

Documento de consenso sobre la asistencia en servicios de urgencias hospitalarios a pacientes que consulten por sospecha de sumisión química

Bernardino Barceló Martín^{1,4}, Begoña Bravo Serrano^{5,6}, Guillermo Burillo-Putze⁷⁻¹⁰, Ana Isabel Curcoy Barcenilla^{11,12}, Ana De Castro Ríos¹³, Cesáreo Fernández Alonso¹⁴, Miguel Galicia Paredes^{8,9,15,17}, Manuel Isorna Folgar^{8,18}, Elena Jiménez Belio^{19,20}, María Teresa Maza Vera²¹, Lidia Martínez Sánchez^{12,17,22}, Jordi Puigurri Ferrando^{2,3,10,23}, Blanca Rodríguez Gamella²⁴, Belén Ruíz Antorán²⁵⁻²⁷, Emilio Salgado García^{9,16,28,29}, Andrés Sebastián Santiago Sáez^{30,31}, August Supervía Caparrós^{9,17, 32,33}

1. Introducción

Las consultas a los servicios de urgencias hospitalarias (SUH) por episodios en los que se sospecha haya existido una sumisión química (SQ), o lo que es lo mismo, las asistencias a pacientes que acuden por síntomas que les sugieren que les han drogado en contra de su voluntad, se han incrementado notablemente en los últimos años. En ocasiones, aunque no siempre, la sospecha de sumisión química (SSQ) coincide con que los pacientes han sido víctimas de algún otro delito, generalmente agresión sexual o robo, aprovechando la indefensión derivada de los efectos de la droga o tóxico que se les hubiera administrado.

En la sociedad actual, que considera el ocio como un indicador del estado de bienestar, son cada vez más numerosos y frecuentes los encuentros y actividades recreativas en los que se pueden concentrar estos delitos, por lo que lamentablemente debemos estar cada vez más preparados para estas situaciones, cuyas asistencias tendrán que ser homogéneas, ágiles y rigurosas.

Tal como se recoge en este documento, en las SSQ en las que existe un delito (agresión sexual, robo, etc.) añadido a la intoxicación involuntaria, al mediar una actuación judicial paralela a la atención médica, distintos centros o instituciones sanitarias han desarrollado protocolos asistenciales o planes de actuación para dar respuesta a ambos fines. Esta respuesta no siempre se ofrece en las SSQ en las que no hay constancia de delito en el momento de la consulta a los SUH (aunque drogar a alguien sin su consentimiento sea ya un delito *per se*), produciéndose asistencias dispares incluso en un mismo SUH.

Cumpliendo con uno de sus objetivos fundacionales, la Fundación Española de Toxicología Clínica (FETOC) y el Grupo de Trabajo de Toxicología de la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias (SEMES-Tox), alertados por el incremento de estas consultas, han considerado oportuno y necesario redactar este Documento de Consenso en el que se contemplen todas las situaciones en las que se sospeche haya podido existir una SQ y la actuación a seguir en cada supuesto.

Filiación de los autores: ¹Servicio de Análisis Clínicos, Área de Farmacología y Toxicología Clínica, Hospital del Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, España. ²Unidad de Toxicología Clínica, Hospital del Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, España. ³Grupo de Investigación en Toxicología Clínica del Institut d'investigació Sanitària de Balears (IdisBA), España. ⁴Departamento de Biología Fundamental y Ciencias de la Salud, Universitat de les Illes Balears, España. ⁵Servicio de Química, Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, Madrid, España. ⁶Universidad de Alcalá, Madrid, España. ⁷Departamento de Medicina Física y Farmacología, Universidad de La Laguna, Tenerife, España. ⁸Red de Investigación de Atención Primaria en Adicciones (RIAPAD), Instituto de Salud Carlos III, España. ⁹Grupo de Toxicología Clínica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMESTox), España. ¹⁰Fundación Española de Toxicología Clínica (FETOC), España. ¹¹Área de Urgencias, Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, España. ¹²Grupo de Investigación Influencia del entorno en el bienestar del niño y el adolescente, Institut de Recerca Hospital Sant Joan de Déu, Universidad de Barcelona, España. ¹³Servicio de Toxicología, Instituto de Ciencias Forenses, Universidad de Santiago de Compostela, España. ¹⁴Servicio de Urgencias, Comisión contra la Violencia, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España. ¹⁵Área de Urgencias, Hospital Clínic de Barcelona, España. ¹⁶Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Hospital Clínic, Barcelona, España. ¹⁷Grupo de Trabajo de Toxicología (SoCMUETox), Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències, España. ¹⁸Facultad de Educación y Trabajo Social, Universidad de Vigo, España. ¹⁹Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Son Espases, Mallorca, España. ²⁰Facultad de Medicina de la Universidad de las Islas Baleares, España. ²¹Unidad Urgencias Hospital Álvaro Cunqueiro, Complejo Universitario Hospitalario de Vigo, España. ²²Área de Urgencias. Consulta de Toxicología Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, España. ²³Servicio de Urgencias, Hospital del Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, España. ²⁴Tribunal Superior de Justicia de Madrid, España. ²⁵Unidad de Toxicología Clínica, Servicio de Farmacología Clínica, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España. ²⁶Instituto de Investigación Sanitaria Puerta de Hierro Segovia de Arana, Madrid, España. ²⁷Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad Antonio de Nebrija, España. ²⁸Unidad de Toxicología Clínica, Área de Urgencias, Hospital Clínic, Barcelona, España. ²⁹Facultad de Medicina, Universidad de Barcelona, España. ³⁰Servicio de Medicina Legal, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España. ³¹Departamento de Medicina Legal, Psiquiatría y Patología, Facultad Medicina, Universidad Complutense, Madrid, España. ³²Servicio de Urgencias i Unitat Funcional de Toxicologia, Hospital del Mar, Barcelona, España. ³³Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España.

Con el aval científico de la Fundación Española de Toxicología Clínica (FETOC) y la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias (SEMES).

Para su elaboración se ha definido un grupo de trabajo con 17 expertos de nuestro país en este tema, pertenecientes a diferentes especialidades (Medicina de Urgencias, Pediatría de Urgencias, Ginecología, Psicología clínica, Análisis clínicos, Farmacología clínica) y ámbitos profesionales (Universidad, peritaje forense judicial) que participan habitualmente en la asistencia de estas situaciones. Para finalizar, previamente a su publicación, el documento ha sido revisado por 5 referentes nacionales en Toxicología clínica, tres de ellos catedráticos universitarios.

2. Sumisión química

Se define la SQ como la “administración inadvertida de sustancias psicoactivas (fármacos o drogas) a una persona con la intención de modificar su comportamiento o su toma de decisiones, con finalidad delictiva o criminal”, finalidad que puede variar entre el sometimiento (niños y ancianos), el robo o, con mayor frecuencia, la agresión sexual.

2.1. Conceptos relacionados

- SQ pura (o proactiva):** la víctima consume involuntariamente alguna sustancia incapacitante.
- SQ mixta:** la víctima consume de forma voluntaria alguna sustancia y se le administra alguna otra sustancia sin que sea consciente de ello.
- SQ oportunista:** la víctima consume de forma voluntaria alguna sustancia incapacitante, que disminuye su capacidad de decisión, lo que es aprovechado por el agresor.
- Vulnerabilidad química (VQ):** situación de fragilidad o riesgo en la que se sitúa una víctima como consecuencia de los efectos fisiológicos del consumo de alguna sustancia incapacitante. Es un concepto diferente de la SQ.
- Vulnerabilidad toxicológica:** susceptibilidad de un organismo a los efectos adversos de un tóxico, que depende de la edad, la genética, el estado nutricional, de salud, o la exposición previa a dicho tóxico.

2.2. Escenarios en los servicios de urgencias relacionados con la sumisión química

- SQ probable:** hay un delito o agresión (o tentativa de alguno de ellos) y se detecta la presencia de una sustancia psicoactiva mediante un método cromatográfico fiable tras el análisis realizado durante la atención inicial en el SUH, habiendo sintomatología y cronología de los hechos compatibles con la sustancia identificada.
- SQ posible:** hay sospecha de agresión o delito (o tentativa), pero no se dispone de suficiente información clínica, o los resultados analíticos de la asistencia en el SUH son inexistentes o insuficientes (bien por retraso en la recogida de la muestra o por la no disposición de métodos analíticos fiables).
- SQ sospechada:** la víctima sospecha o teme el consumo involuntario de alguna sustancia, y solicita asistencia para realizar una potencial detección, aunque niega evidencia de un delito.

2.3. Cuadros clínicos

Los tóxicos utilizados para la SQ pretenden provocar en las víctimas una desinhibición conductual, la disminu-

Tabla 1. Síntomas o situaciones que deben alertar de una posible agresión sexual en un/a paciente intoxicado/a o de una sumisión química

Sospecha de sumisión química	Sospecha de agresión sexual
Amnesia completa o parcial	Recuerdo de agresión sexual
Parálisis sin pérdida de conciencia	Sensación de contacto sexual
Pérdida de conciencia	Desnudez al despertar
Habla pastosa	Ropa desarreglada o rota
Alteraciones visuales	Fluidos u objetos inexplicados
Somnolencia o confusión	Lesiones orales, anales o genitales inexplicadas
Síntomas desproporcionados con el consumo recordado	Lesiones corporales inexplicadas
Desinhibición o alteración conductual	Despertar junto a un desconocido/a
Agitación o alucinaciones	Recuerdo de situación extraña o comprometedor
Mareo o vértigo	
Alteración de la marcha o equilibrio	

Modificada de J Du Mont et al. CMAJ, 2009.

ción de la capacidad de alerta, y una amnesia del episodio, de ahí que la asistencia a las víctimas de SQ comienza por la sospecha del caso, en todos los supuestos expuestos en el apartado anterior, ya que a menudo las víctimas no están en condiciones de realizar un relato completo del episodio.

Se debe interrogar sobre la presencia de síntomas asociados a esta sospecha y, también, de una posible agresión sexual (Tabla 1).

Además, se debe explorar específicamente la presencia de signos y síntomas que puedan sugerir alguno de los toxíndromes secundarios al consumo de las sustancias más utilizadas en casos de SQ (Tabla 2).

2.4. Tóxicos implicados

Las sustancias utilizadas en la SQ suelen tener ciertas características organolépticas y farmacocinéticas para que sea difícil su detección por parte de la víctima cuando la ingiere de forma involuntaria. Deben ser fáciles de obtener, de olor y sabor imperceptibles, activos a dosis bajas, de acción rápida y corta semivida de eliminación, con síntomas poco característicos (idealmente parecidos a los de la intoxicación por alcohol), de consumo oral y que puedan ser mezcladas con bebidas.

Muchas de las sustancias presentes en el mercado de las drogas de abuso, así como los sedantes prescritos habitualmente en nuestro entorno, cumplen con estas características y tienen efectos sobre el usuario que las hacen aptas en casos de SQ (Tabla 2).

3. Violencia sexual

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la violencia sexual es “cualquier acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual u otro acto dirigido contra la sexualidad de una persona mediante coacción, independientemente de su relación con la víctima, en cualquier ámbito”.

El Convenio de Estambul incluye en el concepto de violencia sexual tanto la violación (“penetración vaginal, anal u oral no consentida, con carácter sexual, del cuerpo de otra persona con cualquier parte del cuerpo o con un objeto”), como cualquier acto de agresión de carácter se-

Tabla 2. Sustancias más comúnmente utilizadas y detectadas en los casos de sumisión química, con los efectos más habituales que ocasionan y el intervalo máximo para su detección analítica en sangre y orina

Sustancia	Argot callejero	Vida media plasmática*	Vida media en orina*	Toxíndrome	Efectos
Alcohol etílico		2-14 h	7-12 h	Sedante	Depresión de conciencia, euforia, desinhibición, alteración conductual.
Cannabis (THC o tetrahydrocannabinol)	Hachís, Marihuana, Chocolate, Grifa, Mierda, Peta, Porro, Canuto.	20-36 h	3 a 30 días	Psicodisléptico	Euforia, desinhibición, confusión, sedación.
Cannabinoides sintéticos: metabolitos: UR-144/XLR-11, Kratom	Spice /K2, Black mamba, Indian warrior, Siberian motherwort, Wild dagga, JWH-018.	21-34 h		Psicodisléptico	Euforia, desinhibición, confusión, sedación, taquicardia, agitación, convulsiones, hipertensión, hipocalemia, discinesias, vómitos, dolor de cabeza, náusea. Efectos psicotrópicos.
BZD: alprazolam, flunitrazepam, clonazepam, diazepam, lorazepam. Grupo Z	Downs, Trankis, Roches, Jaimitos, Pirulas.	Diazepam 15-60 h Alprazolam 6-27 h Lorazepam 9-16 h Zolpidem 0,7 - 3,6 h	Diazepam 10 días Alprazolam 5 días Lorazepam 5 días Zolpidem 1-4 días	Sedante	Amnesia anterógrada, mareo, depresión de conciencia, hipoventilación, bradipnea.
Nuevas BZD: 4-clorodiazepam, bentazepam, etizolam, flualprazolam, fenacepam, tofisopam	Caramelos, blues, tótems, Rock, benzos, zanies, white boys.	Bentazepam 2,1-4,5 h Etizolam 3,4-7,1 h Phenazepam 6-80 h Tofisopam 6 h		Sedante	Desinhibición, amnesia anterógrada, mareo, depresión de conciencia, hipoventilación, bradipnea, taquicardia, ataxia, disartria, alucinaciones, confusión y desorientación, hipotonía y coma.
Cocaína: polvo blanco, cristal sólido, líquido amarillento.	Crack, nieve, polvo, soplado, blow, flake, toot, Snow, candy, Charlie, soda cot, bum.s.	0,7-1,5 h	2-4 días	Simpaticomimético	Euforia, desinhibición, aumento autoestima, disminución percepción de riesgo, pérdida del apetito, aumento de presión arterial, náuseas, ansiedad y paranoia, depresión, midriasis, alucinaciones auditivas y táctiles. Arritmias. Estado de energía intenso, comportamiento errático, ataques de pánico y convulsiones.
GHB	G, biberón, chorri, knockout, Georgia home boy, cuchara, goop, líquido X.	0,3-1 h	12 h	Sedante	Euforia, desinhibición, incremento del deseo sexual, amnesia, confusión, pérdida de conciencia y de memoria, mareo, náuseas, desorientación, agitado, enuresis, disnea, visión borrosa. Anulación de la voluntad.
Ketamina y norketamina	K-hole, Green K, honey oil, jet, ket, kit katpurple, special la cocke, super acid, super c. Blader friendly (metoxetamina, MXE), M-hole. Vitamina k.	2-4 h	2-4 días	Alucinatorio Sedante	Confusión, disociación, alucinaciones, amnesia, despersonalización, pérdida de coordinación, dificultad para hablar y pensar, visión borrosa, distorsión de la realidad, alucinaciones visuales, pérdida de la noción espacio-tiempo, sensación de flotar fuera del cuerpo, ataque de pánico.

(Continúa)

xual no consentido sobre otra persona, y el hecho de obligar a otra persona a prestarse a actos de carácter sexual no consentidos con un tercero. Además, se especifica que el consentimiento debe prestarse voluntariamente como manifestación del libre arbitrio de la persona considerado en el contexto de las condiciones circundantes.

Los datos aportados por las agencias de sanidad e instituciones nacionales e internacionales con relación a las agresiones y a la violencia sexual sufrida por mujeres en estos últimos años son claros y alarmantes, tanto más por la tendencia al alza de los episodios padecidos por víctimas que se encuentran incapacitadas o inconscientes bajo los efectos de sustancias psicoactivas como alcohol, dro-

gas ilícitas o psicofármacos (DFSA). Es conocido que el perfil más habitual de DFSA es una mujer joven, que sufre la agresión durante los meses de julio y agosto y en los fines de semana. En España, las denuncias por delitos contra la libertad sexual han experimentado un incremento sustancial en los últimos años. En 2022 se registraron 19.013 casos denunciados, 2.000 más que en 2021 y 4.000 más que en 2020. Las víctimas de agresión sexual son mayoritariamente mujeres (> 90% en todas las series publicadas) con edades inferiores a los 30 años. En estos delitos, la prevalencia del uso de sustancias para perpetrar la agresión es muy variable, con porcentajes que oscilan entre el 2% y el 75%. Los datos muestran un elevado por-

Tabla 2. Sustancias más comúnmente utilizadas y detectadas en los casos de sumisión química, con los efectos más habituales que ocasionan y el intervalo máximo para su detección analítica en sangre y orina (Continuación)

Sustancia	Argot callejero	Vida media plasmática*	Vida media en orina*	Toxíndrome	Efectos
Catinonas	Wawe, scarface, lunar onda, bath salts.	2,15 h		Simpaticomimético Alucinatorio	Euforia, aumento excitación sexual, alucinaciones, delirios, insomnio, pesadillas, aumento de la temperatura corporal, sudor, dolor de cabeza, palpitaciones, náuseas, color azul en los dedos, ansiedad, agitación, agresividad, paranoia, picor en la piel.
NPS: mefedrona, pentedrona, MDPV, a-PVP, N-etilpentilona	Gravel, zombie drug, droga cannibal, flakka, krokodril Cloud nine, Bloom, cosmic blast, vanilla sky, drone, meow meow, dust night, ivory.	2,5-7,8 h			
Antihistamínicos doxilamina, cetirizina, difenhidramina, hidroxicina, etc.		Doxilamina 7-13 h	Doxilamina 2 -10 días	Sedante	Disminución de conciencia, confusión, sedación.
Anfetaminas (derivados de la efedrina)	Cristal, vidrio, hielo de los ángeles, hanyak, quartz, fragmentos, dragón fly. Ruedas, Bennies. Speed.	5,5-16,8 h	7 - 34 h***	Simpaticomimético	Euforia, desinhibición, aumento autoestima, vómitos, disforia intensa, alucinaciones, ataque de pánico, hipertensión, taquicardia, midriasis, dolor de cabeza, confusión, rabdomiolisis.
MDMA	Éxtasis, XTC, Adam, dancing shoes, Love drug, hug drug, Malcolm X, Molly, smartees Scooby Snacks, swets, skittles, thizz, vitamina E o X.	4-12 h	5-6 días	Simpaticomimético Alucinatorio	Euforia, desinhibición, aumento necesidad de contacto físico, alucinaciones, náuseas, escalofríos, sudor, hipertermia, temblor, rabdomiolisis, visión borrosa, hipertensión, ataque de pánico, convulsiones, bruxismo, espasmo muscular, ansiedad, depresión, paranoia.
Opiáceos heroína, morfina. NSOs: U47700, tianeptina y MT-45;fentanilo y derivados: carfentanilo, acetilfentanilo, butirilfent y furanilfentanilo.	China White, Apache, Cina girl, dnce fever, Tango & Cash. Tony. Norco: (U-47700), percopop, el rey marfil, he-Man, tnt.	Remifentanil 4 min Sufentanil 165 min Carfentanil 7,7 h MT-45 7 h	Heroína 3 días Metadona 3 días	Sedante/opioide (MT-45 anticolinérgico)	Desinhibición, sensación de placer, sedación, aletargamiento, confusión, insuficiencia respiratoria, disminución nivel de conciencia, mitosis puntiforme, bradipnea severa, parada respiratoria.
Nitazenos: metonitazeno, protonitazeno, isotonitazeno, etonitazepyno y etodesnitazeno.	Iso, Tony, kush, droga Frankenstein.		Fentanilo 7 días Isotonitazeno 22,6 min		NSOs: síntomas combinados al adulterarse con cocaína, amfetaminas y heroína. Riesgo mortal de intoxicación.
Alcaloides tropánicos: Atropina, Hiosciamina, Escopolamina.	Burundanga, borrachera, droga del diablo, azucena del diablo, burladora, flor de la trompeta hierba de topo, higuera loca, mata del infierno, nuez del diablo morada, miyaye		Atropina 2-3 h Escopolamina 4,5 h	Anticolinérgico/ Alucinatorio	Mareo, hipotensión, boca seca, urticaria, palpitaciones, retención urinaria, agitación, alucinaciones, vómitos, dolor de cabeza, náuseas, somnolencia, desorientación, visión borrosa, confusión, alucinaciones, taquicardia, delirio, convulsiones. Pérdida del sentido de la realidad, anulación de la voluntad con pasividad, no resistencia al peligro. Amnesia lacunar.

* Baselt RC. Disposition of Toxic Drugs and Chemicals in Man, 12th edition. Biomedical Publications, Seal Beach, CA, 2020.

BZD: benzodicepinas; h: horas; min: minutos; GHB: Gamma hidroxibutirato; MDMA:3,4-metilendioximetanfetamina; NPS: nuevas sustancias psicoactivas; NSOs: nuevos opiáceos.

centaje de turistas, que alcanza el 23 % según los datos del Informe del Hospital Clínic de Barcelona.

Debe resaltarse el papel de los SUH en la detección de violencia sexual contra la mujer, puesto que un 43,7% de las mujeres víctimas de violencia sexual y el 58,8% de las que han sido violadas afirman haber consultado por algún problema de salud o enfermedad en el servicio de urgencias, frente al 28,3% de las que nunca la han sufrido. Por este motivo, los protocolos de actuación sanitaria urgente deben contemplar y englobar todo tipo de agresión sexual, (como recoge el Código Penal en los "Delitos con-

tra la libertad sexual") no solo la violación, sino también aquellos actos de naturaleza sexual con "contacto físico-sexual sin consentimiento", sobre todo si se sospecha que la víctima pudiera estar bajo los efectos de sustancias incapacitantes.

3.1. Agresión sexual infantil

La legislación vigente en España establece la edad del consentimiento sexual en los 16 años. La realización de actos de carácter sexual con menores de 16 años será considerada, en todo caso, como un hecho delictivo, salvo que

se trate de relaciones consentidas con una persona próxima al menor por edad y grado de desarrollo o madurez. Cuando la víctima de la agresión sexual es un menor de edad o un niño, se acentúa cualquier responsabilidad del acto delictivo debido a factores como la asimetría de poder (edad, jerarquía, profesión, violencia...), el empleo de la manipulación para conseguir engaño o seducción, la actuación coactiva o el uso de la fuerza física.

Los pacientes pediátricos con SSQ en contexto de agresión sexual se mantendrán acompañados por una persona adulta de su confianza, salvo que prefirieran no estar acompañados.

Dentro de la anamnesis se incluirá la identidad del agresor (si se conoce), el estado vacunal, los antecedentes de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y la fecha de la última relación sexual consentida, si la hubiese. Especialmente en el paciente prepúbere, se adaptarán las preguntas acerca de lo sucedido a la edad y nivel de desarrollo, y se recogerá en la historia clínica transcribiendo las propias palabras del niño o la niña, en entrecorrido.

Del mismo modo, se le explicará todo lo que se va a realizar en un lenguaje adecuado a su edad. El médico forense informará a sus familiares o representante legal de las actuaciones que se van a llevar a cabo, y de la finalidad de éstas, y le solicitará el consentimiento escrito para el reconocimiento médico-forense (exploración, toma de muestras y fotografías en caso necesario) y para la divulgación de la información a terceros a través del informe legal/pericial.

La exploración por parte del forense y equipo de ginecología se realizará preferiblemente en el servicio de urgencias pediátrico, evitando el desplazamiento de la paciente. Para ello es necesario prever estas situaciones y disponer del material necesario para realizar la exploración (pernera ginecológica espéculos, etc.).

3.2. Actuación inmediata tras una agresión sexual

En la agresión sexual en la que concurren tóxicos, tomados involuntaria o voluntariamente (al menos en parte), hay que protocolizar la atención en urgencias de tal manera que se garanticen tanto la asistencia clínica como una correcta recogida de las muestras biológicas y toxicológicas. Se priorizará su atención (prioridad en triaje, nivel 2 del SET o escala de Manchester) y ante su simple sospecha se debe contactar con las fuerzas de orden público y/o con el juzgado de guardia, según conste en cada protocolo local.

En primera instancia hay que valorar el riesgo vital inmediato, estabilizando a la persona agredida y realizando las maniobras necesarias extremando las precauciones para evitar la destrucción de posibles pruebas. En aquellas pacientes estables hay que facilitar, en lo posible, su acompañamiento e intimidad. La anamnesis y exploración física siempre deberán realizarse con testigos, teniendo en cuenta que puede existir amnesia completa o parcial del episodio y que el/la paciente puede haber despertado en un lugar distinto al que recuerda, lo que puede generar confusión en la víctima (Tabla 1). No se realizarán actuaciones que puedan interferir con la exploración forense (curas de genitales, lavado de la zona perineal, etc.), salvo que la

víctima presente lesiones que precisen asistencia urgente. En términos generales, no se realizará exploración genital y se evitará, dentro de lo posible, las manipulaciones que puedan conllevar una pérdida o contaminación de restos biológicos y otras posibles pruebas.

La clínica y el nivel de conciencia dependen del tóxico implicado, pero como norma, la llegada de la víctima al SUH suele ser tardía, en un entorno de confusión y amnesia (Tablas 1 y 2), lo que puede dar lugar a pérdidas de oportunidad de obtención de pruebas biológicas (si la paciente acude horas después, es más probable que opte por lavarse o ducharse, lo que condicionaría el hallazgo de pruebas forenses y toxicológicas).

Es importante documentar detalladamente lo sucedido en la historia clínica, el relato de testigos si los hubiera, el intervalo temporal transcurrido, el consumo voluntario de alcohol, drogas y medicamentos (también sin receta), así como los fármacos administrados en urgencias antes de la toma de muestras (sobre todo ansiolíticos). Es fundamental detallar en lo posible la secuencia temporal de la aparición de los síntomas.

Deben atenderse aquellos factores y circunstancias personales que puedan incrementar la vulnerabilidad de la víctima: edad (niños o ancianos) identidad/expresión de género, comorbilidades (incluyendo problemas salud mental), discapacidades, barrera lingüística o déficits sensoriales, creencias culturales y religiosas, orientación sexual, inmigración y experiencia previa con el sistema judicial. Se recomienda adaptar el reconocimiento médico-forense a las necesidades y circunstancias particulares de cada víctima. Se informará a la víctima de la actuación a seguir, intentando unificar todo el proceso asistencial para evitar que tenga que relatar a varios profesionales lo acontecido, y se le facilitará asistencia psicológica si lo precisa.

3.3. Consecuencias/riesgos secundarios tras una agresión sexual

Los riesgos a corto y medio plazo que sufren las víctimas de una agresión sexual (o sospecha de agresión sexual) facilitada por sustancias incluyen las ETS, la posibilidad de embarazo y la afectación psicológica. En caso de agresión sexual con violación, si la víctima es una mujer, se deberá ofrecer anticoncepción de emergencia. En todos los casos, con independencia del sexo de la víctima, se contemplará el riesgo de contagio de VIH y la posibilidad de realizar un tratamiento profiláctico, además de profilaxis de ETS (Tabla 3).

El alto impacto emocional inicial, con sentimientos de ansiedad, culpa y humillación presentes, pueden precisar un abordaje psicoterapéutico desde la primera asistencia, y debe garantizarse su seguimiento en los dispositivos específicos existentes (psicología, psiquiatría y trabajo social) de manera preferente. Además, es relevante informar sobre los recursos disponibles en el entorno (apoyo psicológico, legal, laboral, etc.) y aconsejar a la víctima que tramite la denuncia policial correspondiente si no lo hubiera hecho.

Esto es de especial importancia en el caso de menores, puesto que los suicidios consumados en adolescentes

Tabla 3. Actuación preventiva tras agresión sexual

Población	Varón adulto y mujer no gestante	Adolescentes ambos sexos	Mujer gestante	Niños
Profilaxis ETS*	<ul style="list-style-type: none"> Ceftriaxona 500 mg im o iv monodosis (UD). Doxiciclina 100 mg/12 h vo 7 días. Metronidazol o Tinidazol 2 g vo (MD). 	<ul style="list-style-type: none"> Ceftriaxona 500 mg im o iv (UD). Doxiciclina 100 mg c/12 h vo 7 días. 	<ul style="list-style-type: none"> Ceftriaxona 500 mg im o iv (MD). Azitromicina 1 g vo (MD). Metronidazol 2 g vo (MD) (Categoría B, uso seguro). 	<ul style="list-style-type: none"> < 45 Kg <ul style="list-style-type: none"> Ceftriaxona 25-50 mg/kg (máx 250 mg) iv o im (MD). Azitromicina a 2 mg/kg/día vo (MD), máximo 1 g. > 45 kg <ul style="list-style-type: none"> Ceftriaxona 500 mg im (MD). Azitromicina, 1 g (MD).
Profilaxis VIH**	<ul style="list-style-type: none"> TDF/FTC or TAF/FTC + RAL bid or qd, or + DRV/b qd.or + DTGqd or TAF/FTC/BIC. Tenofovir (300 mg/24 h) + Emtricitabina (200 mg/24 h) + RAL (400 mg/12 h) / Dolutegravir (50 mg/24 h) / Darunavir (800 mg/24 h) vo 28 días. 	<ul style="list-style-type: none"> TDF/FTC or TAF/FTC + RAL bid or qd, or + DRV/b qd.or + DTGqd or TAF/FTC/BIC. 	<ul style="list-style-type: none"> TDF/FTC + RAL bid. 	<ul style="list-style-type: none"> Si >11 años y >35 Kg: comprimidos combinados 245 mg TDF/200 mg FTC c/24 h + RAL 400 mg/12 h, por 28 Si < 11 años y < 35 Kg: Zidovudina (AZT) + lamivudina (3TC) + RAL <ul style="list-style-type: none"> Zidovudina: Dosis: 9-30 Kg: 9 mg/Kg/12 h; > 30 Kg: 300 mg/12 h. Lamivudina: Dosis: 4 mg/kg/12 h (máx 150 mg/12 h) A partir de 30 Kg: 150 mg/12 h. RAL: 14-20 Kg: 100 mg/12 h 20-25 Kg: 150 mg/12 h 25-40 Kg: 200 mg/12 h > 40 Kg: 300 mg Comprimidos 400 mg: >25 Kg 400 mg/12 h.
Profilaxis VHB	Vacunar si no lo están. Valorar gammaglobulina.			Confirmar historia vacunal. Vacuna y gammaglobulina si no inmunizados.
Anticoncepción emergencia (mujer no gestante)	Mujer no gestante y adolescente femenina. <ul style="list-style-type: none"> Si < 72 h Levonorgestrel 1,5 mg vo (MD). Si > 72 h Acetato de Ulipristal 30 mg vo (MD). 		No precisa.	

*PROFILAXIS ETS. Para garantizar una mejor adherencia y cumplimiento del tratamiento y objetivos terapéuticos, de manera individualizada en cada paciente, algunos servicios de urgencias de obstetricia y ginecología proponen la siguiente pauta: Ceftriaxona 500 mg im/iv monodosis y Azitromicina 1 g oral. En función de los resultados de los cultivos cursados en urgencias, se ampliará el tratamiento antibiótico una vez la paciente inicie los controles ambulatorios en consultas especializadas de ginecología. ** PROFILAXIS HIV. Siempre decisión consensuada con la paciente, analizando riesgos y beneficios, así como en número necesario de casos a tratar para prevención de un caso de transmisión de HIV.

a. Profilaxis postexposición (PPE) en VIH. La PPE debe iniciarse preferiblemente en las primeras 6 horas después del contacto y, en todo caso, siempre en las primeras 72 horas. La decisión de ofrecer profilaxis posterior a la exposición sexual no es siempre sencilla. No se recomienda si se conoce que el agresor es VIH negativo o si la víctima es VIH positiva.

b. Si se recomienda la profilaxis en los siguientes casos: agresor VIH+, múltiples agresores con penetración, agresor usuario de drogas vía parenteral, sexo anal (bajo riesgo 0,05-0,8%), lesiones genitales con sangrado (piel no íntegra).

Dado el riesgo extremadamente bajo de infección de VIH tras coito vaginal único (piel íntegra) con una persona de la que se desconoce si está o no infectada por VIH (riesgo mínimo, entre 0,01-0,05%), en principio, se desaconseja la profilaxis por considerarse riesgo mínimo. En cualquier caso, será fundamental la decisión individualizada del inicio de la profilaxis de VIH. La probabilidad de infectarse por VIH cuando el estado de la fuente es desconocido puede estimarse dividiendo la probabilidad de que la persona sea positiva (en Europa alrededor del 0,3-0,4%) por la posibilidad de que, si la fuente fuese positiva, lo transmita (0,1%). En el peor de los casos, una infección cada 2.500 a 5.000 coitos. Habría que tratar a 2.500-5.000 mujeres para evitar un contagio y, como consecuencia, unas 500 tendrían efectos secundarios moderados y 3, efectos secundarios graves. En el caso de agresiones anales, sobre todo de hombres que tienen sexo con hombres, es la más frecuente (56,3% en 2021 en España), por dicho motivo habría que recomendar siempre la profilaxis VIH.

BIC: bictegravir; DRV: darunavir; DTG: tenofovir y emtricitabina; RAL: raltegravir; TDF: tenofovir disoproxil fumarato; FTC: emtricitabina; TAF: tenofovir alafenamida; iv: intravenoso; im: intramuscular; vo: vía oral.

son hasta seis veces más frecuentes en quienes han sido víctimas de abuso infantil.

4. Epidemiología

El empleo de sustancias psicoactivas sin el conocimiento de la víctima para cometer delitos se conoce desde la antigüedad, habiéndose descrito la administración de datura para cometer robos ya en el siglo XVI. Más recientemente, el primer caso documentado de una agresión sexual tras la administración de sustancias psicoactivas se produjo en EE.UU. en 1900. Una mujer joven que consumía voluntariamente diversas bebidas alcohólicas fue violada tras ser drogada con hidrato de cloral, administrado sin su conocimiento en una copa de vino, falleciendo tras la violación.

En adultos, la mayoría de los casos de SQ se corresponden a casos de agresión sexual en mujeres. En cambio, los casos en los que se producen delitos contra la propiedad afectan más a varones. En otras ocasiones, las víctimas son personas mayores, a las que se les administran sustancias con el objetivo de obtener la firma de documentos o para cometer estafas. Un punto especialmente preocupante es la SQ en niños, donde, por lo general, el agresor es del entorno familiar más cercano. Se cometen agresiones sexuales, pero también se realiza SQ con el objetivo de conseguir un buen comportamiento.

La prevalencia real de la SQ es difícil de establecer dado que muchos casos no llegan a ser denunciados. También hay que tener en cuenta la demora en la solicitud de

asistencia por parte de la víctima, la rápida desaparición en el organismo de algunos de los tóxicos utilizados, las limitaciones existentes para una rápida y correcta detección analítica, así como los diferentes criterios de inclusión aplicados e incluso la propia definición de delito facilitado por drogas. Finalmente, el entorno recreativo en el que sucede a menudo la SQ, en el que la víctima consume sustancias psicoactivas de forma voluntaria, dificulta la distinción entre una SQ oportunista facilitada por la VQ de la víctima de una SQ proactiva.

4.1. Sumisión química y agresión sexual

De forma general, se estima que entre el 25 y el 30% de mujeres y el 12,5% de varones sufrirán algún tipo de agresión sexual a lo largo de su vida, documentándose el uso de sustancias facilitadoras entre el 2% y el 75% de los casos (en España en porcentajes superiores al 30%). El porcentaje de SQ que podía considerarse proactiva fue del 13,2% en el estudio de García Caballero *et al.*, si bien el 73% de las víctimas admitían consumo previo de alcohol. En los estudios de Xifró *et al.*, y en el informe Clínic, los porcentajes de SQ fueron del 30,7% y del 31,4% respectivamente. En otros estudios, el porcentaje de víctimas que admitieron haber tomado sustancias de forma voluntaria varía entre el 27% y el 90%, detectándose una vulnerabilidad particularmente notoria en el sexo femenino. Por otra parte, los datos aportados por la Comunidad de Madrid cifran en el 34,96% las agresiones sexuales que cumplirían criterios de SQ, aunque el porcentaje puede ser inferior al real ya que un elevado número de los casos no fue denunciado o el tóxico no siempre se pudo detectar.

Las sustancias más frecuentemente encontradas en los casos de SQ son el alcohol y las benzodiazepinas, seguido de los cannabinoides y los derivados anfetamínicos entre otras muchas sustancias. Se ha documentado un mayor porcentaje de detección de etanol en países europeos mientras que en América predominan los cannabinoides. En los casos de SQ oportunista, la sustancia más frecuentemente consumida de forma voluntaria es el alcohol, con porcentajes que varían entre el 27,2% y el 100%. Otras sustancias consumidas de forma voluntaria incluyen diferentes drogas de abuso, aunque en menores porcentajes. En muchas ocasiones (entre el 23% y el 60%), se detecta más de una sustancia, sin poder discernir el grado de voluntariedad del consumo de cada una de las sustancias detectadas. El perfil del agresor suele ser repetitivo; generalmente un varón, del entorno o conocido de la víctima, que puede ser una expareja. En más de un tercio de los casos la agresión se produce en un domicilio, y aproximadamente una de cada 10 son agresiones múltiples.

Por otro lado, dado el incremento de la prevalencia, merece incluirse en este apartado la posible SQ en un entorno de *Chemsex*, término que hace referencia al consumo de sustancias de origen estimulante asociada a prácticas de sexo, generalmente entre varones: "hombres que tienen sexo con hombres".

4.2. Sumisión química y delitos contra la propiedad

Entre las víctimas de delitos contra la propiedad, al contrario que en los casos de agresión sexual, hay un pre-

dominio de varones. En ocasiones se ha detectado la presencia de escopolamina, sobre todo en países sudamericanos. En España, las sustancias más utilizadas para perpetrar delitos contra la propiedad son el alcohol, el cánnabis y los derivados anfetamínicos, habiéndose descrito una serie de casos en los que se utilizaban benzodiazepinas. Solo en pocos casos se ha detectado escopolamina, y en éstos se ha documentado mayor gravedad clínica (y en un caso en un contexto diferente al robo).

Un estudio que analizó 87 casos de SSQ y los analizó según el tipo de delito cometido mostró que entre las víctimas de robo hay un porcentaje similar de españoles y extranjeros (50% vs 47%). Entre las víctimas de delitos contra la propiedad hay mayor porcentaje de trastorno por uso de sustancias que entre las víctimas de agresión sexual (20,8% vs 11,7%), pero menor porcentaje de consumo voluntario de sustancias (29,2% vs 47,1%).

4.3. Sumisión química sin evidencia de delito

Este punto hace referencia a las situaciones en las que, en ausencia de una clara evidencia de un delito en el momento de la consulta sanitaria, se sospecha que puede haber existido un consumo involuntario de alguna sustancia administrada por otra persona (Figura 1).

Aunque no existen muchos datos sobre este tipo de SQ, el perfil de las víctimas en aquellos casos en los que no existe un delito aparente no difiere excesivamente de los casos de SQ con sospecha de agresión sexual. Predominan las mujeres jóvenes, en menor porcentaje que en los casos de agresión sexual (71% vs 94%). Entre las sustancias detectadas, como en los casos con sospecha de agresión sexual, predomina el alcohol, pero sólo en un 6% de los casos se detectó más de una sustancia, siendo difícil discernir entre vulnerabilidad y SQ mixta.

Respecto a la amnesia o confusión es importante poner en valor la preocupación que muestra el paciente por haber estado expuesto a una sustancia, administrada sin su consentimiento, que le haya puesto en peligro de sufrir algún problema de salud y/o acto potencialmente delictivo.



* Se requiere al menos 1 de los 3 criterios

Figura 1. Criterios para la activación del protocolo de sumisión química en ausencia de delito evidente en el momento de la asistencia en el servicio de urgencias hospitalario. SQ: sumisión química; SUH: servicio de urgencias hospitalario.

Tabla 4. Ventana de detección para algunas de las sustancias empleadas en casos de sumisión química

Sustancia	Ventana de detección*
Etanol	7-12 horas
Cocaína y metabolitos	2-4 días
MDMA	5-6 días
Delta-9-THC y metabolitos	3-30 días
Ketamina	2-4 días
GHB**	12 horas
Escopolamina	< 43 horas
Doxilamina	2-10 días
Zolpidem	1-4 días
Haloperidol	4-6 días
Alprazolam	5 días
Lorazepam	5 días
Diazepam	10 días

*Baselt RC. Disposition of Toxic Drugs and Chemicals in Man, 12th edition. Biomedical Publications, Seal Beach, CA, 2020.

**Tener en cuenta la existencia de niveles endógenos fisiológicos al ser también un metabolito natural del neurotransmisor GABA.

GHB: Gamma hidroxibutirato.

En un estudio reciente en nuestro entorno, la amnesia estuvo presente en el 84% de SSQ proactiva o sobre todo (68,5%) mixta. Y en el 77,7% de casos se identificó en el análisis toxicológico (AT) alguna sustancia incapacitante. Para una correcta interpretación del resultado del AT es imprescindible que en la historia clínica figure el tiempo estimado entre la exposición al tóxico y la extracción de las muestras biológicas para el AT, pues diferentes estudios han demostrado que el retraso en la recogida de muestras dificulta la identificación de sustancias implicadas. En otro estudio muy reciente, Wolfe *et al.* recogen una alta concordancia (0,68-IQ: 0,44-0,86) entre lo que el intoxicado recuerda que ha ingerido y lo que posteriormente se detecta analíticamente por espectrometría de masas de alta resolución en episodios de intoxicación aguda, y que es aún superior (0,90-IQ: 0,53-0,95) para el valor predictivo negativo.

5. Aspectos de laboratorio a considerar

5.1. Tipos de muestras

Existen diferentes guías de recomendaciones sobre cuándo y qué muestras se deben tomar para ser analizadas ante un caso de SSQ. Del hecho de realizar una adecuada y temprana toma de muestras dependerá la posibilidad de detección de las sustancias en el laboratorio.

a. Sangre

Su principal ventaja radica en que la identificación de una sustancia en ella indica un consumo o exposición reciente. Además, es la muestra más indicada para establecer una correlación entre las concentraciones y la sintomatología que provocaría en la víctima. Para algunas sustancias como el alcohol, el conocimiento de las concentraciones en sangre podría permitir la estimación retrospectiva de la concentración en el momento de los presuntos hechos. Por tanto, la identificación de una sustancia y su concentración en sangre permiten extraer conclusiones en relación con la SSQ investigada.

Su principal limitación es su corta ventana de detección, generalmente inferior a 48 horas para la mayoría de las sustancias psicoactivas. La posibilidad de detección de una sustancia en sangre está relacionada de manera directa con su vida media plasmática (tiempo que tarda en reducirse a la mitad la concentración plasmática en el organismo), de forma que cuanto menor sea la semivida plasmática de la sustancia, menor será su ventana de detección. La **Tabla 4** muestra, a modo de ejemplo, la vida media para algunas de las sustancias empleadas en casos de SQ.

Para asegurar la estabilidad de las sustancias en la muestra de sangre y evitar posibles degradaciones, se deberán emplear tubos de recogida que contengan conservantes (por ejemplo, fluoruro sódico) y anticoagulantes (por ejemplo, oxalato potásico, EDTA), y mantener la muestra refrigerada (2°C-8°C) si va a ser enviada en un tiempo inferior a 72 horas al laboratorio, o congelada (-20°C) para tiempos superiores.

b. Orina

Se trata de una muestra con muchas ventajas para ser analizada en casos de SSQ: su recogida no precisa de personal cualificado, no es invasiva para la víctima, y presenta una mayor ventana de detección que la muestra de sangre. Sin embargo, su principal inconveniente es la ausencia de correlación entre las concentraciones detectadas y la posible afectación originada por la sustancia en la víctima en el momento del suceso.

La muestra de orina se deberá recoger siempre que no hayan pasado más de cinco días desde el momento de la supuesta agresión. No necesita de adición de conservantes, deberá mantenerse refrigerada si se envía antes de las 72 horas de su toma al laboratorio o, si no, se deberá conservar en congelar (-20°).

c. Cabello

Es una muestra de elección cuando el tiempo transcurrido desde el momento de la exposición a las sustancias psicoactivas es superior a cinco días y, por tanto, ninguna de las dos muestras descritas anteriormente tendría utilidad para la identificación de las sustancias a las que la víctima podría haber estado expuesta en el momento de la SQ.

La muestra de cabello permite el análisis retrospectivo en el tiempo debido a que las sustancias se incorporan al cabello a través de la sangre que irriga el folículo piloso y, una vez que se incorporan a esta matriz, permanecen en la misma de forma inalterada.

Se estima como velocidad media de crecimiento del cabello 1 cm/mes siempre que la muestra haya sido tomada de la zona del vértex posterior, debido a que es en esta zona donde existe menor variabilidad tanto entre la ratio de crecimiento de los folículos pilosos como por razones de edad o sexo. Por tanto, la muestra obtenida en esta zona será más reproducible y permitiría hacer una valoración retrospectiva de la exposición o el consumo. En sentido contrario, las muestras de vello obtenidas de otras zonas del cuerpo (axilas, barba, vello púbico, etc.) no permiten valorar el momento de la exposición.

El análisis de la muestra de cabello es útil en dos supuestos:

- Evaluación de una exposición o ingesta puntual a una sustancia psicoactiva. En este supuesto la toma de la muestra se realizará cuando hayan pasado al menos cinco o seis semanas desde la supuesta exposición, ya que el pelo en formación al que se incorporan las sustancias tardas unas 4 semanas en alcanzar el cuero cabelludo. De esta forma, nos aseguramos de que al cortar el cabello lo más cercano al cuero cabelludo estamos analizando el segmento de pelo relacionado con el periodo a investigar.

- Evaluación de un consumo o exposición continuada (SQ continuada en el tiempo), situación especialmente relevante cuando la víctima es vulnerable (menor, discapacidad...). Si ésta es la sospecha, podría recogerse la muestra de pelo en el momento de la atención médica. En este caso se tomaría la muestra de cabello y se evaluarían diferentes segmentos relacionados con diferentes periodos de tiempo de exposición.

La muestra de cabello presenta una serie de desventajas que hay que tener en cuenta, sobre todo de cara a la interpretación de los resultados analíticos. Por una parte, hay sustancias con un índice de incorporación al cabello bajo, de forma que si la exposición a esta sustancia hubiera sido puntual y en dosis baja, podría obtenerse un resultado falso negativo si la sensibilidad de la técnica empleada no es suficiente. Otro inconveniente es que la detección de una sustancia en el cabello no puede relacionarse con la exposición en un día concreto del periodo correspondiente al segmento analizado, sino que esa exposición puede haberse producido en un único momento o varias veces durante el periodo estudiado. Así mismo, las concentraciones detectadas no pueden correlacionarse con el grado de afectación en el momento de los hechos.

La muestra de cabello, a diferencia de las muestras de sangre y orina, no necesita refrigeración para su conservación, y su toma no es invasiva.

d. Otras muestras relacionadas con la víctima y/o los hechos

Incluyen fármacos encontrados en el lugar de los hechos, recipientes o utensilios (vasos, botellas), parafernalia propia del consumo de drogas (jeringuillas, papelinillas llenas o vacías), restos de vómito, prendas manchadas, etc. También bebidas, alimentos sospechosos o la propia sustancia, tanto si los puede aportar la víctima como los profesionales que realicen la investigación.

En estas muestras las concentraciones de las posibles sustancias psicoactivas serán elevadas, lo que permitirá al laboratorio tras su identificación poder realizar análisis más específicos y con mayor sensibilidad en el resto de las muestras biológicas.

Con carácter general, cada muestra debe ir en un envase primario sellado, etiquetado con la fecha y hora de recogida, identidad de la víctima y tipo de muestra.

Estas muestras individuales deben incluirse en el embalaje (recipiente-contenedor) secundario de seguridad, hermético e impermeable, que permita su almacenamiento durante el tiempo necesario sin que sufran deterioro. Ade-

Tabla 5. Periodo de toma de las muestras biológicas y condiciones de conservación

Muestra	¿Cuándo realizar la toma?	Conservación
Sangre	Siempre que el tiempo transcurrido < 48 horas	refrigerada (2° a 8°C) congelación (-20°C)*
Orina	Siempre que el tiempo transcurrido < 5 días	refrigerada (2° a 8°C) congelación (-20°C)*
Cabello	Transcurridas 5-6 semanas de la posible exposición a sustancia psicoactiva	Temperatura ambiente

*En caso de que se vaya a retrasar más de 72 horas el envío al laboratorio para análisis.

más, debe estar precintado e identificado como material potencialmente biopeligroso. Estas muestras deberían ser enviadas junto con el resto de las muestras biológicas al mismo laboratorio para su análisis.

A modo de resumen se adjunta una tabla que recoge qué muestras se deben tomar según el tiempo transcurrido desde la posible exposición o ingesta de la sustancia psicoactiva, así como las condiciones de almacenamiento de las muestras hasta el envío al laboratorio para su análisis (Tabla 5).

5.2. Solicitud de analítica toxicológica en casos de sospecha de sumisión química

Tanto para realizar una atención médica adecuada como para que el resultado del proceso legal sea concluyente, es de gran importancia que tanto la recogida como el procesamiento de las muestras y la interpretación de los resultados sean correctas. Para ello, es importante una correcta solicitud de analítica toxicológica.

Si la víctima necesita una evaluación toxicológica con fines asistenciales, el laboratorio del centro sanitario puede realizar unos primeros análisis urgentes, que dependiendo de la dotación tecnológica será mayor o menor, e incluso podría aportar resultados confirmatorios, siendo recomendable que las actuaciones queden recogidas en la historia clínica.

Es recomendable que los hospitales dispongan de un perfil analítico específico de "SQ" para la solicitud de AT. Estos perfiles permiten estandarizar las pruebas incluidas en un centro hospitalario, mejorar la identificación de las peticiones y la posterior gestión de las muestras.

Dado que muchos episodios de SQ que se atienden en los servicios de urgencias tienen lugar en entornos y situaciones de ocio, como información de interés es necesario recabar datos sobre el posible consumo voluntario de tóxicos por parte de la víctima y documentar analíticamente dicho consumo. Por tanto, a efectos de orientar el AT, se preguntará sobre este punto (tipo de sustancias consumidas voluntariamente y/o sustancias que se sospecha que podrían haberle sido administradas, hora aproximada del consumo, vía de entrada y dosis).

La información relativa a una eventual intoxicación será necesaria a efectos de considerar la influencia de niveles elevados de alcohol u otras sustancias de abuso, no solo como factores de vulnerabilidad, sino también como elementos que pueden tener influencia en la calidad del recuerdo relacionado con el episodio traumático.

La historia clínica y la petición analítica deben recoger el uso diario de fármacos psicoactivos prescritos, ya que pueden tener un impacto en el nivel de conciencia de la víctima, su juicio y su memoria. Esto también aplica al alcohol y a las drogas recreativas. Sin embargo, la información de la medicación habitual de una víctima no siempre es conocida, especialmente en pacientes extranjeros no residentes. También es habitual que muchas víctimas, por miedo a ser estigmatizadas o no ser creídas, no reconozcan el consumo de sustancias de abuso, ya sea de forma puntual o crónica. En ambos casos, la interpretación de los resultados puede ser más complicada en el caso de resultar positivos.

Asimismo, los medicamentos pueden haber sido tomados antes del incidente y, por lo tanto, tener un impacto en el estado de la víctima, pero también pueden haber sido consumidos voluntariamente por la víctima antes de acudir a un centro sanitario o policía (por ejemplo, una benzodiacepina). Lo ideal es que las muestras para el AT se tomen antes de que se administre a la víctima cualquier medicación adicional; si esto no fuese posible, cualquier medicación administrada después de los presuntos incidentes debe estar bien documentada.

El tratamiento que está recibiendo una persona por otros motivos puede generar interacciones con el alcohol, drogas o medicamentos que se han administrado o ingerido voluntariamente. Incluso el estado de una persona puede estar influenciado por la falta de adherencia a un tratamiento, que analíticamente se puede objetivar. Un ejemplo de esto es el uso de fármacos estabilizantes, como antiepilépticos, antidepresivos y neurolépticos, cuya ausencia puede tener un impacto en el estado o la conducta de la persona.

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 INTCF incluye en su Anexo I un formulario de remisión de muestras que contempla la siguiente información:

- Sujeto/s del estudio: Apellidos. Nombre. Documento de identidad. Sexo. Fecha nacimiento. Profesión. Edad. Datos macroscópicos (incluir peso y talla).
- Suceso y reconocimiento médico: fecha y hora aprox.
- Resultados de los análisis ya realizados en los laboratorios hospitalarios.
- Datos de la historia clínica, incluyendo antecedentes patológicos.
- Sintomatología referida y curso, incluyendo en su caso la duración de la amnesia. Signos de intoxicación apreciados.
- Administración de tratamientos por parte de personal sanitario en el momento del reconocimiento clínico.
- Sospecha clínica de *Chemsex*.
- Anamnesis y exploración médico-forense.
- Orientación de posibles sustancias implicadas en el asunto: alcohol etílico, medicamentos (especificar), drogas (especificar), otros (especificar).
- Consumo voluntario de alcohol, drogas y/o medicamentos: previo/posterior a los hechos y descripción, cantidad y cronología.

– Relación de muestras enviadas, indicando la fecha y hora de su toma.

Por todo ello, se precisa una petición de analítica toxicológica lo mejor documentada posible, ya que uno o varios resultados positivos, por sí solos, no son capaces de distinguir entre las circunstancias por las que se detectaron, y dificultará el esclarecimiento de si sucedió o no un delito de SQ y de qué tipo fue (proactiva, VQ o mixta).

5.3. Cadena de custodia

Se puede definir como el “procedimiento documentado que garantiza la identidad, integridad y autenticidad de los restos y vestigios relacionados con los hechos objeto de la causa, de forma ininterrumpida desde su hallazgo hasta su aportación al proceso, siempre a disposición de la autoridad judicial competente”.

La persona que recoge la muestra es responsable de iniciar el proceso de cadena de custodia. El documento de la cadena de custodia debe identificar a todas las personas que hayan intervenido en la recogida, almacenamiento, transferencia y destrucción de las muestras y los lugares donde se han guardado esas pruebas en orden cronológico desde su recolección hasta su destrucción.

La documentación de la cadena de custodia deberá incluir los siguientes datos:

- Enumeración de las muestras obtenidas.
- Identificador de caso (p. ej., número de la historia clínica).
- Lugar de recogida de las muestras.
- Lugar y condiciones de almacenamiento, con atención especial a la temperatura.
- Identificación del personal que tramita las muestras y gestión realizada.
- Procesos a los que se hayan podido someter las muestras (p. ej. reenvasado).
- Información de fecha y hora de cada uno de los procesos.

El original del documento de la cadena de custodia debe acompañar a las muestras en todo momento hasta su destino final.

Cualquier muestra tomada podrá ser utilizada posteriormente en la investigación criminal o los análisis derivados de las mismas, pudiendo considerarse como pruebas judiciales. En este sentido, debe garantizarse el almacenamiento en condiciones de seguridad que impida el acceso a personal ajeno a dicha cadena de custodia. Por este motivo, la toma de dichas muestras debe quedar reflejada en un documento de cadena de custodia que garantice su trazabilidad y la de los análisis que de ellas se deriven. En el caso de las muestras clínicas, se recomendará que estas actuaciones queden plasmadas en la historia clínica, como documento oficial que permitirá, en caso necesario, comprobar su trazabilidad.

5.4 Técnicas analíticas

La principal sustancia implicada en los casos de SQ es el etanol, pero se ha descrito el empleo de más de 50 sustancias con esta finalidad, incluyendo, en los últimos años,

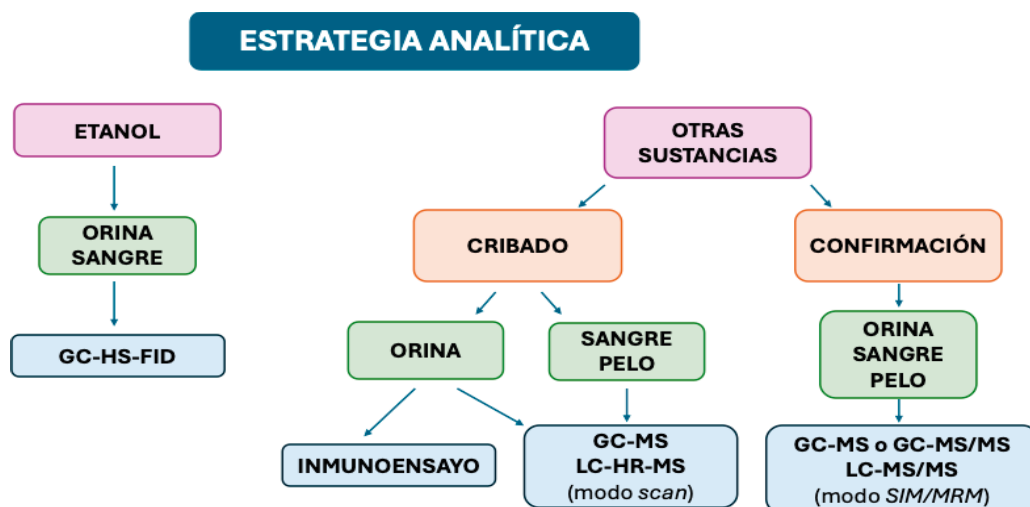


Figura 2. Principales técnicas analíticas empleadas en el análisis toxicológico y estrategia de activación en los casos de sumisión química.
GC-MS: cromatografía de gases acoplada a espectrometría de masas; LC-HR-MS: cromatografía de líquidos acoplada a espectrometría de masas de alta resolución.

las denominadas “nuevas sustancias psicoactivas” (NPS), no identificables a través de las metodologías analíticas empleadas en la mayoría de los laboratorios de forma rutinaria. Además, debido a la elevada potencia de muchas de estas sustancias, las dosis administradas pueden ser muy bajas, las técnicas analíticas a emplear deben permitir la identificación de un amplio abanico de sustancias y, en muchos casos, con una elevada sensibilidad.

El AT de este tipo de casos puede consistir en la realización de un análisis de cribado inicial y la posterior confirmación de los resultados con técnicas más selectivas, o bien la aplicación directa de las técnicas de confirmación si el laboratorio dispone de metodologías para la determinación de las principales sustancias implicadas en casos de SQ (Figura 2). La estrategia analítica dependerá además de las técnicas analíticas disponibles en cada laboratorio. En cualquier caso, todas las metodologías deben estar adecuadamente validadas de acuerdo con lo establecido en las principales guías de validación.

a. Análisis de cribado inicial

El análisis de cribado suele realizarse empleando muestras de orina por presentar concentraciones superiores a las hemáticas, aunque las técnicas cromatográficas pueden aplicarse también a muestras de sangre o pelo. Se trata generalmente de métodos cualitativos, que no permiten la cuantificación de las concentraciones presentes en la muestra.

– **Técnicas de inmunoensayo:** estas técnicas, disponibles en la mayoría de los hospitales, pueden emplearse para realizar un cribado inicial, ya que puede obtenerse un primer resultado rápido con un mínimo tratamiento de la muestra. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que estas técnicas permiten la detección de un grupo muy reducido de compuestos (principalmente las drogas de abuso tradicionales y los principales fármacos involucrados en intoxicaciones clínicas como benzodiazepinas o antidepresivos), generalmente están diseñadas para el análisis de muestras

de orina en consumidores habituales, y los puntos de corte están establecidos a concentraciones excesivamente elevadas en relación con las esperadas en casos de SQ, pudiendo originar un falso negativo. Además, pueden dar lugar a falsos positivos debido a la reacción cruzada originada por sustancias con similitud estructural a aquellas para las que está diseñado el análisis. Por ello, estas técnicas se podrán emplear si se dispone de suficiente cantidad de muestra para el análisis mediante otras técnicas de cribado que permitan la identificación de un elevado número de sustancias y aporten mayor sensibilidad.

– **Cromatografía de gases acoplada a espectrometría de masas (GC-MS):** La GC-MS trabajando en modo *scan*, es decir, sin hacer una preselección de los compuestos a identificar, es la técnica empleada tradicionalmente para la realización del análisis de cribado, mediante la comparación del espectro de masas en la muestra con los presentes en una librería que contiene los espectros de masas característicos para las principales sustancias de interés toxicológico. Su principal inconveniente es la necesidad de someter la muestra a un proceso de derivatización previo al análisis instrumental para la detección de compuestos polares y/o poco volátiles (lo que incrementa el tiempo de análisis), y no ser adecuada para el análisis de compuestos termolábiles como el alcohol.

– **Cromatografía de líquidos acoplada a espectrometría de masas de alta resolución (LC-HR-MS):** el coste de estos equipos se ha reducido sustancialmente en los últimos años, por lo que actualmente están disponibles en muchos laboratorios de toxicología. Al igual que GC-MS, permiten la identificación de un amplio número de compuestos mediante el empleo de una librería de espectros de masas, con la ventaja de que pueden analizarse simultáneamente compuestos con diferente polaridad sin necesidad de derivatizar la muestra y compuestos termolábiles. Además, la mayoría de los equipos actuales emplean espectrómetros de masas en tándem (LC-HR-MS/MS), lo que

incrementa de manera sustancial la especificidad de la técnica.

b. Análisis de confirmación

Este análisis debe realizarse siempre para la confirmación de los resultados positivos obtenidos en el cribado inicial, así como para incrementar la sensibilidad del análisis si la obtenida con las metodologías previas no permiten detectar los niveles requeridos en casos de SQ. Este análisis se basa en el empleo de sistemas cromatográficos acoplados a diferentes detectores (ultravioleta, PDA, espectrometría de masas). De ellos, la espectrometría de masas es el detector de elección por aportar una mayor selectividad y sensibilidad con respecto a otros detectores. Por tanto, los principales equipos empleados son LC-MS/MS, GC-MS o GC-MS/MS.

Las metodologías empleadas permiten la detección y cuantificación de un amplio grupo de compuestos predefinidos, para lo cual se requiere el uso de patrones certificados de los mismos, y se aplican criterios de identificación más exigentes que en los métodos de cribado (mismo tiempo de retención que el patrón de referencia, identificación de varios fragmentos característicos, etc.). La preselección exclusiva de los fragmentos característicos de los compuestos incluidos en la metodología (trabajando en modo SIM o MRM) reduce significativamente las interferencias, lo que permite incrementar la especificidad y sensibilidad de la técnica.

c. Análisis de etanol

El etanol (alcohol) es la prueba analítica toxicológica cuantitativa más común solicitada tanto en toxicología clínica como forense.

La técnica de referencia para el análisis de etanol y otros los compuestos con elevada volatilidad es la cromatografía de gases con espacio de cabeza acoplada a detector de ionización de llama (GC-HS-FID) en sangre total. La técnica de espacio de cabeza se basa en el calentamiento previo de la muestra en un vial sellado, de forma que, transcurrido el tiempo necesario para que se produzca el equilibrio entre la fase líquida (muestra biológica) y la gaseosa, se inyectará en el cromatógrafo únicamente aquellas sustancias con suficiente volatilidad, como el etanol. De esta forma, esta técnica permite eliminar la mayoría de los interferentes de la muestra (que no pasarán al estado gaseoso) sin necesidad de realizar su extracción previa, aportando rapidez en la obtención de resultados, y una adecuada selectividad y sensibilidad.

A nivel hospitalario, es más común aplicar el método de oxidación enzimática del alcohol deshidrogenasa (ADH), debido a su bajo costo, fácil operación y tiempo de respuesta corto, que facilita su aplicación en los laboratorios de urgencias. Los ensayos enzimáticos no miden directamente la concentración de etanol, sino que miden un cambio de absorbancia causado por la producción de NADH, que luego se relaciona con la concentración de etanol. Sin embargo, algunas moléculas pequeñas oxidadas por la ADH también pueden producir NADH, aumentando la concentración medida de etanol. Se han documentado algunas sustancias susceptibles de provocar mediciones de

etanol falsamente positivas en los ensayos basados en la ADH cuando coexisten en la muestra una combinación de lactato elevado y lactato deshidrogenasa (LDH) muestra.

d. Otras consideraciones

Desde el punto de vista analítico, la correcta toma de muestra y la información suministrada sobre el tiempo transcurrido desde la SQ son fundamentales para la obtención de resultados de laboratorio fiables. Por otro lado, debe tenerse siempre en cuenta que la obtención de un resultado negativo no implica que no se haya producido la exposición.

Asimismo, hay una serie de consideraciones prácticas a tener en cuenta a la hora de seleccionar la estrategia analítica a aplicar a los casos de SQ:

- **La muestra biológica:** las principales muestras recogidas en casos de SQ son la sangre, la orina y el pelo, que analíticamente deberán ser tratadas de forma diferente. Una de las principales diferencias es que, mientras en las muestras de sangre y pelo se identificará el compuesto original y los metabolitos, en orina nos encontraremos fundamentalmente a los metabolitos. Por tanto, las metodologías a emplear deberán incorporar los analitos correspondientes en cada caso, y emplear límites de detección/cuantificación adecuados en función de las concentraciones esperables en cada muestra, que pueden consultarse en diferentes artículos científicos.

Por otra parte, las muestras de orina deben someterse a un proceso de hidrólisis previo que permita liberar los metabolitos conjugados e incrementar la sensibilidad de la técnica. En relación con las muestras de pelo, es fundamental realizar un lavado inicial del mismo antes de su digestión para identificar una posible contaminación externa de la muestra. De esta forma, un resultado positivo requerirá la detección de concentraciones 10 veces superiores en el pelo tras su digestión que en el lavado.

Debe tenerse en cuenta, asimismo, la relación entre las concentraciones del compuesto original y de los metabolitos.

- Además, la muestra de pelo debe segmentarse (segmentos de 1-2 cm) a fin de poder relacionar un posible resultado positivo con el momento del suceso. Por otro lado, las concentraciones esperables tras la administración de una dosis única suelen ser muy bajas, por lo que se requerirá el empleo de técnicas que aporten una elevada sensibilidad.

- **Los analitos:** como se comentó previamente, la ventana de detección en muestras de sangre es de aproximadamente 24 horas y en orina de 3-4 días para la mayoría de los compuestos. Sin embargo, esta ventana se ve reducida para ciertos compuestos, como es el caso del GHB o del etanol. Por ello, no tiene sentido la búsqueda de GHB en muestras de sangre u orina recogidas 8 o 12 horas después de la exposición, respectivamente. Además, el GHB es un compuesto endógeno, por lo que la correcta interpretación de los resultados requiere la cuantificación para confirmar la procedencia exógena. Para discriminar la presencia endógena y exógena de GHB en pelo es necesario analizar la muestra en segmentos de 0,5 mm a fin de po-

der identificar el incremento de las concentraciones endógenas en los segmentos que se correspondan temporalmente con la exposición a GHB. Es conveniente descartar el primer centímetro proximal, por lo que la muestra debería tomarse transcurridas, al menos, 6 semanas desde la exposición.

– En el caso del **etanol**, en función del tiempo transcurrido entre el suceso y la toma de muestra, puede ser necesario realizar el análisis de sus metabolitos, principalmente etilglucurónido (EtG), cuya ventana de detección es muy superior (hasta 5 días en orina). Asimismo, en muestras de pelo no se detectará etanol, y la exposición al mismo debe identificarse mediante el análisis de EtG.

6. Aspectos ginecológicos

La valoración ginecológica en el contexto de SSQ se debe solicitar si la persona que refiere haber sufrido una agresión sexual posee anatomía ginecológica susceptible de ser explorada. Estos casos recibirán un nivel 2 de triaje y se derivarán de forma rápida al servicio de ginecología, donde esperarán la llegada del forense, evitando al máximo, en la medida de lo posible, la presencia innecesaria de múltiples profesionales, así como los cambios de ubicación.

La asistencia garantizará a la víctima la privacidad, el respeto y la posibilidad de ser acompañada por una persona de confianza, si así lo desea. Se actuará con la máxima sensibilidad, preservando la dignidad de la persona en todo momento. En situaciones no agudas, se recomienda atención en entornos ambulatorios más apropiados y menos invasivos, como consultas específicas de salud sexual y reproductiva o espacios ginecológicos especializados, diseñados para evitar la revictimización y las derivaciones innecesarias. Estas consultas deben adoptar un enfoque biopsicosocial, interseccional, accesible y flexible, asegurando la continuidad asistencial y la atención por parte de profesionales formados específicamente en violencia sexual.

La paciente únicamente será atendida antes de la llegada del forense si presenta signos o síntomas de intoxicación o de riesgo vital inmediato por las lesiones sufridas durante la agresión. En este caso, se procederá a la asistencia médica urgente, procurando preservar las condiciones necesarias para la posterior recogida de evidencias forenses para la investigación, manteniendo las muestras analíticas bajo cadena de custodia para estudios toxicológicos. En estas situaciones, la aparición de signos de violencia sexual puede no ser inmediata debido al estado alterado del nivel de consciencia; por ello, resulta esencial aplicar indicadores de sospecha precoz (Tabla 1).

6.1. Atención médica de la persona afectada

Cualquier sospecha de violencia sexual se comunicará de forma rutinaria a los servicios judiciales de guardia mediante el parte específico, con independencia de la intención de la persona de denunciar o no los hechos.

La asistencia y exploración inicial de la víctima se realizará de forma conjunta (forense y ginecología), sin intervención de fuerzas de seguridad ni acompañantes, con el

fin de garantizar la intimidad y disminuir en la medida de lo posible la reiteración de exploraciones. El equipo se identificará de forma clara y solicitará consentimiento verbal específico antes de cualquier actuación, y consentimiento escrito para procedimientos de recogida de muestras biológicas o toma de imágenes forenses.

Debe garantizarse la comunicación en un idioma comprendido por la víctima, recurriendo a intérpretes oficiales.

6.2. Anamnesis

La anamnesis se realizará en un ambiente seguro, respetuoso y libre de presiones, escuchando activamente a la víctima y evitando interrupciones, juicios de valor o interpretaciones personales. La recogida de información seguirá un orden progresivo, comenzando por datos objetivos de filiación e historia clínica y, posteriormente, aspectos más delicados del relato de los hechos. El relato será único, evitando duplicación de preguntas y la revictimización de la paciente. Es imprescindible no insistir en que la persona relate lo que no desea compartir, respetando sus ritmos y sus decisiones.

La transcripción del relato será literal, sin omitir ni reformular expresiones de la víctima, ya que puede tener relevancia judicial y de esta manera se evitan los sesgos por posibles prejuicios del personal sanitario. El profesional explicará en todo momento el motivo de las preguntas y obtendrá el consentimiento verbal antes de abordarlas. La víctima elegirá si quiere estar acompañada durante esta fase, y en el caso de menores o personas especialmente vulnerables, se ajustará la entrevista a sus capacidades y preferencias.

Los datos más relevantes que incluirá la anamnesis son los siguientes:

- Fecha, hora, lugar y circunstancias de la agresión. Persona o personas agresoras. Cronología recordada de las últimas horas.
- Tipo de agresión sexual (vaginal, anal, oral). Introducción de objetos. Eyaculación, si la hubo y dónde. Uso del preservativo por parte del agresor.
- Uso de violencia, armas o sustancias, consumo de alcohol o drogas, voluntaria o involuntariamente.
- Actuaciones posteriores a la agresión por parte de la paciente (higiene, cambio de ropa, micción, ingesta de líquidos o sólidos) a fin de determinar el grado de posibles restos biológicos del agresor.
- Antecedentes ginecológicos, uso de métodos anti-conceptivos, antecedentes de violencia de género, última relación sexual consentida y tratamientos médicos en curso.

Además de realizar la anamnesis, es esencial valorar el estado emocional y psicológico de la persona, facilitando la expresión de emociones y manteniendo una actitud empática y sin prejuicios. Las respuestas emocionales pueden ser muy diversas (bloqueo, llanto, ansiedad, mutismo, rabia, enfado, actitud hostil contra el personal sanitario, respuestas inapropiadas, risa nerviosa, desconexión emocional, etc.) y todas estas conductas deben ser validadas sin que su presencia o ausencia afecte a la credibilidad de la

víctima, dado que pueden formar parte de la reacción al trauma.

En las pacientes bajo SSQ, o cuando haya habido consumo de tóxicos voluntario, el relato inicial puede estar contaminado por sus efectos, por lo que es relevante anotar aquellos detalles que pudieran relatarse de manera espontánea.

6.3. Exploración ginecológica

La exploración clínica se orientará a partir de la anamnesis, de manera que se tratará de una exploración dirigida e individualizada en función del relato que explique la paciente.

En los casos en los que según el relato esté indicada, además de la exploración corporal general se realizará una exploración ginecológica. Esta exploración puede ser dolorosa por las lesiones sufridas, y generar temores o pudor, por lo que es fundamental intentar generar un clima de confianza, actuando lentamente, respetando tiempos y pausas de la paciente, facilitando información previamente y solicitando consentimiento verbal ante cualquier actuación a realizar. Para esta exploración se recomienda seguir las directrices de la OMS propuestas en 2003.

- Posicionar cómodamente a la persona (inicialmente exploración de pie y después en decúbito en la litera o camilla de exploración); iniciar el reconocimiento por las manos y extremidades, para facilitar la relación de confianza con la persona que la está examinando, relegando el examen genital al último lugar.

- Facilitar la retirada de ropa de manera autónoma por parte de la paciente. Realizar esta retirada sobre papel o sábanas blancas, para la recogida de vestigios, que deberán guardarse posteriormente por separado en diferentes bolsas de papel debidamente cerradas y rotuladas.

- Se cubrirá el resto del cuerpo que no sea examinado. Se describirán con detalle las lesiones observadas en las distintas partes del cuerpo (cutáneas, oculares, bucales, auditivas, internas, músculo-esqueléticas), indicando tipo, localización, forma, color y tamaño, o la ausencia de lesiones. Es útil en este punto disponer en la documentación de mapas corporales simbólicos para describir mejor localización y tamaño de las lesiones. Caso de realizarse fotografías de las zonas lesionadas, deberá solicitarse el consentimiento informado por escrito.

- Para el examen genital-anal, se tendrá en cuenta que la víctima podrá estar especialmente tensa, por lo que se procederá lentamente, interrogando a menudo sobre dudas y si otorga su permiso para continuar. Se debe realizar una descripción de los hallazgos en la vulva, la región perineal, anal, la vagina o el cérvix. Si hubiera sangre, semen, saliva u otros restos biológicos, como vello, se recogerán debidamente.

Al finalizar la asistencia debe entregarse un informe de alta asistencial a la paciente.

A pesar de que es muy poco frecuente encontrar una infección de transmisión sexual (ITS) después de una agresión sexual, especialmente atribuible a dicho episodio, dada la simplicidad del procedimiento, y siguiendo las guías y protocolos, se recomienda realizar cribado y profi-

laxis de (ITS) tras agresiones sexuales, como recogen la OMS (2015) y el reciente Documento de Consenso sobre ITS en adultos, niños y adolescentes (SEIMC, 2024). Esto incluye el cribado de VIH, sífilis, hepatitis B y hepatitis C, así como la valoración de profilaxis postexposición (PEP) frente al VIH en función del riesgo (SEIMC, 2024).

6.4. Otros aspectos a tener en cuenta tras la valoración ginecológica

- Derivación a recursos específicos en función de la disponibilidad de la Comunidad Autónoma (CCAA) donde resida: asesoría jurídica, trabajo social, apoyo psicológico. Se remitirá, si es posible, a consultas especializadas de ginecología o a consulta de Salud Sexual y Reproductiva para seguimiento posterior.

- Valoración de la necesidad de apoyo psicológico o psiquiátrico inmediato si se observan alteraciones conductuales significativas no atribuibles al efecto de tóxicos, o alguna alteración en el comportamiento (hiperactividad o hipervigilancia, desconfianza excesiva, pasividad manifiesta, reacción de pánico, violencia o agresividad, temor a cualquier tipo de contacto, etc.).

- Alertar a los servicios sociales o cuerpos de seguridad en casos de riesgo de reiteración de violencia o cuando existan personas dependientes a cargo de la víctima. Si la persona viene acompañada, debe contemplarse la posibilidad de que el acompañante puede ser el responsable de la situación. Ante cualquier indicio debe actuarse para proteger a la víctima de este riesgo.

- Informar a la víctima sobre su derecho a interponer denuncia en cualquier momento. Si decide no denunciar de inmediato, se pondrá el caso en conocimiento de las fuerzas de seguridad para activación del protocolo de acompañamiento (Guía Intersectorial Baleares, 2023).

7. Aspectos psicológicos

La atención psicológica en los casos de SSQ y VQ constituye un elemento clave en la atención integral a las víctimas, al abordar el impacto emocional inmediato y prevenir secuelas a largo plazo. La violencia sexual facilitada por DFSA genera una pérdida de control sobre la propia voluntad, lo que contribuye a un estado de vulnerabilidad extrema, sentimientos de angustia, confusión y desorientación. Además, la alteración de la memoria debida a los efectos de estas sustancias puede dificultar la reconstrucción de los hechos, lo que incrementa la sensación de desprotección y desesperanza en las víctimas.

El Protocolo de actuación ante la violencia sexual del Consejo Médico Forense (Ministerio de Justicia, 2021) destaca la necesidad de una atención psicológica especializada desde el primer contacto con la víctima, estableciendo mecanismos que garanticen su acompañamiento sin necesidad de una denuncia previa y asegurando la coordinación entre los distintos profesionales implicados en la atención. Esta guía enfatiza la importancia del consentimiento informado, la evaluación multidisciplinar y la posibilidad de que la víctima cuente con una persona de confianza durante el proceso pericial.

La Guía de buenas prácticas para la actuación forense ante la víctima de un delito facilitado por SQ establece que la atención psicológica debe ser parte del enfoque integral de la asistencia clínica y forense, promoviendo la instauración de protocolos normalizados que aseguren una intervención temprana. Se reconoce que muchas víctimas no denuncian por diversas razones, como el deterioro de la memoria inducido por las sustancias, la culpa, la vergüenza o el temor a no ser creídas, lo que hace imprescindible un abordaje empático y libre de prejuicios. En este sentido, la guía enfatiza la importancia de evitar descalificaciones hacia el consumo voluntario de sustancias, promoviendo una atención centrada en la comprensión y el apoyo (Ministerio de Justicia, 2022).

7.1. Atención centrada en la víctima.

Buenas prácticas

El sistema sanitario y judicial puede generar traumas secundarios en las víctimas de violencia sexual, especialmente en los casos de SQ y VQ, debido a la falta de sensibilidad en la interacción con ellas durante el proceso judicial y personal sanitario. Estos efectos adversos pueden derivarse de actuaciones inadecuadas por parte de profesionales que intervienen en distintas etapas del proceso, ocasionando perjuicios psicológicos, físicos o patrimoniales a la víctima. Por ello, es fundamental que la toma de declaración por los profesionales de las fuerzas y cuerpos de seguridad del estado, fiscalía, los reconocimientos ginecológicos y la exploración del personal sanitario se realicen con la máxima sensibilidad, evitando que las víctimas se sientan cuestionadas o revictimizadas.

Desde una perspectiva ética, el personal sanitario tiene la responsabilidad de garantizar la no maleficencia, la equidad en la atención, el deber de confidencialidad y la adecuada información a la víctima sobre los procedimientos que se van a realizar. Además, deben aplicarse principios de atención humanizada que incluyan la identificación personal ante la víctima, el uso de un lenguaje respetuoso, la sensibilidad en la exploración, la urgencia en la prestación del servicio y la posibilidad de que la víctima esté acompañada si así lo desea.

Las necesidades psicológicas de las víctimas evolucionan con el tiempo. En la fase inicial, requieren una validación inmediata de su testimonio por parte de profesionales capacitados, mientras que, a largo plazo, la recuperación emocional es un proceso dinámico que demanda continuidad en la atención y apoyo psicológico especializado.

Por todo ello, es necesario establecer un protocolo de actuación estructurado que garantice tanto la preservación de las evidencias como una atención humanizada y empática. La coordinación entre los diferentes profesionales involucrados es esencial para minimizar la victimización secundaria y obtener pruebas periciales de calidad. Asimismo, la colaboración interinstitucional permite optimizar recursos, evitar duplicidades y mejorar la respuesta asistencial desde una perspectiva integral.

Es fundamental que, una vez finalizada la evaluación física de la víctima, esté contemplada la posibilidad de te-

ner acceso a un espacio de recuperación donde pueda asearse, cambiarse de ropa y recibir asistencia psicológica inmediata. Asimismo, se deben garantizar servicios de apoyo, como la posibilidad de realizar llamadas, acceder a alimentos y bebidas, y recibir información sobre recursos de asistencia jurídica y social. En caso necesario, debe coordinarse el transporte seguro de la víctima a su domicilio u otro espacio protegido.

7.2. Estrategias para la evaluación psicológica.

Atención y seguimiento psicológico. Entrevistas estructuradas y recolección de información sin sugestionar

Las entrevistas estructuradas constituyen una herramienta clave en la evaluación de víctimas de SQ. Se recomienda el uso de protocolos estandarizados, como el *Cognitive Interview*, que permite obtener información detallada sin inducir respuestas erróneas. La formulación de preguntas abiertas y neutrales es fundamental para evitar la sugestión y garantizar la validez del testimonio.

El profesional debe propiciar un ambiente de confianza y utilizar técnicas de entrevista forense que minimicen el estrés de la víctima. Estudios recientes han demostrado que la narrativa libre y el refuerzo de la seguridad emocional facilitan una mayor recuperación de detalles y reducen la ansiedad durante la entrevista.

a. Evaluación del impacto emocional y cognitivo

El impacto emocional de la SQ y las DFSA puede manifestarse en síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático. Se recomienda la aplicación de escalas validadas como el *PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)* y el *Beck Anxiety Inventory (BAI)* para evaluar la sintomatología relacionada con el trauma.

Desde el punto de vista cognitivo, la evaluación debe incluir pruebas neuropsicológicas para detectar alteraciones en la memoria, atención y función ejecutiva. Investigaciones han evidenciado que la SQ puede producir déficits en la consolidación de la memoria a corto plazo, afectando la capacidad de la víctima para recordar detalles clave de la agresión.

b. Identificación de síntomas disociativos y evitativos

Las víctimas de SQ pueden experimentar síntomas disociativos como despersonalización y desrealización, que afectan su capacidad para procesar lo sucedido. El diagnóstico diferencial debe incluir herramientas como la *Dissociative Experiences Scale (DES-II)* para evaluar la presencia de estos síntomas.

Asimismo, los comportamientos evitativos, como la negación del evento o la evitación de lugares y personas asociadas con la agresión, deben ser identificados y tratados con enfoques terapéuticos adecuados. La terapia cognitivo-conductual (TCC) ha demostrado ser efectiva en la reducción de estos síntomas y en la mejora del bienestar psicológico de las víctimas.

7.3. Tratamiento psicológico

a. Intervención en crisis y primeros auxilios psicológicos

La intervención en crisis en víctimas de SQ debe centrarse en proporcionar seguridad, estabilización emocio-

nal y orientación. Según la Asociación Americana de Psicología (APA, 2022), los primeros auxilios psicológicos incluyen el manejo del estado de *shock*, la validación de emociones y la identificación de necesidades inmediatas. El profesional debe asegurar que la víctima reciba un ambiente de apoyo, evitando la revictimización y facilitando información clara sobre los siguientes pasos en su recuperación.

En esta fase, es esencial establecer una comunicación empática, utilizando un tono calmado y evitando preguntas que puedan inducir culpa o estrés adicional. La identificación de síntomas de desorientación y amnesia anterógrada es crucial para adaptar la intervención y reducir la angustia emocional.

b. Terapia cognitivo-conductual para el manejo del trastorno por estrés post-traumático (TEPT) y la ansiedad

La TCC es el enfoque terapéutico con mayor evidencia en el tratamiento de víctimas de traumas como la SQ. Se ha demostrado que las técnicas de reestructuración cognitiva ayudan a modificar pensamientos intrusivos y creencias disfuncionales relacionadas con la agresión. Además, la exposición gradual y la terapia de procesamiento cognitivo permiten disminuir la evitación y los síntomas de hipervigilancia.

La TCC también incluye el entrenamiento en técnicas de regulación emocional, como la respiración diafragmática y la reestructuración de recuerdos traumáticos mediante ejercicios de escritura terapéutica, reduciendo la angustia y la sintomatología disociativa.

c. Técnicas de afrontamiento y resiliencia

El desarrollo de estrategias de afrontamiento es fundamental para que las víctimas de SQ puedan recuperar su autonomía emocional. Se recomienda el uso de técnicas basadas en la terapia de aceptación y compromiso (ACT), las cuales ayudan a la persona a aceptar su experiencia y construir un significado positivo de su recuperación.

Las estrategias de *mindfulness* también han mostrado eficacia en la regulación de la respuesta de estrés postraumático, reduciendo la reactividad emocional y promoviendo la aceptación de pensamientos. Técnicas de *grounding*, como la focalización en estímulos sensoriales presentes, permiten a la víctima recuperar el control en momentos de crisis.

d. Apoyo social y terapia grupal como herramientas de recuperación

El apoyo social es un factor clave en la recuperación de víctimas de SQ. La evidencia ha mostrado que las redes de apoyo, tanto familiares como comunitarias, pueden reducir el riesgo de depresión y mejorar la resiliencia emocional. Las terapias grupales, particularmente aquellas basadas en enfoques de apoyo mutuo han demostrado ser altamente efectivas en la reducción del aislamiento y el fortalecimiento de la autoeficacia en víctimas de trauma.

Las intervenciones grupales pueden incluir técnicas de narración terapéutica, donde las participantes comparten sus experiencias en un entorno seguro, promoviendo la validación y la reducción del estigma asociado al trauma. Además, el uso de técnicas arteterapéuticas ha mostrado

beneficios en la externalización del trauma y el fomento de la resiliencia emocional.

7.4. Conclusión

La evaluación y atención inicial y la atención post-reconocimiento deben garantizar la dignidad, seguridad y bienestar de la víctima en todo momento. La implementación de buenas prácticas en el ámbito sanitario y forense es fundamental para minimizar el impacto emocional y garantizar un abordaje integral, humanizado y libre de revictimización.

8. Seguimiento del episodio. Interpretación de resultados

Existen varias razones para realizar un seguimiento específico tras la atención inicial en urgencias. Por un lado, para la entrega personal de los resultados del laboratorio toxicológico que toda presunta víctima tiene derecho a conocer, que habitualmente no están disponibles antes de las 48 horas desde su extracción, y que en la mayoría de los hospitales pueden tardar semanas (debido a la externalización de su procesamiento analítico).

Otro motivo por el que se recomienda realizar este seguimiento es la variabilidad de la versión del episodio sufrido que puede relatarnos la víctima. En ocasiones puede recordar detalles que en el momento de la atención inicial eran confusos y que posteriormente rememoró, que afectarían tanto a la agresión sufrida como a los tóxicos que pudo haber ingerido voluntariamente ese mismo día durante el incidente. Un estudio británico muy reciente confirmó que la negativa del consumo voluntario de alguna droga en un contexto recreativo merece ser creída, ya que la concordancia entre lo referido y lo detectado es altamente fiable cuando se compara el consumo referido con los hallazgos de laboratorio (espectrometría de masas).

Además de informar sobre el resultado del AT-forenses, se debería aprovechar la consulta médica para abordar otros aspectos o dudas sobre posibles ITS, realizar o programar cita con ginecología para valoración de contracepción y posibles complicaciones, consulta de psiquiatría o psicología según síntomas presentes en la visita índice y comorbilidad, así como seguimiento por trabajo social en el hospital o en la comunidad.

8.1. Tipos de consulta de seguimiento

La cita debe entregarse al alta del SUH tras la asistencia inicial, con un intervalo suficiente de tiempo según se acuerde con el laboratorio de cada centro para poder disponer del resultado, y que debe ir acompañada de la recomendación de no cortar ni manipularse mucho el pelo (por ejemplo, teñirlo) por si fuera necesario ampliar su estudio con posterioridad, siempre por indicación judicial.

En la actualidad los SUH ya disponen de consultas o citas de seguimiento estructuradas para distintos procesos asistenciales, con el objetivo principal de evitar ingresos inadecuados o de garantizar el seguimiento de determinados procesos ante la inseguridad de que se realice eficaz-

mente en otros niveles asistenciales. Este motivo de consulta representa un perfil adecuado para su seguimiento. Si el SUH o el hospital disponen de una unidad de toxicología clínica con una consulta externa de seguimiento de pacientes, debería remitirse a ésta.

8.2 Interpretación de los resultados toxicológicos

Antes de la entrega de los resultados, y para su correcta interpretación, se recomienda reconsiderar y conciliar, de nuevo, el tratamiento habitual y las posibles sustancias administradas que recordara haber podido tomar el día del episodio antes de la toma inicial de muestras. Durante esta cita se entregarán los resultados obtenidos a la víctima o sus representantes legales en caso de minoría de edad o padecer discapacidad o incapacitación, ayudando a su interpretación, entendiendo que no se podrá afirmar ni descartar, definitivamente y en ningún caso, la causa o el origen de la presencia de los xenobióticos que el laboratorio toxicológico hubiera detectado y que no fuera referido como consumido previamente por la víctima.

En caso de un resultado negativo, se informará de los intervalos temporales de ventana diagnóstica (entre el incidente y la extracción de muestra en su asistencia inicial) para su correcta detección ya que, con frecuencia, la visita inicial se realiza una vez superado el tiempo recomendado para poder detectar algunas sustancias que se metabolizan rápidamente.

En este sentido cobra valor el tiempo estimado entre la exposición a las posibles sustancias incapacitantes responsables de la SQ y la toma de muestras referido en la historia clínica o referido por el paciente en la consulta de seguimiento.

9. Protocolos de atención a víctimas de sospecha de sumisión química existentes en España

Las competencias en sanidad en España están transferidas a las diferentes CCAA desde el año 2001, por lo que no hay protocolos ni directrices nacionales sobre este ámbito en sanidad. Por el contrario, el Ministerio de Justicia ha publicado una guía de buena práctica para la actuación de forenses en casos de SQ. Tras una revisión de lo publicado hasta la fecha en las 17 CCAA, llama la atención la variabilidad de sus diferentes planteamientos o, incluso, en la inexistencia de unas simples recomendaciones, pautas o protocolos de actuación relacionados con la atención a víctimas de SSQ en 5 de ellas (Aragón, Baleares, Cantabria, La Rioja y Navarra) (Tabla 6).

La misma Tabla 6 recoge también la revisión, en los documentos autonómicos existentes, del grado de cumplimiento en el abordaje de los contenidos o aspectos que se han considerado fundamentales a criterio de los autores de este documento, como serían: la recogida pautada de datos en la anamnesis, el recordatorio de síntomas o circunstancias más habituales presentes en las víctimas para su sospecha; la sistemática para la recogida protocolizada de las muestras biológicas, su estudio analítico o forense y su custodia; la descripción de normas básicas en conteni-

Tabla 6. Revisión de los protocolos autonómicos de sumisión química

	ANDALUCÍA	ARAGÓN	ASTURIAS	BALEARES	CANTABRIA	CATALUÑA	C. LEÓN	CANARIAS	C. MANCHA	CELTA	EXTREMADURA	EUSKADI	GAUCIA	MADRID	MELILLA	MURCIA	NAVARRA	RIOJA	VALENCIA
PROTOCOLO DE SUMISION QUIMICA PUBLICADO	▲												▲	▲					▲
APARTADO DE RECOMENDACIONES PARA ANAMNESIS DIRIGIDA	▲												▲	▲					▲
RELACION DE TÓXICOS REFERIDOS INGERIDOS VOLUNTARIAMENTE E INVOLUNTARIAMENTE	▲												▲	▲					▲
APARTADO PARA RECOGER ASPECTOS SINTOMÁTICOS, TOXINÓMICOS	▲												▲	▲					▲
PROTOCOLO PARA RECOGIDA DE MUESTRAS SEGÚN INTERVALO: < 48 h: SANGRE Y ORINA / < 5 DÍAS ORINA (4-6 SEMANAS: CABELLO)	▲												▲	▲					▲
NORMAS PARA INFORME DE URGENCIAS (CMBD)	▲		▲										▲	▲					▲
FORMULARIO GENERAL DE ANALISIS TOXICOLÓGICO AL IML CORRESPONDIENTE	▲												▲	▲					▲
NORMAS PARA REGISTRO DE CADENA DE CUSTODIA DE MUESTRAS	▲												▲	▲					▲
PARTES DE LESIONES AL JUZGADO DE GUARDIA. DENUNCIA DE LA VÍCTIMA	▲												▲	▲					▲
PROFILAXIS DE ENFERMEDADES VÍA PARENTAL	▲												▲	▲					▲
DEFINIDOS CIRCUITOS MÉDICOS / CLÍNICOS PARA SEGUIMIENTO	▲												▲	▲					▲
EXISTENCIA DE PROTOCOLO AVISO 112 COORDINADO CON PICE	▲												▲	▲					▲
POSIBILIDAD DE ASESORAMIENTO A VÍCTIMAS (PSICOLÓGICO Y LEGAL)	▲												▲	▲					▲
WEB ACCESIBLE (EN FUNCIONAMIENTO)	▲												▲	▲					▲

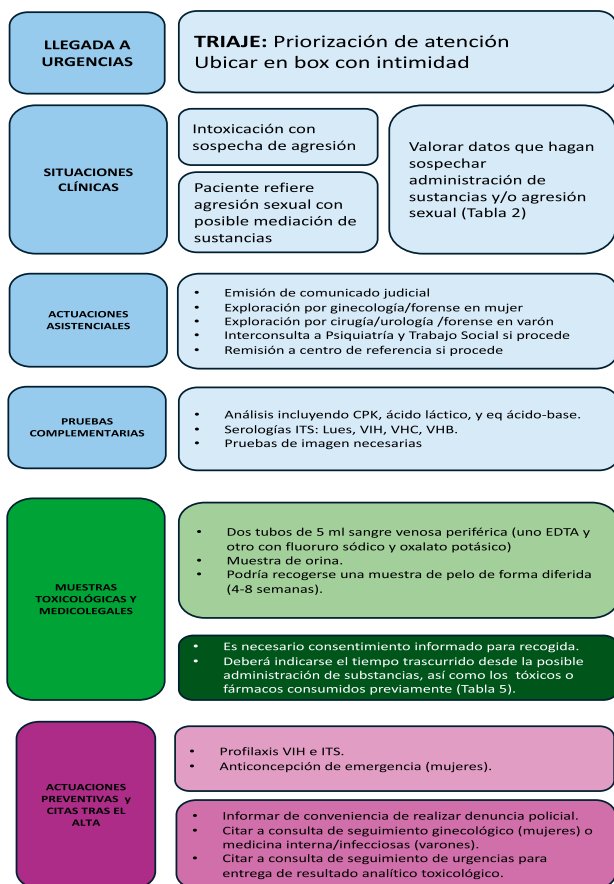


Figura 3. Algoritmo de actuación ante sospecha de agresión sexual mediada por sumisión química.
CPK: creatinofosfocinasa; ITS: infecciones transmisión sexual; VIH: virus de inmunodeficiencia humana; VHC: virus hepatitis C; VHB: virus hepatitis B.

dos del informe asistencial de urgencias o para el informe judicial; la existencia de protocolos que coordinen actuación judicial con la sanitaria; la posibilidad de seguimiento –toxicológico, psicológico, medicina infecciosa...– y los sistemas de derivación a los mismos; o, simplemente la disponibilidad de formatos en web, apps u otras plataformas informativas de libre acceso poblacional.

Revisados estos contenidos fundamentales, hay cuatro CCAA (Madrid, Castilla La Mancha y Valencia) que dan respuesta a la totalidad de los recomendados, y otras 2 (Castilla León y Canarias) que lo hacen casi completamente, pero sin definir circuitos de continuidad asistencial (Tabla 6).

10. Propuesta de protocolo asistencial en esquema para cada situación

10.1. Sospecha de sumisión química en contexto de agresión sexual (Figura 3)

Contempla las dos situaciones: la víctima intoxicada, que puede haber sido víctima de una agresión sexual, o la que acude ya consciente refiriendo haber sufrido una agresión sexual tras la administración de sustancias sin su consentimiento.

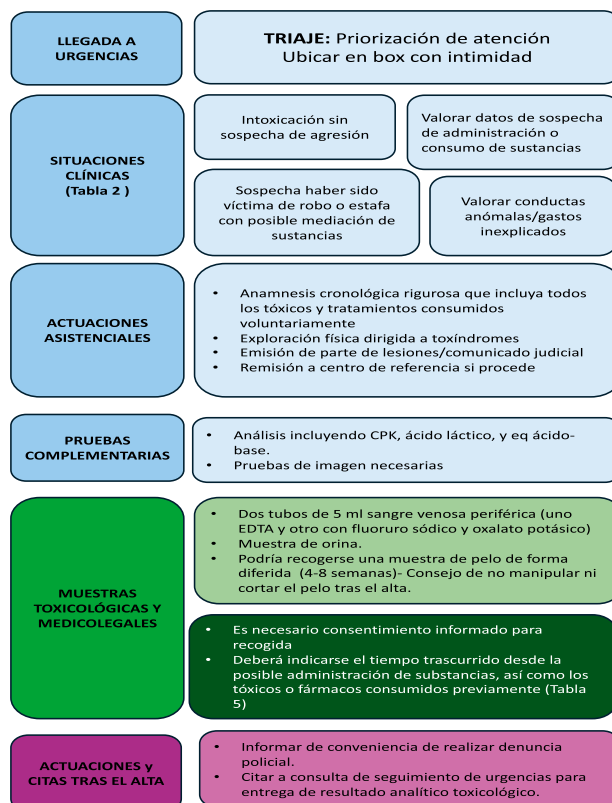


Figura 4. Algoritmo de actuación ante sospecha de sumisión química sin agresión sexual (con o sin delito).
CPK: creatinofosfocinasa.

En ambas situaciones se procederá con lo siguiente:

- Emisión de comunicado judicial urgente.
- Informar de conveniencia de realizar denuncia policial. A la víctima si está en condiciones o a los familiares o responsables que se encuentren presentes.
- Interconsulta a Psiquiatría y Trabajo Social, si procede.
- En caso de agresión sexual a una mujer deberá ser derivada al servicio de ginecología o al centro de referencia de agresiones sexuales si es procedente. La exploración se hará siempre juntamente con el médico forense.
- Si la víctima es un varón permanecerá en el servicio de urgencias o será trasladado al centro de referencia de agresiones sexuales si es procedente. La valoración puede requerir la asistencia por parte de cirugía general o urología.
- En caso de agresión sexual con violación, si la víctima es una mujer, se deberá ofrecer anticoncepción de emergencia.
- En todos los casos, con independencia del sexo de la víctima se contemplará el riesgo de contagio de VIH y la posibilidad de realizar un tratamiento profiláctico, además de profilaxis de ETS (Tabla 3).
- Tras asistencia se citará a las consultas de seguimiento.

10.2. Sospecha de sumisión química en agresión sexual, con constancia de algún otro delito o sin ella (Figura 4)

La actuación general en el SUH en los dos supuestos (SQ con o sin constancia de delito) debe ser similar. De

forma habitual se recogerán muestras de sangre y orina (ver sección Estudio analítico en las SSQ), ya que generalmente los laboratorios de urgencias no son capaces de detectar todas las sustancias implicadas en una posible SQ y en muchas ocasiones necesitaremos de laboratorios especializados. Se seguirán los protocolos habituales de cada centro establecidos para seguir de forma correcta la cadena de custodia de las pruebas.

Como norma, se debe asistir, aun en ausencia de un delito evidente, con imparcialidad reflejando en la historia clínica o informe de asistencia aquellos detalles que permitan investigar posteriormente el episodio, especificar los tóxicos que refiera ha consumido previamente al episodio, así como el tiempo transcurrido desde este consumo, y activar el mismo protocolo analítico toxicológico que en los casos de SQ. La cita de seguimiento tras el alta no debe olvidarse.

Para finalizar la asistencia, además del informe clínico se debe cumplimentar un informe judicial de lesiones que especifique claramente "Sospecha de sumisión química".

Cuando la SQ, en cualquiera de sus supuestos, tiene por víctima a un menor, debe considerarse un tipo de violencia infantil y, por tanto, es subsidiaria siempre de ser considerada un delito. Por tanto, se debe comunicar siempre de forma inmediata al Juzgado de Guardia, así como cumplimentar un parte de lesiones. Si se sospecha que la SQ haya sido provocada por los cuidadores del menor, consideraremos que su seguridad está amenazada y debemos comunicarlo a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, así como a los organismos oficiales de protección a la infancia.

11. Conceptos jurídico-legales relacionados con la sumisión química

En los supuestos asistenciales que aborda este documento, los aspectos legales y jurídicos se entrelazan estrechamente con los médicos. En esta relación interdisciplinaria y complementaria se emplea un lenguaje jurídico que, en ocasiones, es ajeno a los profesionales sanitarios, por lo que se ha considerado incluir en este documento este apartado con algunos conceptos básicos jurídico/legales a modo de glosario.

11.1. Delito

El delito es una conducta que resulta contraria a las exigencias que el Estado hace a la ciudadanía a través de las leyes para proteger la vida, los bienes y derechos de los ciudadanos. La prohibición y penalización de esas conductas intolerables atribuibles a personas libres es la pieza clave para mantener el orden social consolidado, exigente y exigido.

En el marco legal y jurídico español, la agresión sexual por SQ se configura cuando se administra a la víctima alguna sustancia o fármaco que anula su voluntad o capacidad de resistencia, facilitando así la comisión de actos sexuales sin su consentimiento. Esto puede incluir desde la colocación de drogas en bebidas hasta la inyección de sustancias sin el conocimiento de la víctima, incluso el empleo de bebidas alcohólicas para aprovecharse de la situa-

ción de vulnerabilidad de la persona que ha ingerido alcohol.

No existe la diferencia, en cuanto a ataques a la libertad sexual, entre abuso y agresión. En ninguno hay consentimiento por parte de la víctima, pero el abuso se diferencia de la agresión en que no hay violencia o intimidación para cometer el delito. De esta forma, la SQ, sin ser un tipo específico, tiene su encaje en el abuso sexual (Artículo 180.1, 1ª del Código Penal), y no una agresión sexual ya que "al estar anulada la voluntad de la víctima (mediante el uso de dichas sustancias por parte del agresor o agresores), no es necesario usar la fuerza ni la intimidación".

Existen una serie de agravantes que pueden aumentar las penas asociadas a este delito. Entre ellos, se encuentra el uso de sustancias que pongan en grave peligro la salud de la víctima, o si el autor pertenece a un grupo organizado.

11.2. Denuncia

La denuncia es una declaración que se realiza ante una autoridad sobre un hecho que puede constituir delito. Es la comunicación, ya sea oral o por escrito, de un suceso acontecido que se consideraría una infracción según las tipologías criminales.

Es el punto de partida de un proceso jurídico penal. Todo ciudadano que sea víctima o presencie un hecho delictivo tiene el deber de hacer la denuncia ante las autoridades competentes.

Están obligados a denunciar "aquellas personas que por sus cargos, profesiones u oficios tienen conocimiento de delitos públicos", así como "cualquier persona que tenga el conocimiento de la comisión de un delito que deba ser perseguido de oficio, sin necesidad de acompañar las pruebas suficientes".

Los profesionales que, por razón de sus cargos, tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al Tribunal competente, al Juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio si se tratare de un delito flagrante. El denunciador no contraerá en ningún caso otra responsabilidad que la correspondiente a los delitos que hubiese cometido por medio de la denuncia, o con su ocasión.

Las denuncias podrán hacerse por escrito o de palabra, personalmente o por medio de mandatario con poder especial, y deben contener la identificación de la persona denunciante (que deberá firmar la denuncia) y la narración circunstanciada del hecho. Igualmente, si fueran conocidas, contendrá la identificación de las personas que lo hayan cometido y de quienes lo hayan presenciado o tengan información sobre él. También indicará la existencia de cualquier fuente de conocimiento de la que el denunciante tenga noticia, que pueda servir para esclarecer el hecho denunciado.

11.3. Diligencias judiciales

Las diligencias preliminares son las actuaciones que se realizan para la preparación de un juicio. Los interesados

las solicitan a los órganos jurisdiccionales para tener acceso a datos y elementos necesarios para un posterior proceso eficaz. Están reguladas en la Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC) a partir del artículo 256.

En su solicitud se debe presentar las justificaciones y el motivo de la demanda que se desea interponer. Se solicitan con el objetivo de verificar información fundamental para el posible desarrollo de un futuro juicio.

La solicitud de la misma debe hacerse de forma escrita y presentarlas ante un Tribunal, quien determinará si el desarrollo de las diligencias tiene o no tiene justificación.

Se aconseja que las diligencias en respuesta tanto clínica como forense ante SSQ sean protocolizadas y multidisciplinarias; además se exige que el informe facultativo esté siempre presidido por la objetividad y que en él queden registrados cronológicamente todos los hallazgos de una manera clara y precisa, siguiendo el método científico.

11.4. Requerimiento judicial

Acto de comunicación del Juzgado o Tribunal, para ordenar, conforme a la ley, una conducta o inactividad.

La entrega del requerimiento se documentará por medio de diligencia que firmarán el funcionario o, en su caso el procurador que la efectúe y por la persona a quien se haga, cuyo nombre se hará constar y si se negare, después de amonestarle porque debe hacerlo, de insistir en su negativa, se le dejará el requerimiento copiado por escrito a su disposición en la Oficina Judicial, produciendo los efectos de su realización, teniéndosele por practicado y dejando constancia de ello en la diligencia.

Es importante el cumplimiento de las formalidades indicadas, pues conforme al artículo 166 LEC, son nulos los actos de comunicación, como el requerimiento, que no se practiquen conforme a lo dispuesto en la ley y causen indefensión.

11.5. Informe judicial de urgencias

Es el documento por el cual se pone en conocimiento del juzgado de guardia la existencia de lesiones en una persona, la acción causante de las mismas, pronóstico y, en su caso, otros datos relacionados con los hechos que motivan la asistencia sanitaria.

Lo debe cumplimentar todo facultativo responsable al finalizar la asistencia sanitaria inicial de una lesión o daño de la integridad física o mental de una persona, causado por cualquier medio o procedimiento que pueda motivar una posible causa judicial, bien porque la persona lesionada lo declare o porque haya signos o síntomas claros para sospecharlo.

Este informe judicial debe contener: datos identificativos del centro o servicio sanitario y de la persona lesionada, la causa presumible de las lesiones, una descripción de las lesiones (incluyendo su estado psíquico y emocional si estuviera afectado) de la persona lesionada, el pronóstico clínico inicial, y el plan de actuación. Pueden añadirse otros datos relacionados con los hechos que motivan la asistencia u observaciones relacionadas que puedan considerarse de interés.

11.6. Informe pericial de urgencias

Ante una SSQ, cuando la víctima refiere un consumo voluntario de sustancias psicoactivas o haber sido «drogada» y hay presencia de síntomas asociados a la SQ (Tabla 1), resulta imprescindible, además de la actuación sanitaria, la intervención de la medicina forense (que debiera personarse en el centro) con el fin de reconocer a la víctima y de recoger aquellos indicios que conduzcan a la comprobación de los hechos.

La obtención del consentimiento para el examen médico-forense, y posterior divulgación de la información a terceros a través del informe pericial, es parte fundamental de la actuación.

A nivel judicial se concede mayor credibilidad al informe emitido por un médico forense con respecto a otros informes, incluso los emitidos por otros peritos médicos, a pesar de la presunción de imparcialidad de los emisores.

12. Puntos clave a recordar

- Es fundamental la aplicación del protocolo de SQ a toda consulta al SUH que manifieste haber sido víctima de una presunta SQ, independientemente de la constancia o sospecha de haber padecido una agresión sexual u otro delito.

- Se debe priorizar la asistencia de estos pacientes su llegada al SUH.

- Recordar las diferentes formas de violencia o delitos contra la libertad sexual, no sólo la violación, que pueden estar relacionados con la SQ.

- La solicitud de un AT en los casos de SSQ debe contener información sobre los tóxicos que la víctima recuerde haber consumido previamente.

- El diagnóstico definitivo de una intoxicación o de una SSQ no debe basarse en los resultados del inmunoanálisis básico de orina.

- La asistencia y exploración inicial de una mujer víctima de agresión sexual tras una SQ la realizará conjuntamente, forense y ginecología (médico de urgencias o cirujano, según protocolo de cada centro, en caso masculino), sin intervención de fuerzas de seguridad ni acompañantes, con el fin de garantizar su intimidad.

- En las mujeres víctimas de violación en el contexto de una SQ debe contemplarse la profilaxis de embarazo, profilaxis de ETS y VIH, individualizando el riesgo de cada situación. En todos los casos deben ser citadas a seguimiento ginecológico posterior.

- En los casos que hayan sufrido una agresión sexual, al finalizar la valoración física de la víctima, debe considerarse la necesidad de recibir asistencia psicológica inmediata o garantizar servicios de apoyo social o jurídico, así como un transporte seguro a su domicilio u otro espacio protegido.

- Cualquier SSQ atendida en un SUH en un menor de edad debe ser denunciada.

- Caso de que no hubiera formulado una denuncia, tras la asistencia en el SUH se debe informar sobre su derecho y conveniencia de interponerla.

- Tras una asistencia en SUH de un paciente que consulte por SSQ debe emitirse un informe judicial, indepen-

dientemente de que la víctima hubiera interpuesto denuncia o no.

– Tras el alta del SUH se debe ofrecer una cita de seguimiento para la entrega de resultados, soporte psicológico o legal, y recomendaciones específicas (como la de no cortarse el pelo, ante la posibilidad de futuros estudios).

– La confirmación definitiva de SQ tras un resultado toxicológico positivo a un xenobiótico sólo la puede determinar la justicia (desde el SUH o en la consulta de seguimiento, sólo podemos informar de los resultados que confirman o descartan la presencia de sustancias, nunca del grado de voluntariedad en su consumo).

– Un resultado toxicológico negativo no descarta definitivamente una SQ o intoxicación, ya que debemos tener en cuenta circunstancias que pueden dar falsos negativos en estos resultados (el periodo ventana, muy breve para algunas sustancias, puede influir en este resultado).

Revisores del documento

Cruz Landeira, Angelines. Catedrática del Departamento de Ciencias Forenses, Anatomía Patológica, Ginecología y Obstetricia, y Pediatría, Universidad de Santiago de Compostela.

Dueñas Laita, Antonio. Catedrático de Toxicología Clínica en la Universidad de Valladolid y Jefe de la Unidad de Toxicología Clínica del Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Ferrer Dufol, Ana. Presidenta de la Fundación Española de Toxicología Clínica.

López-Rivadulla Lamas, Manuel. Catedrático emérito del Departamento de Ciencias Forenses, Anatomía Patológica, Ginecología y Obstetricia, y Pediatría, Universidad de Santiago de Compostela.

Nogué Xarau, Santiago. Vicepresidente y responsable científico de la Fundación Española de Toxicología Clínica.

BIBLIOGRAFÍA

Aghajafari F. Optimizing emergency department care transitions to outpatient settings: A systematic review and meta-analysis. *Am J Emerg Med.* 2020;38:2667-80.

Albertin P. Psicología criminal. 2006:245-276.

Alcázar MA. Discapacidad y género, un necesario tratamiento interseccional en nuestra legislación. *Estudios Penales y Criminológicos.* 2023;43:1-34.

Armour C, Contractor AA, Palmieri PA, Elhai JD. Assessing latent level associations between PTSD and dissociative factors: Is depersonalization and derealization related to PTSD factors more so than alternative dissociative factors? *Psychol Inj Law.* 2014;7:131-42.

Bertomeu-Ruiz A, Arroyo-Fernández A, Pujol-Robinat A, Xifró-Collamata X. Sumisión química y robos en serie. *Rev Esp Med Legal.* 2013;39:40-1.

Bisson JI, Roberts NP, Andrew M, Cooper R, Lewis C. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *CDSR.* 2013;12:CD003388.

Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, Witte TK, Domino JL. The posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *JTS.* 2015;28:489-98.

Guía de buenas prácticas para la actuación forense ante la víctima de un delito facilitado por sustancias psicoactivas: intervención ante la sospecha de sumisión química. Madrid: Ministerio de Justicia. Secretaría General Técnica; 2016.

Guía de Pautas Básicas Comunes del SNS para la actuación sanitaria ante Violencia Sexual 2016. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2016.

Guidelines for the Forensic analysis of drugs facilitating sexual assault and other criminal acts. Guidelines for the forensic analysis of drugs facilitating sexual assault and other criminal acts 2016. (Consultado 20 Julio 2025). Disponible en: https://www.unodc.org/unodc/en/scientists/guidelines-for-the-forensic-analysis-of-drugs-facilitating-sexual-assault-and-other-criminal-acts_new.html

Elena-González A, Goicoechea-Mateo A, Gimeno-Villa AC, Fernández-Calleja G, Vieira-Lista E. Sumisión química con escopolamina, propósito de un brote de tres casos. *Rev Toxicol.* 2020;37:98-100.

Fernández Alonso C, Lázaro Del Nogal M, Quintela Jorge Ó, Santiago-Sáez AE. Sospecha de sumisión química en sujetos mayores atendidos en un servicio Urgencias hospitalario. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2020;55:354-7.

Fernández Alonso C, Quintela Jorge Ó, Ayuso Tejedor S, Santiago-Sáez AE, González Armengol JJ. Intoxicación aguda por nuevas de abuso en probables casos de sumisión química oportunista o mixta y chemsex en pacientes con VIH atendidos en urgencias. *Emergencias.* 2019;31:289-90.

Fernández Alonso C, Quintela Jorge O, Bravo Serrano B, Santiago-Sáez AE. La importancia del factor tiempo en el análisis toxicológico de casos de sospecha de sumisión química en un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias.* 2019;31:65-6.

Fernández Alonso C, Vargas Lobé S, Fernández García L, Fuentes Ferrer M, Quintela Jorge Ó, Bravo Serrano B, et al. Atención de pacientes con sospecha de sumisión química en un servicio de urgencias hospitalario y resultados del análisis toxicológico: diferencias según el sexo. *Emergencias.* 2024;36:249-56.

August S, Mayte M. Documento de consenso "Diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes. 2024.

García Caballero C, Quintela Jorge Ó, Cruz Landeira A. Alleged drug-facilitated sexual assault in a Spanish population sample. *Forensic Chem.* 2017;4:61-6.

Carlson EB, Putnam FW. Código penal y legislación complementaria. Normas consolidadas contenidas en este código. 1993.

Convenio Estambul. Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica. 2023.

Cruz-Landeira A, Quintela-Jorge Ó, López-Rivadulla M. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Encuesta Europea de Violencia de Género. *Med Clin (Barc).* 2008;231:783-9.

Delgado S, González-Fernández J, Cobo JA. Informe Sobre Delitos Contra La Libertad Sexual En España. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Procedimiento de atención a personas víctimas de agresión sexual. 2012;IV:333-357.

Djezzar S, Gaulier JM, Ch G, Chêze M, Alvarez JC, Martin C. Assessment of 19 years of a prospective national survey on drug-facilitated crimes in France. *J Forensic Leg Med.* 2009;65:333-8.

Fields L, Young DA, Patel AR, Munroe C, Shumway M, Bell S, et al. Drug-facilitated sexual assault, impaired trauma memory, and implications for mental health treatment. *Eur J Psycho-traumatol.* 2022;13:2057165.

Figueroa Navarro C. El aseguramiento de las pruebas y la cadena de custodia. *Revista de Derecho Penal, Procesal y Penitenciario.* 2011;841.

Fiorentin TR, Logan BK. Toxicological findings in 1000 cases of suspected drug facilitated sexual assault in the United States. *J Forensic Legal Med.* 2019;61:56-64.

Frías I, Quintela O, Menéndez LM, Hernández FJ, Cuellas J. Intoxicación y fallecimiento por escopolamina. Dos casos de sumisión química. *Rev Toxicol.* 2017;34.

Galicia M, Alonso JR, Nogué S. Intoxicaciones por drogas de abuso: sustancias emergentes en el siglo XXI. *Emergencias.* 2014;26:472-80.

García MG, Pérez-Cárceles MD, Osuna E, Legaz I. Drug-facilitated sexual assault and other crimes: A systematic review by countries. *J Forensic Legal Med.* 2021;79:102151.

Goldenson J, Brodsky SL, Perlin ML. Trauma-informed forensic mental health assessment: Practical implications, ethical tensions, and alignment with therapeutic jurisprudence principles. *Public Policy and Law* 2022;28(2).

Gomila I, Puiguiriguer J, Redondo L. Primera confirmación en España del uso de la burundanga en una sumisión química atendida en urgencias. *Med Clin (Barc).* 2016;147:420-4.

González-Fernández J. Sumisión química y uso de sustancias psicoactivas en las agresiones sexuales. 2023.

González-Fernández J, Bañón González R, Bravo MM. El nuevo Protocolo de actuación ante la violencia sexual del Consejo Médico Forense. *Rev Esp Med Legal.* 2022;48:1-2.

González-Fernández J, Martínez-Jarreta MB, Tenías Burillo JM. Buenas prácticas en la valoración pericial de personas que sobreviven a la violencia sexual. *Ciencia Forense.* 2016;13:13-172.

Hagemann CT, Nordbo SA, Svei B. Sexually transmitted infections among women attending a Norwegian Sexual Assault Centre. *Sex Transm Infect.* 2014;90:283-9.

Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. 2011.

Hembree EA, Foa EB. Cognitive behavioral treatments for PTSD. *Clinician's guide to posttraumatic stress disorder.* 2010:177-203.

- Herman JL. Trauma and recovery: The aftermath of violence--from domestic abuse to political terror. 2015.
- Hobfoll SE, Watson P, Bell CC, Bryant RA, Brymer MJ, Friedman MJ. Untitled. 2015.
- Hurley M, Parker H, Wells DL. The epidemiology of drug facilitated sexual assault. *J Clin Forensic Med*. 2006;13:181-5.
- Hutschemaekers GM, Zijlstra E, De Bree C, Wong SLF, Lagro-Janssen A. Similar yet unique: The victim's journey after acute sexual assault and the importance of continuity of care. *Scand J Caring Sci*. 2019;33:949-58.
- Jaime MFZ, Caicedo EE. Cognitive interviews: review, guidelines for use and application in psychological research. *Avaliação Psicológica. Interamerican Journal of Psychological Assessment*. 2018;17:362-71.
- Jordan J. Worlds apart? Women, rape and the police reporting process. *Brit J Criminol*. 2001;41:679-706.
- Kabat-Zinn J. Full catastrophe living, revised edition: how to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation. 2013.
- Kim EY, Han SW. Development of psychological first aid guidelines for people who have experienced disasters. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(20).
- Larrégola M, Dsh M. Nuevas Drogas Psicoactivas. 2015:453-65.
- Lebeau MA, Montgomery MA. Challenges of drug-facilitated sexual assault. *Forensic Sci Rev* 2010;22:1-6.
- Levine PA. In an unspoken voice: How the body releases trauma and restores goodness. 2010.
- Logan C. Forensic clinical interviewing: Toward best practice. *Int J Forensic Ment Health*. 2018;17:297-309.
- Maxime S. La soumission chimique, état des lieux, mutations, prevention et perspectives. 2024.
- Montoya A, Ventura C. Farmacología y toxicología de las sustancias utilizadas en la sumisión química. *Archivos de Medicina Forense*. 2018;25:45-58.
- Gomila Muñoz I, Puigurriquer Ferrando J, Quesada Redondo L. Primera confirmación en España del uso de la burundanga en una sumisión química atendida en urgencias. *Med Clin (Barc)*. 2016;147:421.
- Navarro G. Review of the utilisation of a university hospital in Barcelona (Spain): evolution 1992-1996. *Eur J Epidemiol*. 2001;17:679-84.
- Nogué-Xarau S, Burillo-Putze G, Dueñas-Laita A, Sumisión Química. *Med Clin (Barc)*. 2009;133:684-5.
- Organización Mundial de la Salud. Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. 2009.
- Organización Mundial de la Salud. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. 2009.
- Organización Mundial de la Salud. Violencia sexual. 2009.
- Pascual G, A, Gil T, D, Zamorano M, I, et al. untitled. 2016.
- Poulsen H, McCarthy MJ, Baker J, Verma A, Moir HJ, Brodie T. Toxicological assessment of the role of alcohol and drugs in drug-facilitated sexual assault cases in New Zealand. *J Anal Toxicol*. 2021;45:44-52.
- Punzante, Marbella. Abordaje Integral De Víctimas De Sumisión Química Y/O Agresión Por Objeto. 2018.
- Ramón J, López J, Álvarez Ramos F. Evaluación psicológica forense de los abusos y maltratos a niñas y adolescentes 2001.
- Recalde-Esnoz I, Prego-Meleiro P, Montalvo G, Del Castillo H. Drug-facilitated sexual assault: A systematic review. *Trauma Violence Abuse*. 2024;25:1814-25.
- Regel S, Joseph S. Post-traumatic stress. 2017.
- Resick PA, Monson CM, Chard KM. Cognitive processing therapy for PTSD: A comprehensive manual. 2016.
- Rial A, García-Couceiro N, Gómez P, Isorna M. Menores y agresiones sexuales facilitadas por drogas: entre la sumisión y la vulnerabilidad química. *Adicciones*. 2024;36:317-28.
- Salvador L, Sánchez. (Gerencia Regional de Salud) María Ángeles Guzmán Fernández (Gerencia Regional de Salud) Begoña González Bustillo 2018.
- Sanitario PDADP, Química ALSDS. 2021.
- SESCAM. Instituto de la mujer, Castilla La Mancha. Protocolo de asistencia a víctimas de sumisión química y/o agresión a través de pinchazo. protocolo_actuacion_victimas_sospecha_sumision_quimica_yo_agresion_a_traves_de_pinchazo. 2024.
- Simonaggio C, Rubini E, Facci G, Castagna P, Canavese A, Scotti L. Victims of drug facilitated sexual assault aged 13-24: a cross sectional study on the pool of users of a sexual violence relief centre in Northern Italy. *J Legal Med*. 2024;138:1593-602.
- Skov K, Johansen SS, Linnet K, Nielsen M. A review on the forensic toxicology of global drug-facilitated sexual assaults. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2022;26:283-97.
- Supervía A, Castán M, Fonseca F, Palomino A, García-Quintana J, De La Torre R. Características clínico-epidemiológicas de la sumisión química: diferencias entre grupos según el delito cometido. *Rev Esp Urg Emerg*. 2024;3:231-5.
- Tais R, Fiorentin B, Kerr Logan. Toxicological findings in 1000 cases of suspected drug facilitated sexual assault in the United States. 2024.
- Thompson KM. Beyond rooftops: Drug-and alcohol-facilitated sexual assault. *JAAPA*. 2021;34:45-9.
- Uribe-Granja MG, Moreno-López CL, Zamora-Suárez A, Julieta Acosta P. Perfil epidemiológico de la intoxicación con burundanga en la clínica D.C. *Acta Neurol Colomb*. 2005;21:197-201.
- Ursano RJ. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*. 2007;70:283-315.
- Vetten L. While women wait. (2) Can specialist sexual offences courts and centres reduce secondary victimisation? *Nedbank ISS Crime Index*. 2001;5(3).
- Villanueva E, Sánchez R. Vulnerabilidad toxicológica: factores individuales que influyen en la respuesta a tóxicos. *Revista de Toxicología*. 2019;36:89-102.
- Wells D, Taylor W. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. 2003.
- Who, Int. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. 2003.
- Wolfe CE, Rowe A, Hudson S, Archer JRH, Darga PI, Wood DM. Reported recreational drug and new psychoactive substance use versus laboratory detection of substances by high-resolution mass spectrometry in patients presenting to an emergency department in London with acute drug toxicity. *Clin Tox*. 2024;11:693-7.
- Xifró A, Barbería E, Pujol A, Arroyo A, Bertomeu A, Montero F. Sumisión química: guía de actuación médico-forense. *Rev Esp Med Legal*. 2013;39:32-6.
- Xifró-Collsamata A, Pujol-Robinat A, Barbería-Marcain E, Arroyo-Fernández A, Bertomeu-Ruiz A, Montero-Núñez F, et al. A prospective study of drug-facilitated sexual assault in Barcelona. *Med Clin (Barc)*. 2015;144:403-9.
- Yalom ID, Leszcz M. The theory and practice of group psychotherapy. 2020. (Consultado 1 Julio 2025). Disponible en: <https://pinkpantheractivists.au/wp/wp-content/uploads/2024/05/Theory-and-Practice-of-Group-Psychhe-Irvin-D.-Yalom-Molyn-Leszcz.pdf>