

PUNTO DE VISTA

Sumisión química: una asignatura pendiente en urgencias

Chemical submission: an unresolved issue in emergency departments

Blanca Rodríguez-Gamella¹, Miguel Galicia-Paredes^{2,3}, Guillermo Burillo-Putze^{3,4}, Jordi Puiguriquer-Ferrando⁵,
en nombre del grupo de trabajo Doc-SuQui

Denominamos sumisión química (SQ) a los actos criminales cometidos mediante la administración de una sustancia psicoactiva a una persona con la intención de afectar su comportamiento o su capacidad de toma de decisiones (SQ premeditada), y también a la utilización del estado de intoxicación de una persona después de haber consumido voluntariamente una sustancia incapacitante para convertirla en víctima de un delito (SQ oportunista)¹. Aunque las primeras referencias en España son de principios de este siglo²⁻⁴, en los últimos años ha existido un incremento de casos atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH), con trascendencia social⁵, sobre todo cuando se vinculan con agresiones sexuales⁶. Esto ha dado lugar a la publicación en EMERGENCIAS en los últimos años, de diversos artículos que abordan esta problemática desde diferentes ópticas⁷. Habitualmente se suele relacionar la SQ con las agresiones u otros delitos contra la libertad sexual, aunque los estudios epidemiológicos más recientes demuestran que están más relacionadas con otros delitos (robos, entre otros), sobre todo las consultas al SUH cuando la víctima acude confusa y sin una constancia clara de delito^{4,8,9}.

En España existe un protocolo forense desde el año 2022¹⁰, si bien su vigencia no evita una variabilidad asistencial en los SUH poco deseable, tal como se refleja en la encuesta del Grupo de Trabajo de Toxicología Clínica de SEMES (SEMES-Tox), dirigida a miembros de los SUH de España interesados en la toxicología clínica y referentes de ella en sus hospitales, realizada entre mayo y junio de 2025. A la misma respondieron 42 médicos de 13 CCAA, y destaca entre los resultados el desconocimiento de los profesionales sanitarios de la existencia de protocolos autonómicos vigentes (28%). Esto, unido a las 6 autonomías que carecen de ellos (35%), ayudaría a entender que una tercera parte de los encuestados consideraran de forma totalmente errónea que no es necesario aplicar ningún protocolo asistencial específico en caso de no existir una evidencia de delito previamente a la llegada del paciente al SUH. Esta es la situación más habitual^{6,8}, obviando una máxi-

ma: drogar a alguien sin su consentimiento ya es un delito. Esto es más relevante si cabe si se tiene en cuenta que la atención a estos pacientes recae casi exclusivamente en los profesionales de urgencias.

La encuesta, además, ha detectado carencias importantes en aspectos fundamentales para una asistencia correcta en estos casos, como la inexistencia de circuitos establecidos para la confirmación analítica toxicológica (64,7%), las carencias técnicas para las determinaciones toxicológicas más fiables en la gran mayoría de laboratorios (88,7% no dispone de ellas), la falta de recursos humanos que idealmente deberían participar en esta primera asistencia (el 90% de los centros encuestados carecen de trabajador social, psicólogo clínico o intérprete en los turnos de noche o durante el fin de semana y festivos, que es precisamente cuando más habituales son estos casos), o la falta de circuitos definidos o de consultas de seguimiento para garantizar una continuidad asistencial tras la atención en el SUH (en el 57,5%, Tabla 1). Todos estos resultados permiten dibujar un escenario en España en el que prima la variabilidad, a pesar de que más de la mitad de las respuestas (52,3%) provienen de profesionales que ejercen en SUH de hospitales de referencia.

Para paliar estas carencias, SEMESTOX, en colaboración con la Fundación Española de Toxicología Clínica (FETOC), reunió un grupo multidisciplinar de expertos en medicina de urgencias, pediatría, análisis clínicos, ginecología, medicina legal, farmacología, psicología clínica y peritos forenses, que redactaron el documento de consenso "Recomendaciones para la asistencia en servicios de urgencias hospitalarios de pacientes que consulten por sospecha de sumisión química," el cual se encuentra disponible para su consulta *online* de forma gratuita¹¹. Los principales puntos asistenciales del documento se resumen en la Tabla 2. Desde SEMESTOX consideramos que es fundamental la difusión de este documento entre los profesionales de urgencias y emergencias, ya que contiene información detallada para ayudar a que cada SUH pueda adaptarse a que los casos de SQ reciban una asistencia acorde a la legislación

Filiación de los autores: ¹Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud. Universidad de La Laguna, Tenerife, España. ²Servicio de Urgencias, Hospital Clínic, Barcelona, España. ³Red de Investigación de Atención Primaria en Adicciones (RIAPAD). ⁴Departamento de Medicina Física y Farmacología, Universidad de La Laguna, Tenerife, España. ⁵Servicio de Urgencias y Unidad de Toxicología Clínica, Hospital Son Espases. Palma de Mallorca, España.

Contribución de los autores: Los autores han confirmado su autoría en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Autor para correspondencia: Blanca Rodríguez-Gamella. Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud. Universidad de La Laguna, Tenerife, España.

Correo electrónico: blancaycarlos72@hotmail.com

Información del artículo: Recibido: 6-2-2026. Aceptado: 14-2-2026. *Online:* 16-3-2026.

Editor responsable: Oscar Miró.

DOI: 10.55633/s3me/033.2026

Tabla 1. Encuesta sobre asistencia a pacientes con sospecha de sumisión química en servicios de urgencias hospitalarios de España

	Desconocimiento o error respecto a la existencia de protocolo autonómico de SQ
CC.AA. que cuentan con protocolo específico de SQ	
Andalucía (n=6)	2 (33,3)
Canarias (n = 1)	0 (0)
Castilla la Mancha (n = 3)	2 (66,6)
Castilla León (n = 1)	0 (0)
Galicia (n = 2)	0 (0)
Madrid (n = 7)	1 (14,2)
Valencia (n = 6)	1 (16,6)
CC.AA. que no cuentan con protocolo específico de SQ	
Aragón (n = 4)	4 (100)
Asturias (n = 1)	1 (100)
Baleares (n = 3)	2 (66,6)
Cataluña (n = 6)	5 (83,3)
Extremadura (n = 1)	0 (0)
Euskadi (n = 1)	0 (0)
Total (42)	18 (42,8)
Dispone de laboratorio para confirmación toxicológica	
Total (n = 42)	3 (7,1)
Hospitales de nivel 3 (n = 22)	3 (14,7)
Hospitales de nivel 1 o 2 (n = 20)	0 (0)
No dispone de laboratorio, pero existe circuito externo concertado	
Total (n = 42)	13 (31,0)
Hospitales de nivel 3 (n = 22)	7 (31,2)
Hospitales de nivel 1 o 2 (n = 20)	6 (30,0)
Existe consulta de seguimiento	
Total (n = 42)	8 (19,0)
Dependiente del SUH	5
Hospitales de nivel 3 (n = 22)	5 (22,7)
Dependiente del SUH	4
Hospitales de nivel 1 o 2 (n = 20)	3 (15,0)
Dependiente del SUH	1
Disponibilidad de profesionales de soporte asistencia	
Intérprete	
Laborables (mañana o tarde)	13 (31,0)
Laborables noche	8 (19,0)
Festivos y fin de semana presencial	8 (19,0)
Festivos y fin de semana localizable	2 (4,6)
Trabajador social	
Laborables (mañana o tarde)	34 (81,0)
Laborables noche	3 (7)
Festivos y fin de semana presencial	3 (7)
Festivos y fin de semana localizable	0 (0)
Psicólogo clínico	
Laborables (mañana o tarde)	23 (54,8)
Laborables noche	1 (2,3)
Festivos y fin de semana presencial	1 (2,3)
Festivos y fin de semana localizable	1 (2,3)
Participación de la medicina forense	
En caso de agresión sexual	35 (83,3)
En caso de delito distinto a agresión sexual	22 (52,4)
En caso de no constancia de delito	8 (19,0)
Emisión de informe judicial ante sospecha SQ	
En caso de agresión sexual	36 (85,7)
En caso de delito distinto a agresión sexual	35 (81,4)
En caso de no constancia de delito	30 (71,4)

SQ: sumisión química; CC.AA.: comunidades autónomas.

Tabla 2. Puntos clave de la atención inicial en urgencias a pacientes con sospecha de sumisión química

1. Aplicar el protocolo de SQ a toda consulta al SUH que manifieste haber sido víctima de ello, independientemente de la constancia o evidencia de delito.
2. La atención inicial a la llegada al SUH debe ser prioritaria y, a ser posible en espacio protegido, priorizando la intimidad de la víctima durante su asistencia.
3. En los casos de SQ asociada a violación femenina debe contemplarse la profilaxis de embarazo, profilaxis de ETS y VIH.
4. La asistencia y exploración inicial de una víctima femenina de SQ con agresión sexual la realizará conjuntamente, médico forense y ginecología, sin fuerzas de seguridad ni acompañantes, para garantizar su intimidad.
5. El diagnóstico definitivo de una intoxicación/SQ no debe basarse en los resultados del inmunoanálisis básico de orina. Se recomienda establecer circuitos de envío de las muestras a centros analíticos de referencia con tecnología para la confirmación definitiva de los resultados, garantizándose la cadena de custodia de las muestras.
6. La petición de un estudio analítico toxicológico debe incluir información sobre los tóxicos que la víctima recuerde haber consumido previamente, así como de los fármacos usados en la asistencia prehospitalaria y en el SUH.
7. Un resultado toxicológico negativo no descarta definitivamente una SQ o intoxicación, pues hay circunstancias que pueden dar falsos negativos, fundamentalmente relacionados con una ventana de detección de sustancias con vida media corta.
8. Al finalizar la valoración física de la víctima, principalmente en los casos con violencia sexual, debe considerarse la necesidad de recibir asistencia psicológica o garantizar servicios de apoyo social o jurídico. También el transporte seguro a su domicilio u otro espacio protegido.
9. Tras la asistencia en urgencias de un paciente que consulte por sospecha de SQ debe emitirse un parte judicial, independientemente de que la víctima presente o no denuncia (incluyendo los casos en los que la víctima fuera menor de edad).
10. En todos los casos de SQ debe establecerse una continuidad asistencial, o una consulta hospitalaria de seguimiento posterior tras el alta.

SQ: sumisión química; ETS: enfermedades de transmisión sexual; SUH: servicio de urgencias hospitalarias; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

vigente y, sobre todo, homogénea y pensada en las víctimas, que es la razón de ser de los profesionales sanitarios (Tabla 2). Queda mucho por hacer para que estas lamentables situaciones no ocurran, pero también para que, si se dan, la asistencia sanitaria no sea una experiencia igual de traumática.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con el presente artículo.

Financiación: Los autores declaran la no existencia de financiación en relación al presente artículo.

Responsabilidades éticas: Los autores han confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares.

Relación de colaboradores de DocSQui: Barceló Martín B, Cruz Landeiras A, Curcoy Barcenilla AI, Bravo Serrano B, De Castro Ríos A, Dueñas Laita A, Fernández Alonso C, Ferrer Dufol A, Isorna Folgar M, Jiménez Belio E, López Rivadulla M, Martínez Sánchez L, Maza Vera MT, Nogué Xarau S, Ruiz Antorán B, Santiago Sáez AS, Salgado García E, Supervía Caparrós A.

Bibliografía

- 1 United Nations Office on Drugs and Crime. Guidelines for the forensic analysis of drugs facilitating sexual assault and other criminal acts. United Nations. New York, 2011. (Consultado 10 Diciembre 2024). Disponible en: https://www.unodc.org/documents/scientific/forensic_analys_of_drugs_facilitating_sexual_assault_and_other_criminal_acts.pdf.
- 2 Trullàs JC, Nogué S, Miró O, Munné P. Uso criminal de psicofármacos. A propósito de un brote de 4 casos. *Med Clin (Barc)*. 2003;121:79.
- 3 Varela M, Nogué S, Orós M, Miró O. Gamma hydroxybutyrate use for sexual assault. *Emerg Med J*. 2004;21:255-6.
- 4 Cruz-Landeira A, Quintela-Jorge Ó, López-Rivadulla M. Sumisión química: epidemiología y claves para su diagnóstico. *Med Clin (Barc)*. 2008;131:783-9.
- 5 Burillo-Putze G, Salgado E, Suero C, Santiago I, Galicia M, Díaz-Concepción A, et al. El fenómeno de los pinchazos y la sumisión química. *Rev Esp Urg Emerg*. 2022;1:104-7.
- 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.
- 7 Salgado García E. Sumisión química: tiempo de actuar. *Emergencias*. 2024;36:241-2.
- 8 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.
- 9 Du Mont J, Macdonald S, Rotbard N, Asllani E, Bainbridge D, Cohen MM. Factors associated with suspected drug-facilitated sexual assault. *CMAJ*. 2009;180:513-9.
- 10 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. Ministerio de Justicia. Secretaría General Técnica, Madrid 2022. (Consultado 7 Enero 2026). Disponible en: [GuiaBuenasPracticas.pdf](#)
- 11 Documento de Consenso sobre las recomendaciones para la asistencia en servicios de urgencias hospitalarios de pacientes que consulten por sospecha de sumisión química. (Consultado 7 Enero 2026). Disponible en: https://www.reue.org/wp-content/uploads/2025/12/SUPLEMENTO-SUMISION_QUIMICA_INTERACTIVO_V5.pdf