en caso de embarazo, **puede optar legalmente a su interrupción** en cualquiera de los centros acreditados para tal fin por la Consejería de Sanidad y sin coste alguno⁸³.

XVII.3. Profilaxis de infecciones de transmisión sexual (ITS)

A todo NNA expuesto a una AS debe valorarse ofertar, cuanto antes y en función del riesgo sufrido o cuando este no se pueda valorar (por ejemplo, en caso de sumisión química), profilaxis post-exposición (PPE) frente al VIH, VHB, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y sífilis, e iniciar o completar vacunación frente al virus del papiloma humano (VPH) a partir de los 9 años⁸⁴.

⁸¹ Para llevar a cabo esta profilaxis de forma eficaz, en el SUH deberá haber los medios utilizados para tal fin.

⁸² Contraindicado en asma grave.

⁸³ Artículos 18 y 18 bis de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo y resto de los artículos de los capítulos I y II (Título II).

⁸⁴ Respecto a la vacunación frente al virus del papiloma humano (VPH), a pesar de la falta de consenso en la comunidad científica, en base al balance riesgo-beneficio, se recomienda considerar la indicación de inmunización frente a VPH en función de la edad. Documento de consenso sobre Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual en Adultos, Niños y Adolescentes. Ministerio de Sanidad. 2024 (ver [bibliografía](#)).

PPE para *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*

La PPE para *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* en posible incubación, puede administrarse en función del riesgo, siguiendo las indicaciones de las tablas 20 y 21. Mantener una actitud expectante y actuar en función de los resultados es también una opción válida.

Tabla 20. Indicaciones para la profilaxis post-exposición a ITS en niños y niñas

PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN PARA ITS EN NIÑOS Y NIÑAS					
MICROORGANISMO	FÁRMACO	PESO	DOSIS	VÍA	DURACIÓN
<i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Chlamydia trachomatis</i>	Ceftriaxona	< 45 kg	25-50 mg/kg (DM 250 mg)	IM o IV	Dosis única
	+	45 kg	500 mg	IM	
	Azitromicina	< 45 kg	20 mg/Kg (DM 1 g)	VO	
		45 kg	Azitromicina 1 g (DM)		

Tabla 21. Indicaciones para la profilaxis post-exposición a ITS en adolescentes

PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN PARA ITS EN ADOLESCENTES				
MICROORGANISMOS	FÁRMACO	DOSIS	VÍA	DURACIÓN
<i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Chlamydia trachomatis</i>	Ceftriaxona +	500 mg	IM o IV	Dosis única
	Doxiciclina ^(a)	Doxiciclina 100 mg/12 h	VO	7 días
	Azitromicina	Azitromicina 1 g (DM)		Dosis única

(a) La doxiciclina (contraindicada en mujeres embarazadas) se considera de primera elección, pero, en concordancia con la AEP y la SEIP⁸⁵, en adolescentes se recomienda una dosis de azitromicina para no comprometer la adherencia. DM: dosis máxima; IM: vía intramuscular; VO: vía oral.
Fuente de las tablas 20 y 21: Documento de consenso sobre Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual en Adultos, Niños y Adolescentes. Ministerio de Sanidad. 2024. (ver [bibliografía](#))

PPE para el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

La decisión de instaurar la PPE frente al VIH debe ser evaluada caso a caso, en función de la estimación del riesgo de adquisición de la infección. Este riesgo depende de varios factores, uno de ellos, casi siempre desconocido, es si el agresor es portador del VIH y, en tal caso, saber su carga viral⁸⁶. El otro factor principal es el tipo de agresión sufrida,

⁸⁵ AEP: Asociación Española de Pediatría; SEIP: Sociedad Española de Infectología Pediátrica.

⁸⁶ Si es VIH+ con carga viral plasmática indetectable, se puede considerar no realizar PPE dado que el riesgo de transmisión es muy bajo.

siendo el riesgo máximo en la penetración anal con eyaculación, alto en la vaginal y mínimo en la oral, especialmente si no ha habido eyaculación.

Si evaluado el riesgo se decide dar PPE, ésta debe instaurarse cuanto antes, preferiblemente en las primeras 2 horas tras la exposición de riesgo y **siempre antes de que pasen 72 horas**, remitiendo al paciente a una unidad hospitalaria con experiencia en infección por VIH pediátrico para reevaluación de la indicación y seguimiento. Si se inicia, **hay que proporcionar la medicación necesaria hasta la fecha de la cita de seguimiento, idealmente 3-7 días después**. Previo al inicio, se realizará una serología y un hemograma con perfil hepático y renal. El tratamiento **se mantendrá durante 28 días**, para lo cual se ofrecerá un plan de seguimiento clínico y analítico, se informará de los principales efectos secundarios (mal estado general, náuseas, vómitos y diarrea) así como de las posibles interacciones medicamentosas y se dará apoyo psicológico. Los fármacos sugeridos son los expuestos en la tabla 22, pero sustituibles si existe un protocolo interno del hospital con otras indicaciones farmacológicas.

Tabla 22. Indicaciones para la profilaxis post-exposición al VIH⁸⁷

PPE FRENTE AL VIH EN PERSONAS MENORES DE EDAD	
Edad	Fármacos y dosis recomendadas
≥ 12 años y > 35 Kg (dos opciones)	Raltegravir (RAL) ⁽¹⁾⁽³⁾ 400mg/12 horas + Tenofovir (TDF)/Emtricitabina (FTC) (TDF 245/FTC 200mg) 1comp/24 horas
	Dolutegravir (DTG 50mg) ⁽¹⁾ 1comp/24 horas + TDF/FTC (245/200mg) 1comp/24 horas
De 2 a 11 años (cuatro opciones)	RAL ⁽³⁾ + TDF ⁽²⁾ /FTC
	RAL ⁽³⁾ + AZT (zidovudina) + Lamivudina (3TC)
	DTG+ TDF ⁽²⁾ /FTC
	DTG + AZT/ 3TC
De 1 mes a <2 años	RAL ⁽³⁾ + AZT/3TC

(1) Para la elección de la pauta debe tenerse en cuenta el protocolo de cada centro, la capacidad del paciente de tragar comprimidos y las toxicidades específicas. En general, se recomiendan pautas basadas en inhibidores de la integrasa (RAL y DTG). En caso de estar contraindicados, la alternativa sería Darunavir o Atazanavir.

(2) En caso de insuficiencia renal deberá evitarse el TDF.

(3) El RAL debe administrarse cada 12 h. Los comprimidos masticables de RAL y los bucodispersables de DTG no son bioequivalentes a sus equivalentes en comprimidos con película, por lo que deberá ajustarse la dosis.

Fuentes: WHO guidelines, update 2023.

Documento de consenso sobre Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual en Adultos, Niños y Adolescentes. Ministerio de Sanidad. 2024. (ver [bibliografía](#)).

Cuando se pueda constatar que el agresor es VIH negativo, se deberá interrumpir el tratamiento profiláctico, si ya se ha iniciado.

⁸⁷ Para ver los fármacos y las dosis recomendadas actualizadas se aconseja consultar las guías clínicas vigentes.

PPE para el virus de Hepatitis B (VHB)

La profilaxis frente al VHB se valorará individualmente atendiendo al estado de inmunidad del NNA, al serológico del agresor (si ello fuera posible) y al tipo de agresión sufrida.

- **En personas bien vacunadas, no hay que hacer nada** salvo que se sepa que la persona agresora sea HBsAg +, teniéndose que administrar entonces una dosis de recuerdo de vacuna VHB
- **En personas no vacunadas o con pauta incompleta, iniciar o completar la pauta de vacunación** (+ 1 dosis de IGHB si la persona expuesta está inmunodeprimida o si la persona agresora es HBsAg +)

Tanto la IGHB como la vacuna deben administrarse en las primeras 24 horas. La eficacia de la IGHB se pierde pasados 7 días.

XVII.4. Profilaxis antitetánica

Se planteará ante la existencia de heridas inciso-contusas y de sus características. Si existen lesiones muy graves en NNA con menos de 3 dosis de vacuna o con situación vacunal desconocida:

- Completar la vacunación (vacuna tétanos-difteria)
- Administrar inmunoglobulina específica antitetánica (en un lugar separado de la vacuna): una única dosis de 250 UI por vía intramuscular

XVII.5. Sospecha de sumisión química

Ante la sospecha de la existencia de sumisión química y presencia de cuadros ansiosos, debe evitarse administrar sedantes hasta no haber completado la toma de muestras.

Se tiene que documentar la sintomatología referida ([tabla 26](#)) y su curso, incluyendo la persistencia (o no) de los síntomas en el momento de la exploración. De igual manera, hay que proceder con el consumo voluntario de alcohol, drogas y de medicamentos, debiéndose preguntar expresamente por el uso de medicamentos sin receta y de medicamentos psicoactivos.

XVIII. EMPAQUETADO Y ENVÍO DE MUESTRAS. CADENA DE CUSTODIA

Tal como ya se especificó en el [apartado XII.6](#), será el Juzgado de Guardia quien, bajo la supervisión de los médicos forenses, garantice la cadena de custodia. No obstante, en los siguientes apartados se dan las oportunas instrucciones para el correcto envío de muestras y la preservación de la cadena de custodia, cuando la toma de muestras sea realizada por el facultativo de urgencias, al no poder estar presente el médico forense (ver [apartado XVI.2](#)).



El principio rector del tratamiento de las muestras será su **gestión integral** por los organismos implicados.

XVIII.1. Empaquetado de las muestras

La toma de muestras, su empaquetado y transporte deben cumplir una serie de criterios dirigidos a **garantizar la trazabilidad del proceso y a mantener la autenticidad e integridad de estas**, requisitos necesarios para que los resultados obtenidos en los análisis tengan fiabilidad y validez para su posterior presentación como pruebas judiciales.

Las muestras deben ser minuciosamente envasadas y **etiquetadas**, por lo que es importante seguir estos principios:

- Cada muestra se debe envasar **individualmente, con su correspondiente etiqueta**
- Las muestras se empaquetarán y trasladarán en **triple embalaje de seguridad**, herméticos e impermeables
- En el caso de que se hayan hecho **fotografías**, la mejor forma para garantizar su validez procesal, es decir, garantizar que no hayan sufrido ningún tipo de manipulación, es que su toma se haya realizado por una **cámara digital institucional** y que las imágenes obtenidas se guarden y se envíen **en una tarjeta de memoria SD⁸⁸ o en un CD (disco compacto)**

En las muestras con fines de identificación genética, para **evitar o minimizar su contaminación** por microorganismos que actúan favorecidos por la humedad y las altas temperaturas, se aconseja **usar dispositivos de recogida con sistema de autosecado**. Si no fuera posible:

- Dejar secar las muestras a temperatura ambiente en un lugar protegido, antes de su envasado
- Empaquetar en envases de papel o cajas de cartón, evitando el plástico. Cuando su empleo sea ineludible, procurar una transferencia rápida al envase adecuado, con las debidas medidas de protección
- **Los indicios líquidos (lavados, sangre, orina) se deben mantener y remitir refrigerados** por ser especialmente vulnerables a la degradación del ADN

Tipos de envases

- **Envase primario:** En contacto directo con la muestra. Será un recipiente impermeable y estanco de vidrio, metal, papel o plástico dependiendo del tipo de muestra y de la temperatura de transporte (por ejemplo, tubo para analítica, bote de orina, hisopo y tubo). Será sellado

⁸⁸ Secure Digital (SD) hace referencia a la tarjeta de memoria para dispositivos móviles.

- **Envase secundario:** Sirve de protección a uno o más recipientes primarios, será a prueba de derrames. Recomendable botes tipo “duquesa” (figura 6)
- **Envase exterior o terciario:** Protege al embalaje secundario. Su solidez y dimensiones estarán acorde con las medidas, peso y fragilidad del material a embalar, pudiendo ser de poli-espán, salvo que se considere necesario mantener la cadena de frío, para lo cual se deberá utilizar una nevera portátil. **Solo irán muestras de una única víctima.** Se recomienda disponer de varios tamaños de envases terciarios para que se adecúen al contenido que se quiere enviar



Figura 6. Envases tipo “duquesa”

Instrucciones de embalaje

- Transporte a **temperatura ambiente:** si los recipientes tienen tapón de rosca, se reforzarán con cinta adhesiva. Este tipo de transporte solo es aplicable a la ropa con manchas secas (para ADN), a hisopos secos (embalados en papel y a menos de 24º) y al pelo
- Transporte **en frío (sangre, orina, lavados, hisopos húmedos):** el refrigerante utilizado (hielo y otros) deberá colocarse fuera del embalaje secundario
- Las muestras indubitadas de la víctima se dispondrán en paquetes o sobres diferentes de los de las muestras dubitadas para estudios genéticos

Etiquetado/Rotulado y documentación de los envases

- En el **envase primario** se consignará el tipo de muestra, número y el objeto de investigación (biológico o toxicológico), nombre y apellidos de la persona agredida, número de historia o de procedimiento, fecha y hora de la toma de muestra y hospital de procedencia. Por último, identificación de la persona que ha recogido la muestra
- En el **envase secundario** se señalarán, en una pegatina, todos los recipientes primarios que contenga, junto con el nombre y apellidos de la persona agredida, fecha de recogida y hospital de procedencia
- En el **envase terciario:**
 - Se adjuntará **en su interior**, dentro de un sobre cerrado y como documento independiente (que no sea dañado por el refrigerante), el **formulario de recogida de muestras** ([anexo 6](#)), debidamente cumplimentado
 - **Por fuera** y metido en una funda de la que se pueda extraer (por ejemplo, un folder de plástico), se incluirá el **formulario de empaquetado y envío de muestras** ([anexo 7](#)) que al final del proceso de transporte, contendrá la identificación y las firmas de las personas implicadas en el mismo

- Además, el exterior del envase terciario llevará una etiqueta donde figure el **hospital de procedencia y el IMLCF como destinatario**, y los símbolos que indiquen “**material biológico**” (figura 7) y la “**postura vertical**” (figura 8)⁸⁹



Figura 7. Símbolo que indica “material biológico”



Figura 8. Símbolo que indica “postura vertical”

XVIII.2. Transporte de las muestras

Para el transporte de muestras biológicas, el envase terciario deberá ser una nevera portátil, con frigolines (acumuladores de frío) en su interior, como medio frío en seco. Para otros tipos de muestras, el envase terciario o exterior puede ser de poliespan o cualquier otro material que proteja al secundario⁹⁰.

El envío de muestras desde el hospital al IMLCF, en los casos de no intervención del médico forense, debe hacerse **preferentemente en las primeras 72 horas desde la toma y no superar los 7 días**, en el horario y días de la semana que a continuación se especifica:

RECEPCIÓN DE MUESTRAS EN EL IMLCF	
Días	Lunes, miércoles y viernes laborables
Horario	De 9:00 h a 13:30 h
Dirección	C/ Julio Cano Lasso 4. Valdebebas. 28055 Madrid

Respecto al transporte de muestras al IMLCF, cuando no intervenga el médico forense, cada centro habilitará los medios que tenga estipulados, cuidando que lleguen en las debidas condiciones.

XVIII.3. Cadena de custodia

Las muestras, tanto hospitalarias como extrahospitalarias si las hubiera, tienen que estar acompañadas por los **formularios de cadena de custodia** ([anexos 6 y 7](#)) que garanticen su trazabilidad y la de los análisis que de ellas se deriven. Estos documentos hay que cumplimentarlos desde la primera muestra que se haya tomado (incluyendo el medio extrahospitalario) hasta su recepción en el IMLCF.

⁸⁹ Artículo 7 de la “Orden JUS/1291/2010, de 13 de mayo, por la que se aprueban las normas para la preparación y remisión de muestras objeto de análisis por el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses”.

⁹⁰ En el [anexo 9](#) se muestra una tabla con indicaciones para la conservación de las muestras.

Para que las muestras obtenidas tengan valor jurídico, **la cadena de custodia será asegurada por el médico forense en el ámbito hospitalario y por las FCSE en el extrahospitalario.**

Cuando las muestras se obtengan por personal facultativo de la urgencia, **sin la presencia del médico forense** (o en el medio extrahospitalario, sin la presencia de las FCSE), la preservación de la cadena de custodia recaerá en el SUH que corresponda⁹¹. En estos casos, el IMLCF actuará como mero **receptor y custodio** de aquellas muestras que lleguen en las debidas condiciones (embalaje íntegro e identificado) y con los formularios de recogida de muestras y cadena de custodia debidamente cumplimentados. **La permanencia de las muestras en el IMLCF será por tiempo indefinido** hasta que reciba instrucciones del juez, bien para su destrucción, bien para su envío al laboratorio que dicho juez dictamine, si se han iniciado diligencias.

En el caso de que se personen en el hospital las FCSE con un mandato judicial (aunque sea verbal), solicitando que se les entreguen las muestras, en el acto de entrega **se solicitará el número de placa** al policía/guardia civil responsable, que deberá constar en el documento de cadena de custodia ([anexo 7](#)), junto con la fecha y hora correspondientes, y anotarlo en la HC (y en el parte de lesiones, si todavía no se hubiera enviado).

XIX. VALORACIÓN DEL RIESGO SOCIAL, INFORME SOCIAL Y SISTEMA DE PROTECCIÓN PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL

Dentro de los procesos que se llevan a cabo en la atención hospitalaria integral a la AS en NNA, se encuentra la **valoración del riesgo social**, para lo cual, **se debe notificar el caso al Servicio de Trabajo Social (STS)** y requerir su presencia **desde el inicio de la atención sanitaria hospitalaria**, siempre que esto sea posible o lo antes posible, en cualquier caso. Cuando no sea factible realizar dicha valoración de manera simultánea, acabada la atención sanitaria, al STS se le comunicará siempre el caso, mediante interconsulta, para su análisis y posterior intervención.

La **intervención del trabajo social y su valoración del riesgo social** va dirigida a conocer la situación del NNA y su entorno desde el inicio de la asistencia. Facilitará determinar el nivel de urgencia y gravedad del caso, la derivación y comunicación a los organismos con competencias en protección de menores que corresponda, en base a la situación detectada, además de proporcionar un **apoyo psicosocial y evitar la victimización secundaria** por sucesivas entrevistas. Esta valoración se plasmará en un **informe social** que recogerá la información obtenida a raíz de las actuaciones llevadas a cabo y la valoración de los siguientes factores sociales para la realización del diagnóstico social sanitario:

⁹¹ La correcta cumplimentación de los formularios de los [anexos 6 y 7](#) es lo que garantizará la cadena de custodia.

- **Valoración de la gravedad:** Consiste en la dimensión de la lesión o de la negligencia ejercida contra el NNA, para lo cual se tendrá en cuenta el tipo de lesión y su nivel de vulnerabilidad. Hay que realizar una valoración de la probabilidad de que la AS pueda repetirse, teniendo en cuenta los siguientes factores: cronicidad y frecuencia (si se trata de un episodio agudo o continuado), accesibilidad del agresor al NNA, tipo de relación con la persona cuidadora principal (valoración como posible factor de protección), edad y si se trata de un NNA con una discapacidad
- **Valoración de la situación familiar** y del entorno en que se encuentre el NNA, atendiendo a posibles indicadores de riesgo y desamparo y a los factores de protección, por lo que se tendrá que prestar especial atención a la actitud protectora o no de los responsables legales frente a la situación de AS, credibilidad o cuestionamiento de la situación, minimización de los hechos, etc. Habrá que valorar, además, si hay presencia de algún hermano o hermana menor de edad, en el caso que haya sido una situación de agresión sexual intrafamiliar

Respecto a la **valoración del riesgo social**, pueden darse distintas situaciones en las que se encuentre el NNA en base a los indicadores detectados:

- Si el NNA **se encuentra en una situación de riesgo leve o moderado**, el STS lo comunicará a los **servicios sociales de cada zona del municipio en que resida el NNA**, para trabajar con su familia (atención social primaria), siguiendo el procedimiento de comunicación existente en cada caso y a la **Unidad de Atención Específica de Trabajo Social de Atención Primaria (UAE)** del centro de salud correspondiente
- En caso de que se encuentre en una **situación de riesgo grave (desamparo)**, además de a los servicios sociales y a la **UAE**, esta situación se comunicará al **Juzgado de Guardia**, en primer instancia y al **Área de Protección de la DG de Infancia, Familia y Fomento de la Natalidad** (area.proteccion@madrid.org). También, a efectos de comunicación, a la Sección de Menores de la Fiscalía Provincial de Madrid, área de Protección (fiscalia.proteccion@madrid.org)

En caso de presuntos ofensores:

- Si el presunto ofensor (agresor) es menor de 14 años, es inimputable, y la comunicación se dirigirá a **Sección de Protección** de Fiscalía Menores: fiscalia.proteccion@madrid.org
- Si el presunto ofensor (agresor) es mayor de 14 años y menor de 18 años, procederá comunicar o cursar la denuncia a **FCSE** para que inicien investigación. También se podrá remitir a **Fiscalía Provincial de Madrid** (fismadrid@madrid.org)

En ausencia de trabajo social, **la comunicación de riesgo grave al juzgado de guardia la realizará el personal sanitario que atienda al NNA** y para su posterior seguimiento y coordinación social, **deberá también comunicarse al STS del Hospital**.

Además, tal como se indica más adelante, en situación de desamparo que impida el regreso del NNA a su domicilio, se le podrá ingresar en el hospital hasta que las FCSE o agentes tutores municipales se hagan cargo de la situación.

- Con independencia del grado de riesgo al que esté sometido el NNA, se deberá aportar la información al sistema de comunicación de situaciones de violencia que se habilitará para tal fin por la consejería competente en materia de servicios sociales

que, a su vez, lo remitirá al futuro RUSSVI (Registro Unificado de Servicios Sociales sobre Violencia contra la Infancia)⁹²

Cuando el presunto ofensor (agresor) sea menor de 18 años, situación en donde la comunicación la realiza el facultativo que atiende el caso, desde el STS se confirmará que ya se ha comunicado el caso a Fiscalía Menores (Sección de Protección en menores de 14 años) o a las FCSE y/o Fiscalía Provincial de Madrid (mayores de 14 años y menores de 18 años). De no haberse producido, se llevará a cabo dicho comunicado que englobará tanto los casos graves como los aparentemente leves y las situaciones de riesgo⁹³.

El STS, dentro de sus funciones, además de las mencionadas:

- Hará una **consultoría social** con el NNA y sus progenitores o responsables legales, en la que **informará sobre los recursos** más adecuados para la situación valorada, así como las **ayudas o prestaciones disponibles** y a las que pueda tener acceso, además de informar de aquellos derechos que asisten a NNA como víctima de violencia sexual y violencia infantil

En la siguiente tabla 23 se resumen las acciones que le corresponde llevar a cabo al STS con la activación del código VISNNA.

Tabla 23. Intervención y acciones a realizar por el Servicio de Trabajo Social ante un caso de violencia sexual en NNA

ACTUACIÓN DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO EN EL SUH ANTE UN CASO DE VIOLENCIA SEXUAL EN NNA	
TIPO DE INTERVENCIÓN	ACCIONES A DESARROLLAR
Valoración del Riesgo Social	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar esta valoración desde el inicio de la atención sanitaria hospitalaria para evitar victimización secundaria. Aviso a través de interconsulta • Informar del caso en aquellas situaciones en que el STS no esté presente
Valoración de la gravedad	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar vulnerabilidad, probabilidad de que se repita la violencia sexual, cronicidad, frecuencia, accesibilidad del agresor al NNA, tipo de relación con la persona cuidadora principal, edad, discapacidad, etc.
Valoración de la situación familiar y del entorno del NNA	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar indicadores de riesgo y desamparo, factores de protección, actitud protectora o no de los responsables legales, credibilidad o no de la AS, entorno social y si hay otros NNA en el medio familiar
Elaboración del Informe social	<ul style="list-style-type: none"> • En este informe se recogerá la información recabada en el proceso de intervención, junto a un diagnóstico social sanitario. Es importante recoger la literalidad de lo verbalizado por el NNA espontáneamente durante la intervención
Apoyo social	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar acompañamiento social • Proporcionar herramientas de afrontamiento y resiliencia desde las fortalezas personales, familiares y del sistema de protección social • Activar recursos internos y de redes de apoyo externas, de acuerdo a las necesidades del NNA

⁹² Según lo establecido en el artículo 44 de la LOPIVI.

⁹³ Artículo 13 de LPJM, artículo 16 de la LOPIVI y artículo 32 de la LDGPJA.

Tabla 23. Intervención y acciones a realizar por el Servicio de Trabajo Social ante un caso de violencia sexual en NNA (continuación)

ACTUACIÓN DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO EN EL SUH ANTE UN CASO DE VIOLENCIA SEXUAL EN NNA	
TIPO DE INTERVENCIÓN	ACCIONES A DESARROLLAR
Notificación de la situación de riesgo (leve o grave)	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo leve: notificación a UAE (Trabajo Social de AP, a través del BUZGEN A/A Trabajo Social C.S. ASUNTO: Notificación Riesgo Social) y a servicios sociales municipales • Riesgo grave: notificación a Juzgado de Guardia, Área de Protección de la Infancia, Familia y Fomento de la Natalidad (area.proteccion@madrid.org), a Fiscalía Provincial y a UAE (Trabajo Social de AP, a través del BUZGEN A/A Trabajo Social C.S. ASUNTO: Notificación Riesgo Social). <p>Si el presunto ofensor es ≥ 14 años, además de lo anterior, cursar denuncia a:</p> <ul style="list-style-type: none"> – FFCC para investigación – Fiscalía Provincial Madrid (fismadrid@madrid.org)
Consultoría social	<ul style="list-style-type: none"> • Con el NNA y progenitores o responsables legales, orientación y diseño de estrategias personalizadas de apoyo (ayudas y prestaciones disponibles, derechos de la víctima, etc.)
Derivación a Barnahus	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo a utilizar en anexo 13
Derivación al CIASI	<ul style="list-style-type: none"> • Para atención psicoterapéutica a presuntos ofensores menores de edad (anexo 12). En el caso de las víctimas, la derivación se realizará a través de Barnahus (Casa de los niños) (anexo 13)

XX. CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Finalizado el proceso asistencial en el SUH, se producirá ingreso hospitalario si hay lesiones graves que requieran intervenciones o tratamientos urgentes en el hospital. También cuando la integridad del NNA no esté asegurada, es decir, en el caso que no sea posible su protección, de manera inmediata, por el organismo competente.

De no requerirse el ingreso, se le entregará el Informe de Alta aconsejando, según la edad, **no mantener relaciones sexuales hasta la siguiente valoración** y con las citas programadas.



XX.1. Coordinación con recursos sociosanitarios

Desde el STS se realizará, **en todos los casos**, una **coordinación con los recursos sanitarios y sociales**, lo antes posible, para realizar el seguimiento y las derivaciones que se estimen convenientes, **incluida la derivación al servicio especializado para la valoración y atención a niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual y a sus familias (Barnahus o Casa de los Niños)**. En el [anexo 13](#) se incluye la **hoja de derivación a este recurso fundamental**. Esta hoja debe ir acompañada de cuanta información sea relevante para la valoración de la situación de AS, con especial atención al relato del NNA (de haberse producido), que deberá recogerse con la mayor literalidad posible, con el fin de evitar victimización secundaria, así como la sintomatología observada y la gravedad de la misma, y otras comorbilidades que puedan afectar a la situación. Además, en los informes que se elaboren **para la derivación a Barnahus, deben detallarse las coordinaciones previas con otros ámbitos e instituciones**.

Hay que tener en cuenta que, en cualquier AS, **siempre se produce un trauma emocional** que puede ser de distinta intensidad, **siendo fundamental el apoyo que reciba de sus cuidadores**. La derivación a un recurso especializado de atención a violencia sexual infantil (ver [anexo 12](#)), para la atención psicoemocional, debe ser valorada **en todos los casos** y de forma preferente en los más graves o en aquellos con dificultades sociofamiliares, así como facilitarles el teléfono de orientación de Barnahus (Casa de los Niños): **900 730 484**.

XX.2. Coordinación con recursos del SERMAS

Al NNA (y/o sus representantes legales) se le informará, por escrito, de los **controles** que se deben realizar tras el alta hospitalaria y de su importancia: **hospitalarios** (pediatría social⁹⁴, pediatría general/infecciosas, medicina interna, etc.) y/o por el **centro de salud** que corresponda (pediatría, medicina de familia, enfermería y trabajo social sanitario). Es aconsejable que siempre sea un mismo profesional el que realice el seguimiento, ya sea en el nivel hospitalario o en atención primaria.

Seguimiento médico hospitalario

En principio, se le facilitarán las **citas iniciales de seguimiento** en el mismo hospital, con el objeto de valorar los resultados de las pruebas pendientes que han sido obtenidas en la urgencia y cuyo resultado es diferido, así como para evitar cualquier demora en el seguimiento médico, para lo que es imprescindible que la derivación finalmente programada, quede reflejada en el informe de alta (al igual que la indicación de seguimiento por atención primaria). En el caso de contar el hospital con consulta de **Pediatría Social**⁹⁵, **se derivará de preferencia a esta consulta**.

⁹⁴ En donde exista la consulta de Pediatría Social, este será el recurso de elección en Pediatría.

⁹⁵ Consultar [anexo 11](#).

En cualquier caso, las citas de seguimiento deberán programarse de forma individualizada y estar coordinadas para evitar la peregrinación del NNA por diferentes servicios/ unidades y fechas.

En la tabla 24 se exponen las citas recomendadas.

Tabla 24. Citas de seguimiento al alta hospitalaria tras Código VISNNA

A las 2 semanas:
<ul style="list-style-type: none"> • Revisar, si las hubiera, las lesiones producidas y valorar evolución • Notificar los resultados de las pruebas médicas llevadas a cabo e indicar tratamiento, si fuera necesario • Asegurar la toma correcta de la medicación prescrita, cuando corresponda • Se valorará la necesidad de tomar nuevas muestras para despistaje de ITS en función de síntomas, exposición de riesgo y tratamientos recibidos • Considerar iniciar primovacunación o completar la pauta frente a VPH en NNA ≥ 9 años no inmunizados o solo parcialmente y en función del contacto, con pauta standard (0,6 meses en <15 años; 0,2,6 en >15) • Seguimiento de PPE frente al VIH cuando corresponda, valorándose la adherencia y toxicidad • En niñas adolescentes en edad fértil con agresión con penetración vaginal, realizar una segunda prueba de embarazo. En caso de embarazo, se informará sobre su derecho a su interrupción voluntaria (IVE) • Comprobar si se está recibiendo atención psicológica y social, y si se han realizado las derivaciones correspondientes para apoyo psicológico, seguimiento médico, que se ha recibido información acerca del proceso judicial y todos los recursos disponibles • Garantizar que el informe de la revisión esté disponible para pediatría/medicina de familia en la HCE (Horus)
A las 4-6 semanas:
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar serología de VIH, VHB, VHC y TP (salvo positivo previo) • En niñas, en caso de embarazo, informar sobre su derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) • Informar de los resultados de las pruebas pendientes (cultivos) • Valoración emocional, preguntar si está recibiendo acompañamiento psicológico y/o social y valorar si precisa derivaciones adicionales
A los 4-6 meses:
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar serología de VIH, VHB, VHC y TP (salvo positivo previo) • Valoración emocional, preguntar si está recibiendo acompañamiento psicológico y/o social y valorar si precisa derivaciones adicionales

Seguimiento en Atención Primaria (ver [anexo 10](#))

Desde el STS hospitalario se realizará la coordinación sociosanitaria y continuidad asistencial con la Unidad de Atención Específica de Trabajo Social del centro de salud correspondiente, para:



- La comunicación de las actuaciones llevadas a cabo y el seguimiento de la intervención. Dicha comunicación se realizará preferiblemente a través de correo electrónico (al correo del trabajador/a social sanitario/a del centro de salud) con copia al correo buzgen@xxx (centro de salud al que vaya dirigido) para que en caso de ausencia prolongada del/la profesional correspondiente, se pueda derivar al profesional que asuma los casos no demorables
- El enlace a través de la Intranet para buscar los BUZGEN según el nombre del centro de salud es:
https://saludanv.salud.madrid.org/primaria/Paginas/MAPA/Mapa_Buscador.aspx
- La realización de actividades de valoración social y para favorecer el acompañamiento del NNA y su familia con los recursos de la red comunitaria
- La valoración de concertar una cita con el servicio especializado de atención a niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual y a sus familias, Barnahus (Casa de los Niños), por parte de la Unidad de Atención Específica de Trabajo Social del centro de salud, si no se ha realizado por el STS hospitalario ([anexo 12](#))

En aquellos casos en los que el NNA y su familia tenga el primer contacto con Trabajo Social en la Unidad de Atención Específica de Trabajo Social del centro de salud (no en el STS Hospitalario), se comunicará el caso según el procedimiento de notificación existente en atención primaria y se informará y coordinará el caso con STS hospitalario.

XX.3. Documentación a entregar al NNA al alta hospitalaria

En el siguiente cuadro se especifica lo que se debe entregar al NNA, atendido en urgencias por AS, en el momento del alta hospitalaria.

ELEMENTOS A ENTREGAR AL ALTA
<ul style="list-style-type: none"> • Informe clínico-asistencial (informe de alta) • Copia del parte de lesiones (si se solicita) • Medicación prescrita necesaria hasta su primera revisión • Documentos necesarios para citas y pruebas diagnósticas hasta su primera revisión

XXI. DIAGRAMAS DE FLUJO DE LOS ALGORITMOS DE ATENCIÓN SANITARIA A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, Y DE ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO VISNNA

En los diagramas de flujo de los algoritmos de preaviso y activación del código VISNNA, y de atención sanitaria a niños, niñas y adolescentes víctimas de AS (figs. 9, 10 y 11), se reflejan las pautas de intervención descritas, con los **posibles itinerarios** que



se pueden dar junto a los **procesos, estructuras implicadas, decisiones a tomar y principales documentos a utilizar.**

- La **figura 9** representa el diagrama de atención a la AS de los NNA en el medio extrahospitalario, a través del CE-112 o del 061
- La **figura 10** representa el diagrama de activación del código VISNNA en las urgencias hospitalarias de los hospitales designados para atender a NNA que han sufrido agresión sexual reciente
- La **figura 11** representa el diagrama de atención a la AS de los NNA en las urgencias hospitalarias, una vez activado el código VISNNA

Leyenda de las figuras y recorridos de los diagramas de flujo:

- En **color anaranjado oscuro** (■) se muestra el inicio y final de los diagramas
- En **color rojo** (■) se muestra los recursos que dan preaviso o activan el código VISNNA
- En **color aguamarina** (—) se muestran los recorridos de los servicios de urgencia prehospitalarios, previos a la activación del código VISNNA. Asimismo se muestran los elementos específicos implicados en dichos recorridos (■)
- En color azul (—) se muestran los recorridos en el SUH del proceso de activación del código VISNNA y los elementos específicos implicados en dicho recorrido (■)
- En **color púrpura** (— ;) se muestran los recorridos una vez activado el código VISNNA y los elementos específicos implicados en dicho recorrido (■)
- Los **trazos continuos** indican los recorridos que realiza el personal sanitario (hospitalario y extrahospitalario), a excepción de la medicina forense
- Los **trazos discontinuos** muestran los recorridos que realiza la medicina forense y servicios sociales

Figura 9. Diagrama de flujo del algoritmo de preaviso del Código VISNNA y de atención a la AS en personas <18 años objeto de este protocolo, en el medio extrahospitalario

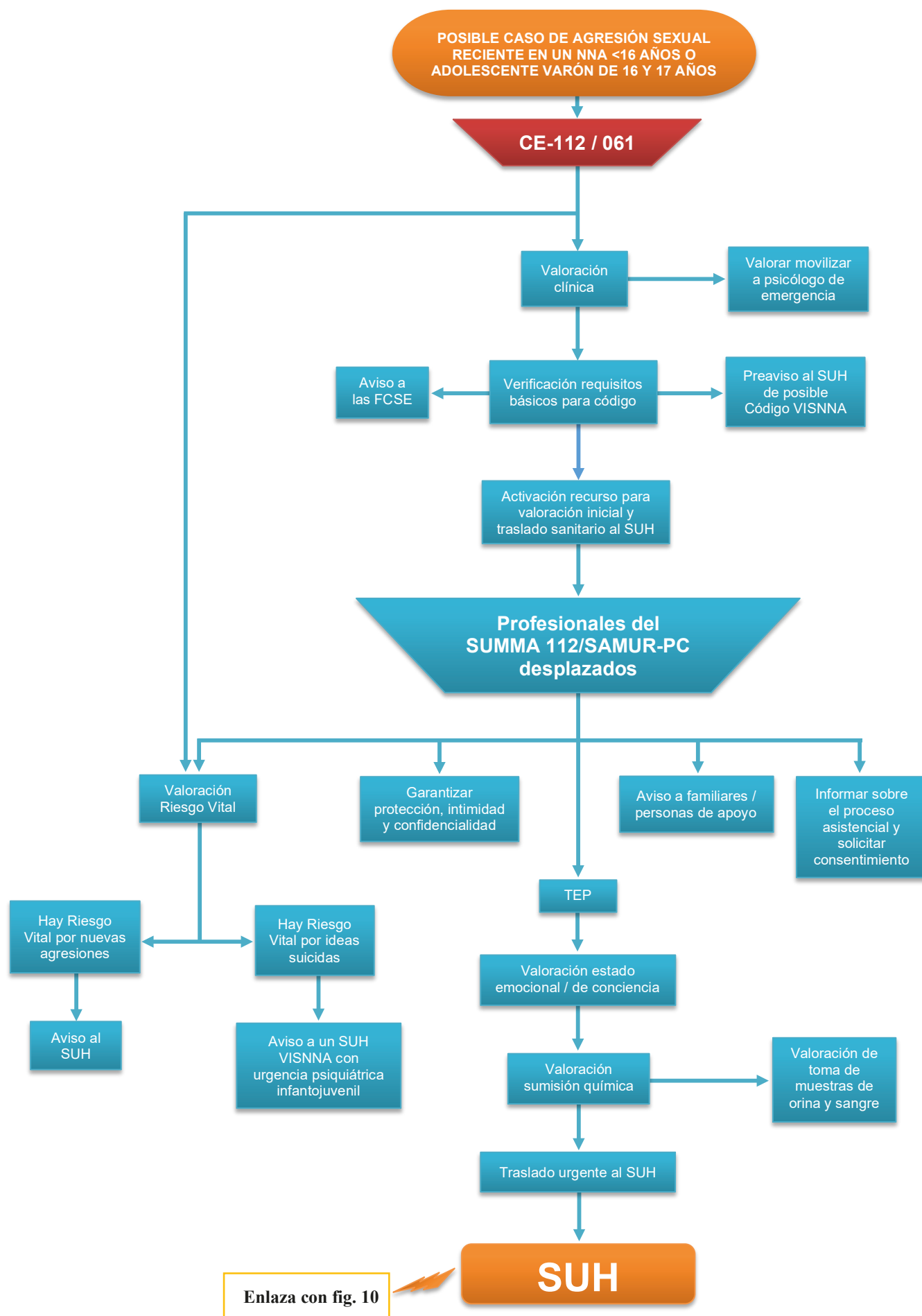
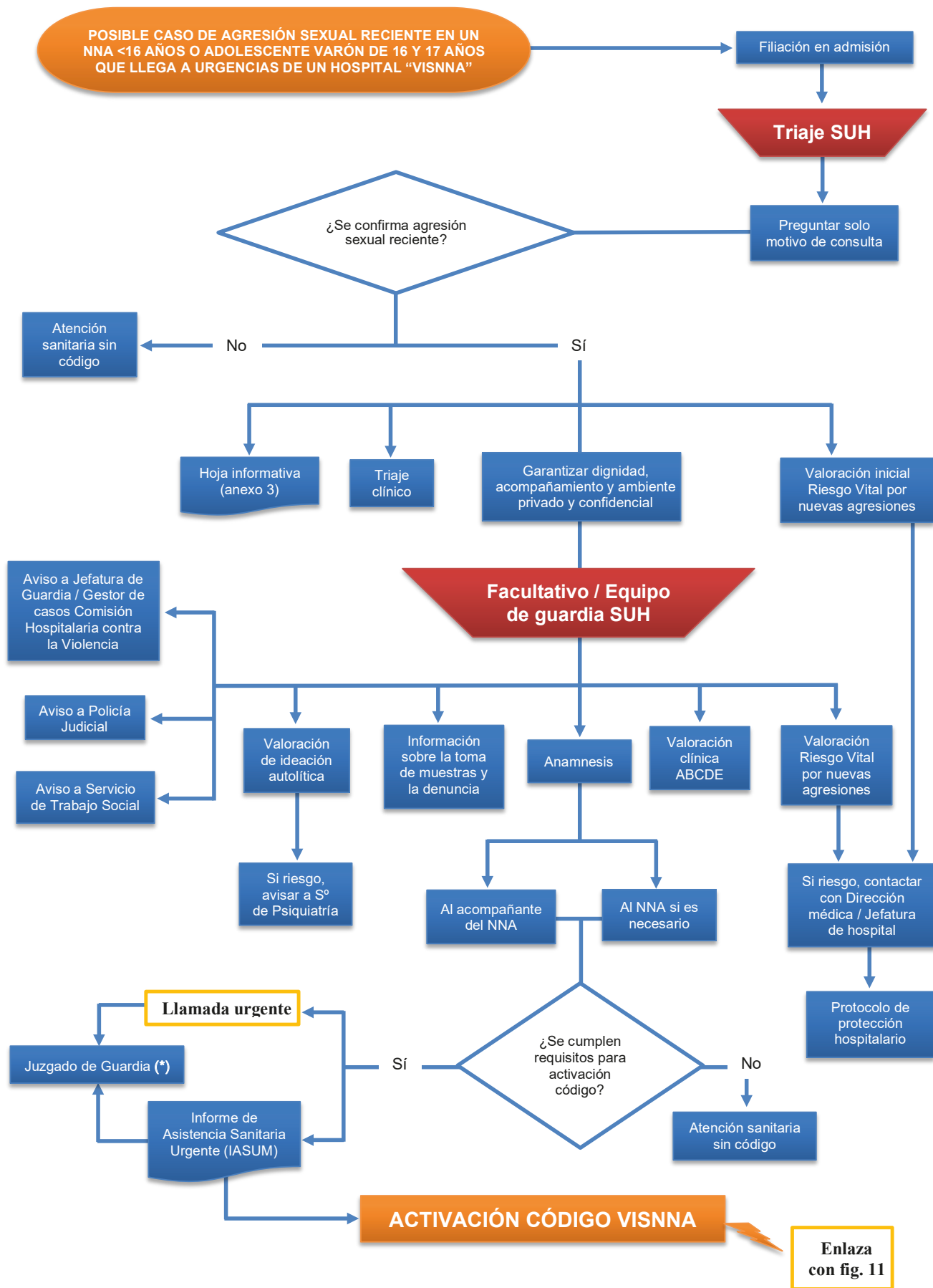
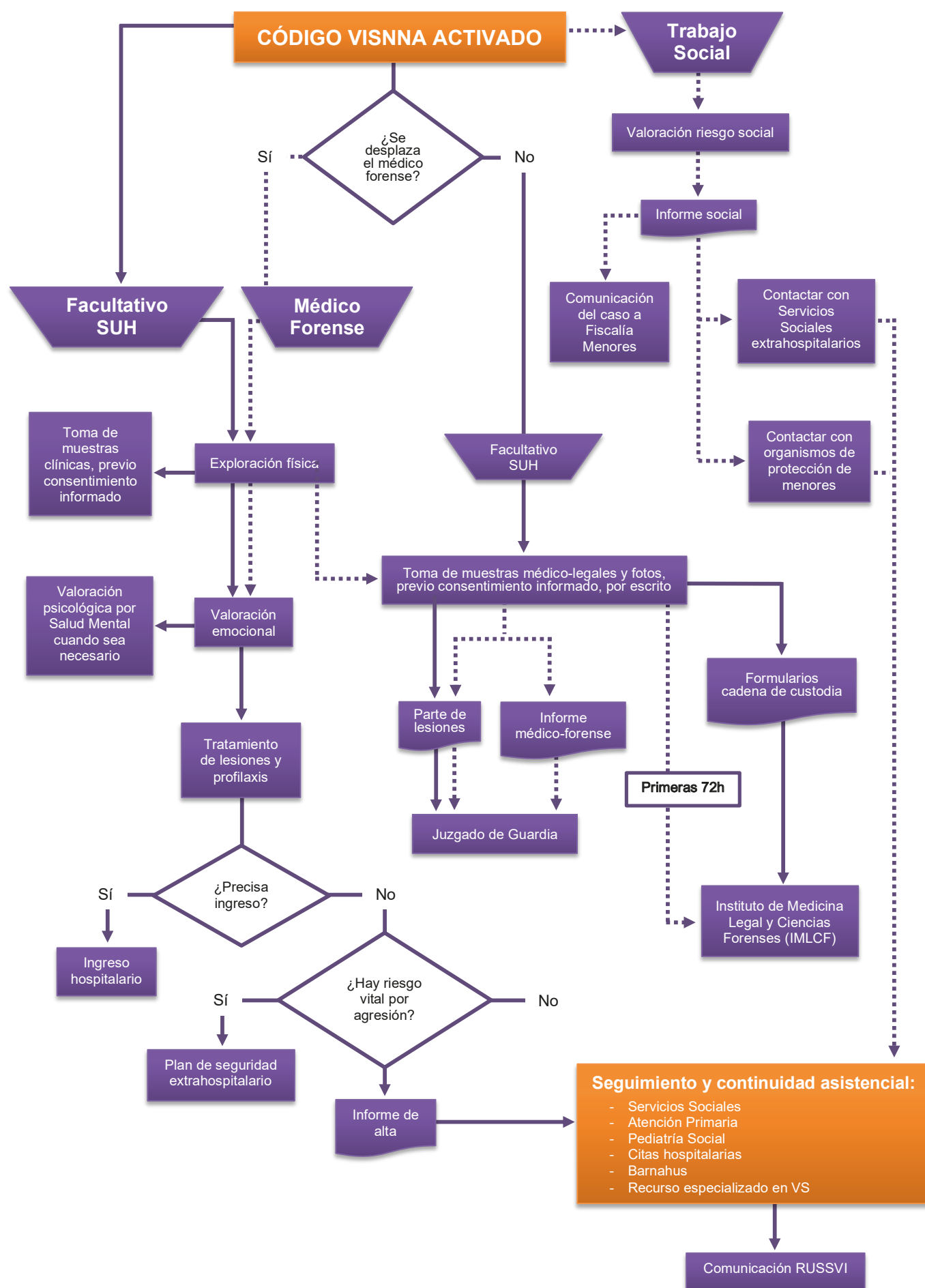


Figura 10. Diagrama de flujo del algoritmo de activación del Código VISNNA en el medio hospitalario



(*) Se llamará a las FCSE en el horario no presencial del juez de guardia

Figura 11. Diagrama de flujo del algoritmo del Código VISNNA



DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA EL PRESENTE PROTOCOLO



XXII. DOCUMENTACIÓN A CUMPLIMENTAR

DOCUMENTACIÓN A RELLENAR EN EL SUH POR EL FACULTATIVO RESPONSABLE DE LA ASISTENCIA AL NNA AGREDIDO SEXUALMENTE	
Siempre	<ul style="list-style-type: none"> • IASUM (anexo 4) • Informe clínico • Parte de lesiones
Si el facultativo realiza la toma de muestras	<ul style="list-style-type: none"> • Consentimiento informado para la toma de muestras (anexo 5)⁹⁶ • Formularios de cadena de custodia (anexo 6 y 7)

XXII.1. Informe de asistencia sanitaria urgente por presunta agresión sexual (IASUM)

Informe, **específico para los casos de agresión sexual y ligado a la activación del Código- VISNNA**, en el que se notifica al Juzgado de Guardia la existencia de un probable caso de violencia sexual de este tipo, aportándose datos de filiación del menor y de la clase de violencia sexual sufrida, así como de la fecha y lugar del hecho ([anexo 4](#)).

XXII.2. Informe clínico-asistencial (informe de alta)

El Informe clínico-asistencial va dirigido a la víctima menor de edad atendida y debe ser suficientemente detallado, incluyendo la valoración del estado emocional⁹⁷, recogiendo frases textuales que se consideren relevantes ("*el -la paciente refiere...*"), sin olvidar la prescripción de tratamiento y todas aquellas pautas terapéuticas y de cuidados que correspondan. Se entregará copia al NNA/madre, padre o tutor recomendando que se guarde en un lugar seguro y que no se comparta la información con el agresor (cuando es conocido) o personas allegadas a él. Si el NNA o su acompañante tienen dudas sobre su seguridad, no se entregará copia en ese momento y se acordará cuándo se podrá recoger o a través de quién. No debe ser adjuntado con el parte de lesiones en el momento de su remisión inicial al Juzgado de Guardia. En caso de que sea el juzgado quien reclame la HC, hay obligación de remitirla.

⁹⁶ Para la toma de muestras deberá ser por escrito, según consta en la *Guía de Pautas Básicas Comunes del SNS para la actuación sanitaria ante Violencia Sexual*. Ministerio de Sanidad. 2023.

⁹⁷ Ver [apartado XV](#).



XXII.3. Parte judicial de lesiones (parte de lesiones)

Ante la evidencia o sospecha de un caso de AS, **existe la obligación legal de comunicarlo a la autoridad judicial**⁹⁸. El médico cumple este cometido mediante la emisión del **Parte Judicial de Lesiones**. El personal sanitario responsable de la atención debe ser especialmente diligente en su cumplimentación, informando previamente al NNA afectado de la remisión de este Parte Judicial y **registrándolo en la HC. Este documento se cumplimentará en todos los casos, incluso en aquellos en los que el examen físico sea negativo**.

El parte de lesiones tiene gran transcendencia en el ámbito penal dado que, a veces, es la única prueba de un posible delito y sirve también para activar medidas de protección. Supone el final de la atención asistencial y va dirigido a dar parte del estado de las lesiones, de hechos que motivaren la formación de una causa penal, cuando esta consista en lesiones.

La descripción de las lesiones debe ser lo más detallada posible y **debería incluir**:

- Tipo de lesión
- Localización anatómica: dentro de un área concreta y en ella, su ubicación con respecto a puntos anatómicos concretos
- Dimensiones exactas (diámetro mayor y menor); profundidad aproximada
- Morfología de la lesión, incluyendo la descripción de sus bordes
- Color de la lesión y del área que la rodea
- Fase evolutiva (cronología)
- Posible presencia de material orgánico o inorgánico en su fondo, paredes o bordes (toma de muestra específica)
- Estado emocional de la persona atendida
- Si hay riesgo vital por nuevos actos de violencia

En los casos en que la toma de muestras con valor médico-legal sea realizada por el personal facultativo de urgencias y enviadas al IMLCF, **dichas actuaciones también deberán constar en el parte de lesiones** que siempre **será firmado por el personal facultativo que realiza el reconocimiento**. Si en el reconocimiento (y la toma de muestras) hubieran participado varios facultativos, el parte recogerá todo lo observado y realizado por los diferentes intervinientes, pero **solo lo firmará un único profesional** que será el responsable de lo reflejado en el parte. En los casos en que se haya desplazado al SUH, **el médico forense**, también lo firmará. Ambos profesionales deberán quedar perfectamente identificados.

El centro hospitalario guardará una copia **y se remitirá otra directamente al juzgado por los cauces establecidos**. El NNA (o su representante legal) se llevará copia del informe de urgencias y se le informará del contenido del parte de lesiones, entregándole una copia de este, si lo solicita.

⁹⁸ Art. 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal y art. 7 de la Ley 5/2005, de 20 de diciembre, Integral contra la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid.

La Fiscalía tendrá conocimiento en momentos posteriores, cuando se le dé traslado y valorará y decidirá si se activa de oficio una investigación para confirmar los episodios de agresión sexual.

XXII.4. Consentimiento informado (anexo 5)

Se solicitará para los distintos procedimientos a realizar a lo largo de todo el proceso asistencial, debiendo ser por escrito para la toma de muestras de carácter médico-legal.

XXII.5. Formularios de la cadena de custodia (partes 1 y 2)

Son documentos donde se explicitan las tomas realizadas y los elementos que acreditan la cadena de custodia, para su remisión a los laboratorios implicados. Cuando las muestras se hayan realizado por el personal facultativo del SUH, sin la presencia del médico forense, se deberán rellenar y enviar al IMLCF.



MARCO LEGAL Y NORMATIVO

XXIII. MARCO LEGAL Y NORMATIVO DE REFERENCIA PARA ESTE PROTOCOLO

Las obligaciones y responsabilidades que competen a las instituciones y organismos públicos en materia de violencia sexual, están recogidas en tratados y convenios firmados y ratificados por el estado español, por una amplia jurisprudencia internacional, así como por otras normas nacionales, claves para garantizar los derechos que asisten a las víctimas y supervivientes de violencia sexual a nivel estatal, autonómico y municipal. A continuación, se muestra el marco legal y normativo fundamental para el presente protocolo.

- Real Decreto de 14 de septiembre de 1882, por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal
- Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil
- Constitución Española. 1978
- Ley Orgánica 2/1986, de 13 de marzo, de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad
- Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal
- Ley 35/1995 de ayuda a víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual
- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil
- 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
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud
- Ley Orgánica 19/2003, de 23 de diciembre, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género
- Ley 5/2005, de 20 de diciembre, Integral contra la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres
- Ley Orgánica 10/2007, de 8 de octubre, reguladora de la base de datos policial sobre identificadores obtenidos a partir del ADN
- Orden JUS/1291/2010, de 13 de mayo, por la que se aprueban las normas para la preparación y remisión de muestras objeto de análisis por el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses



- Real Decreto 1093/2010 de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud
- Instrumento de ratificación del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, hecho en Estambul el 11 de mayo de 2011 (Convenio de Estambul)
- Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima de delito
- Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y adolescencia
- Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia
- Real Decreto-ley 9/2018, de 3 de agosto de 2018, de medidas urgentes para el desarrollo del Pacto de Estado contra la Violencia de Género
- Ley 2/2016, de 29 de marzo, de Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y no Discriminación de la Comunidad de Madrid
- Ley 3/2016, de 22 de julio, de Protección Integral contra LGTBIfobia y la Discriminación por Razón de Orientación e Identidad Sexual en la Comunidad de Madrid
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales
- Ley Orgánica 7/2021, de 26 de mayo, de protección de datos personales tratados para fines de prevención, detección, investigación y enjuiciamiento de infracciones penales y de ejecución de sanciones penales
- Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de Naciones Unidas (CEDAW) y su Recomendación General No.35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer
- Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual.
- Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI
- La Ley 4/2023, de 22 de marzo, de Derechos, Garantías y Protección Integral de la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid
- Ley Orgánica 1/2025, de 2 de enero, de medidas en materia de eficiencia del Servicio Público de Justicia



ANEXOS

ANEXO 1

TIPOLOGÍAS DE VIOLENCIA SEXUAL. AGRESIÓN SEXUAL POR SUMISIÓN QUÍMICA

Agresión sexual y acoso sexual

A continuación, se detallan ciertas consideraciones de dos tipos diferentes de VS, según nuestro Código Penal (*Delitos contra la libertad sexual*).

Agresión sexual

*“Cualquier acto que atente contra la libertad sexual de otra persona **sin su consentimiento**”* (artículo 178.1 del Código Penal).

No obstante, mantener relaciones sexuales con una persona menor de 16 años⁹⁹, aunque sean consentidas, **supone una agresión sexual**, salvo que *“...el autor sea una persona próxima al menor por edad y grado de desarrollo o madurez física y psicológica”*¹⁰⁰.

Esta definición de AS recoge **la centralidad del consentimiento**, entendido como válido *“...cuando se haya manifestado libremente mediante actos que, en atención a las circunstancias del caso, expresen de manera clara la voluntad de la persona”*¹⁰¹.

La AS implica que el consentimiento no existe o no puede ser dado. En los NNA generalmente supone la imposición de un comportamiento sexual por parte de un adulto, en un contexto de desigualdad o asimetría de poder, habitualmente a través del engaño, la fuerza o la manipulación.

Cuando la agresión sexual consista en el acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías, estaremos ante un tipo de agresión sexual tipificada por el código penal como **violación**¹⁰².

Acoso sexual

Solicitud de *“favores de naturaleza sexual para sí o para un tercero, en el ámbito de una relación laboral, docente o de prestación de servicios, **continuada o habitual**, que*

⁹⁹ A partir de los 16 años, la ley no establece diferencias con las personas mayores de edad, con relación al consentimiento en las relaciones sexuales.

¹⁰⁰ Artículos 181.1 y 183 bis del Código Penal.

¹⁰¹ Artículo 178.1 del Código Penal.

¹⁰² Artículo 179 del Código Penal.



*provoque a la persona una situación objetiva y gravemente intimidatoria, hostil o humillante*¹⁰³. También se considera acoso cualquier comportamiento verbal o físico, de naturaleza sexual, que tenga el propósito o produzca el efecto de atentar contra la dignidad de una persona, en particular, cuando se crea un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo¹⁰⁴.

La principal característica del acoso sexual es que es indeseado. Corresponde a cada persona determinar el comportamiento que le resulta aceptable y el que le es ofensivo.

La agresión sexual en diferentes contextos. Otras formas de VS

Agresión sexual por sumisión química¹⁰⁵

La sumisión química con fines sexuales **consiste en la perpetración de un acto sexual en donde la víctima está bajo los efectos de una o varias sustancias psicoactivas que le provocan tener disminuida o anulada su voluntad y capacidad de reacción ante cualquier propuesta o acto sexual. En estas circunstancias, no hay consentimiento válido de la víctima.**

Existen tres tipos diferenciados que se exponen en la tabla 25:

Tabla 25. Tipos de sumisión química con fines sexuales

TIPOS DE SUMISIÓN QUÍMICA (SQ)	
SQ Proactiva	El acto sexual se produce cuando queda anulada la voluntad de la víctima por suministro deliberado y encubierto, por parte del agresor, de una o varias sustancias psicoactivas (sumisión química propiamente dicha)
SQ Oportunista	El acto sexual se produce cuando la víctima tiene anulada su voluntad por ingesta voluntaria de una o varias sustancias psicoactivas, circunstancia que es aprovechada por el agresor (vulnerabilidad química)
SQ Mixta	Cuando confluyen la ingesta voluntaria de una o varias sustancias psicoactivas por la víctima con una administración encubierta por parte del agresor

En la tabla 26 se enumeran los signos y síntomas que pueden indicar SQ.

¹⁰³ Artículo 184.1 del Código Penal.

¹⁰⁴ Art. 7 de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres.

¹⁰⁵ El término "*sumisión química*" es de uso generalizado en el ámbito de la medicina clínica. En doctrina legal y en el ámbito de la toxicología se utiliza "*delitos facilitados por sustancias*". Existe un protocolo específico, del Servicio Madrileño de Salud, que aborda esta cuestión: "*Protocolo de Actuación ante la Sospecha de Sumisión Química*" (https://saludanv.salud.madrid.org/primaria/Documents/PROTOCOLO_ACTUACION_SOSPECHA_SUMISION_QUIMICA_REV.pdf#search=sumision%20quimica).

Tabla 26. Indicadores de sospecha en agresión sexual con sumisión química

SIGNOS Y SÍNTOMAS RELACIONADOS CON LA SQ	
Escenario	<ul style="list-style-type: none"> • La víctima se encuentra desnuda o con la ropa desarreglada o rota • Hay ropa u objetos (preservativos...) con posibles fluidos (semen...) • Se ha despertado al lado de un desconocido o en un lugar extraño • Relato de los hechos por la víctima o/y testigos / Ausencia de relato
Anamnesis	<ul style="list-style-type: none"> • No recuerda ni reconoce el lugar • Cree que ha podido sufrir una agresión sexual • ¿Posible consumo de sustancias tóxicas? Voluntario o no, ocasional o habitual
Exploración Física	<ul style="list-style-type: none"> • Somnolencia, confusión • Agitación o alucinaciones • Alteración del juicio • Náuseas o vómitos • Ansiedad • Amnesia anterógrada / retrógrada / completa • Sedación • Desorientación témporo-espacial • Desinhibición • Disartria • Alteraciones visuales • Alteraciones en la motricidad y el equilibrio. Mareos. Vértigos • Alteración de las constantes vitales (frecuencia cardiaca/respiratoria, tensión arterial) • Parálisis sin pérdida de conocimiento • Pérdida de conocimiento o “desmayo” • Cualquier otro síntoma o signo que no corresponda con el tipo y cantidad de tóxico (p. ej., alcohol) que refiera haber tomado de forma voluntaria • Existencia de lesiones cutáneo/mucosas no justificables (evitar nueva victimización por exploraciones innecesarias) • Marcas, enrojecimientos, escozor, etc.

Otras formas de VS

Existen otras formas de violencia sexual contra las personas menores de edad recogidas en nuestro Código Penal que engloban: la explotación sexual, incluyendo la pornografía, el matrimonio forzado y/o precoz, la inducción a la prostitución, el exhibicionismo y la mutilación genital femenina¹⁰⁶, entre otras.

Por último, existen las **violencias sexuales sin contacto físico**, como son: los casos de exhibicionismo o pornografía, así como los que se llevan a cabo utilizando las nue-

¹⁰⁶ Existe una *Guía de actuaciones sanitarias para la prevención de la MGF en la Comunidad de Madrid (2017)* que se puede consultar en el siguiente enlace: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM050259.pdf>



vas tecnologías de la comunicación, como internet, que facilitan el acceso y anonimato del abusador, y que favorecen la consecución de nuevas formas de amenaza como el ciberacoso, que es conocido como grooming o abuso sexual de personas menores de edad a través de la red.

En cualquier caso y al igual que con el resto de las tipologías de violencia sexual, **corresponde a la autoridad judicial tipificar el delito, limitándose el personal sanitario a la descripción, en la HC, de los hallazgos encontrados durante la exploración y análisis clínicos y la transcripción literal del relato de los hechos de la víctima menor de edad.**

ANEXO 2

LISTADO DE MATERIAL IMPRESCINDIBLE PARA PRACTICAR EL RECONOCIMIENTO MÉDICO-FORENSE Y OBTENCIÓN DE MUESTRAS BIOLÓGICAS EN LAS AGRESIONES SEXUALES

La siguiente relación incluye el material que se considera imprescindible para la obtención de muestras biológicas (y otras) de interés médico-legal. No se incluyen guantes de nitrilo, mascarillas ni similares por ser de uso habitual en el medio donde se llevan a cabo los reconocimientos.

Listado de material

1. Hisopos estériles, sin medio de cultivo, preferiblemente en envase de papel (si hay disponibilidad)
2. Sobres de papel de tres tamaños, uno de ellos grande que puede ser sustituido por una bolsa de papel
3. Bolsas de papel para prendas de ropa
4. Etiquetas adhesivas
5. Carpetas de plástico
6. Bateas desechables (depósito de muestras hasta su embalaje)
7. Botes para orina/lavado vaginal 100-120 ml
8. Suero fisiológico
9. Botes para sangre con EDTA (sistema vacutainer o similar); dispositivo para la extracción
10. Botes para sangre FNa/oxalato
11. Botes de diversos tamaño tipo Duquesa
12. Jeringuillas con sonda acoplada 50 ml (lavado vaginal)
13. Ropa interior desechable
14. Nevera con cerradura (para muestras ante sospecha de sumisión química)
15. Cámara fotográfica
16. Peines y cortaúñas

ANEXO 3

ATENCIÓN EN URGENCIAS A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES. PROTOCOLO VISNNA. HOJA DE INFORMACIÓN A ENTREGAR EN TRIAJE

Estás en urgencias de un hospital y te vamos a informar de lo que va a pasar:

- **Vas a estar en un lugar donde en todo momento ESTÁ GARANTIZADA TU SEGURIDAD E INTIMIDAD**
- **PODRÁS ESTAR ACOMPAÑADA/O POR LA PERSONA QUE QUIERAS**
- **RECIBIRÁS ATENCIÓN SANITARIA** para lo cual:
 - **Te van a hacer algunas preguntas**
 - **Te van a pedir tu permiso** para todas las pruebas/exploraciones que sea preciso efectuar
 - **Te van a curar las lesiones que tengas**
 - **Es muy importante que durante tu estancia en el hospital hasta que te vea el médico:**
- **NO TE LAVES O LIMPIES NINGUNA PARTE DE TU CUERPO**
- **EVITA IR AL BAÑO** (no debes orinar ni defecar)
- **NO TE CEPILLES EL PELO NI TE CAMBIES DE ROPA**
- **NO COMAS NI BEBAS**
- **SI FUMAS, NO LO HAGAS AHORA**

**PUEDES PREGUNTAR A LAS PERSONAS QUE TE VAN A ATENDER
TODAS LAS DUDAS QUE TENGAS**



ANEXO 4

INFORME DE ASISTENCIA SANITARIA URGENTE POR AGRESIÓN SEXUAL A PERSONAS MENORES DE EDAD (IASUM)

Hospital
D.Dña.

Colegiado/a nº: , como médico del Servicio Madrileño de Salud de la Consejería de Sanidad, adscrito al Servicio/Unidad (tfno.:)¹,

AL JUZGADO COMUNICA:

Que, en el día de hoy,/...../....., a las horas, y en.....² asisto a la persona de sexo....., que dice llamarse:

.....³,
de.....años, con domicilio en:⁴, con

fecha de nacimiento:...../...../..... y que se identifica con:.....⁵ nº....., por haber sufrido presuntamente un acto de agresión sexual (AS) y que se ha procedido a la **activación del código VISNNA**⁶ por cumplirse **todos** los criterios establecidos para ello:

- ☒ Persona menor de 18 años⁷
- ☒ Episodio de agresión sexual con contacto físico
- ☒ Tiempo transcurrido desde que aconteció el episodio 2 días/48h (\leq 3días/72h para casos de AS en canal anorrectal, superficie corporal y penetración digital y \leq 10 días/240 h en los casos de penetración vaginal)

Lo que pongo en conocimiento por el presente informe, con el fin de que se valore la activación urgente desde el Juzgado de aquellas medidas o recursos necesarios para la mejor atención a la víctima.

Sospecha de sumisión química.

Según refiere la víctima menor de edad/acompañante, (NO HACER ESTAS PREGUNTAS A LA VÍCTIMA MENOR DE EDAD, SÓLO SEÑALAR LAS RESPUESTAS SI SE DAN DE FORMA ESPONTÁNEA):

- ☐ La agresión es aislada ☐ La agresión es continuada
- ☐ La víctima menor de edad conoce al autor de los hechos y su relación con él es:
 - ☐ Familiar, pariente ☐ Amigo
 - ☐ Pareja actual ☐ Conocido
 - ☐ Ex pareja
- ☐ El autor de los hechos convive con la víctima menor de edad
Con relación a la toma de muestras médico-forenses:
- ☐ **La víctima menor de edad/su representante legal quiere/consiente que le tomen muestras médico- forenses**

Y para que así conste, firmo el presente en a lasdel.....⁸

FIRMA⁹

(ANVERSO)

ILMO SR. /SRA. MAGISTRADO/JUEZ DE GUARDIA



ACLARACIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DEL INFORME

La información necesaria para la cumplimentación de este informe debe obtenerse de la anamnesis realizada por el personal facultativo que atiende a la víctima menor de edad.

- (1) El teléfono que aquí se refleje debe ser el de contacto con el profesional que emite el IASUM
- (2) Indicar, con precisión, el lugar donde se produce la asistencia (lugar a donde debe acudir el médico forense)
- (3) Indicar nombre completo y dos apellidos
- (4) Indicar calle, avda., plaza..., número y piso, municipio y código postal donde, en la actualidad, viva la víctima menor de edad
- (5) Indicar el tipo de documento que ha servido para identificar a la víctima menor de edad, **solo cuando corresponda**: DNI, NIF, NIE, Pasaporte, otros (en este caso, especificar el documento aportado)
- (6) **Código VISNNA**
La activación de este código supone la movilización y coordinación de los diferentes dispositivos sanitarios hospitalarios y extrahospitalarios implicados en la asistencia sanitaria urgente a una víctima menor de edad que ha sufrido un episodio de agresión sexual, según un protocolo que establece el procedimiento a seguir
- (7) Niña/adolescente menor de 16 años o niño/adolescente menor de 18 años. En caso de adolescentes mujeres de 16 y 17 años, cumplimentar IASU (Protocolo Código VISEM)
- (8) Fecha
- (9) La firma corresponde al facultativo que realiza el comunicado al juzgado

(REVERSO)



ANEXO 5

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE MUESTRAS ⁽¹⁾

Yo, _____, con
DNI/NIE, _____ ^{(2) (3)}.

Yo, _____, con
DNI/NIE, _____, madre/padre/tutora/tutor de _____
_____, persona menor de edad ⁽⁴⁾.

DECLARO

Que he recibido información de los aspectos relacionados con la exploración y de la finalidad de la misma.

Que he recibido información de la posibilidad de que se proceda a la recogida de muestras biológicas y otras evidencias, incluidas imágenes, que ayuden a acreditar la violencia sexual que he padecido en el caso de que se incoen diligencias judiciales.

Que comprendo dicha información, que puedo revocar mi consentimiento para la totalidad y/o para cualquiera de las fases del reconocimiento y la toma de muestras y evidencias ⁽⁵⁾, y que he podido formular las preguntas que he considerado oportunas, por lo que **DOY MI CONSENTIMIENTO** para la realización de:

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | La toma de muestras biológicas o fluidos corporales |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | El registro fotográfico y/o videográfico |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Otras (especificar): _____ |

Firma de la víctima menor de edad a la que se practicará la exploración (o de su persona de apoyo/representante legal, según corresponda):

Fecha: ____/____/____



Revocación del consentimiento

Yo, _____ de forma libre y consciente
he decidido retirar el consentimiento para la realización de:

- ☐ todas las intervenciones anteriormente citadas
☐ las siguientes pruebas/intervenciones

Yo, _____, madre/padre/tutora/tutor
de _____,
persona menor de edad, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para
la realización de:

Firma del menor explorado (o de su persona de apoyo/representante legal, según corresponda):

Fecha: ____/____/____

⁽¹⁾ Modelo basado en el propuesto por el Ministerio de Sanidad para el SNS.

⁽²⁾ Rellenar en caso de que la persona menor de edad tenga autonomía sanitaria y, por tanto, su consentimiento sea válido.

⁽³⁾ Si es una persona con discapacidad con medidas de apoyo, la figura de su representante legal, de tenerla, se ha de ajustar a lo previsto en el Código Civil. Por tanto, es la persona con discapacidad la que debe otorgar el consentimiento informado; por lo general, el apoyo ha de ser asistencial, siendo excepcionalmente representativo.

⁽⁴⁾ Rellenar en caso de que la persona menor de edad no tenga autonomía sanitaria y, por tanto, su consentimiento no sea válido.

⁽⁵⁾ Todo menor de edad agredido tiene derecho a consentir o rechazar alguna o todas las partes del examen médico asistencial, así como alguna o todas las fases del reconocimiento y la toma de muestras y otras evidencias que deban ser recogidas por parte del centro sanitario. Para ello debe ser informada antes de su comienzo, de acuerdo a lo previsto en la LAPIDC.



ANEXO 6**FORMULARIO DE RECOGIDA DE MUESTRAS**
(Cadena de custodia – 1ª parte)

(Este formulario va en el interior del envase terciario)

DATOS DE LA VÍCTIMA MENOR DE EDAD AGREDIDA

NOMBRE Y APELLIDOS:	FECHA DE NACIMIENTO:
SEXO AL NACIMIENTO: SEXO REGISTRAL (si es diferente):	
DNI/NIE: NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (NHC) / CIPA	

RELACIÓN DE MUESTRAS RECOGIDAS (Señalar con una X las que procedan)

MUESTRA	Nº DE HISOPOS	LOCALIZACIÓN
<input type="checkbox"/> Con fines toxicológicos		
<input type="checkbox"/> Sangre		
<input type="checkbox"/> Orina		
<input type="checkbox"/> Otras (especificar)		
<input type="checkbox"/> Para acreditación de la violencia sexual		
<input type="checkbox"/> Toma bucal		
<input type="checkbox"/> Lavado bucal		
<input type="checkbox"/> Toma superficie corporal		
<input type="checkbox"/> Vello púbico		
<input type="checkbox"/> Toma perianal		
<input type="checkbox"/> Toma anal/rectal		
<input type="checkbox"/> Toma pene y escroto		
<input type="checkbox"/> Toma genitales externos (región vulvar)		
<input type="checkbox"/> Toma vaginal		
<input type="checkbox"/> Toma cervical		
<input type="checkbox"/> Lavado vaginal/genital		
<input type="checkbox"/> Hisopos de uñas		
<input type="checkbox"/> Corte de uñas		



OTRAS MUESTRAS/EVIDENCIAS RECOGIDAS (especificar)

OTROS DATOS DE INTERÉS

FECHA DE OBTENCIÓN DE LAS MUESTRAS/EVIDENCIAS:
HOSPITAL DE PROCEDENCIA:
ESTUDIO SOLICITADO:



ANEXO 7

FORMULARIO DE EMPAQUETADO Y ENVÍO DE MUESTRAS AL IMLCF (Cadena de custodia – 2ª parte)

(Este formulario va por fuera del envase terciario, protegido en una funda extraíble)

DATOS DE LA PERSONA QUE TOMA LAS MUESTRAS Y LAS IDENTIFICA
Nombre y apellidos:
DNI/TIP/organismo:
Especialidad / cargo / puesto:
Fecha y hora de la actuación:
Firma:

DATOS DE LA PERSONA QUE ALMACENA LAS MUESTRAS HASTA EL ENVÍO
Nombre y apellidos:
DNI/TIP/organismo:
Especialidad / cargo / puesto:
Fecha y hora de la actuación:
Firma:
Lugar donde se depositan: <input type="checkbox"/> Servicio de Urgencias <input type="checkbox"/> Servicio de Ginecolog <input type="checkbox"/> Otro:
Condiciones de almacenaje: <input type="checkbox"/> Nevera <input type="checkbox"/> Congelador <input type="checkbox"/> Temperatura ambiente

DATOS DE LA PERSONA QUE ENTREGA LAS MUESTRAS PARA SU TRANSPORTE AL IMLCF

Nombre y apellidos:

DNI/TIP/organismo:

Especialidad / cargo / puesto:

Fecha y hora de la actuación:

Firma:

DATOS DE LA PERSONA QUE TRANSPORTA LAS MUESTRAS DEL SERVICIO SANITARIO AL IMLCF

Nombre y apellidos:

DNI/TIP/organismo:

Especialidad / cargo / puesto:

Fecha y hora de la actuación:

Firma:

DATOS DE LA PERSONA QUE RECIBE LAS MUESTRAS EN EL IMLCF

(a cumplimentar por el IMLCF)

Nombre y apellidos:

DNI/TIP/organismo:

Especialidad / cargo / puesto:

Fecha y hora de la actuación:

Firma:

Fuente: Consejo Médico Forense. *Guía de recomendaciones de actuación de los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses con las muestras biológicas y evidencias que se recojan y remitan por los centros sanitarios en el contexto de la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de Garantía Integral de la Libertad Sexual*. Ministerio de la Presidencia, Justicia y Relaciones con las Cortes, Secretaría General Técnica. Madrid, 2024.



ANEXO 8**DIBUJOS ANATÓMICOS DONDE SEÑALAR LAS LESIONES OBSERVADAS DURANTE LA EXPLORACIÓN FÍSICA, PARA ADJUNTARLOS AL PARTE DE LESIONES E INFORME CLÍNICO**

Vista anterior del cuerpo de un bebé



Vista posterior del cuerpo de un bebé



Nombre y apellidos del bebé:

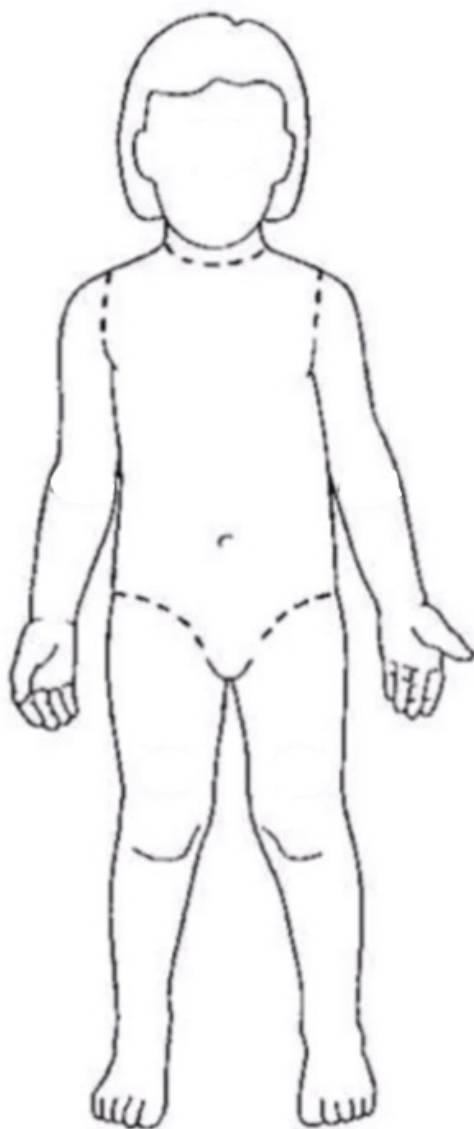
.....

Fecha y hora del examen físico:

.....

Vista posterior del cuerpo de
un niño / una niña

Vista anterior del cuerpo de
un niño / una niña



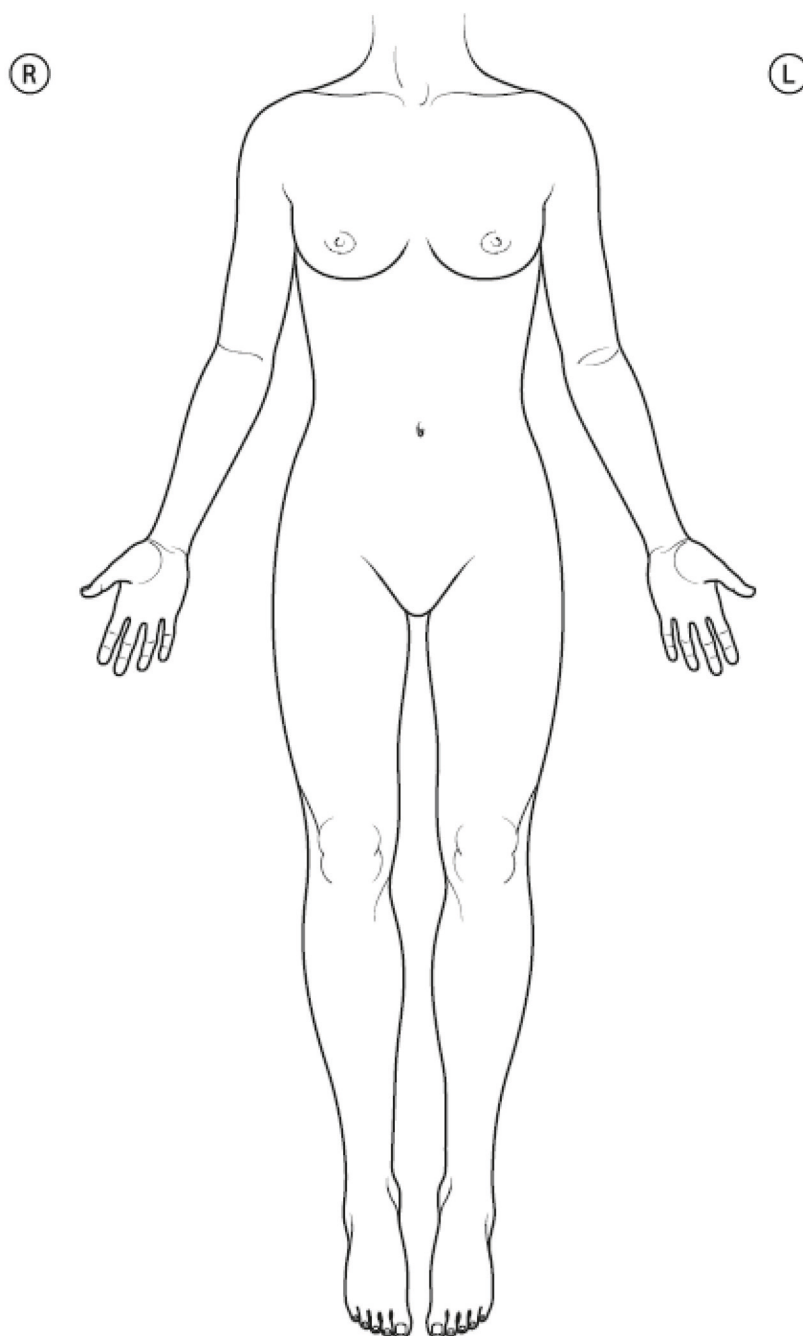
Nombre y apellidos de la menor/del menor de edad:

.....

Fecha y hora del examen físico:

.....

Vista anterior del cuerpo de una mujer adolescente



Nombre y apellidos de la menor de edad:

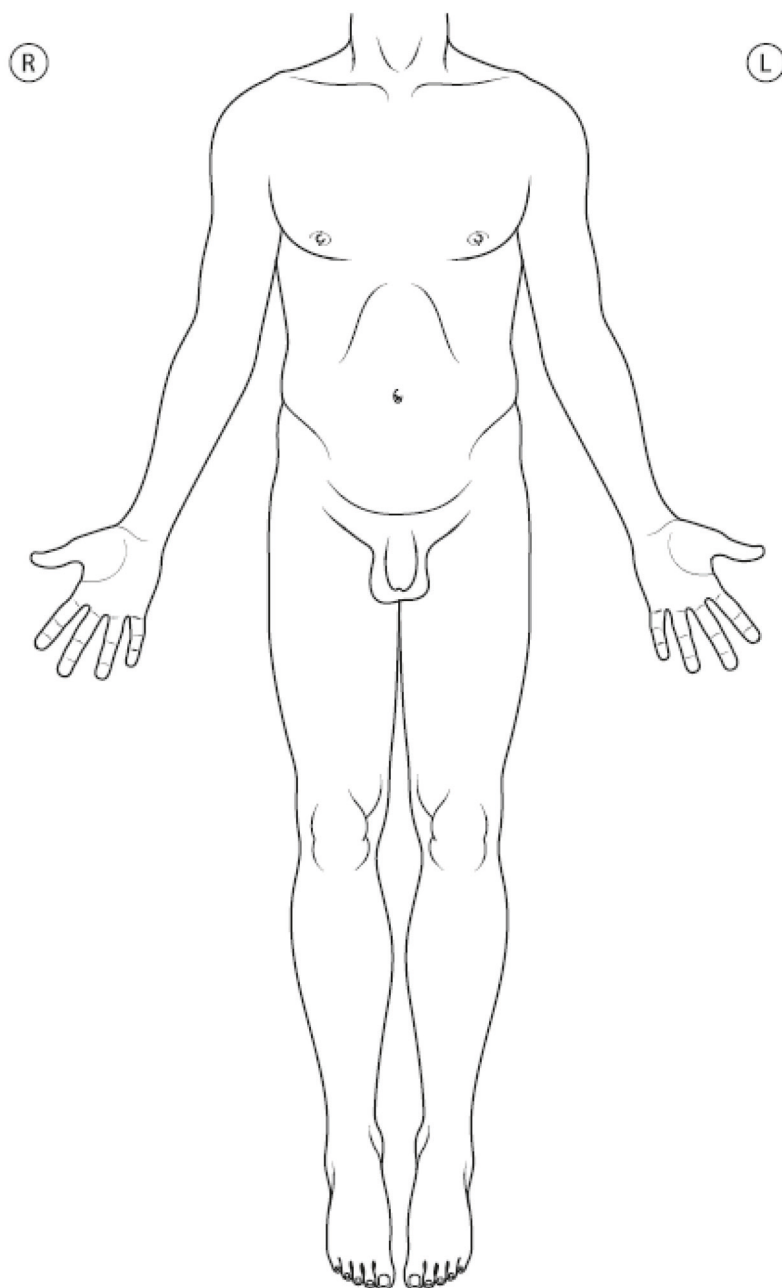
.....

Fecha y hora del examen físico:

.....



Vista anterior del cuerpo de un hombre adolescente



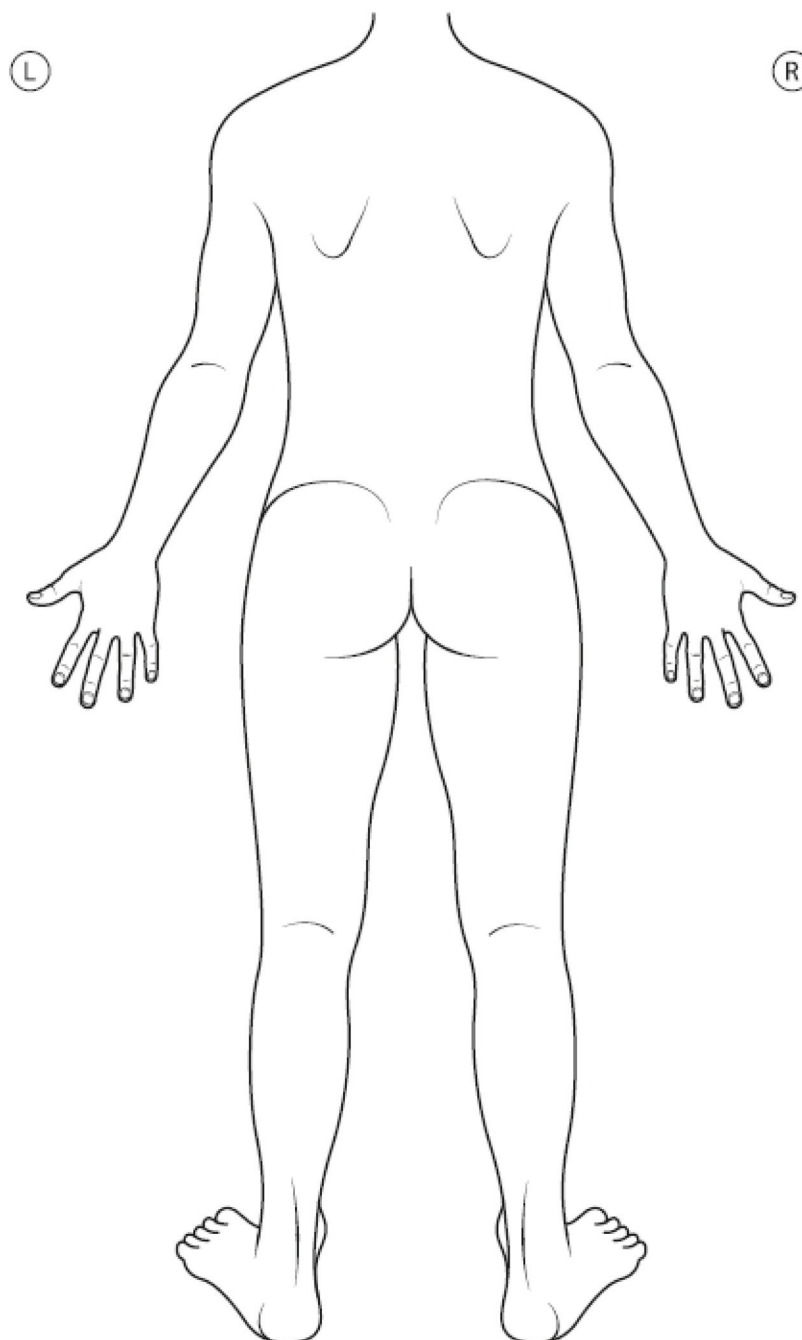
Nombre y apellidos del menor de edad:

.....

Fecha y hora del examen físico:

.....

Vista posterior del cuerpo



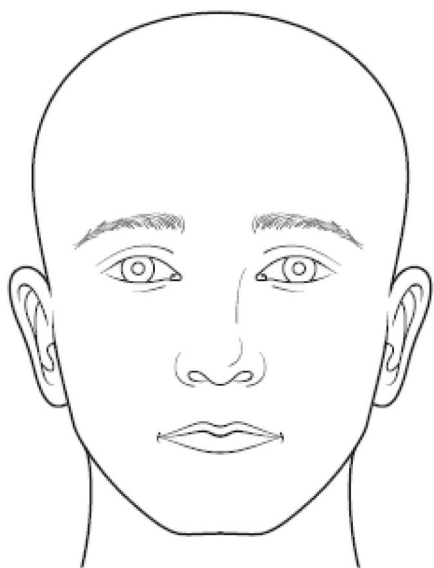
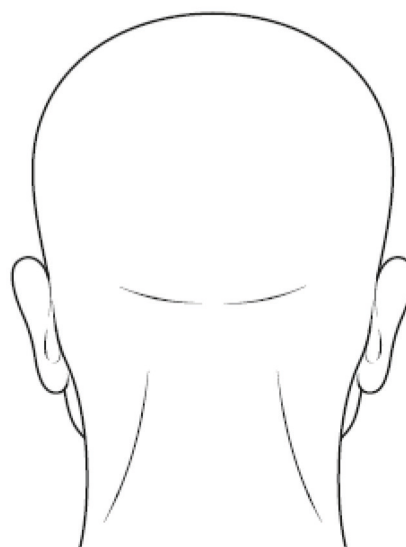
Nombre y apellidos de la menor/del menor de edad:

.....

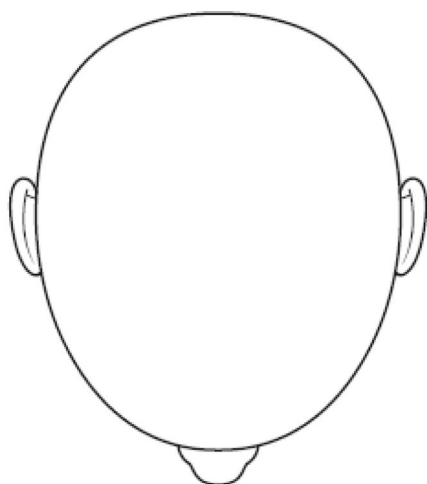
Fecha y hora del examen físico:

.....

Vista anterior de la cabeza

Vista posterior del cuerpo de
un niño / una niña

Vista anterior de la cabeza



Nombre y apellidos de la menor/del menor de edad:

.....

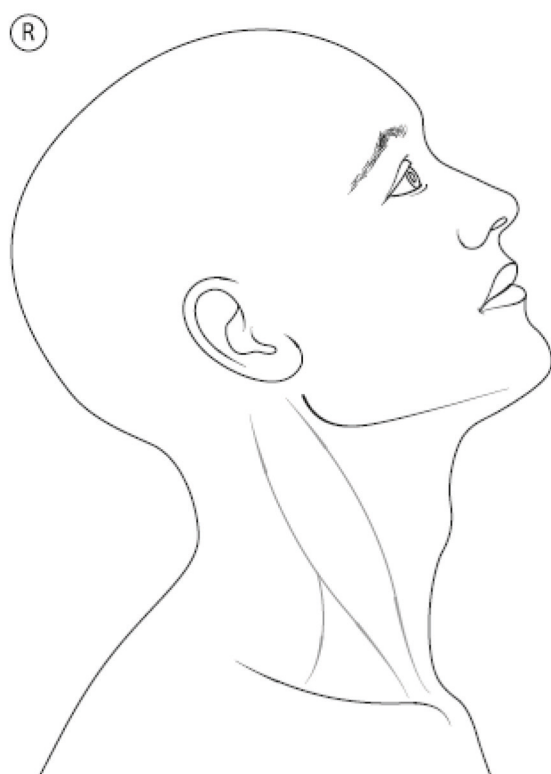
Fecha y hora del examen físico:

.....

Vista lateral izquierda de la cabeza



Vista lateral derecha de la cabeza



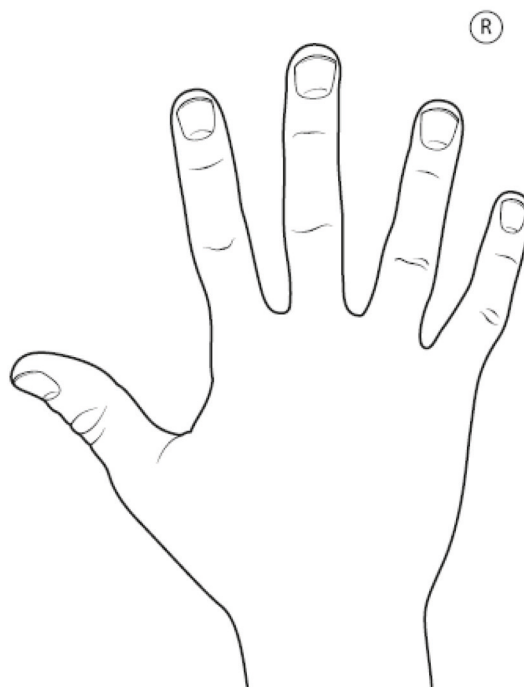
Nombre y apellidos de la menor/del menor de edad:

.....

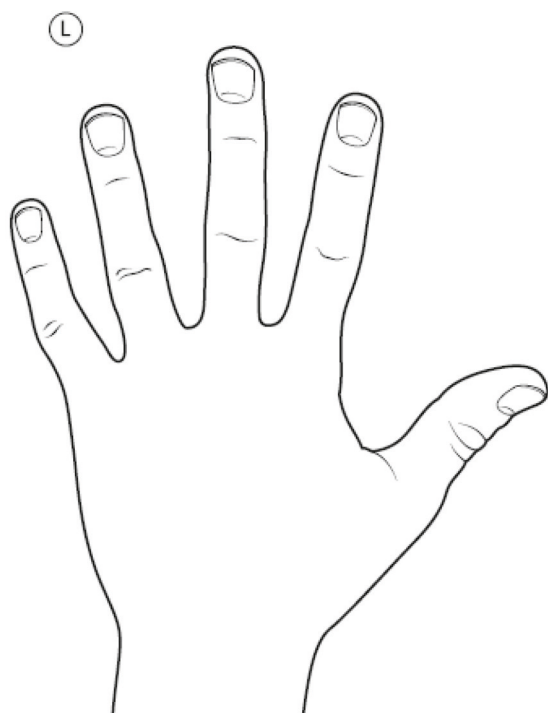
Fecha y hora del examen físico:

.....

Vista dorsal de la mano derecha



Vista dorsal de la mano izquierda



Nombre y apellidos de la menor/del menor de edad:

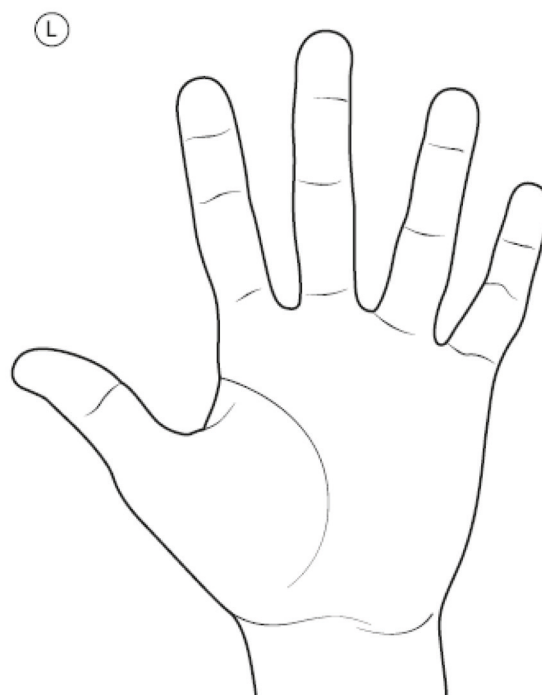
.....

Fecha y hora del examen físico:

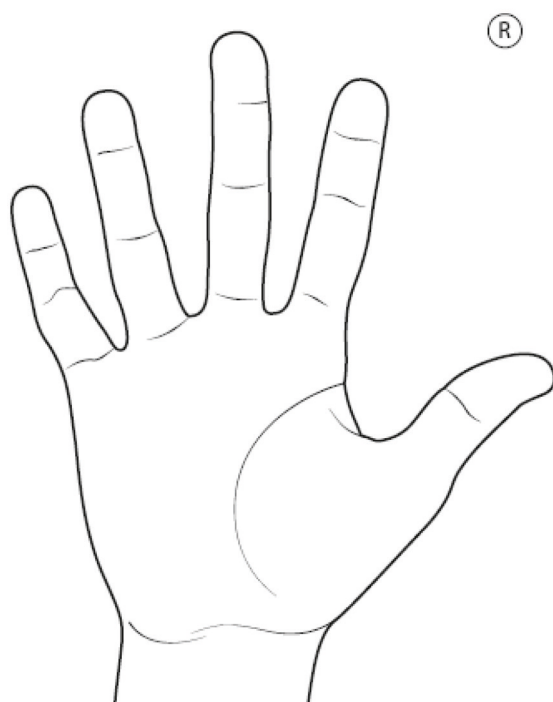
.....



Vista palmar de la mano izquierda



Vista palmar de la mano derecha



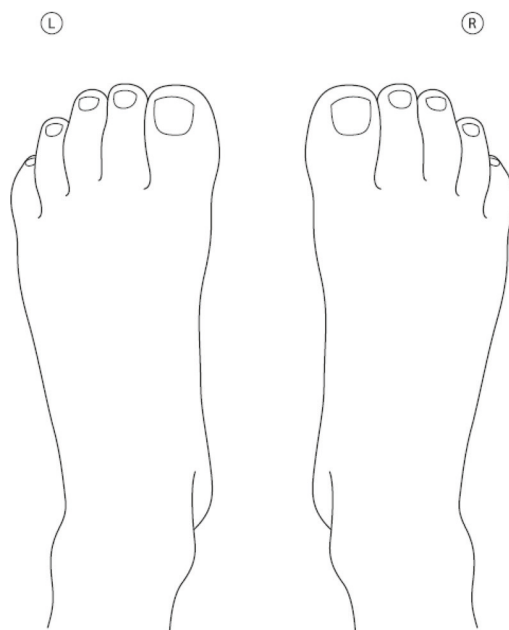
Nombre y apellidos de la menor/del menor de edad:

.....

Fecha y hora del examen físico:

.....

Vista dorsal de los pies



Vista plantar de los pies



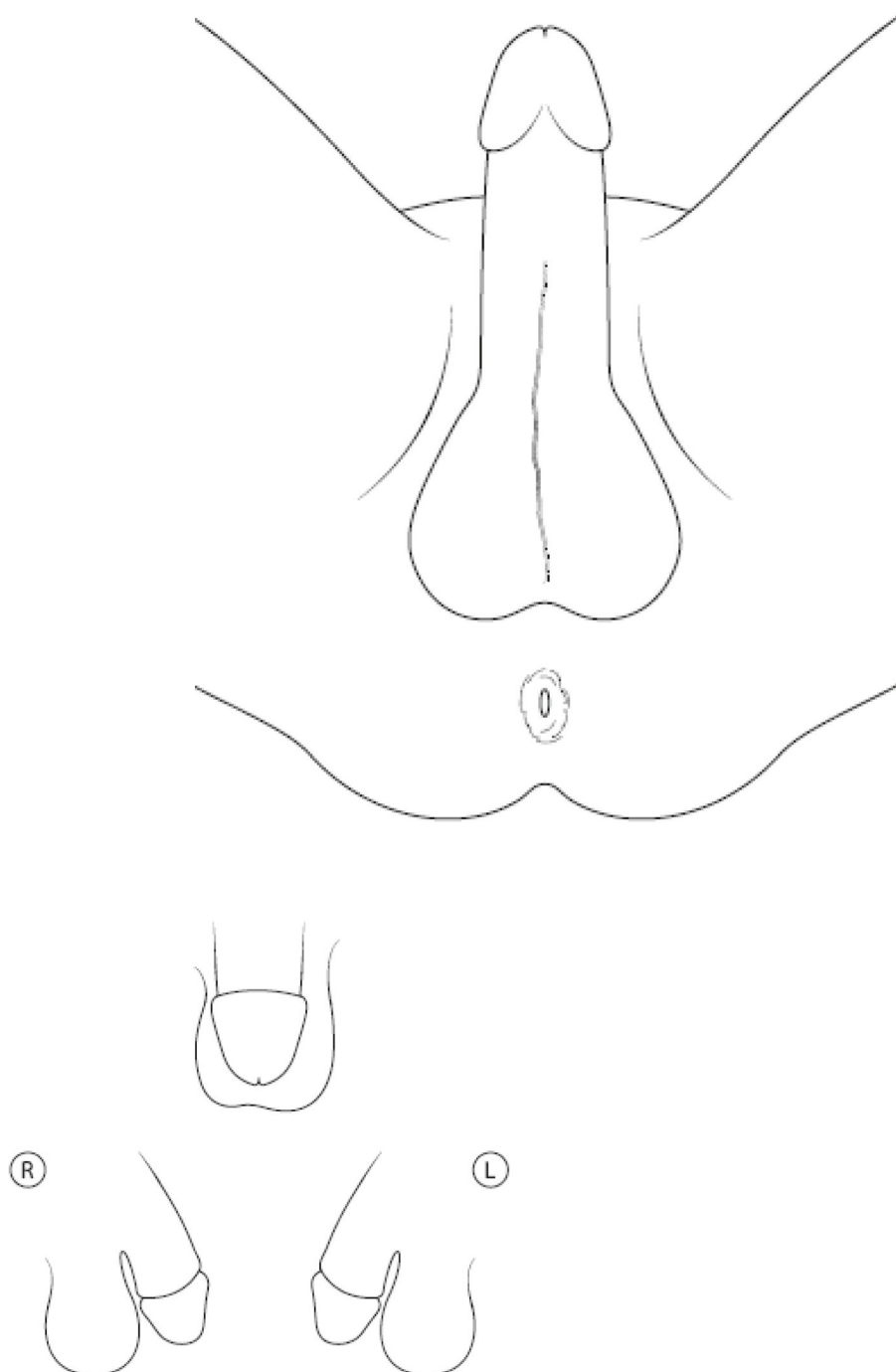
Nombre y apellidos de la menor/del menor de edad:

.....

Fecha y hora del examen físico:

.....

Vista de los genitales externos masculinos y ano



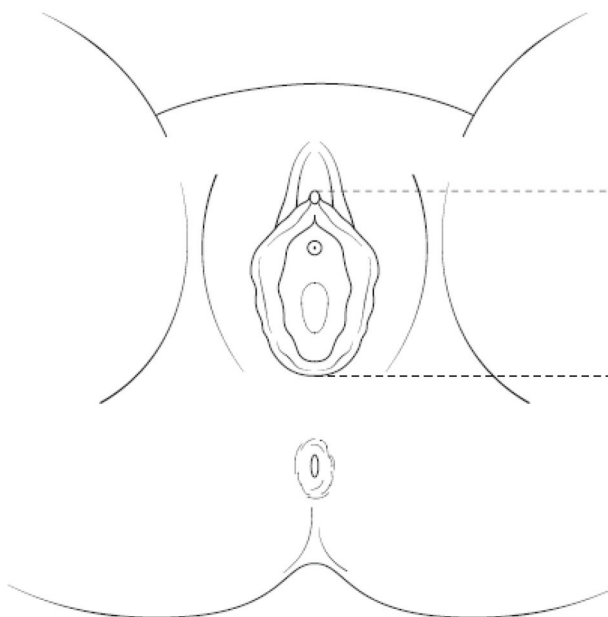
Nombre y apellidos del menor de edad:

.....

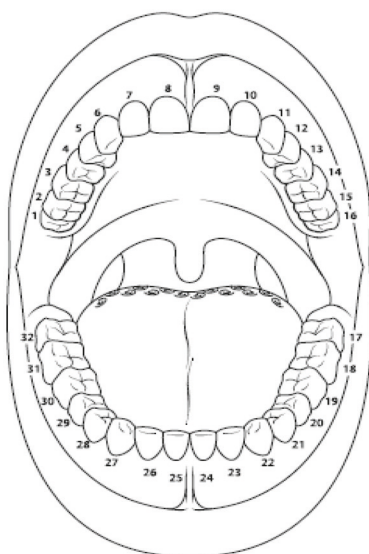
Fecha y hora del examen físico:

.....

Vista de los genitales externos femeninos y ano



Vista de la cavidad oral



Nombre y apellidos de la persona menor de edad:

.....

Fecha y hora del examen físico:

.....

NOTA: Imágenes de las páginas 94 y 95.

Fuente: Escala de Lund-Browder para evaluar el porcentaje de quemadura total en la superficie corporal en niños y adultos.

Imágenes de las páginas desde la 96 a la 105.

Fuente: JJ Payne-James. Anatomical drawings for the documentation of torture and ill-treatment. Istanbul Protocol. 2019.

ANEXO 9

CONSERVACIÓN DE MUESTRAS (para periodos cortos de tiempo)

Tabla 27. Temperaturas de conservación de muestras con valor forense, para periodos cortos de tiempo

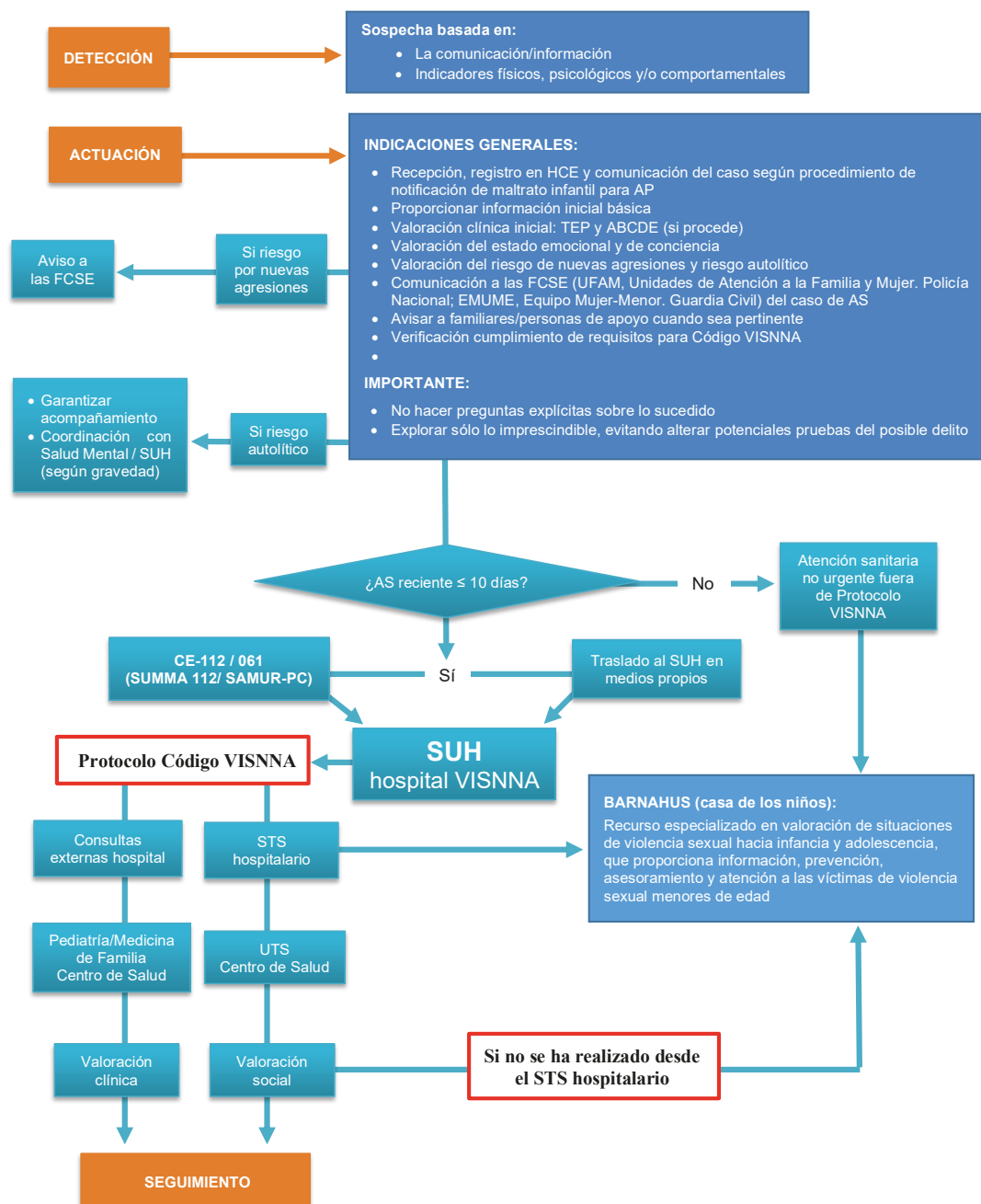
TIPO DE MUESTRAS	Congelación (- 10 °C)	Refrigeración (2-8 °C) (< 25 % humedad)	Temperatura controlada (15,5-24 °C) (< 60 % humedad)	Temperatura ambiente
Sangre venosa	NUNCA	MEJOR	< de 24 horas	
Hisopos bucales indubitados		MEJOR		
Lavados		MEJOR		
Muestras con manchas biológicas secas (ropas...)			MEJOR	ACEPTABLE
Hisopos empaquetados en papel o cartón		MEJOR (si están húmedos)	MEJOR (si están secos)	
Hisopos empaquetados en dispositivos con sistema de autosecado		MEJOR		

NOTA:

Si el envío para análisis microbiológico se va a retrasar más de 72 horas, las muestras **deben ser congeladas** (temperatura recomendada, -20 °C), manteniéndose la cadena de frío durante todo el tiempo de almacenaje y transporte. Si no se puede garantizar la cadena de frío, es mejor conservar las muestras refrigeradas a una temperatura constante (evitar congelar y descongelar las muestras).

ANEXO 10

PROTOCOLO CÓDIGO VISNNA EN ATENCIÓN PRIMARIA: ACCIONES A DESARROLLAR



Es fundamental en el seguimiento comprender los efectos del trauma y de la propia violencia sexual en la salud, a nivel físico, psicológico y social.

ANEXO 11

RELACIÓN DE HOSPITALES VISNNA

Hospitales con urgencias de pediatría y ginecología, 24 horas, todos los días y otros servicios relacionados con este protocolo (1, 2, 3, 4 y 5)

- **Madrid capital**
 - HU La Paz (1,2,4,5)
 - HU Ramón y Cajal (2,5)
 - HU Infanta Leonor (2*)
 - HGU Gregorio Marañón (1,2,3,5)
 - H Central de la Defensa Gómez Ulla (1*,2)
 - HU 12 de Octubre (1,2,3,5)
 - H Clínico San Carlos (1,2,5)
 - H Fundación Jiménez Díaz (1,2,4,5)
 - H Infantil Universitario Niño Jesús (1,3,4)
- **Alcalá de Henares**
 - HU Príncipe de Asturias (2,5)
- **Alcorcón**
 - HU Fundación Alcorcón (2,4,5)
- **Arganda del Rey**
 - HU del Sureste (2,5)
- **Majadahonda**
 - HU Puerta de Hierro (2,3,5)
- **Fuenlabrada**
 - HU Fuenlabrada (2,5)
- **San Lorenzo de El Escorial**
 - H de El Escorial (5*)
- **Aranjuez**
 - HU del Tajo (2)
- **Valdemoro**
 - HU Infanta Elena (2,5)
- **Getafe**
 - HU Getafe (2,4,5)
- **San Sebastián de los Reyes**
 - HU Infanta Sofía (2*)
- **Móstoles**
 - HU Rey Juan Carlos (1,2,5)
 - HU Móstoles (2,5)
- **Leganés**
 - HU Severo Ochoa (2,5)
- **Coslada**
 - HU del Henares (2,5)
- **Parla**
 - HU Infanta Cristina (2,5*)
- **Collado-Villalba**
 - HG de Villalba (1,2,5*)
- **Torrejón de Ardoz**
 - HU de Torrejón (2,4,5)

⁽¹⁾ Cirugía pediátrica de guardia; ^(1*) Solo Cirugía pediátrica de lunes a viernes, de 9:00 a 15:00 h. ⁽²⁾ Cirugía general; ^(2*) Solo Cirugía general a partir de los 16 años; ⁽³⁾ Psiquiatría de guardia infanto-juvenil; ⁽⁴⁾ Pediatría Social; ⁽⁵⁾ Urología; ^(5*) Sólo atienden urgencias urológicas de lunes a viernes de 08:00 a 15:00 h.



ANEXO 12

RECURSOS PARA LA ATENCIÓN A LA VIOLENCIA SEXUAL

Servicios de información y/o asistencia general

Teléfono 012

El 012 es un servicio de información y atención 24 h multicanal de la Comunidad de Madrid a los ciudadanos para solicitar información general y especializada sobre los servicios públicos madrileños y la gestión de determinados trámites administrativos.

Teléfono 112

Emergencias de la Comunidad de Madrid.

<http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/>

Portal de información a la ciudadanía de la Comunidad de Madrid.

Fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado y policía municipal

Policía Nacional

UFAM: Unidades de Atención a la Familia y Mujer, especializadas en violencia de género, doméstica y sexual. Existentes en todas la Comisarías de Policía Nacional. Teléfono: 091.

GRUME: Grupo de Menores de la Brigada Provincial de Policía Judicial que normalmente atienden a menores ofensores.

Si hay indicios de trata de menores:

<https://www.policia.es/es/colabora/trata/menores.php#>

Guardia Civil

Teléfono genérico emergencias guardia civil: 062.

Equipos de mujer-menor especializados en hechos delictivos en los que se encuentran implicados mujeres y menores, tanto en calidad de víctimas como de autores. **EMUME**



se despliega en Puntos de Atención Especializada (PAE) de las Unidades de Policía Judicial de la Guardia Civil.

EMUME Madrid: Sector Escultores, nº 10 28760. Tres Cantos. Madrid. Teléfono: 91 5146979 Ext. 4809.

Policía municipal

Comisaría de apoyo y protección mujer, menor y mayor de la policía municipal Madrid.

Pº de la Chopera 2 Planta Baja. 28045 Madrid

Teléfono: 900 222 100

Servicios públicos de asistencia especializada

Centros de servicios sociales de la Comunidad de Madrid

[Directorio centros de servicios sociales.pdf](#)

Centros de servicios sociales del Ayuntamiento de Madrid

<https://www.madrid.es/portal/site/munimadrid>

Área de Protección. Comunidad de Madrid

Dirección General de Infancia, Familia y Fomento de la Natalidad

Subdirección General de Protección a la Infancia

C/ Manuel de Falla, 7. CP: 28036 Madrid

Correo electrónico Área de Protección: area.proteccion@madrid.org

Teléfonos 915803872 y 915803765 de 9:00-15:00 h.

Fiscalía de Menores (municipio de Madrid)

Teléfono: 914931202/ 914931203 Fax: 914931108/ 914931109

C/ Hermanos García Noblejas, 37 B. 28037 Madrid

Sección Menores de la Fiscalía Provincial de Madrid, Área de Protección

Correo electrónico: fiscalia.proteccion@madrid.org

Sección de Menores de la Fiscalía Provincial de Madrid, Área de Reforma (si el agresor es menor)

Correo electrónico: reforma@madrid.org



Fiscalía de Menores y juzgados (buscador por municipios)

Ministerio de Justicia - Direcciones y teléfonos (mjusticia.gob.es)

Juzgado de Guardia Madrid. Teléfono: 914932513

Barnahus (Casa de los niños). Ver anexo 13

Recurso especializado de valoración integral de las situaciones de violencia sexual hacia la infancia y la adolescencia, a través del cual se proporciona información, prevención, asesoramiento y primera atención a las víctimas de violencia sexual.

Realiza un análisis y valoración de los casos de sospecha o certeza de violencia sexual infantil y adolescente, y de la necesidad de tratamiento psicológico o derivación, en su caso, al recurso más adecuado acompañando al NNA en este proceso.

Presta asesoramiento jurídico a los NNA y sus familias relativo al procedimiento judicial y facilita el contacto con las Oficinas de Atención a las Víctimas en su caso, así como acompañamiento a los NNA en las comparecencias ante los órganos judiciales.

Pone a disposición de la administración de justicia los medios personales y materiales para realizar las entrevistas forenses.

Presta a las FCSE las instalaciones para la toma de declaración a los NNA.

Asimismo, ofrece asesoramiento y formación especializada a profesionales que necesiten apoyo sobre situaciones de sospecha o de violencia sexual, y sobre los procedimientos y recursos disponibles teniendo en cuenta las necesidades de los niños en ese momento.

- Dirección General de Infancia, Familia y Fomento de la Natalidad
C/ Manuel de Falla, 7. 28036 Madrid
casabarnahus@madrid.org
- Teléfono para profesionales: 911094853 (horario de atención: de lunes a viernes 9:00 a 12:00 h y de 16:00 a 20:00 h, y sábados de 9:00 a 14:00 h).
- Teléfono de información para familiares: 900730484.

<https://www.comunidad.madrid/servicios/servicios-sociales/intervencion-violencia-sexual-infancia-adolescencia>

Centro de Atención Psicoterapéutica en Violencia Sexual Infantil y Adolescente (CIASI)

Servicio de la Comunidad de Madrid especializado que proporciona atención psicoterapéutica a NNA que hayan estado involucrados en una situación de violencia sexual, o se tenga la sospecha de que lo hayan podido estar, así como orientación y apoyo especializado a sus familias.

El acceso al servicio se realiza de las siguientes maneras:



- En el caso de NNA víctimas de violencia sexual, a través de derivación desde Barnahus.
- En el caso de niños, niñas u adolescentes presuntos ofensores, a través de profesionales de los servicios sociales, de salud, fuerzas y cuerpos de seguridad, de la administración de justicia, centros educativos y profesionales de ámbito privado.
- Dirección General de Infancia, Familia y Fomento de la Natalidad
C/ Manuel de Falla, 7. 28036 Madrid. ciasi@madrid.org

<https://www.comunidad.madrid/servicios/servicios-sociales/intervencion-violencia-sexual-infancia-adolescencia>

Línea de ayuda a niños, niñas y adolescentes. Comunidad de Madrid

Teléfono gratuito 24 horas: 116 111

Asesoramiento jurídico, psicológico y social para menores de 6-17 años.

Correo electrónico: infancia.adolescencia@madrid.org

Programa de atención para adolescentes víctimas de violencia contra la mujer

Programa de atención a NNA **menores de 18 años** y a sus familias, que se encuentren o que hayan vivido una relación de violencia en sus primeras relaciones de pareja. Ofrece atención integral especializada según necesidades planteadas: psicológica, educativa, social y orientación jurídica. Trabajo grupal para el fomento del ocio saludable y buen trato. Sensibilización, prevención y formación dirigido a profesionales.

- Teléfonos: 91 720 62 08/ 91 444 17 22.
- Correo electrónico: vgjovenes@madrid.org / unidadadolescentes@madrid.org



ANEXO 13

DOCUMENTO NORMALIZADO DE DERIVACIÓN A BARNAHUS
(CASA DE LOS NIÑOS)

ANEXO I

(Se ruega al profesional leer las instrucciones al final del documento antes de proceder a su cumplimentación)

DOCUMENTO NORMALIZADO DE DERIVACIÓN A BARNAHUS (CASA DE LOS NIÑOS)	
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL MENOR DE EDAD	
Nombre:.....	Apellidos:..... Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
Fecha de nacimiento:	Edad actual:..... Nacionalidad:.....
Discapacidad: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, especificar:
Tipo de discapacidad: Elija una opción	
Grado de discapacidad (especificar %):.....	
Dirección completa:..... Código postal..... Municipio:.....	
Nombre representante legal 1 (1):..... E-mail:.....	
Nombre representante legal 2:..... E-mail:.....	
Convivencia actual del NNA (2): (especificar madre, padre, ambos, centro residencial...)	
¿Conoce si este caso tiene relación con otros derivados a nuestro recurso (3)? <input type="checkbox"/>	
DATOS DE VIOLENCIA SEXUAL (VSIA) (márquese lo que proceda)	
<ul style="list-style-type: none"> • INDIQUE SI LA SITUACIÓN DE VSIA SE REFIERE A UNA SOSPECHA/INDICIO O REVELACIÓN: <ul style="list-style-type: none"> SOSPECHA <input type="checkbox"/> Especificar los indicios de la sospecha:..... REVELACIÓN <input type="checkbox"/> Especificar los hechos revelados y persona que los revela:..... • EDAD EN EL MOMENTO DEL SUCESO: • TIPOLOGÍA DE VSIA (4): INTRAFAMILIAR <input type="checkbox"/> especificar parentesco (padre, tío, hermano/a, primo/a...): EXTRAFAMILIAR: ENTRE IGUALES <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO <input type="checkbox"/> ALLEGADO <input type="checkbox"/> SE DESCONOCE <input type="checkbox"/> • DATOS DEL PRESUNTO OFENSOR: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Edad..... Relación con la víctima: • ACCESO/CONVIVENCIA ACTUAL CON EL PRESUNTO OFENSOR (5) <input type="checkbox"/> • CONTENIDO DE VIOLENCIA SEXUAL (señale lo que proceda: Elija una opción • FRECUENCIA DE VSIA: PUNTUAL <input type="checkbox"/> REITERADO <input type="checkbox"/> • PRESUNTOS MÚLTIPLES OFENSORES (6) <input type="checkbox"/> • GROOMING (VIOLENCIA SEXUAL ONLINE) (7) <input type="checkbox"/> • VIOLENCIA FÍSICA (8) <input type="checkbox"/> SUMISIÓN QUÍMICA (9) <input type="checkbox"/> OTROS (10) • LUGAR DONDE SUCEDIERON LOS HECHOS..... • SITUACIÓN (11) SIN DENUNCIAR <input type="checkbox"/> DENUNCIADO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, especificar si ha sido DENUNCIADO en: <ul style="list-style-type: none"> ○ SERVICIOS POLICIALES <input type="checkbox"/> Dependencia Policial..... Número de Atestado: ○ NOTIFICADO A FISCALÍA <input type="checkbox"/> DENUNCIADO EN UN JUZGADO <input type="checkbox"/> Especificar el nº de procedimiento..... 	
DOCUMENTACIÓN APORTADA (márquese lo que proceda, se recomienda aportar documentación)	
- DENUNCIA/ATESTADO/DILIGENCIA.....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
- INFORMES DE SERVICIOS SOCIALES (Especificar tipo de informe, valoración del riesgo).....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
- INFORMACIÓN DEL ÁREA DE PROTECCIÓN (informes del Área, de centros residenciales, propuestas de Comisión de Protección a la Infancia y a la Adolescencia, resolución de medidas de protección, etc.) Especificar tipo de informe.....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
- INFORMACIÓN DE SALUD (informes del pediatra, de urgencias, de salud mental, de medicina forense, informes psicológicos, otros, etc.) Especificar tipo de informe.....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
- INFORMES DE EDUCACIÓN (informes del centro escolar, del tutor, del orientador, etc.) Especificar tipo de informe.....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
- OTROS (especificar):.....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>





ENTIDAD/INSTITUCIÓN QUE DERIVA EL CASO Servicios Sociales <input type="checkbox"/> Dirección General de Infancia, Familia y Fomento de la Natalidad <input type="checkbox"/> Servicios Policiales <input type="checkbox"/> Servicios de salud <input type="checkbox"/> Fiscalía <input type="checkbox"/> Juzgados <input type="checkbox"/> Centros Educativos <input type="checkbox"/> Agencia para la Reeducación y Reinserción del Menor Infractor (ARRMI) <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especificar:		
NOMBRE DE LA ENTIDAD DERIVANTE ⁽¹²⁾ : PROFESIONAL QUE REALIZA LA DERIVACIÓN: de contacto: E-mail: Cargo: ¿Ha comunicado el derivante esta situación a algún otro Organismo? <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, especificar: Fiscalía <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especificar:		
OTROS DATOS: MEDIDA DE PROTECCIÓN: <input type="checkbox"/> Especificar el tipo de medida: PARTE DE LESIONES: <input type="checkbox"/> Especificar el tipo de lesiones:		
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA RELATIVA A LA VÍCTIMA ¿CONOCE SI HA REQUERIDO INGRESO HOSPITALARIO O ATENCIÓN SANITARIA?: <input type="checkbox"/> Especificar: ¿CONOCE SI SE HA AUTOLESIONADO?: <input type="checkbox"/> SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA Y/O PSIQUIÁTRICA: <input type="checkbox"/> Especificar sintomatología: EMBARAZO/ABORTO A CONSECUENCIA DE LA VSIA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> FIGURAS DE APOYO A LA INTERVENCIÓN ⁽¹³⁾ (familiar/profesional) ¿CONOCE SI HA SIDO O ESTÁ SIENDO ATENDIDO EN OTROS RECURSOS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indique en cuál: Actualmente <input type="checkbox"/> Previamente <input type="checkbox"/>		
Remitir por correo electrónico casabarnahus@madrid.org , o por registro electrónico dirigido a la Dirección General de Infancia, Familia y Fomento de la Natalidad. Área de Infancia y Adolescencia. Madrid, a ____ de ____ de ____		
Fdo.: (Firma digital del profesional que realiza la derivación) Este documento contiene información confidencial protegida legalmente, destinada exclusivamente al destinatario indicado. Si usted no es el destinatario, se le advierte que debe preservar dicha confidencialidad, y rogamos que lo envíe al destinatario correcto. Puede consultar la información referida al deber de información de protección de datos personales en las páginas siguientes.		
INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN DEL DOCUMENTO DATOS PERSONALES - No se debe interrogar al NNA; únicamente, cumplimente los datos sobre los que disponga de información. - Marque con una x o seleccione del desplegable las opciones que correspondan. - (1) Identifique, al menos, a uno de los dos responsables legales del NNA, junto a los datos de contacto. - (2) Señale los miembros de la unidad de convivencia del NNA en la actualidad, si los conoce. - (3) Identifique si tiene conocimiento de que otros miembros de la unidad de convivencia, u otros con los que se relaciona el NNA derivado fuera de ella, han sido derivados con anterioridad a Barnahus.		
DATOS DE LA VIOLENCIA SEXUAL (VSIA) - (4) Señale si el presunto ofensor de la VSIA es: o <i>Intrafamiliar:</i> a cargo de algún familiar en cualquier grado de consanguinidad, o emparentado de alguna forma con el NNA (pareja de la madre/padre/abuelo/abuela, exparejas, etc.). Identifique de quién se trata.		





○ *Extrafamiliar:*

- *Entre iguales:* conocido por el NNA y de edad similar, con alguna relación interpersonal (amistad, relación sentimental, compañero/a de clase, etc.).
 - *Desconocido:* desconocido por el NNA hasta el suceso de VSIA.
 - *Allegado:* conocido por el NNA, de fácil acceso a este/a, pero sin parentesco familiar alguno.
 - *Se desconoce:* no se sabe quién ha sido el presunto ofensor.
- (5) Señale si tiene conocimiento de que, en la actualidad, haya convivencia del ofensor con el NNA, o fácil acceso sin convivencia.
 - (6) Señale la existencia de más de un ofensor perpetrador del VSIA; si conoce las identidades, añádalas en el espacio destinado a tal fin.
 - (7) El *grooming*, y, en su evolución digital, el *online grooming*, son formas delictivas de acoso que implican a un adulto que se pone en contacto con un NNA con el fin de ganarse poco a poco su confianza, para luego involucrarle en una actividad sexual.
 - (8) Señale si la violencia sexual se produjo con el uso de la fuerza física por parte del ofensor hacia la víctima.
 - (9) Administración de una sustancia con efectos psicoactivos a una persona sin su conocimiento, con el fin de modificar su estado de consciencia, su comportamiento, o anular su voluntad.
 - (10) Manipulación, uso de poder, chantaje, etc., para la consecución del VSIA.
 - (11) Especifique si el caso ha sido denunciado, bien en los servicios policiales, en un juzgado, o notificado a Fiscalía. Si el caso ya está judicializado y conoce el número de procedimiento, añádalo en el espacio destinado a tal fin.

DOCUMENTACIÓN APORTADA

- Se recomienda aportar otros documentos, o un informe profesional que amplíe, en su caso, la información. Puede aparecer información concreta del tipo de VSIA acontecido, de la sintomatología, de conductas preocupantes que apoyen la sospecha, etc.

ENTIDAD/INSTITUCIÓN QUE DERIVA EL CASO

(12) Especificar el nombre del organismo (por ejemplo, en servicios sociales: CAI, Servicios Sociales Generales, etc.; en DGIFFN: Área de Protección, centro residencial, Área de Acogimiento, etc.; en Policía: UFAM, Guardia Civil; en Fiscalía y Juzgados: concretar fiscalía y nº de juzgado; y en centros educativos: colegio, instituto, centro privado, etc.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

(13) Especificar las figuras protectoras para el/la NNA en la revelación del hecho.





Información sobre Protección de Datos ⇒ Intervención contra la Violencia Sexual Infantil

1. **Responsable del tratamiento de sus datos**
 - Responsable: D. G. De Infancia, Familia Y Fomento De La Natalidad
 - CONSEJERÍA DE FAMILIA, JUVENTUD Y ASUNTOS SOCIALES
 - Domicilio social: Consultar www.comunidad.madrid/centros
 - Contacto Delegado de Protección de Datos: protecciondatos-psociales@madrid.org
2. **¿En qué actividad de tratamiento están incluidos mis datos personales, y con qué fines se tratarán?**
Intervención contra la Violencia Sexual Infantil
 En cumplimiento de lo establecido por el Reglamento (UE) 2016/679, de Protección de Datos Personales (RGPD), sus datos serán tratados para las siguientes finalidades:
 Protección de derechos de los menores que han sufrido algún tipo de violencia sexual infantil por parte de terceros.
 Asesoramiento especializado continuo a profesionales de cualquier ámbito.
3. **¿Cuál es la legitimación en la cual se basa la licitud del tratamiento?**
 RGPD 6.1.c) el tratamiento es necesario para el cumplimiento de una obligación legal exigible al Responsable.
 RGPD 6.1 e) el tratamiento es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público, o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento.
 En su caso, RGPD 9.2.h)
 Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor. Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del Sistema de Protección a la Infancia y la Adolescencia. Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de Protección Integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia.
4. **¿Cómo ejercer sus derechos? ¿Cuáles son sus derechos cuando nos facilita sus datos?**
 Puede ejercitar, si lo desea, los derechos de acceso, rectificación y supresión de datos, así como solicitar que se limite el tratamiento de sus datos personales, oponerse al mismo, solicitar en su caso la portabilidad de sus datos, así como a no ser objeto de una decisión individual basada únicamente en el tratamiento automatizado, incluida la elaboración de perfiles.
 Según la Ley 39/2015, el RGPD y la Ley Orgánica 3/2018, puede ejercitar sus derechos por [Registro Electrónico o Registro Presencial, o en los lugares y formas previstos en el artículo 16.4 de la Ley 39/2015](#), preferentemente mediante el formulario de solicitud "[Ejercicio de derechos en materia de protección de datos personales](#)".
5. **Tratamientos que incluyen decisiones automatizadas, incluida la elaboración de perfiles, con efectos jurídicos o relevantes**
 No se realizan.
6. **¿Por cuánto tiempo conservaremos sus datos personales?**
 Los datos se mantendrán durante el tiempo que sea necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron, así como el período en el que pudieran derivarse responsabilidades jurídicas. Asimismo, deberán conservarse durante los períodos establecidos en la normativa de archivos y patrimonio documental de la Comunidad de Madrid.
- ¿A qué destinatarios se comunicarán sus datos?**
 Administraciones Públicas, para el ejercicio de sus competencias Legales; Defensor del Pueblo, Policía, Jueces y Tribunales, Servicios Sociales; entidades colaboradoras, para la finalidad declarada.
7. **Transferencias Internacionales**
 No se realizan.
8. **Derecho a retirar el consentimiento prestado para el tratamiento en cualquier momento**
 Cuando el tratamiento esté basado en el consentimiento explícito, tiene derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que ello afecte a la licitud del tratamiento basado en el consentimiento previo a su retirada.
9. **Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de Control**
 Tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos: <http://www.aepd.es> si no está conforme con el tratamiento que se hace de sus datos personales.
10. **Categoría de datos objeto de tratamiento**
 Datos de carácter identificativo. Datos de empleo. Datos de circunstancias sociales. Datos económicos, financieros y de seguros. Datos especialmente protegidos.
11. **Fuente de la que procedan los datos**
 El titular (solicitante), representante/tutor legal, terceros legitimados (FF. y CC. de Seguridad, Autoridades Escolares, Servicios Sociales de distintas AA. PP.).

Más información

Puede consultar más información, y la normativa aplicable en materia de Protección de Datos, en la web de la Agencia Española de Protección de Datos: <http://www.aepd.es>, así como en el siguiente enlace: www.comunidad.madrid/protecciondedatos.



BIBLIOGRAFÍA

American College of Emergency Physicians. Evaluation and Management of the Sexually Assaulted or Sexually Abused Patient. 2ª ed. Dallas: ACEP; 2014. Disponible en <https://bit.ly/37GTOFx>

Andrés Pueyo A, Nguyen Vo T, Rayó A, Redondo Illescas S. Análisis empírico integrado y estimación cuantitativa de los comportamientos sexuales violentos (no consentidos) en España. Violencia Sexual en España: una síntesis estimativa. Madrid: Gobierno de España, Ministerio del Interior y Universidad de Barcelona; 2020. Disponible en: http://www.ub.edu/geav/wp-content/uploads/2022/02/2020_informe-VIO-SEX_GEAV_Antonio_final.pdf

Comisión Asesora sobre los abusos sexuales en el ámbito de la Iglesia católica y el papel de los poderes públicos. Informe sobre los abusos sexuales en el ámbito de la Iglesia Católica y el papel de los poderes públicos. Una respuesta necesaria. Madrid: Defensor del Pueblo; 2023. Disponible en: https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2023/10/INFORME_abusos_Iglesia_catolica.pdf

Comisión contra la Violencia del Hospital Clínico San Carlos. Guía de Detección Clínica de la sumisión química. Madrid: Hospital Clínico San Carlos; 2016.

Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Protocolo de Actuación ante la Sospecha de Sumisión Química. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria. Servicio Madrileño de Salud; 2018.

Consejo Médico Forense. Comité Científico-Técnico. Protocolo de actuación médico-forense ante la violencia sexual en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Ministerio de Justicia. Secretaría General Técnica; 2021.

Consejo Médico Forense. *Guía de recomendaciones de actuación de los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses con las muestras biológicas y evidencias que se recojan y remitan por los centros sanitarios en el contexto de la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de Garantía Integral de la Libertad Sexual.* Ministerio de la Presidencia, Justicia y Relaciones con las Cortes, Secretaría General Técnica. Madrid, 2024.

Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad. Violencia de pareja hacia las mujeres: 4ª Encuesta para el estudio de la magnitud, tendencia e impacto en salud en la Comunidad de Madrid, 2020: Estudio Descriptivo de Prevalencia. En: Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2021; 5(26): 35-56. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/50583>

Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2020. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J), 2020. En: Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2022; 3(27): 22-145. Disponible en: <https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM050708.pdf>

Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad. Violencia de pareja hacia las mujeres: 4ª Encuesta para el estudio de la magnitud, tendencia e impacto en salud en la Comunidad de Madrid, 2020: Estado de salud, factores asociados a

la violencia y utilización de recursos. En: Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2023; 7(28): 13-37. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/50970>

Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Protocolo de notificación ante sospecha de maltrato infantil en Atención Primaria. Madrid: Consejería de Sanidad; 2024.

Gil Arrones J, De Manuel Vicente C. Abuso sexual infantil. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría 2019. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2019. pp.267-275.

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Universitat Autònoma de Barcelona. Protocolo de manejo del riesgo de infección en menores de edad víctimas de violencia sexual. Barcelona: Institut Català de la Salut. Generalitat de Catalunya; 2023.

Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Madrid. Procedimiento a seguir en el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de la Comunidad de Madrid en casos de asistencia médico forense a víctimas de delitos contra la libertad e integridad sexual. Madrid: Consejería de Presidencia, Justicia e Interior. Comunidad de Madrid; 2022.

Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Madrid. Procedimiento del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de la Comunidad de Madrid en relación con la recepción, aceptación y gestión de muestras que remitan los centros sanitarios de la Comunidad de Madrid, obtenidas en reconocimientos médico, no médico forenses, en los casos de delitos contra la libertad sexual (agresiones sexuales). Madrid: Consejería de Presidencia, Justicia, Interior. Comunidad de Madrid; 2023.

Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. Hallazgos toxicológicos en agresiones sexuales con sospecha de sumisión química. Memoria 2021. Madrid: Ministerio de Justicia; 2022.

Ministerio del Interior. Dirección General de Coordinación y Estudios. Secretaría de Estado de Seguridad. *Informe sobre delitos contra la libertad sexual en España.* 2023. Ministerio del Interior. Disponible en: <https://www.interior.gob.es/opencms/export/sites/default/galleries/galeria-de-prensa/documentos-y-multimedia/balances-e-informes/2023/INFORME-DELITOS-CONTRA-LA-LIBERTAD-SEXUAL-2023.pdf>

Ministerio de Justicia. 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: Ministerio de Justicia, Secretaría General Técnica; 2022.

Ministerio de Sanidad. Guía de Pautas Básicas Comunes del SNS para la actuación sanitaria ante Violencia Sexual. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023. Disponible en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/GUIA_PAUTAS_BASICAS-SNS_VSEXUAL_07-03-2023_web.pdf

Ministerio de Sanidad. Protocolo común del SNS para la Actuación Sanitaria ante la Violencia Sexual. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/equidad/saludGenero/vcm/ccicv-ggt/pcasvsex2023.htm>

Ministerio de Sanidad. Protocolo común de actuación sanitaria frente a la violencia en la infancia y adolescencia (2023). Madrid; 2023. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/prevencionViolencia/infanciaAdolescencia/docs/Protocolo_comun_sanitario_violencia_infancia_adolescencia.pdf

Ministerio de Sanidad, Grupo de Estudios en Infecciones de Transmisión Sexual (GEITS), Grupo de Estudio del Sida (GESIDA), Grupo de Estudio de Hepatitis Víricas (GEHEP), Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). *Diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes.* Ministerio de Sanidad, 2024. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfefindmkaj/https://seimc.org/documentos/documentoscientificos/seimc-dc-2024-Documento-ITS-geits-gesida-gehep.pdf>

Muniesa Tomás P, Herrera Sánchez D, Guerrero Olmos J et al. Informe sobre delitos contra la libertad sexual en España 2022. Madrid: Ministerio del Interior. Gobierno de España; 2023. Disponible en: <https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/prensa/balances-e-informes/2022/INFORME-DELITOS-CONTRA-LA-LIBERTAD-SEXUAL-2022.pdf>

Kellogg ND, Farst KJ, Adams JA. Interpretation of medical findings in suspected child sexual abuse: An update for 2023. *Child Abuse Negl.* 2023 Nov;145: 106283. doi: 10.1016/j.chiabu.2023.106283. Epub 2023 Sep 19. PMID: 37734774.

Payne-James JJ. Annex III. Anatomical drawings for the documentation of torture and ill-treatment. En: *Istanbul Protocol. Manual on the effective investigation and documentation of torture and other cruel, unhuman or degrading treatment or punishment.* New York and Geneva: United Nations Human Rights, Office of the High Commissioner; 2022. Disponible en: https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/publications/2022-06-29/Istanbul-Protocol_Rev2_EN.pdf

Pereda, N, Guilera, G, Águila-Otero, A, Andreu, L, Codina, M, Díaz-Faes, DA. La victimización sexual en la adolescencia: un estudio nacional desde la perspectiva de la juventud española. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2024. Disponible en: https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=8599

Real-López M, M. Peraire. C. Ramos-Vidal, G. Llorca, M. Julián, N. Pereda. Abuso sexual infantil y consecuencias psicopatológicas en la vida adulta. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil.* 2023; 40(1): 13–30. Disponible en: <https://www.aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/857>



**Comunidad
de Madrid**

CONSEJERÍA DE SANIDAD