

MINISTERIO DE JUSTICIA MINISTERIO DE JUSTICIA M  
DE JUSTICIA MINISTERIO DE JUSTICIA MINISTER  
MINISTERIO DE JUSTICIA MINISTERIO DE  
DE JUSTICIA MINISTERIO DE JUST  
MINISTERIO DE JUSTICIA M  
DE JUSTICIA MINISTER  
MINISTERIO DE  
DE JUST  
M

# **Protocolo de actuación médico-forense ante la violencia sexual en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses**

**CONSEJO MÉDICO FORENSE  
Comité Científico-Técnico**

**2021**



**GOBIERNO  
DE ESPAÑA**

**MINISTERIO  
DE JUSTICIA**

# Protocolo de actuación médico-forense ante la violencia sexual en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses

**CONSEJO MÉDICO FORENSE**  
**Comité Científico-Técnico**



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE JUSTICIA

Madrid 2021

**Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado**  
<http://cpage.mpr.gob.es>

**Edita:**

Ministerio de Justicia. Secretaría General Técnica.

**Maquetación:**

Subdirección General de Documentación y Publicaciones.

**NIPO (pdf):** 051-21-055-9

## CONTENIDO

GLOSARIO .....	6
1. INTRODUCCIÓN .....	7
2. OBJETIVOS .....	9
3. INICIO DE LAS ACTUACIONES MÉDICO-FORENSES .....	10
4. CUESTIONES GENERALES .....	12
4.1. PRINCIPIOS GENERALES DEL RECONOCIMIENTO/ACTUACIÓN ASISTENCIAL Y PERICIAL CONJUNTA .....	12
4.2. LUGAR DEL RECONOCIMIENTO .....	12
4.3. RECEPCIÓN .....	12
4.4. ACOMPAÑAMIENTO DE LA VÍCTIMA .....	12
4.5. CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	13
4.6. PRESENCIA DE CUERPOS POLICIALES DURANTE LA ENTREVISTA Y EXPLORACIÓN DE LA VÍCTIMA .....	14
4.7. TOMA Y USO DE FOTOGRAFÍAS .....	15
5. INTERVENCIÓN MÉDICO-FORENSE .....	15
5.1. RECOGIDA DE DATOS. ANAMNESIS .....	15
5.2. EXAMEN FÍSICO .....	16
5.3. TOMA DE MUESTRAS .....	17
5.3.1. Muestras para estudios biológico-genéticos .....	18
5.3.2. Muestras para estudios químico-toxicológicos .....	22
5.3.3. Muestras para estudios microbiológicos .....	25
5.4. EMPAQUETADO, CADENA DE CUSTODIA, DOCUMENTACIÓN .....	25
5.5. VALORACIÓN DEL ESTADO PSÍQUICO .....	26
6. ANÁLISIS BIOLÓGICOS, TOXICOLÓGICOS Y MICROBIOLÓGICOS .....	27
6.1. LABORATORIOS FORENSES .....	27
6.2. TIPOS DE ANÁLISIS .....	27
6.2.1. Análisis biológicos .....	27
6.2.2. Análisis químico-toxicológicos .....	28
6.2.3. Análisis microbiológicos .....	29
6.3. COMUNICACIÓN DE RESULTADOS .....	29
6.4. INTRODUCCIÓN DE RESULTADOS EN BASES DE DATOS FORENSES .....	30
7. EMISIÓN DEL INFORME PERICIAL .....	32
8. SEGUIMIENTO DE LAS VÍCTIMAS .....	33

9. ACTUACIÓN DURANTE LA FASE DE JUICIO ORAL .....	33
10. ESTÁNDARES Y CONTROLES DE CALIDAD DEL PROCESO .....	34
11. FORMACIÓN/DOCENCIA/INVESTIGACIÓN .....	35
BIBLIOGRAFÍA .....	36
OTRAS REFERENCIAS RECOMENDADAS .....	39
ANEXOS .....	40

## GLOSARIO

CNUFADN: Comisión Nacional para el Uso Forense del ADN.  
CODIS: Combined DNA Index System.  
EMUME: Equipos Mujer-Menor de la Guardia Civil.  
ENFSI: European Network of Forensic Science Institutes.  
ETS: Enfermedad de Transmisión Sexual.  
FUR: Fecha Última Regla.  
GEDNAP: German DNA Profiling.  
GHEP: Grupo de Habla Española y Portuguesa de la International Society for Forensic Genetics.  
IMLCF: Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.  
INTCF: Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses.  
ISFG: International Society of Forensic Genetics.  
ITS: Infección de Transmisión Sexual.  
KAS: Kits de Agresión Sexual.  
LECRIM: Ley de Enjuiciamiento Criminal.  
OMS: Organización Mundial de la Salud.  
SQ: Sumisión Química.  
SSVQ: Sospecha de Sumisión y/o Vulnerabilidad Química.  
SVQ: Sumisión y/o Vulnerabilidad química.  
SWGAM: The Scientific Working Group on DNA Analysis Methods.  
TEARS: Tears (lacerations), Ecchymosis (bruises), Abrasions, Redness and Swelling.  
UTM: Universal Transport Medium.  
UVFI: Unidades de Valoración Forense Integral.  
VQ: Vulnerabilidad Química.

## 1. INTRODUCCIÓN

La violencia sexual, en cualquiera de sus formas, supone una de las más terribles experiencias vitales que puede padecer un ser humano. Provoca, junto con el daño físico, un sufrimiento psíquico derivado de la vulneración del bienestar, de la autonomía, de la privacidad y de la seguridad (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera violencia sexual «cualquier acto o intento de consumir un acto sexual no deseado, utilizando coacción o amenazas realizado por cualquier persona, con independencia de su relación con la víctima, y en cualquier lugar, incluyendo la casa y el trabajo» (2). Aunque es una violencia de la que también son víctimas los hombres, a escala mundial, el 35 % de las mujeres ha experimentado alguna vez, a lo largo de su vida, violencia física o sexual por parte de su pareja o por una persona distinta a su pareja. Estos datos no incluyen el acoso sexual (3). La mayoría de la violencia sexual es cometida por la pareja o por alguien conocido. Según las estimaciones de la OMS, 8 de cada 10 víctimas sufrieron la violencia sexual por su actual o antigua pareja o novio, y alrededor del 10 % de las mujeres víctimas no conocían al agresor. En el caso de las agresiones sexuales cometidas por personas que no eran parejas, al menos el 62,3 % fueron perpetradas por personas conocidas de las víctimas, mientras que en el 23,4 % de los casos los agresores eran personas completamente desconocidas (4).

En España, el *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género* describe la violencia sexual como la «imposición a la mujer de un comportamiento sexual contra su voluntad, bien se produzca por parte de su pareja o por parte de otras personas» (5)<sup>1</sup>. Del total de mujeres de 16 o más años residentes en España, el 6,5 % ha sufrido violencia sexual en algún momento de su vida por alguna persona con la que no mantiene ni ha mantenido una relación de pareja, el 0,5 % (103487 mujeres) en los últimos 12 meses (6). Un estudio retrospectivo realizado a 1203 personas atendidas por agresión sexual en el servicio de urgencias del Hospital Clínico de Barcelona entre los años 2007 y 2012, informó de que en el 60 % de los casos los agresores eran desconocidos para la víctima (7).

Desde el punto de vista científico, la intervención ante las agresiones sexuales constituye una de las actuaciones más relevantes de los profesionales de la medicina forense y de los laboratorios forenses. Una actuación precoz, de calidad y estandarizada permite la recogida y el posterior análisis de los vestigios biológicos relacionados con este tipo de delitos. En el ámbito forense, de acuerdo con los datos de Estadística Judicial, durante el año 2019 los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IMLCF) informaron de 4730 actuaciones en agresiones sexuales. Por ámbito geográfico, el territorio que más casos contabilizó fue Cataluña con 1116, seguido del territorio correspondiente a los

---

1 Está prevista la publicación, en el primer semestre del año 2022, de un nuevo *Protocolo común de actuación sanitaria ante la violencia sexual*, elaborado por el Observatorio de Salud de las Mujeres, dependiente de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad.

IMLCF del Ministerio de Justicia con 996 (8). Por otra parte, en ese mismo año, la memoria de actividades del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (INTCF), laboratorio forense de referencia nacional, informó de 3183 asuntos registrados por agresiones sexuales (9).

La existencia de protocolos de actuación profesional forense viene obligada por la mejora que conllevan en la calidad de la respuesta pericial y en la reducción del tiempo necesario para organizar la prestación del servicio. Un examen médico-forense de alta calidad puede abordar las preocupaciones de las víctimas de violencia sexual, minimizar el trauma que puedan experimentar y promover su curación. Al mismo tiempo, puede aumentar la probabilidad de que las pruebas recopiladas ayuden en la investigación y esclarecimiento de los hechos, lo que permitirá el procesamiento de los agresores y la prevención de la violencia sexual (1).

En nuestro país, y según el *Primer informe de evaluación* del Grupo de Expertas en la Lucha contra la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Doméstica (GREVIO), las diferentes respuestas autonómicas han dado lugar a diferentes prácticas institucionales que no ofrecen de manera coherente un enfoque centrado en las víctimas y en la colaboración interinstitucional. Además, se han identificado factores que tienen un impacto negativo en las experiencias vividas por las mujeres víctimas en relación con el sector judicial, entre ellos la exclusión de pruebas forenses reunidas sin orden judicial (10).

Así, los protocolos, en los casos de delitos contra la libertad sexual, deben contener aspectos esenciales para la adecuada atención técnica centrada en la persona, incluyendo pautas organizadas y estructuradas para la obtención del consentimiento, la recogida de datos de la agresión, la exploración física y psicopatológica, la toma de muestras y la elaboración de consideraciones y conclusiones (11).

Esta guía de actuación se dirige fundamentalmente hacia la correcta atención pericial en víctimas adolescentes y adultas, aunque también puede resultar de utilidad en la exploración de menores, si bien en estos casos, sus connotaciones específicas hacen necesario un diferente abordaje, como ya está recogido en el documento elaborado por el Consejo Médico Forense en 2018 que constituye un protocolo básico de actuaciones en abusos sexuales y otros maltratos graves a menores (12).

En la intervención médico-forense sobre víctimas de violencia sexual, son aplicables los criterios recogidos en el *Código ético y de buenas prácticas de las Unidades de Valoración Forense Integral (UVFI) del Ministerio de Justicia* (13), que obligan a los profesionales de la medicina forense a:

- Respetar sus opciones morales y religiosas y evitar toda discriminación.
- Promover su protección ante posibles situaciones de riesgo.
- Prevenir la victimización secundaria, evitando desplazamientos innecesarios, repeticiones redundantes del relato de los hechos, duplicidad de exploraciones y demora en la emisión de informes, promoviendo el uso de la cámara de Gesell o sistemas similares, la grabación de la exploración o la entrevista conjunta.



- Abstenerse de intervenir como peritos si concurre alguna de las causas legalmente previstas, debiendo comunicar la existencia de relación personal u otras situaciones que puedan comprometer la objetividad requerida en la labor pericial.
- Abstenerse de realizar funciones que no son de su competencia o de su categoría profesional y diferenciar, en su actuación, su función pericial respecto de la asistencial, advirtiendo de esta diferenciación a la persona peritada.
- Fomentar el bienestar de la víctima y, en su caso, su empoderamiento personal.
- Crear un ambiente seguro que favorezca la sinceridad en la comunicación y la conducta y evitar comportamientos tendentes al engaño o a la confusión.

## 2. OBJETIVOS

El presente protocolo/guía tiene como objetivo, tras revisar la mejor evidencia disponible hasta la fecha, establecer pautas de actuación pericial que ayuden a los profesionales de la medicina forense a intervenir de la mejor manera posible ante una persona que ha sido objeto de violencia sexual reciente. Para ello implementa una actuación pericial de calidad y estandarizada, respetuosa con la situación de la víctima y que incorpore los avances tecnológicos y ético-legales en la recogida, conservación, envío e investigación de indicios biológicos.

También pretende servir como guía en la coordinación con otros estamentos implicados en la respuesta asistencial o policial ante la violencia sexual, así como en la relación con los laboratorios forenses encargados del estudio de los indicios de estos delitos.

Un aspecto relevante a considerar es la definición de agresión sexual reciente. Habitualmente, la mayoría de las víctimas de violencia sexual acuden para ser atendidas asistencialmente dentro de las primeras 24 horas, especialmente en el entorno urbano. Un estudio prospectivo llevado a cabo en la ciudad de Barcelona que incluyó 114 víctimas de agresión sexual, mostró que el tiempo transcurrido desde los hechos hasta que la víctima había acudido al hospital fue de 15,6 horas de media; el 79,8 % de las víctimas acudió dentro de las primeras 24 horas y el 59,6 % lo hizo dentro de las primeras 12 horas (14). A pesar de ello, es importante realizar campañas que transmitan el mensaje de que es conveniente que las víctimas acudan a ser reconocidas precozmente y, en la medida de lo posible, que lo hagan sin mediar acciones que puedan dificultar la recogida de vestigios (como lavarse o cambiarse de ropa, lavarla o destruirla). No se puede olvidar que, desde el punto de vista emocional, las reacciones más habituales que pueden experimentar las víctimas de este tipo de violencia son las de culpa, vergüenza, miedo, suciedad..., lo que les puede llevar a lavarse, cambiarse de ropa, lavarla o incluso destruirla y también a demorar la petición de ayuda.

A los efectos de este protocolo se entiende por violencia sexual reciente aquella en la que existe la posibilidad de detectar indicios (físicos, biológicos, toxicológicos o de otra naturaleza) que ayuden al esclarecimiento de los hechos. Clásicamente, el intervalo de tiempo habitual para considerar reciente una agresión sexual ha sido de 72 horas, por

ser el período de tiempo que más probabilidades de éxito ofrecía en la detección de indicios. Sin embargo, los avances en la ciencia permiten detectar restos biológicos más allá de este plazo, por lo que se recomienda ampliar esa ventana temporal hasta los 7-10 días y, siempre, proceder a una valoración individualizada del caso por si se estimara necesaria esa actuación forense, a pesar de haber transcurrido un tiempo superior al mencionado.

La evaluación pericial en casos de violencia sexual exige una metodología reglada que permita prestar una asistencia de calidad, desde la perspectiva ginecológica y desde la médico-legal y, al tiempo, otorgue el debido rigor científico a la prueba pericial. Esta atención debe responder a un triple requerimiento: el adecuado cuidado de la salud física y mental de la víctima, la valoración pericial de las posibles lesiones y la correcta obtención de evidencias médico-legales con las que lograr un procedimiento judicial con las máximas garantías (15).

Los protocolos dirigidos a los objetivos expuestos deben basarse en:

1. Establecer pautas de actuación que garanticen la adecuada recogida de información, la valoración de lesiones y la toma de muestras para la emisión del correspondiente informe médico-forense solicitado por la citada autoridad judicial.
2. El prioritario cuidado de la salud de la persona afectada. La actuación médico forense debe ir orientada a no interferir en la asistencia médica a la víctima y a causar el menor daño secundario posible, minimizando el impacto traumático que puede producirse al contacto de la víctima con el sistema de justicia (16).

### 3. INICIO DE LAS ACTUACIONES MÉDICO-FORENSES

La violencia sexual, con independencia de su intensidad y tipología, puede generar lesiones y transferencia de indicios biológicos que requieran una asistencia médica para, entre otras cuestiones, establecer medidas de prevención frente a enfermedades de transmisión sexual (ETS) o posibles embarazos. Resulta imprescindible, además de la actuación por parte de los especialistas en atención sanitaria, la intervención de los servicios médico-forenses con el fin de constatar las posibles lesiones y de recoger aquellos indicios que conduzcan a la comprobación de los hechos y a la identificación del agresor en los laboratorios de referencia.

Se recomienda que esta intervención médico-forense sea lo más precoz posible e independiente de la formulación de denuncia por parte de la víctima. Por una parte, a ella le asiste el derecho a denunciar los hechos no de forma inmediata, sino transcurrido un tiempo (incluso años) tras producirse; por otra, la intervención médico-forense precoz permite la recogida y remisión al laboratorio de referencia de las muestras en el contexto de un procedimiento judicial. Esta actuación precoz está también justificada desde un punto de vista técnico, ya que la remisión y posterior procesamiento de las muestras

son necesarios para evitar su degradación y, con ello, poder obtener un resultado óptimo. Por estos motivos, cuando al médico forense le sea comunicada la presencia de una víctima de agresión sexual, tras poner el hecho en conocimiento de la autoridad judicial (si no es esta la que le ha ordenado su intervención), se personará en el centro de referencia para la adecuada atención pericial a la víctima y la oportuna recogida de muestras.

En este sentido, se recomienda que los IMLCF dicten las oportunas instrucciones en sus ámbitos territoriales para este procedimiento, así como que comuniquen a las autoridades judiciales y al Ministerio Fiscal el contenido de las mismas. Es recomendable que las autoridades judiciales y la Fiscalía establezcan directrices o circulares acerca de la idoneidad de incoar estos procedimientos independientemente de la denuncia de la víctima, con el objeto de lograr una mayor seguridad jurídica tanto en la intervención médico-forense como en la obtención y procesamiento de las muestras.

Es frecuente que existan dudas sobre la competencia de un órgano judicial determinado sobre unos hechos que han podido ocurrir en demarcaciones y períodos diferentes a los establecidos para la guardia. Se recomienda establecer criterios a priori sobre la cuestión en el marco de los decanatos o Secretarías de Gobierno. En caso de duda, la competencia corresponderá siempre al órgano judicial que se encuentre de guardia en el lugar y el momento en el que se produce la primera asistencia a la víctima.

Si bien existen otras posibilidades respecto a la comunicación al médico forense, la mayor parte de las actuaciones periciales se inician por comunicación al Juzgado de Guardia, desde el centro sanitario o desde los cuerpos policiales, de una situación de violencia sexual. En estos casos la autoridad judicial, o en su caso el Ministerio Fiscal, acuerdan en las oportunas diligencias la intervención del médico/a forense. En cualquier otro caso, y con el fin de asegurar las pruebas y la constatación de las posibles lesiones, el/la médico/a forense intervendrá conjuntamente con el especialista del sistema de salud, informando convenientemente a la víctima de la idoneidad del reconocimiento médico-legal y de la recogida de muestras para estudio biológico y/o químico-toxicológico, obteniendo su consentimiento para ello. Esta intervención se realizará sin demora y, tal como se ha expuesto, no estará condicionada a la existencia de una denuncia previa, ya que esta podrá ser interpuesta posteriormente.

El/la médico/a forense se asegurará de que la fuerza policial competente para la investigación tenga conocimiento de los hechos, procurando establecer una comunicación adecuada que le permita recabar información de interés para orientar la exploración y la toma de muestras de la forma más adecuada.

## 4. CUESTIONES GENERALES

### 4.1. PRINCIPIOS GENERALES DEL RECONOCIMIENTO/ACTUACIÓN ASISTENCIAL Y PERICIAL CONJUNTA

Es recomendable evitar una duplicidad de exploraciones, por lo que la evaluación asistencial (ginecológica) y la médico-forense se han de realizar conjuntamente en un solo acto, con independencia entre las actuaciones sanitarias y las periciales, pero procurando que no se precisen nuevos reconocimientos (5).

### 4.2. LUGAR DEL RECONOCIMIENTO

Con el fin proporcionar a la víctima los cuidados necesarios, evitar la duplicidad de exploraciones y realizar la toma de muestras de forma precoz en el mejor entorno posible, la atención a las víctimas de violencia sexual se realizará preferentemente en los servicios hospitalarios y de forma coordinada con los facultativos de guardia (ginecólogo y/o pediatra) (17). No obstante, de forma ocasional, también pueden realizarse en las dependencias de los Servicios de Clínica Médico Forense en los IMLCF.

A estos efectos, los centros de referencia deben habilitar espacios adecuados en los que establecer un primer contacto con la víctima de manera privada y reservada.

El lugar en el que se preste la atención debe reunir las características de accesibilidad, equipamiento, seguridad, higiene y privacidad requeridas en este tipo de exploraciones.

### 4.3. RECEPCIÓN

La víctima será recibida de manera apropiada en un espacio adecuado y discreto que garantice su privacidad.

Se debe emplear el tiempo necesario para prepararla, considerando su situación emocional, sus temores e inquietudes, y su pudor respecto al examen genital. Además de promover su tranquilidad, se debe crear un clima de privacidad y confianza, proporcionando un trato comprensivo y facilitando un entorno que propicie la comunicación con la mayor intimidad posible (11).

Se debe estar atento a lo expresado por la víctima con el fin de generarle confianza y seguridad. Las respuestas a sus inquietudes serán oportunas, respetuosas y sensibles. El tono de voz debe ser tranquilo, con un contacto visual culturalmente apropiado. Es preciso escuchar cualquier consideración y apreciación de la víctima, entablando un diálogo que permita exponer de manera razonada y clara cuáles de sus peticiones pueden ser atendidas y cuáles no, por supuesto respetando en todo momento su autonomía para la toma de decisiones. Y todo ello sin hacer presunciones sobre sus necesidades (18).

### 4.4. ACOMPAÑAMIENTO DE LA VÍCTIMA

La presencia de una persona de apoyo a la víctima durante el proceso de evaluación médico-forense debe atenderse tal como dispone la Ley 4/2015, de 27 de abril, del

Estatuto de la Víctima del Delito (19), cuyo artículo 4.c contempla como derecho básico el de ser acompañada por una persona de su elección desde el primer contacto con las autoridades y funcionarios. También el Código de Deontología Médica se refiere a esta cuestión en su artículo 9.3, cuando especifica: «Médico y paciente tienen derecho a la presencia de un acompañante o colaborador cuando el carácter íntimo de la anamnesis o la exploración así lo requieran» (20).

Diferentes guías de actuación recomiendan que en todo momento la víctima esté acompañada por una persona de su confianza, ya sea un familiar o un amigo; se aconseja que se haga así desde el momento inicial, durante la realización de la historia, a lo largo de la exploración y de la recogida de muestras, etc. (1-2).

También puede darse la situación inversa, y la demanda debe ser igualmente respetada, como ocurre en los casos de adolescentes que prefieren que sus padres no estén presentes. En las situaciones en las que la víctima sea menor de 16 años, se deberá obtener el consentimiento explícito de los tutores para proseguir con el examen con otra persona asistente.

En las situaciones en que la víctima se encuentra sola, se le debe ofrecer la posibilidad de contactar con un familiar o amigo que intervenga como apoyo. Si no cuenta en el momento del reconocimiento con una persona de su confianza y, sobre todo, si el examinador es un varón, debe estar presente una acompañante, preferentemente una trabajadora de la salud capacitada (2).

#### **4.5. CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Toda víctima tiene derecho a consentir o rechazar cualquiera o todas las partes de un examen médico-forense sobre violencia sexual y debe ser informada de ello antes de su comienzo, tal como se contempla en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica para cualquier actuación médica (21).

La obtención del consentimiento para el examen y para la divulgación de la información a terceros a través del informe pericial es parte fundamental de la actuación; la vulneración de este requisito puede conllevar una anulación de la prueba e incluso la persecución del médico por violentar, sin su aprobación previa, la intimidad de la víctima (2).

Este consentimiento, como expresión práctica de la autonomía, debe ir precedido en la actividad pericial de una información suficiente, en la que se explicarán todas las partes del examen de manera atenta y delicada, exponiendo de forma detallada cada una de las intervenciones a realizar, ofreciéndole la posibilidad de revocar su aceptación para cada paso, e incluso para aspectos particulares dentro de cada uno de ellos, de tal modo que si en cualquier momento la persona afectada desiste o se niega a una práctica determinada o solicita que se suspenda, se atenderá a su petición.

La importancia de que este consentimiento se preste por escrito reside en que además de quedar reflejado en el propio informe pericial, puede archivarse en el expediente

médico-legal. Del mismo modo, si no se acepta el reconocimiento, bien en su totalidad, o bien en parte, debe hacerse constar.

Los IMLCF deben poner a disposición de sus profesionales un documento de consentimiento informado que incluya de manera independiente cada una de las partes de las que consta una evaluación pericial, incluyendo, al menos, la aceptación de la exploración física, la recogida de muestras para estudios biológicos, la toma de muestras para análisis químico-toxicológicos y la captura de imágenes fotográficas. Este documento estará expresado en un lenguaje comprensible, claro y conciso, que permita a la víctima entender y aceptar el alcance de cada uno de los diferentes apartados de manera individualizada o en su conjunto.

El consentimiento en menores y personas con discapacidad:

El/la médico forense, previamente a la exploración, informará a la víctima o a su representante legal de las actuaciones que se van a llevar a cabo y de la finalidad de las mismas y le solicitará el consentimiento escrito para el reconocimiento médico-forense. Este consentimiento será expreso para la exploración, para la toma de muestras y para la toma de fotografías. Asimismo, se le informará sobre la divulgación, a través de la elaboración del informe pericial, de los datos obtenidos.

En aquellas zonas geográficas que dispongan de servicio de facilitadores se solicitará su presencia para servir de apoyo a la víctima con discapacidad y para establecer una adecuada comunicación con el/la médico forense encargado/a de la evaluación pericial, lo cual permitirá a la persona una mejor comprensión de los diferentes pasos de la exploración y de la toma de muestras.

En el caso de menores que no sean capaces intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención y en el de personas con discapacidad que lo precisen el consentimiento será firmado por el representante legal. De existir duda o discrepancia, la situación se pondrá en conocimiento de la autoridad judicial a los efectos de que se adopte la decisión correspondiente en salvaguarda del mejor interés del menor o de la persona con discapacidad (22).

De tratarse de menores de 16 años, el Código de Deontología Médica especifica en su artículo 14 que su opinión será más o menos determinante según su madurez(20).

#### **4.6. PRESENCIA DE CUERPOS POLICIALES DURANTE LA ENTREVISTA Y EXPLORACIÓN DE LA VÍCTIMA**

A efectos de disminuir la victimización secundaria derivada de la reiteración del relato por parte de la víctima, se debe valorar, según el caso, la presencia de los cuerpos policiales que asumirán la investigación en la fase de recogida de los datos generales relacionados con los hechos. Posteriormente, al tiempo de recabar información médica sobre antecedentes ginecológicos y sobre el suceso concreto, la debida confidencialidad del acto médico obliga a prescindir de la presencia de la fuerza instructora durante esa parte de la entrevista.

Por esta misma razón, y considerando que las exploraciones a las víctimas de violencia sexual afectan a las esferas más íntimas de su persona, las fuerzas policiales no deben estar presentes durante el examen médico (1).

#### **4.7. TOMA Y USO DE FOTOGRAFÍAS Y VÍDEO**

La idoneidad del registro de imágenes como método descriptivo de las lesiones resulta evidente, si bien debe tenerse siempre en cuenta que la captura de imágenes de algunas áreas corporales resulta incómoda y vergonzante (11).

Antes de comenzar las tomas fotográficas, debe recabarse el consentimiento por escrito, que solo se podrá solicitar una vez que la víctima haya sido informada acerca de cómo y por qué se tomarán las fotografías, del objeto de cada toma y de las lesiones o evidencias que se pretenden fijar. Se expondrá también que las imágenes podrían ser mostradas en un procedimiento judicial, en caso de ser requerido para ello, a través del informe médico-forense, y que incluso la parte contraria tendrá acceso a ellas (2,18). Se debe permitir que la víctima decida de manera individualizada sobre cada una de las instantáneas capturadas, mostrándole la imagen una vez obtenida para recabar su conformidad respecto a su almacenamiento y posible inclusión en el informe.

Se deben adoptar medidas que impidan la identificación (cubrir el rostro, los ojos, etc.).

Las fotografías no deben ser utilizadas para interpretar hallazgos sutiles o no específicos, y no puede servir nunca para diagnosticar con fiabilidad lesiones no observadas directamente por los examinadores.

## **5. INTERVENCIÓN MÉDICO-FORENSE**

### **5.1. RECOGIDA DE DATOS. ANAMNESIS**

La entrevista forense es parte fundamental en la valoración pericial de las víctimas de violencia sexual puesto que de ella se van a desprender los datos que orienten la exploración y la recogida de muestras.

Se debe procurar la mayor comodidad física y mental de la persona, lo cual ayudará a la obtención de la historia; esto puede conseguirse dando un enfoque empático a la actuación de todos los intervinientes. Para ello se proporcionará una atmósfera privada, cómoda y relajada, en la que se tratará de buscar la cooperación de la víctima construyendo confianza y confidencia.

Se deben extremar las precauciones con el lenguaje corporal propio, evitando preguntas comprometidas, el cuestionamiento del testimonio, expresiones insensibles y frases o palabras ambiguas, y siempre sin forzar a la mujer a responder si no lo desea (5).

Las primeras preguntas no deben abordar directamente la agresión: resulta útil crear un clima mínimo de confianza en el que inicialmente se aborden cuestiones puramente objetivas (identificación), médicas (historia clínica general) y ginecológicas (historia

ginecológica general) (23). Se recogerán los datos de filiación de la víctima, DNI, edad, sexo, dirección y teléfono. Se preguntará por los antecedentes médicos generales, enfermedades físicas o psíquicas que padezca y tratamientos farmacológicos que se deban tener en cuenta para la valoración del caso.

Posteriormente se plantearán cuestiones relacionadas con los antecedentes obstétrico-ginecológicos: menarquia, FUR, gestaciones, procesos patológicos, última relación sexual consentida (especificando de ser posible cuándo y con quién). A continuación, se pedirá a la víctima que cuente lo sucedido con sus propios términos, sin interrumpirla mientras describe los hechos. Se debe ser paciente para permitirle su exposición durante el tiempo que necesite. No se debe insistir en que cuente aspectos que no desea, reconociendo su derecho a controlar la extensión de la información que desea compartir (1). Se procurará recabar información sobre los hechos, lugar, hora, agresor o número de agresores; descripción de la agresión o el abuso, del contacto físico y del uso de violencia, del uso de armas u otros sistemas de retención; si hubo penetración y vía, lugar de eyaculación, si el agresor utilizó preservativo; conductas posteriores a los hechos —si se ha lavado, si ha comido o bebido, orinado, si se ha cambiado de ropa o si ha mantenido relaciones sexuales con posterioridad a los hechos...— todo ello con la finalidad de dirigir la exploración, la toma de muestras y la interpretación de los hallazgos. Si se sospecha contacto con tóxicos se recabará información sobre posibles sustancias, vías de entrada, hora de la exposición, y si las ha tomado de forma voluntaria o le han sido administradas subrepticamente.

En el caso de menores, se solicitará esta información a la persona que manifiesta la sospecha del abuso o la agresión sexual. Conviene crear un clima de confianza y seguridad, se evitarán preguntas directas, se prestará atención al relato espontáneo y será importante observar la actitud, los gestos y la conducta del menor.

## **5.2. EXAMEN FÍSICO**

Se debe estar atento a lo expresado por la víctima con el fin de generarle tranquilidad, propiciando su confianza y seguridad. Se ha de considerar su situación emocional, sus temores e inquietudes y el pudor que puede sentir con respecto al examen, especialmente del área genital; por ello se dedicará el tiempo necesario para prepararla.

Se debe explicar detalladamente cada paso, invirtiendo el tiempo necesario en la descripción de los procedimientos y sus opciones, mostrando los instrumentos que se van a emplear y los materiales de recolección, proporcionando información sobre ellos (24).

Se advertirá siempre sobre dónde y cuándo habrá contacto físico.

La víctima debe tener la posibilidad de determinar el ritmo de la exploración y de rechazar cualquiera de sus fases. Los deseos de la víctima, su seguridad y su bienestar deben ser siempre respetados.

El examen físico debe comenzar en la zona extragenital, continuar con la paragenital y finalizar con la genital. La guía de la OMS (2) recomienda iniciar el reconocimiento por



las manos, con lo que se puede ir estableciendo una relación de confianza entre el examinador y la víctima.

Se debe tener en cuenta el pudor de la persona explorada, cubriendo su cuerpo y exponiendo solamente la parte a ser examinada en cada momento, de tal modo que no esté nunca completamente desnuda: primero se examinará la mitad superior de su organismo y una vez cubierta, la mitad inferior, momento en el que se efectuará el examen ginecológico y, en su caso, el anorrectal (25).

Se realizará en diferentes fases:

1. Exploración de la superficie corporal extragenital. Debe ser completa, inspeccionando la cabeza, el rostro y las regiones retroauriculares, zonas de defensa y resistencia como antebrazos, las superficies de apoyo, la boca y los dientes, y también el cuello y las mamas como zonas típicas en las que pueden aparecer sugilaciones. Pueden buscarse signos de contusiones, abrasiones, laceraciones, de retención en muñecas y tobillos, de separación en rodillas, muslos y brazos...
2. Exploración paragenital. Se inspeccionará la porción inferior de la pared abdominal, la región interna de los muslos y la región glútea.
3. Exploración genito-anal. La posición para el examen genito-anal puede variar en razón de diferentes características, siendo la más habitual la posición de litotomía o ginecológica. Se explorarán genitales externos e internos y región anal, preferentemente con ayuda de técnicas complementarias de aumento o de tinción de lesiones. Se describirá el estado del himen —elasticidad, desgarrros, características especiales, etc.—. Se explorará el estado del esfínter anal, su tono, posibles alteraciones patológicas y traumáticas. Las lesiones se detallarán utilizando los patrones estándar (26) comúnmente aceptados según el acrónimo inglés TEARS que se corresponde con: desgarrro, equimosis, abrasión, eritema, inflamación.

### **5.3. TOMA DE MUESTRAS**

El/la médico forense decidirá en cada caso, de forma individualizada, qué tipo de muestras debe tomar y lo hará según el relato de los hechos, los hallazgos en la exploración y el tiempo transcurrido, siempre de acuerdo con el consentimiento informado otorgado por la víctima y en base a 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 (27).

Las muestras deben ir acompañadas de un formulario estandarizado de recogida de datos, que debe incluir:

- Datos de la víctima. Edad, sexo, relaciones sexuales previas o posteriores a los hechos, si se ha lavado tras la agresión, etc.

- Datos de la agresión. Lugar, fecha y hora, tipo de agresión, número de agresores, relación con el agresor, antecedentes de consumo de sustancias, etc.
- Fecha y hora de toma de las muestras
- Relación detallada de las muestras que se recogen y el tipo de análisis que se solicita en cada una de ellas, incluyendo la cadena de custodia.
- Identificación del profesional que las haya recogido o supervisado.

### **5.3.1. Muestras para estudios biológico-genéticos**

#### *5.3.1.1. Condiciones generales de la toma de muestras*

La toma de muestras para detección de posibles restos biológicos del agresor debe realizarse lo antes posible.

Para la recogida y custodia se seguirán criterios de protección por parte del personal responsable de la toma, que eviten y minimicen la posibilidad de contaminación accidental de las muestras con ADN exógeno. Para ello se adoptarán las siguientes medidas:

- Se emplearán siempre mascarilla y guantes dobles, cambiando los externos cuando se muestreen diferentes regiones anatómicas (28).
- Se evitará hablar o estornudar durante la recogida y envasado de las muestras.
- Se empleará bata u otro tipo de ropa protectora.

Si bien los mejores resultados se obtienen cuando la recogida se realiza en las primeras 72 horas, se recomienda que la toma vaginal se lleve a cabo hasta transcurridos 7-10 días independientemente de las actividades de la víctima posteriores a la agresión (ducharse, orinar, nadar, tener relaciones sexuales, comer o beber) (18,28).

En la boca el plazo de toma de muestras será hasta 48 horas tras el incidente y en canal ano-rectal y superficie corporal hasta 72 horas (28).

La recogida de las muestras debe seguir un orden con el fin de evitar contaminaciones de una zona a otra. La toma de muestras de genitales externos debe realizarse antes de la exploración digital o con espéculo. Las muestras se recogerán por orden desde la zona más exterior hacia el interior: región anal y rectal, y después vulva, vagina y cérvix.

No deben introducirse en ningún orificio hisopos con ejes de madera (28).

La toma de muestras se hará de manera síncrona durante el examen físico, siguiendo las indicaciones de la Orden JUS/1291/2010 (27) y de acuerdo con los datos obtenidos en la anamnesis, los hallazgos que se vayan obteniendo, y siempre con el consentimiento de la víctima. Estos factores determinarán las zonas corporales susceptibles de la obtención de muestras con fines médico-forenses, así como los posteriores análisis a realizar sobre estas.

Se procurará en todo momento recoger muestras de semen, saliva, sangre, pelos u otras que pudieran estar presentes en el cuerpo y en las prendas de la víctima.

Se procederá a la toma de las siguientes muestras (tabla 1):

Muestras dubitadas

1. **Tomas bucales para búsqueda de semen.** Se recogerán los posibles restos de semen con dos hisopos estériles que se pasarán con cuidado y, sin frotar en exceso, por debajo de la lengua, alrededor de las encías, de los dientes y por el paladar. Se introducirán en cajas de cartón específicas para hisopos o tubos específicos para ellos. Esta es la primera toma que debe realizarse, ya que en la boca los restos de semen desaparecen con cierta celeridad. Posteriormente se recogerá un enjuague bucal (que debe ser enérgico) con suero fisiológico que se depositará en un tubo o bote estéril para análisis.
2. **Superficie corporal.** Se deben buscar manchas de saliva, sangre o semen, mordeduras, sugilaciones o similares, que deben recogerse con hisopos estériles según se describe en el artículo 34, puntos 1 y 2 de la Orden JUS/1291/2010. Los hisopos se deben tomar de cada zona por duplicado; en el caso de que sea necesario aplicar un hisopo húmedo, sobre la misma superficie se usará posteriormente uno seco, con el fin de obtener el residuo restante. Cuando sea necesario, el hisopo se humedecerá solo con una o dos gotas de agua destilada o suero fisiológico para evitar la sobresaturación y dilución de la muestra.
3. **Tomas anales y del margen anal.** Deben ser obtenidas limpiando con dos hisopos estériles humedecidos el margen anal, empleando otros dos hisopos humedecidos para el conducto anorrectal. No enviar heces.
4. **Peinado de vello púbico y recogida de pelos dubitados.** Mediante peinado suave para no arrancar pelos de la víctima, sobre un papel blanco, enviándose tanto el peine como el papel sobre el que se ha realizado el peinado.
5. **Tomas vaginales, cervicales y de genitales externos.** Se deben obtener con dos hisopos estériles humedecidos para la región vulvar, dos hisopos secos limpiando la cavidad vaginal y dos más, secos, para el cuello uterino. La toma de los hisopos deberá realizarse de la zona exterior a la interior, primero la vulva, después la cavidad vaginal y por último el cuello uterino para no arrastrar hacia el interior los posibles restos o que estos queden adheridos al eje del hisopo y no al absorbente del mismo. Esta toma deberá realizarse antes del lavado vaginal. Los hisopos se introducirán en cajas de cartón o tubos específicos para ellos.

6. **Lavado vaginal.** Se lleva a cabo después de la toma con hisopos, para lo cual se utilizarán unos 10 ml de suero fisiológico estéril que se recogerá en un tubo o frasco de plástico.
7. **Uñas (recortes o hisopos).** Se cortará el borde superior de las uñas. Se deben enviar dos sobres pequeños, uno con las uñas de la mano derecha y otro con las de la izquierda. Si no se pueden recortar, se limpiarán con hisopos estériles.
8. **Ropas de la víctima en el momento de la agresión.** Deberán envolverse cada una por separado en papel, e introducirse en bolsas de papel independientes. Se aconseja recoger y enviar la ropa interior (braga y sujetador) y las prendas de vestir que se consideren de interés (en caso, por ejemplo, de una posible eyaculación exterior).

Muestras indubitadas:

1. **Hisopos bucales.** Dos hisopos bucales obtenidos 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.

En caso de sospecha de penetración oral se debe utilizar como muestra la sangre venosa.

2. **Sangre venosa.** Se deben recoger unos 2-5 ml. en un tubo con anticoagulante tipo EDTA.

Si se requiere sangre para realizar otro tipo de análisis (serológico, toxicológico etc.), se deben recoger muestras adicionales.

Otras muestras de interés forense. Muestras del supuesto agresor. En este caso es preceptivo el consentimiento informado para la introducción de su perfil genético en las bases de ADN, para lo que se recomienda el uso de los formularios elaborados al efecto por la CNUFADN.

Por su parte, los facultativos asistenciales recogerán las muestras establecidas para la detección y prevención de infecciones, diagnóstico de embarazo, etc. e instaurarán las medidas profilácticas y terapéuticas que estimen convenientes.

#### *5.3.1.2. Kits de Agresión Sexual*

En la atención a las víctimas de violencia sexual se recomienda el empleo de kits de agresión sexual (KAS) específicamente diseñados para la recogida de indicios en este tipo de delitos, ya que permiten adaptarse a las normas de la recogida y remisión de muestras y mejoran la calidad del proceso asegurando su trazabilidad. En España, la Orden JUS/1291/2010 en su artículo 35 sobre «Identificación de indicios biológicos en casos de agresión sexual», aconseja el uso del KAS del INTCF.

En los últimos años, el desarrollo de la tecnología de los materiales, de los métodos de laboratorio y de aspectos ético-legales en la recogida de muestras en casos de violencia

sexual ha experimentado un gran impulso, especialmente en todo lo relativo a la obtención y tratamiento del ADN y a la inclusión de perfiles genéticos en las bases de datos forenses. Estos avances tecnológicos y ético-legales hasta ahora no han sido incorporados de forma generalizada en las actuaciones forenses sobre los delitos contra la libertad sexual. Con los objetivos de mejorar la calidad y la estandarización a nivel nacional de la recogida, conservación, envío e investigación de indicios biológicos en las víctimas de delitos contra la libertad sexual, los KAS han de incorporar esos avances tecnológicos y ético-legales. La inclusión de nuevos kits de recogida de muestras y la estandarización de todo el proceso, desde la recogida de la muestra hasta su tratamiento en el laboratorio, permitirá mejorar la calidad del proceso y facilitará la obtención de vestigios biológicos y perfiles genéticos, aun con muestras que contienen cantidades críticas o trazas de ADN humano o con ADN degradado.

En conjunto, los KAS, siguiendo la referencia del INTCF, han de incorporar como principales elementos los siguientes:

1. **Hisopos de nylon** para la recogida de muestras biológicas. Hasta la fecha los hisopos tradicionales son de fibras de algodón. En los últimos años se han desarrollado nuevos hisopos, con fibras cortas de nylon que se encuentran dispuestas en forma perpendicular. Estos nuevos hisopos presentan mejor rendimiento que los tradicionales porque son más eficientes en la recogida de indicios, ya que la muestra se adhiere a su superficie en vez de absorberse. Tienen más superficie de fibras; facilitan su conservación puesto que pueden mantenerse a temperatura ambiente sin necesidad de refrigeración y mejoran su tratamiento en el laboratorio ya que hacen más eficiente el proceso de elución. Esta tecnología se denomina Floq.
2. **Material que cumpla con la norma ISO 18385**, conocido como material libre de ADN humano. El objetivo de esta norma y del material que la cumple es el de minimizar el riesgo de contaminación por ADN humano durante el proceso de fabricación de los productos utilizados para recoger, almacenar y analizar material biológico con fines forenses.
3. **Material para la recogida de muestra de referencia de los investigados y la víctima**. La recogida de una muestra del investigado y de la víctima es necesaria para el análisis comparativo de ADN.
4. **Formularios de consentimiento informado para la recogida de muestras**. Desde la entrada en funcionamiento de la Comisión Nacional para el Uso Forense del ADN (CNUFADN), tras la publicación de la Ley Orgánica 10/2007, de 8 de octubre, reguladora de la base de datos policial sobre identificadores obtenidos a partir del ADN (29), se ha venido avanzando en su seno en aquellos aspectos éticos y legales que deben cumplirse en los supuestos en que se hayan de recoger muestras biológicas para la obtención de perfiles genéticos, destacando la elaboración de documentos de consentimiento informado.

Con base en lo anterior, cada IMLCF, bien de manera autónoma o con la colaboración del INTCF dispondrá de sus propios KAS, que contendrán, al menos, los elementos expuestos, siendo recomendables que además estén dotados de:

- Cortauñas, sobre y papel para la recogida de uñas.
- Peine, papel y sobre para la recogida de pelos.
- Ampollas de suero fisiológico/agua estéril.
- Tubos para recogida de muestras de sangre.
- Tubos/frascos para recogida de fluidos (orina, lavado vaginal...).
- Bolsas de papel para ropa, de diferentes tamaños.
- Testigos métricos.
- Además, pueden contener elementos de protección como batas, guantes, mascarillas, sábanillas, gasas estériles, etc., aunque resulta probable que se disponga de ellos en los centros asistenciales donde deben ser reconocidas las víctimas.

Finalmente, se recomienda la inclusión de ropa interior desechable para el caso de que sea necesaria la recogida de la que porta la víctima en el momento de la evaluación.

### **5.3.2. Muestras para estudios químico-toxicológicos**

En nuestro país el estudio prospectivo de la ciudad de Barcelona mostró que en el 30,7 % de los casos de agresión sexual estaban involucradas sustancias psicoactivas (13). Estas sustancias pueden ser administradas de forma subrepticia (sumisión química [SQ]) o bien, puede tratarse de casos en los que la agresión sexual se comete sobre víctimas cuyas capacidades se hallan disminuidas por el consumo voluntario de alcohol, drogas, o medicamentos (vulnerabilidad química [VQ]). Por ello, reciben la denominación conjunta de Sumisión y/o Vulnerabilidad Química (SVQ) ya que, en cualquier caso, la respuesta tanto clínica como forense ante su sospecha debe ser siempre protocolizada y multidisciplinar. Por este motivo, se han desarrollado algunos protocolos específicos para la respuesta forense frente a agresiones sexuales en el contexto de sospecha de SVQ (SSVQ), como el del Ministerio de Justicia (30), o el de Cataluña (31).

Ante la sospecha de una agresión sexual en un contexto de SSVQ, debe documentarse la sintomatología referida y su curso, incluyendo la persistencia o no de los síntomas en el momento de la exploración. La tabla 2 incluye una lista de síntomas asociados a la SSVQ.

Es preciso documentar el consumo voluntario de alcohol, de drogas y de medicamentos, y se ha de preguntar expresamente por el uso de medicamentos sin receta y de medicamentos no psicoactivos. También es preciso documentar si se ha tomado o administrado en el servicio de urgencias medicación psicoactiva (típicamente, ansiolítica) a raíz de los hechos y antes de la toma de muestras (31).

TABLA 2. SÍNTOMAS ASOCIADOS A SSVQ

1.	Amnesia completa (es decir, «en bloque»).
2.	Amnesia parcial (fragmentaria).
3.	Parálisis sin pérdida de conocimiento.
4.	Pérdida de conocimiento o «desmayo».
5.	Habla pastosa.
6.	Alteraciones visuales.
7.	Somnolencia.
8.	Confusión.
9.	Resaca desproporcionada o síntomas no consistentes con el consumo recordado.
10.	Desinhibición.
11.	Agitación o alucinaciones ( <i>delirium</i> ).
12.	Alteración del juicio.
13.	Mareo o vértigo.
14.	Alteraciones de la motricidad o del equilibrio.
15.	Náuseas o vómitos.
16.	Le han explicado que se comportaba de una manera inhabitual.

Fuente: Xifró et al., 2012

Los motivos de consulta por una posible agresión sexual se encuentran en la tabla 3.

TABLA 3. SOSPECHA DE VIOLENCIA SEXUAL

1.	Recuerda haber sido víctima de una agresión sexual.
2.	Tiene la sensación que ha sucedido alguna cosa de naturaleza sexual.
3.	Se ha despertado desnuda o con la ropa desarreglada.
4.	Ha encontrado fluidos (p. ej., semen) u objetos (p. ej., preservativo) inexplicados.
5.	Ha presentado lesiones o alteraciones inexplicadas a nivel oral, anal o genital.
6.	Ha presentado lesiones inexplicadas (p. ej., erosiones o equimosis).
7.	Se ha despertado con un desconocido al lado o en un lugar extraño o inexplicado.
8.	Le han explicado que se encontraba en una situación extraña o comprometedor.

Fuente: Xifró et al., 2013, basada en Du Mont et al., 2009

Con carácter general no se recomienda la realización de pruebas toxicológicas de rutina, estando limitada la toma de muestras a la existencia de signos de intoxicación por drogas y/o alcohol o cuando la víctima refiere la ingestión de sustancias o describe síntomas, como sucede en las siguientes situaciones (1,31):

- Estado de inconsciencia.
- Signos vitales anormales.
- Informes o historia de ingestión de drogas o alcohol.
- Signos de pérdida de memoria, alteraciones del juicio, confusión, somnolencia, mareos, hipotensión...
- Discapacidad de sus habilidades motoras.
- Descripción de pérdida de conciencia, alteraciones del sensorio, deterioro de la memoria.
- Náuseas, vómitos, diarreas.

En estos casos se tendrá en cuenta que la permanencia del tóxico en el organismo está sometida a múltiples factores relacionados con la sustancia y con la propia persona.

Se tomarán muestras de (27-28):

- Sangre: Se obtendrá en el plazo de las primeras 48 horas tras la presunta agresión. Se remitirá al laboratorio sangre venosa periférica en dos tubos de 5 ml debidamente etiquetados, preferiblemente uno con conservante (fluoruro sódico) y oxalato potásico como anticoagulante y el otro tubo con EDTA, ácido edético. Llenos ambos, evitando dejar cámara de aire. Se conservarán y enviarán en condiciones de refrigeración al laboratorio (2-8°C).
- Orina: Es la muestra de elección. Se obtendrá siempre que no se superen los 5 días tras la presunta agresión. Se remitirá al laboratorio toda la que se pueda en un frasco debidamente etiquetado. Se conservará refrigerada y en caso de que su análisis se demore (más de 24 horas) es preferible congelar.
- Pelo: Se realizará su toma en aquellos casos en los que la presunta agresión se haya denunciado con mucho retraso (superior cinco días) o se sospeche que el tóxico ya no pudiera estar presente en sangre y orina. La toma se realizará trascurridas 4 - 6 semanas después del suceso. Se recogerá mechón cortado de la zona occipital y lo más próximo al cuero cabelludo de un grosor de 7 mm de diámetro. Se colocará fijado sobre un trozo de papel señalando el extremo proximal a la raíz y el extremo distal. Se conservará y enviará a temperatura ambiente.

Hay que tener presente que las primeras muestras de sangre y, muy en particular la de orina, obtenidas por el centro sanitario de referencia, al margen de su utilidad clínica son muy relevantes desde el punto de vista toxicológico, revistiendo este hecho una gran importancia por ser susceptibles de constituir una prueba. Por ello, debe procurarse su recuperación y su puesta bajo el cuidado del médico/a forense actuante quien lo hará constar a efectos de cadena de custodia.



La tabla 4 recoge los plazos y tipos de muestra a recoger según la sustancia a investigar. Todas las muestras recogidas se introducirán en envases etiquetados y sellados. En la etiqueta se hará constar el tipo de muestra, fecha y hora de recogida, el nombre de la víctima y los datos del procedimiento judicial.

### **5.3.3. Muestras para estudios microbiológicos**

La posibilidad de contraer una infección de transmisión sexual (ITS), conocida como ETS, a partir del agresor suele ser una preocupación en las víctimas de violencia sexual. Por este motivo, el estudio de las ITS debe abordarse a nivel asistencial conjuntamente con el examen médico-forense (1).

Aunque puede darse el caso de que la víctima hubiese adquirido la ITS antes de la agresión, existen situaciones en las que estos análisis tienen trascendencia médico-legal: a modo de ejemplo, esto puede ocurrir cuando la amenaza de la transmisión o la transmisión real de una ITS se considera un elemento del delito; además, en niños y también en adultos no sexualmente activos, un resultado inicial negativo para ITS en el momento de los hechos seguido de la aparición de una ITS puede ser usado como evidencia si el sospechoso también la presentaba. En todos los casos se deberá garantizar la confidencialidad en lo que se refiere a la historia de ITS de la víctima (32-33).

En la tabla 5 se describen detalladamente el proceso de toma de muestra y los análisis a realizar tanto en niños como adolescentes y adultos.

### **5.4. EMPAQUETADO, CADENA DE CUSTODIA, DOCUMENTACIÓN**

Cualquier muestra tomada a partir de la víctima, incluso aquellas destinadas a la investigación de infecciones de transmisión sexual, podrá ser utilizada 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 debe quedar reflejada en un documento de cadena de custodia que garantice la trazabilidad de estas y de los análisis que de ellas se deriven. En el caso de las muestras clínicas, se recomendará que estas actuaciones queden recogidas en la Historia Clínica, como documento oficial que permitirá, en caso necesario, comprobar la trazabilidad.

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

En el momento de envasar las muestras, es importante seguir estos principios:

- Cada muestra se debe envasar individualmente.
- En el envase primario se consignará el tipo de muestra, sujeto de procedencia, y número de procedimiento. Con el fin de garantizar la cadena de custodia, todos los envases irán sellados y etiquetados con fecha y hora de la toma de la muestra.
- Todos los envases deben quedar perfectamente identificados y precintados.
- Las muestras indubitadas de la víctima se dispondrán en paquetes o sobres diferentes de los que contendrán las muestras dubitadas para estudios genéticos.

Para evitar o minimizar la contaminación de las muestras producida por microorganismos que actúan favorecidos por la humedad y las altas temperaturas, se aconseja:

- Dejar secar las muestras a temperatura ambiente en un lugar protegido, antes de su envasado, salvo que se utilicen dispositivos de recogida con sistemas de auto secado.
- Empaquetar en envases de papel o cajas de cartón, evitando el plástico si no lleva incorporado un sistema de auto secado. De no estar dotado de este sistema, se procurará una transferencia rápida al envase adecuado, con las debidas medidas de protección.
- Los indicios líquidos o húmedos son especialmente vulnerables a la degradación del ADN, que se puede producir en pocas horas. Para evitar esta circunstancia es necesario empaquetar adecuadamente cada muestra. Los indicios líquidos (lavados, sangre, orina) se deben mantener y remitir refrigerados.

Para la remisión al laboratorio forense es necesario acompañarlas de un formulario estandarizado que incluya entre otros datos la relación detallada de las muestras enviadas y la cadena de custodia, tal como se recoge en el punto 5.3.

En los casos en que los cuerpos policiales aporten al IMLCF prendas de la víctima u otro tipo de ropa o enseres, estos elementos serán recepcionados y registrados como paso previo a su análisis o remisión al laboratorio forense en las mismas condiciones contempladas en los párrafos anteriores.

## **5.5. VALORACIÓN DEL ESTADO PSÍQUICO**

En todos los casos de violencia sexual resulta recomendable la realización de una valoración psíquica preliminar atendiendo fundamentalmente al estudio de sus áreas emocional, mnésica, psicomotriz, del lenguaje, valorando asimismo posibles signos de intoxicación que hubiesen podido determinar una situación de vulnerabilidad.

## 6. ANÁLISIS BIOLÓGICOS, TOXICOLÓGICOS Y MICROBIOLÓGICOS

### 6.1. LABORATORIOS FORENSES

Los análisis con fines forenses a realizar en el curso de la investigación de un delito contra la libertad e indemnidad sexual deben realizarse en centros especializados en tales tareas, que cumplan criterios de calidad norma ISO 17025 y con personal con experiencia documentada. Además, las muestras o vestigios que deban ser objeto de análisis biológicos en el ámbito de la Ley Orgánica 10/2007, de 8 de octubre, reguladora de la base de datos policial sobre identificadores obtenidos a partir del ADN, deben remitirse a laboratorios acreditados dentro del ámbito forense, por así exigirlo el art. 5 de dicha ley: «Solo podrán realizar análisis del ADN para identificación genética en los casos contemplados en esta ley los laboratorios acreditados a tal fin por la Comisión Nacional para el Uso Forense del ADN (CNUFADN) que superen los controles periódicos de calidad a que deban someterse».

Tras el estudio de la documentación presentada por los distintos laboratorios, anualmente, la CNUFADN publica en su página web<sup>2</sup> el listado de aquellos que cumplen con el acuerdo de la CNUFADN, ya que además de participar en los controles oficiales del GHEP o GEDNAP, tienen el certificado de acreditación ENAC en vigor.

Ante la sospecha de que el delito contra la libertad e indemnidad sexual se haya producido en un contexto de SSVQ es necesario que las muestras para análisis toxicológico sean enviadas a un laboratorio que esté dotado de tecnología analítica adecuada, específica y sensible, que le permita el análisis de una amplia lista de sustancias psicoactivas en concentraciones muy bajas, empleando métodos analíticos validados que alcancen los límites de detección establecidos por los organismos de referencia (SOFT, UNODC), cumpliendo los criterios de calidad establecidos en la norma ISO 17025.

Los análisis microbiológicos destinados a la investigación de ITS en el contexto de un delito contra la libertad e indemnidad sexual se realizan habitualmente en laboratorios de microbiología clínica, bien hospitalarios o de atención primaria, menos frecuentemente en centros especializados dedicados al diagnóstico de ITS y solo excepcionalmente en laboratorios forenses. No obstante, como hemos señalado existe la posibilidad de que estos análisis puedan tener transcendencia médico-legal.

### 6.2. TIPOS DE ANÁLISIS

#### 6.2.1. Análisis biológicos

Los análisis biológicos que se realizan en el laboratorio van dirigidos a la detección de indicios (semen, saliva, sangre, células epiteliales...) y al posterior análisis de individualización genética, cuando sea pertinente. Estos análisis podrían determinar de

---

2 <https://www.mjusticia.gob.es/es/ministerio/organismos-entidades/instituto-nacional/comision-nacional-para-forense/comision-tecnica-permanente>

quien proceden los restos biológicos detectados, bien mediante comparación genética con las muestras indubitadas de interés en el caso (víctima y/o posible/s agresor/es, dependiendo del origen de la muestra dubitada), o bien mediante cotejo en la base de datos de ADN (regulada en la LO 10/2007), y, por tanto, pueden ser presentados como pruebas de convicción con fines judiciales. Cabe recordar que los análisis de identificación genética no aportan información sobre el mecanismo por el que han sido depositados los restos biológicos detectados ni cuándo.

La identificación del tipo de vestigio biológico (semen y otros indicios como saliva y sangre fundamentalmente) en la investigación de agresiones sexuales y delitos contra la indemnidad sexual se realiza mediante técnicas microscópicas, bioquímicas e inmunológicas de fácil ejecución y de bajo coste, lo que permite obtener con rapidez un informe preliminar sobre las posibilidades de continuar o no con los análisis genéticos. Tras este análisis las muestras dubitadas de interés son analizadas para intentar obtener un perfil de ADN (STR autosómicos y/o STR específicos del cromosoma Y, y en determinados casos las regiones de control HV1 y HV2 del ADN mitocondrial) con el fin de realizar el análisis genético comparativo con los investigados, o bien en la base de datos de ADN.

Hoy en día, las técnicas de ADN permiten obtener un perfil genético a partir de un vestigio que pudiera haber dejado el autor de un delito (muestra dubitada), pudiendo convertirse en una prueba esencial al contrastarlo con el perfil genético del sospechoso (muestra indubitada). El desarrollo de las bases de datos de ADN ha ampliado el campo de investigación, al permitir no solo la comparación de una muestra dubitada de ADN con el ADN del sospechoso (cotejo directo o de uno contra uno), sino la comparación de la muestra o muestras dubitadas con los perfiles genéticos de investigados o condenados que han sido registrados con todas las garantías legales en una base de datos (cotejo de varios contra varios), permitiendo la resolución de casos en los que no existen, a priori, indicios de criminalidad contra determinada persona. No obstante, a efectos de agilidad en el proceso de comparación, es preferible un cotejo directo con un presunto agresor si fuera posible obtener muestra del mismo.

### **6.2.2. Análisis químico-toxicológicos**

Los análisis toxicológicos en estos delitos van encaminados a la detección de sustancias psicoactivas que hayan podido causar una disminución o merma de la consciencia o de la capacidad de consentir de la víctima, facilitando la comisión del delito por el agresor.

Las sustancias químicas que se emplean en modo de administración subrepticia suelen ser sustancias sin propiedades organolépticas (son insípidas, incoloras e inodoras), de acción rápida y corta duración y activas a bajas dosis. Los efectos que se buscan con el empleo de estas sustancias son básicamente sedación, amnesia anterógrada, efectos alucinógenos o desinhibición.

Al tener una acción rápida y corta duración son rápidamente eliminadas del organismo y, por tanto, el paso de tiempo, la demora, en recoger las muestras biológicas con fines

toxicológicos es inversamente proporcional a la posibilidad de detectar las sustancias habitualmente implicadas en los casos de SSVQ. De ahí la importancia de obtener y procesar la primera orina obtenida de la víctima.

El análisis toxicológico tiene que ir orientado a la determinación tanto de sustancias volátiles con bajo peso molecular, entre las que se podrían incluir el alcohol etílico, inhalantes, nitritos..., así como de sustancias químicas no volátiles que incluirían tanto drogas como fármacos y sus correspondientes metabolitos.

### **6.2.3. Análisis microbiológicos**

Los análisis microbiológicos van dirigidos a la investigación de patógenos responsables de ITS, tanto bacterias como virus y, menos frecuentemente, de parásitos. La mayoría de estos microorganismos causan una infección genital o faríngea (en el caso de contacto de la mucosa oral de la víctima con la genital del agresor), por lo que el tipo de muestras que se analice estará condicionado por el mecanismo de la agresión sexual; así pues, ante la sospecha de ITS, se recogerán muestras de genitales internos, de genitales externos cuando se vean lesiones o úlceras y también faríngeas. Además, algunos de estos microorganismos pueden provocar infecciones extragenitales (virus de la hepatitis B y C, virus de inmunodeficiencia humana y sífilis, principalmente). Por esta razón debe recogerse también suero para estudios serológicos, que se tomará en el momento de los hechos y transcurridos 15 días desde entonces para valorar una posible seroconversión. Por último, en el examen físico—y teniendo en cuenta las particularidades de la agresión— se podrá chequear la presencia del parásito *Pthirus pubis* tanto en pestañas como en genitales. El tipo de muestras a recoger y los análisis a realizar se recogen en la tabla 5.

Como ya se ha indicado, en todos los casos, en la muestra de suero se realizará la determinación de HIV, HVB, HVC y sífilis (33).

## **6.3. COMUNICACIÓN DE RESULTADOS**

Los resultados analíticos obtenidos se comunicarán mediante la emisión de un dictamen pericial a la unidad judicial correspondiente, con copia al IMLCF de referencia.

Con respecto a la elaboración de los informes periciales en genética forense y la expresión de resultados, la CNUFADN ha emitido recomendaciones que incluyen los siguientes aspectos:

- Recomendaciones y estándares internacionales tanto de los organismos de acreditación como de las sociedades internacionales de genética forense.
- Estructura y formato del informe pericial.
- Expresión de los resultados (análisis preliminares y análisis genéticos).
- Evaluación de los resultados (análisis preliminares, evaluación de coincidencias en investigación criminal, evaluación de coincidencias en base de datos de ADN).

Con respecto a los estándares científicos para la interpretación de la prueba de ADN (STR autosómicos, STR de cromosoma Y, y ADN mitocondrial) la CNUFADN aconseja

seguir las recomendaciones científicas de distintos grupos de estandarización: International Society of Forensic Genetics (ISFG)<sup>3</sup>, European Network of Forensic Science Institutes (ENFSI)<sup>4</sup> y The Scientific Working Group on DNA Analysis Methods (SWGDM)<sup>5</sup>.

Debido a su utilidad para relacionar la realidad del contacto sexual y la identificación de los autores, los estudios de ADN de las muestras biológicas (especialmente restos de semen) son actualmente considerados como una de las aportaciones más importantes para la prueba legal en los tribunales.

El informe forense debe correlacionar los hallazgos de la valoración psíquica y física de la persona examinada en la investigación, e integrar la totalidad de los hallazgos clínicos (tanto positivos como negativos) y de las evidencias físicas encontradas en el examen médico con la información suministrada por otras pruebas y por la autoridad competente, para aportar pruebas periciales fiables, válidas y concluyentes en la investigación judicial del delito contra la indemnidad sexual. Aportar, en suma, desde la prueba pericial, elementos y evidencias físicas contextualizadas y analizadas que, en conjunto con las demás pruebas, faciliten al juzgador tipificar el delito sexual u otro maltrato e identificar al(los) responsable(s).

La obtención de un resultado negativo en un análisis toxicológico realizado en un contexto de SSVQ no implica necesariamente que no se haya administrado ninguna sustancia química, ya que habría podido ser eliminada del organismo por el tiempo transcurrido entre su administración y la toma de muestras biológicas.

En el contexto de la violencia sexual la interpretación de los resultados de los análisis de ETS a nivel médico-legal deberá hacerse valorando el contexto, la historia clínica, y otras pruebas indiciarias, incluidas las biológicas (33). No obstante, la ETS podría ser en niños la única prueba biológica de la existencia de abuso, ya que cuando esta se detecte podría ocurrir que los indicios biológicos susceptibles de análisis genético que pudieran haber existido en la víctima ya hubieran desaparecido por el tiempo transcurrido desde los hechos.

#### **6.4. INTRODUCCIÓN DE RESULTADOS EN BASES DE DATOS FORENSES**

De las bases de datos para uso forense hoy en día existentes para este tipo de delitos, la más relevante es la Base de datos policial sobre identificadores obtenidos a partir del ADN, regulada por la LO 10/2007, que como reza su exposición de motivos, tiene como objetivo fundamental la creación de una base para almacenar los datos identificativos obtenidos a partir de los análisis de ADN que se hayan realizado en el marco de una investigación criminal o en los procedimientos de identificación de cadáveres o de averiguación de personas desaparecidas. Esta base de datos depende del Ministerio del Interior, concretamente de la Secretaría de Estado de Seguridad (art. 2 LO 10/2007).

3 <https://www.isfg.org>

4 <http://enfsi.eu>

5 <https://www.swgdam.org>

Consta de dos ficheros y el de mayor interés para los delitos de esta guía es el de Investigación Criminal, cuya finalidad es la comparación genética sistemática de vestigios biológicos de origen desconocido entre sí con muestras de referencia de individuos investigados en una causa penal, con el fin de identificar coincidencias entre los perfiles de ADN y así aportar datos en la investigación de la autoría de delitos.

Los perfiles de ADN (registrados mediante un código identificador anónimo asociado a cada laboratorio) son estructurados en distintos índices de búsqueda y comparados de forma sistemática en el servidor nacional. Para su comparación sistemática, la base de datos de ADN con fines de investigación criminal y de identificación de desaparecidos utiliza el Sistema CODIS<sup>6</sup>.

La base de datos está estructurada en una jerarquía CODIS formando parte de ella la red de servidores locales (LDIS, —nodos locales—) que son gestionados por tres instituciones estatales (Comisaría General de Policía Científica, Servicio de Criminalística de la Guardia Civil e INTCF) y tres autonómicas (Unidad de Policía Científica de la Ertzaintza, la División de Policía Científica de Mossos d'Esquadra y la División de Policía Científica de la Policía Foral de Navarra) conectados mediante una red segura de comunicaciones al servidor estatal (SDIS, —nodo nacional—) que es gestionado por la Secretaría de Estado de Seguridad del Ministerio de Interior y se alimenta con la información suministrada por las instituciones y laboratorios participantes (nodos locales), siendo el único punto nacional donde se ubica el total de los perfiles genéticos de identificadores obtenidos a partir del ADN.

Los nodos locales de CODIS disponen todos ellos de su propia base de datos local, en la que realizan sus búsquedas de perfiles intralaboratorio; estos perfiles son luego «subidos al nivel superior» o nodo nacional de CODIS para su búsqueda interlaboratorio. Las coincidencias encontradas en el nodo nacional, son automáticamente enviadas a los nodos locales involucrados, que son los responsables de su validación.

Además, los perfiles de ADN registrados en el nodo nacional son cotejados de forma periódica con las bases de datos de ADN de 23 naciones europeas, de acuerdo a lo establecido en el Tratado de Prüm. Las coincidencias encontradas en este intercambio internacional, igualmente son enviadas desde CODIS a los nodos locales involucrados. El Tratado de Prüm no crea una base de datos europea, sino que las bases de datos de cada Estado miembro deben estar disponibles al resto de los Estados miembros.

Una información más detallada sobre el funcionamiento y registros anuales de la base de datos de ADN española puede encontrarse en la página web del Ministerio de Interior<sup>7</sup> y en la *Guía para el uso forense del ADN* publicada por el Ministerio de Justicia (34).

---

6 CODIS: Combined DNA Index System, del Federal Bureau of Investigation, Dept. of Justice, EEUU.

7 [http://www.interior.gob.es/documents/642317/1203227/Base\\_de\\_datos\\_policial\\_identificadores\\_ADN\\_126190539\\_web.pdf/dc70bfcf-1c18-4720-a9df-b773e185359d](http://www.interior.gob.es/documents/642317/1203227/Base_de_datos_policial_identificadores_ADN_126190539_web.pdf/dc70bfcf-1c18-4720-a9df-b773e185359d)

## 7. EMISIÓN DEL INFORME MÉDICO-FORENSE

El informe estará siempre presidido por la objetividad y en él quedarán registrados cronológicamente todos los hallazgos de una manera clara y precisa, siguiendo el método científico. Los datos recogidos en la anamnesis y los resultados de la exploración deben obtenerse de manera metódica y ser documentados cuidadosamente para garantizar que no se omitan detalles importantes, por lo que es aconsejable la utilización de formularios de examen estándar, que podrán ser diseñados por cada IMLCF conforme a sus particularidades organizativas y territoriales.

En el informe médico-forense se hará referencia a la hora, fecha y lugar del reconocimiento, así como al facultativo médico de guardia que ha intervenido.

Todas las actuaciones dirigidas a la valoración pericial de asuntos relacionados con una violencia sexual se harán constar en el informe pericial, seguidas de las consideraciones y conclusiones que se adecúen a cada caso.

El derecho a la intimidad obliga a la debida reserva de los datos obtenidos en cualquier actuación forense, y debe ser vigilado con mayor esmero en estos casos, por cuanto en las valoraciones a víctimas de violencia sexual se obtiene información sensible de carácter muy personal. La característica que adquiere un informe pericial con su incorporación al expediente judicial hace que como documento público la información que contiene pierda cualquier posible privacidad. Por ello, el informe solo incluirá las referencias esenciales para la pericia encomendada, debiendo guardarse reserva sobre otros datos conocidos que no resulten de interés para la causa (11).

En la correcta cumplimentación del informe médico-forense deben seguirse las siguientes recomendaciones:

- No utilizar abreviaturas indescifrables fuera del ámbito médico.
- Si se incluye información obtenida en la anamnesis, se debe indicar su origen con alguna fórmula, por ejemplo: «la mujer refiere...».
- Describir las lesiones detallada y objetivamente, sean físicas, ginecológicas o de cualquier índole.
- No emitir juicios o apreciaciones subjetivas, a menos que estas consistan en deducciones técnicas basadas en la evidencia y en la experiencia profesional.
- Expresiones que prejuzgan o que no aportan nada relevante desde una perspectiva pericial o científica deben quedar terminantemente proscritas, sirviendo a modo de ejemplo «himen no visible o ausente», o ante una ausencia de lesiones físicas «ninguna evidencia de abuso».
- Sustentar el diagnóstico sin establecer conclusiones ajenas al ámbito médico. La valoración jurídica de los hallazgos científicos concierne a la autoridad judicial.

Las fotografías que se hayan tomado, sobre todo si afectan a zonas especialmente íntimas, no se aportarán en el informe. En él se hará constar que se han recogido



imágenes que se encuentran custodiadas en el IMLCF. Estas imágenes podrán ser aportadas a la autoridad judicial en el momento que esta lo considere necesario.

Debe evitarse aportar junto con el informe pericial el informe médico-asistencial, ya que este incluye en su apartado de antecedentes datos de interés desde el punto de vista asistencial que pueden carecer de relevancia médico-forense y sin embargo afectarían al derecho de la víctima de preservar su intimidad en todo aquello que no tenga interés en el procedimiento.

En el informe se hará constar la recomendación a la autoridad judicial de hacer un seguimiento posterior de la víctima.

## 8. SEGUIMIENTO DE LAS VÍCTIMAS

Desde el punto de vista médico-forense y a efectos de completar el informe pericial, es aconsejable recomendar a la autoridad judicial una evaluación posterior de la víctima con el fin de determinar la posible existencia de secuelas.

Este seguimiento se realizará en entornos amables, evitando la exposición reiterada de los hechos y centrándose en las consecuencias que pueda generar el hecho lesivo sobre la salud de la víctima.

## 9. ACTUACIÓN DURANTE LA FASE DE JUICIO ORAL

La intervención del médico/a forense en el juicio oral constituye la parte final de su actuación en las evaluaciones periciales a víctimas de violencia sexual, y en ella deben atenderse una serie de recomendaciones (1):

- Se debe tratar a los profesionales del derecho con respeto, incluso si no se está de acuerdo con sus opiniones o sus estrategias.
- Se debe ser sincero, educado y con autocontrol.
- Se hará contacto visual con quienes realizan el interrogatorio.
- No se debe abandonar el área concreta de especialización o conocimiento.
- Se escucharán atentamente las preguntas, tomando el tiempo necesario para responder.
- Se debe tratar de utilizar un lenguaje sencillo, evitando el uso de palabras técnicas. Cuando su empleo es inevitable es necesario explicar esa terminología.
- En las preguntas compuestas se dividirán las respuestas según corresponda.
- Se debe responder únicamente a lo que se pregunta, solicitando las aclaraciones o reformulaciones necesarias.
- No se debe proporcionar más información de la que se solicita por un deseo equivocado de ser más útil.

- Cuando se pida opinión sobre la etiología de determinados hallazgos periciales, se debe informar sobre la probabilidad de que se hayan producido de un modo u otro, o incluso si la posibilidad es tan improbable que no debe valorarse.
- Las respuestas serán concisas y concretas, evitando expresiones tales como «yo creo» o «yo pienso».
- Si existe algún error u omisión en el testimonio, se debe reconocer cortésmente.
- No se debe tener miedo a decir «no sé».
- Se debe ser profesional y vestir en consecuencia.

## 10. ESTÁNDARES Y CONTROLES DE CALIDAD DEL PROCESO

La evaluación y el seguimiento son aspectos importantes en todas las formas de prestación de servicios, y resultan claves para mantener una alta calidad y un satisfactorio nivel de atención.

Sus objetivos deben ser la potenciación de las fortalezas detectadas y la corrección de los puntos débiles, y sus resultados deben ser utilizados para modificar y mejorar estrategias de intervención, velando tanto por la calidad de las actuaciones periciales, como por el bienestar y la minimización de una posible victimización secundaria.

Para estos fines pueden plantearse formularios dirigidos por una parte al médico forense actuante, quien podrá reflejar cualquier incidencia que contribuya a la mejora del servicio y, por otra, promoviendo la participación de las víctimas usuarias de forma que puedan manifestar sus impresiones sobre la atención recibida, a través de una recogida de datos anónima. Se recomienda que este contacto con las víctimas se coordine con las Oficinas de Atención a las Víctimas del Delito.

El/la médico forense debe tener la oportunidad de recibir un retorno de la información que se genere, con el fin de poder evaluar los efectos y consecuencias de su intervención (11). Para ello serán precisas reuniones periódicas en las que pueda valorarse la calidad de la atención que se presta a las víctimas, el respeto a los itinerarios, la adecuación de las actuaciones periciales a los protocolos y guías existentes, los tiempos de emisión de los informes y los tipos de seguimiento realizados.

Además de lo anterior, en el aspecto estrictamente técnico se considera conveniente establecer controles en las distintas fases de la actuación que comprueben que se han seguido adecuadamente los procedimientos normalizados y que las muestras han sido conservadas, etiquetadas, enviadas y recepcionadas en condiciones óptimas para su estudio. La formación del personal que interviene en el proceso debe ser actualizada y monitorizada periódicamente.

## **11. FORMACIÓN/DOCENCIA/INVESTIGACIÓN**

Desde los IMLCF y el INTCF, debe promoverse la investigación sobre este tipo de violencia, sus formas de presentación, la diferente afectación de las víctimas y las circunstancias en las que se produce, con el fin de identificar posibles factores de riesgo y vulnerabilidad que orienten hacia la adopción de medidas de prevención, atención centrada en la víctima y mejora de la calidad de la evaluación pericial.

Para ello debe prestarse especial atención a una recogida de información exhaustiva y fidedigna que permita obtener conclusiones que acerquen a la realidad científica de este tipo de violencia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. OFFICE OF VIOLENCE AGAINST WOMEN. *A National Protocol for Sexual Assault Medical Forensic Examinations Adults/Adolescents*. [Internet], US Department of Justice; 2013. Disponible en: <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/ovw/241903.pdf>
2. WELLS, D.; y TAYLOR, W. *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*. [Internet] World Health Organization; 2003 [Consulta: 21 de octubre de 2021]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924154628X.pdf>
3. ONU MUJERES. *Hechos y cifras: Poner fin a la violencia contra las mujeres*. [Internet] Organización de Naciones Unidas [Consulta: 19 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures>
4. DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS. *Sexual violence by non-intimate partner*. [Internet] World's Women 2020, Organización de Naciones Unidas [Consulta: 19 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://worlds-women-2020-data-undesa.hub.arcgis.com/apps/e4db21be88f5489db915cc75d14c8fde/explore>
5. COMISIÓN CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DE SALUD. *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
6. DELEGACIÓN DEL GOBIERNO CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO. *Macroencuesta de violencia contra la mujer 2019*. Ministerio de Igualdad; 2020.
7. SANTIÑA, M.; RÍOS, J.; CÉSPEDES, F.; y MARTÍNEZ, B. «Indicadores de calidad del proceso de atención a las agresiones sexuales en un servicio de urgencias». *Revista Española de Medicina Legal*. 2014;40(3): 97–102.
8. Institutos Medicina Legal. *Actividad de los Institutos de Medicina Legal*. [Internet] Consejo General del Poder Judicial. [Consulta: 19 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Estadistica-Judicial/Estadistica-por-temas/Actividad-de-los-organos-judiciales/Actividades-de-apoyo-a-los-organos-judiciales/Actividad-de-los-Institutos-de-Medicina-Legal/>
9. INSTITUTO NACIONAL DE TOXICOLOGÍA Y CIENCIAS FORENSES. *Memoria 2019*. [Internet] Ministerio de Justicia [Consulta: 4 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.mjusticia.gob.es/es/ministerio/organismos-entidades/instituto-nacional/documentacion/memorias>
10. GRUPO DE EXPERTOS CONTRA LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER Y LA VIOLENCIA DOMÉSTICA GREVIO. *Primer informe de evaluación ESPAÑA. 2020*. [Internet] GREVIO [Consulta: 21 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/marco-internacional/informesGREVIO/docs/InformeGrevioEspana.pdf>
11. GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, J.; MARTÍNEZ JARRETA M.B.; y TENÍAS BURILLO J.M. «Buenas prácticas en la valoración pericial de personas que sobreviven a la violencia sexual». *Ciencia Forense. Revista Aragonesa de Medicina Legal*. 2016;13:13–172.
12. COMITÉ CIENTÍFICO-TÉCNICO DEL CONSEJO MÉDICO FORENSE. *Actuación en la atención a menores víctimas en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses*. Madrid: Ministerio de Justicia; 2018. Disponible en: [https://www.mjusticia.gob.es/es/AreaTematica/DocumentacionPublicaciones/InstListDownload/Actuacion\\_en\\_la\\_](https://www.mjusticia.gob.es/es/AreaTematica/DocumentacionPublicaciones/InstListDownload/Actuacion_en_la_)

atencion\_a\_menores\_victimas\_en\_los\_institutos\_de\_medicina\_legal\_y\_ciencias\_forenses.PDF

13. MINISTERIO DE JUSTICIA. *Código ético y de buenas prácticas de las Unidades de Valoración Forense Integral del Ministerio de Justicia*. Madrid: Ministerio de Justicia; 2020 [Consulta: 21 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.mjusticia.gob.es/es/ElMinisterio/OrganismosMinisterio/Documents/Codigo%20etico%20y%20de%20buenas%20practicass%20de%20las%20UVFI%20del%20MJU.pdf>
14. XIFRÓ, A.; PUJOL, A; BARBERÍA, E.; ARROYO, A.; ET AL. «Estudio prospectivo de la sumisión química con finalidad sexual en Barcelona». *Medicina Clínica*. 2015 mayo 8;144(9):403–9.
15. GÓMEZ, E.L.; LAILLA, J.M.; ARIMANY, J.; y PUJOL, A. «La atención interdisciplinaria en la violencia sexual». *Revista Española de Medicina Legal*. 2014 julio 1;40(3):89–90.
16. VETTEN, L. While women wait ... (2) *Can specialist sexual offences courts and centres reduce secondary victimisation?* Nedbank ISS Crime Index. 2001;5(3).
17. COBO, J.A. *Guía y manual de valoración integral forense de la violencia de género y doméstica*. Madrid: Secretaría General Técnica, Centro de Publicaciones. Ministerio de Justicia; 2005, 46–48.
18. National SART. *National Guidelines on Referral and Forensic Clinical Examination Following Rape and Sexual Assault (Ireland)*. 4ª Edición; 2018. Disponible en: <https://www.hse.ie/eng/services/publications/healthprotection/sexual-assault-response-team-national-guidelines.pdf>
19. Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito. BOE; 28 de abril de 2015.
20. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS. *Código de Deontología Médica*. Madrid; 2011.
21. 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. BOE; 15 de noviembre de 2002.
22. Ley 26/2015, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. BOE; 29 de julio de 2015.
23. LINET, T.; y NIZARD, J. «Constats de violences sexuelles: rédaction d'un protocole d'accueil et mise en pratique», *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2008 Septiembre 3;33(2):99–109.
24. CHARIOT, P.; y DANTCHEV, N. «Agressions sexuelles chez l'adulte» en Chariot, P.; y Debout, M. *Traité de médecine légale et de droit de la santé*. Paris: Vuibert; 2010, pp. 216–24.
25. Kvitko, L.A. *La violación. Peritación Médico Legal en las presuntas víctimas del delito*. México: Trillas; 1991, pp. 37–40.
26. SLAUGHTER, L.; BROWN, C.R.; CROWLEY, S; y PECK, R. «Patterns of genital injury in female sexual assault victims», *Am J Obstet Gynecol*. 1997; 176(3):609-16.

27. 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. BOE; 19 de mayo de 2010.
28. FACULTY OF FORENSIC AND LEGAL MEDICINE (FFLM). *Recommendations for the collection of forensic specimens from complainants and suspects*. [Internet] 2021 [Consulta: 16 de noviembre de 2021]. Disponible en: [www.fflm.ac.uk](http://www.fflm.ac.uk)
29. Ley Orgánica 10/2007, de 8 de octubre, reguladora de la base de datos policial sobre identificadores obtenidos a partir del ADN. BOE; 9 de octubre de 2007.
30. MINISTERIO DE JUSTICIA. *Instrucciones de actuación en casos de agresión sexual con sospecha de intoxicación*. 2012.
31. XIFRÓ, A.; BARBERÍA, E.; PUJOL, A.; ARROYO, A.; BERTOMEU, A.; y MONTERO, F. «Sumisión química: guía de actuación médico-forense». *Revista Española de Medicina Legal*. 2013 enero 1;39(1):32-6.
32. WORKOWSKI, K.A.; BACHMANN, L.H.; ET AL. *Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021*. [Internet] MMWR Recommendations and Reports; 23 de julio de 2021 [Consulta: 21 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/rr/rr7004a1.htm>
33. WALENSKY, R.P.; JERNIGAN, D.B.; BUNNELL, R.; LAYDEN, J.; KENT, C.K.; GOTTARDY, A.J.; ET AL. *Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021*. Centers for Disease Control and Prevention MMWR Editorial and Production Staff (Serials) MMWR Editorial Board; 2021.
34. COMISIÓN NACIONAL PARA EL USO FORENSE DEL ADN. *Guía para el uso forense del ADN*. Ministerio de Justicia. Madrid; 2019. Disponible en: <https://www.mjusticia.gob.es/es/EIMinisterio/OrganismosMinisterio/Documents/1292430976691-Guia-para-el-uso-forense-del-ADN.pdf>

## OTRAS REFERENCIAS RECOMENDADAS

Normativa europea: Resolución del Consejo (2009/C 296/01), de 30 de noviembre de 2009, relativa al intercambio de análisis del ADN.

SOFT Drug-Facilitated Crimes Committee (2017). Recommended minimum performance limits for common DFC drugs and metabolites in urine samples. Society of Forensic Toxicologists. Disponible en: [https://www.soft-tox.org/files/MinPerfLimits\\_DFC2017.pdf](https://www.soft-tox.org/files/MinPerfLimits_DFC2017.pdf)

Directrices para el análisis forense de sustancias que facilitan la agresión sexual y otros actos delictivos. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) 2011. Disponible en: [https://www.unodc.org/documents/scientific/Rape\\_Drugs\\_Spanish.pdf](https://www.unodc.org/documents/scientific/Rape_Drugs_Spanish.pdf)

## ANEXOS

TABLA 1. MUESTRAS PARA IDENTIFICACIÓN GENÉTICA

TIPO DE MUESTRAS	ADULTOS Y ADOLESCENTES (mayores de 10 años)		NIÑOS (de 10 años o menores)
	NÚMERO DE MUESTRAS y ENVASE DE RECOGIDA	DESCRIPCIÓN DE LA RECOGIDA	
<b>MUESTRAS INDUBITADAS</b>			
HISOPOS BUCALES	2 hisopos en seco	Frotando la zona interna de las mejillas. Muestra <b>NO RECOMENDADA</b> en casos con sospecha de penetración bucal, en los que se debe utilizar sangre como muestra indubitada	Igual que en adolescentes
SANGRE VENOSA	2 ml de SANGRE en tubo con anticoagulante EDTA	Muestra indubitada recomendada en casos con sospecha de penetración bucal	Igual que en adolescentes
<b>MUESTRAS DUBITADAS</b>			
HISOPOS BUCALES	2 hisopos en seco	Frotis de la zona interna de las mejillas	Igual que en adolescentes
LAVADO BUCAL	1 tubo con el líquido de lavado	Se debe realizar <b>DESPUÉS DE LA TOMA MEDIANTE HISOPOS</b> . Se utilizan unos 10 ml de suero fisiológico	Igual que en adolescentes
SUPERFICIE CORPORAL (sugilaciones, mordeduras, manchas de fluidos...)	2 hisopos humedecidos de cada una de las zonas	Frotis de toda el área de la zona de interés con los hisopos humedecidos en agua destilada estéril o suero fisiológico estéril	Igual que en adolescentes
UÑAS (RECORTES)	1 sobre con los recortes de uñas de la mano derecha  1 sobre con los recortes de uñas de la mano izquierda	Si las uñas se pueden cortar, se deben enviar todos los recortes de las uñas. También si hay uñas rotas	Si se pueden recortar, Igual que en adolescentes
UÑAS (HISOPOS)	2 hisopos humedecidos	Si las uñas no se pueden cortar se limpian con un hisopo humedecido en agua destilada todas las uñas de la mano derecha y con otro hisopo humedecido todas las uñas de la mano izquierda	Igual que en adolescentes
HISOPOS PERIANALES	2 hisopos humedecidos	Frotis de la superficie externa de todas las zonas de interés	Igual que en adolescentes
HISOPOS RECTALES	2 hisopos humedecidos	Frotis del área de interés	<b>NO RECOMENDADO</b> salvo que sea imprescindible



HISOPOS DE GENITALES EXTERNOS (labios, clitoris, himen, fossa, horquilla...)	2 hisopos humedecidos	Frotis de la superficie externa de todas las zonas de interés	Igual que en adolescentes
HISOPOS DE CERVIX	2 hisopos en seco	Frotis del área de interés	NO RECOMENDADO salvo que sea imprescindible
HISOPOS VAGINALES	2 hisopos en seco	Frotis del área de interés. Si durante la exploración se encontrase algún PELO, debe recogerse para su estudio	NO RECOMENDADO salvo que sea imprescindible
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). Se utilizan unos 10 ml de suero fisiológico	NO RECOMENDADO
PENE Y ESCROTO	2 hisopos humedecidos	Frotis de la superficie externa de todas las zonas de interés	Igual que en adolescentes
<b>OTRAS MUESTRAS</b>			
ROPA INTERIOR	BRAGA/CALZONCILLO SUJETADOR	Se recoge la ropa interior de la víctima empaquetando cada prenda por separado	BRAGA/ CALZONCILLO  CAMISETA INTERIOR
ROPA DE VESTIR		SI SE CONSIDERA DE INTERES, empaquetando cada una de las prendas por separado y evitando el uso de plástico como envase primario y usando papel o cartón como envase preferente	Igual que en adolescentes
Otras muestras de interés forense	PRESERVATIVOS, SALVASLIPS, PAÑALES, CHICLES (en felación reciente), OBJETOS INTRODUCIDOS EN CAVIDADES CORPORALES, etc.	SI SE CONSIDERA DE INTERÉS, empaquetando cada una de las muestras por separado y evitando el uso de plástico como envase primario y usando papel o cartón como envase preferente	Igual que en adolescentes

TABLA 4. MUESTRAS PARA ANÁLISIS QUÍMICO-TOXICOLÓGICOS

MUESTRAS PARA ANÁLISIS TOXICOLÓGICOS			
TIPO DE MUESTRAS	NÚMERO DE MUESTRAS	DESCRIPCIÓN DE LA RECOGIDA	TIPO DE ANÁLISIS
SANGRE VENOSA	Dos tubos de 5 ml	Se obtendrá en el plazo de las primeras 48 horas tras la presunta agresión. Preferiblemente uno con conservante (fluoruro sódico) y oxalato potásico como anticoagulante y el otro tubo con EDTA —ácido edético—	Detección de sustancias psicoactivas
ORINA	1 frasco estéril con >10 ml de orina	Es la muestra de elección. Se obtendrá siempre que no se superen los 5 días tras la presunta agresión. Se remitirá al laboratorio toda la posible	Detección de sustancias psicoactivas
PELOS	Mechón cortado de la zona occipital y lo más próximo al cuero cabelludo de un grosor de 7 mm de diámetro	Se realizará toma de cabello en aquellos casos en los que la presunta agresión se haya denunciado con mucho retraso (superior cinco días). La toma se realizará transcurridas 4-6 semanas después del suceso.	Investigación retrospectiva de exposición a una sustancia psicoactiva

TABLA 5. MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS PARA INVESTIGACIÓN DE PATÓGENOS RESPONSABLES DE ITS

TIPO DE MUESTRAS	ADULTOS Y ADOLESCENTES (mayores de 10 años)			NIÑOS (de 10 años o menores)
	NÚMERO DE MUESTRAS	DESCRIPCIÓN DE LA RECOGIDA	TIPO DE ANÁLISIS	
ORINA	1 frasco estéril con 5-10 ml de orina	Recoger 5-10 ml de orina media de una micción	Urocultivo Investigación de N. gonorrhoeae y C. trachomatis	Igual que en adolescentes
CONJUNTIVA (SI EXUDADO)	2 hisopos en medio Amies	De la parte inferior del párpado. Conveniencia de que el paciente sea examinado por un oftalmólogo	Investigación de C. trachomatis	Igual que en adolescentes
ÚLCERAS OROLABIALES	2 hisopos en medio Amies	Lavado previo con suero fisiológico estéril e hisopado de la base.	Investigación de sífilis, VHS	Igual que en adolescentes
HISOPOS FARÍNGEOS (SI PENETRACIÓN BUCAL)	2 hisopos en medio Amies	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	Investigación de Neisseria gonorrhoeae y Chlamydia trachomatis	Igual que en adolescentes
GENITALES EXTERNOS (introito, labios, clitoris, himen, fossa, horquilla...) Y ZONA PERIANAL	2 hisopos en medio Amies	Limpiando genitales externos y recogiendo cualquier posible exudado de genitales externos. SI HAY MUCHO EXUDADO SE RECOGERÁ ANTES QUE LOS DOS HISOPOS 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 bacteriológico y análisis moleculares para patógenos causantes de ITS <sup>a</sup> investigación específica de sífilis, VHS, VPHb	Igual que en adolescentes
HISOPOS DE CÉRVIX	2 hisopos en medio Amies	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 bacteriológico y análisis moleculares para patógenos causantes de ITS <sup>a</sup> Si úlceras: investigación específica de VHS y sífilis	NO RECOMENDADO salvo que sea imprescindible
HISOPOS VAGINALES	2 hisopos en medio Amies	Recoger el exudado de la zona donde este sea más abundante, o en su caso, del fondo de saco vaginal posterior. Espéculo no lubricado. Si úlcera, hisopado de la misma. RECOGER DESPUÉS DE LOS HISOPOS PARA IDENTIFICACIÓN GENÉTICA	Cultivo bacteriológico y análisis moleculares para patógenos causantes de ITS <sup>a</sup> Si úlceras: investigación específica de VHS y sífilis	NO RECOMENDADO salvo que sea imprescindible
PENE Y ESCROTO	2 hisopos en medio Amies	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 bacteriológico y análisis moleculares para patógenos causantes de ITS <sup>a</sup>	Igual que en adolescentes

HISOPO URETRAL (En varón)	2 hisopos uretrales en medio Amies	Frotando cuidadosamente el interior de la uretra o tomando muestra del meato urinario si hay evidencia de exudado	Cultivo bacteriológico y análisis moleculares para patógenos causantes de ITS	NO RECOMENDADA LA TOMA URETRAL. SUSTITUIR POR TOMA DEL MEATO
HISOPOS RECTALES	2 hisopos en medio Amies	Introducir a través del esfínter anal unos 3 cm y rotar contra las criptas rectales durante unos segundos. Evitar contacto con materia fecal	Investigación de N. gonorrhoeae y C. trachomatis	NO RECOMENDADO salvo que sea imprescindible
SANGRE VENOSA	1 tubo de sangre sin anticoagulante: 5 ml	Sin anticoagulante. Valorar estado inicial y seroconversión (tras 15 días)	Serología de sífilis, VIH, VHS hepatitis: VHA, VHB, VHC <sup>c</sup>	Igual que en adolescentes
OTRAS LOCALIZACIONES		Valorar presencia de Pthirus pubis en pestañas/vello púbico		Igual que en adolescentes

a. La investigación específica de patógenos causantes de ITS, tal como se indica en la tabla (cultivo y/o análisis moleculares), debe incluir a los siguientes: *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma genitalium*, *Treponema pallidum* (responsable de la sífilis) y *Haemophilus ducreyi*. En la tabla no se incluye de manera específica el tipo de investigación a realizar ya que esta puede variar en función del tipo de muestra y de la edad. 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.). El resto de patógenos causantes de ITS se investiga mediante serología.

b. VHS: Virus herpes simple. VPH: Virus del papiloma humano.

c. VIH: Virus de inmunodeficiencia humana. VHA: Virus Hepatitis A. VHB: Virus hepatitis B. VHC: Virus hepatitis C.

d. Un 20 % de los bebés nacidos de madres con infección activa por *C. trachomatis* pueden adquirir la infección en el recto y en la vagina además de la conjuntiva y el tracto respiratorio. Estas infecciones son asintomáticas y pueden persistir hasta 3 años.

MINISTERIO DE JUSTICIA MINISTERIO DE JUSTICIA MI  
TICIA MINISTERIO DE JUSTICIA MINISTERIO DE  
DE JUSTICIA MINISTERIO DE JUSTICIA MI  
ERIO DE JUSTICIA MINISTERIO DE  
MINISTERIO DE JUSTICIA MI  
TICIA MINISTERIO DE  
DE JUSTICIA MI  
ERIO DE

