

- LUIS ENRIQUE DUSSAN LOPEZ Gobernador
- CESAR ALBERTO POLANIA Secretario de salud Departamental
- YANETH SANCHEZ CHANTRI Referente Salud Sexual y Reproductiva
- EQUIPO DIMENSION SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA







PROTOCOLO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL









-Ley 1146 de 2007, "por medio de la cual se expiden normas para la prevención de violencia sexual y atención integral de niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente"

 -Que el artículo 10 de la citada ley, estableció que el Ministerio de la Protección Social, hoy Ministerio de Salud y Protección Social, debe expedir un protocolo de diagnóstico y atención de los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual, dirigido a los profesionales de la salud y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

-Que el artículo 8° de la Ley 1257 de 2008, "por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones", consagra los derechos de las víctimas de violencia, a recibir atención asistencia médica, entre otros.









El Gobierno Nacional expidió el Decreto numero 4796 del 2011, **'por el cual se**

reglamentan los artículos 8°, 9°, 13 y 19 de la Ley 1257 de 2008 y se dictan otras disposiciones", señalando en su artículo 5° que "(...) De igual forma, adoptará el Modelo y Protocolo de Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual.









OBJETIVOS

Objetivo General

 Brindar a los equipos de salud una herramienta metodológica y conceptual con los criterios básicos e indispensables para el abordaje integral de las víctimas de violencia sexual que garanticen una atención con calidad y el restablecimiento de los derechos de las víctimas.

Objetivos Específicos

- 1. Ofrecer a las instituciones prestadoras de servicios de salud, profesionales y equipos interdisciplinarios, procesos, procedimientos e insumos para garantizar la atención oportuna, integral y de calidad a la población más allá de la ocurrencia de los eventos que constituyen la violencia sexual y evitar la Re victimización.
- 2. Articular guías y reglamentos relacionados con la toma de pruebas, tratamiento adecuado y acciones de protección para garantizar la integralidad de la atención y la restitución de derechos de las víctimas.
- 3. Poner en marcha el funcionamiento de la ruta intersectorial, articulando el sector salud con protección y justicia para garantizar la restitución de derechos de las víctimas.
- 4. Ofrecer instrumentos y formatos necesarios para cumplir con los procedimientos necesarios en los procesos de judicialización de los casos de violencia sexual







ALCANCE

- El Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual contiene los procesos y los procedimientos contemplados en la normatividad vigente para los actores del SGSSS y de aplicación a nivel nacional por los prestadores de servicios en salud.
- El Protocolo ha sido diseñado para ser utilizado por profesionales de la salud debidamente entrenados en el manejo de víctimas de violencia sexual en las diferentes IPS y, principalmente en sus servicios de urgencias, en todo el territorio nacional. Además, ofrece a los sectores de protección, justicia y educación, información pertinente sobre los procesos de articulación intersectorial, que deben contemplarse en la atención integral de víctimas de violencia sexual.





GOBERNACIÓN DEL HUILA Luis Enrique Dussán López



JUSTIFICACION

-Los diferentes tipos de violencia mencionados anteriormente producen altos costos tanto para el sistema de salud, como para las personas y sus familias. Las afectaciones directas en la salud física y mental de las víctimas pueden incluir el VIH/Sida, ITS, embarazos no deseados, dolores pélvicos crónicos, depresión, ansiedad, trastornos de alimentación y sueño, suicidio o intentos de suicidios, entre otros.

-Debido a las implicaciones de la violencia sexual en la salud de las personas y en la salud pública, así como de la relevancia del papel del sector salud en la prevención y detección de la violencia sexual y la atención de las víctimas, se hace necesario contar con herramientas que, de acuerdo con la normatividad colombiana y el funcionamiento del SGSSS, brinden una atención humana y de calidad para garantizar a las víctimas de las violencias sexuales la recuperación de su salud y la restitución de sus derechos a través de una acción articulada entre los sectores de salud, protección y justicia.





Luis Enrique Dussán López



GOBERNACIÓN DEL HUIL/ Luis Enrique Dussán López

POBLACIÓN

• La población beneficiaria de la implementación del presente Protocolo son las víctimas de las diferentes formas de violencia sexual que sean atendidas en el sector salud por parte de equipos interdisciplinarios, capacitados y comprometidos con la restitución de los derechos que le han sido vulnerados a las niñas, niños, adolescentes, mujeres, hombres y personas adultas mayores de diversas etnias, habilidades físicas y cognitivas, orientaciones sexuales, clases sociales, procedencia rural o urbana, situaciones como ser víctima del conflicto armado o el desplazamiento forzado, entre otras.





Uno de los principios éticos en que se basa el presente protocolo, y que debe ser garantizado durante los 15 pasos, es el reconocimiento que la autonomía de las víctimas es prevalente ante las recomendaciones médicas que sean ofrecidas durante cualquier indicación, proceso o procedimiento incluido para la atención integral de la violencia sexual.

Está prevista la actualización periódica de los contenidos tanto del Protocolo como del Modelo de Atención Integral en Salud para Victimas de Violencia Sexual, acorde con los cambios que sucedan en el conocimiento relevante sobre el tema, la organización del sistema de seguridad social en salud colombiano, y las retroalimentaciones que se continúen recibiendo desde los equipos profesionales usuarios de éste protocolo.







1 Violencia Sexual: La OMS y OPS (2003) definen la violencia sexual como "todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona",

GLOSARIO DE

VIOLENCIA SEXUAL

7. Violencia <u>sexual</u> en el contexto del conflicto armado:

6 Explotación sexual de niños, niñas y adolescentes

5 Trata de personas con fines de explotación sexual

∠. Violación/asal to sexual

3. Abuso sexual

Explotación sexual:









13 Otras formas de violencia sexual descritas en el conflicto armado colombiano

12 Tortura en persona protegida

8 Acceso carnal violento/ acto sexual violento

GLOSARIO DE VIOLENCIA SEXUAL

11 Embarazo forzado

9. Actos sexuales violentos con persona protegida

10 Esclavitud sexual/prostitució n forzada









PASOS FUNDAMENTALES EN LA ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA LAS VICTIMAS DE VSX

PASO 1: Preparación de la comunidad para acceder a los servicios integrales de salud dirigidos a victimas de violencia sexual

PASO 2: Verificación y mantenimiento de las condiciones mínimas necesarias para brindar una atención integral a la victima de violencia sexual desde el sector salud.

PASO 3:Recepcion inmediata de la victima de salud sexual en el servicio de urgencias medicas.

PASO 4: Realizar una completa valoración clínica inicial de la victima.

PASO 5: Tome las pruebas diagnosticas necesarias para explorar el estado de salud de la víctima en la evaluación inicial.

PASO 6: Asegure profilaxis sindromatica para ITS durante la consulta inicial en salud.

PASO 7: Asegure profilaxis para VIH/Sida durante la consulta inicial en salud.

PASO 8: Asegure anticoncepción de emergencia y Acceso a Interrupción Voluntaria del Embarazo.

PASO 9: Asegure una intervención terapéutica inicial especializada en salud mental para la victima durante la primera consulta.

PASO 10 :Planee los seguimientos clínicos requeridos por la victima.

PASO 11: Derive hacia otros profesionales de la salud requeridos para asegurar la atención integral de las victimas de violencia sexual.

PASO 12: Derive hacia otros sectores involucrados en la atención inicial del caso de violencia sexual.

PASO 13: Efectúe los procesos de vigilancia en salud publica de la violencia sexual que corresponda.

PASO 14: Realice los seguimientos rutinarios que requiere una victima de violencia sexual atendida por el sector salud.

PASO 15 : Efectúe
un adecuado cierre
del caso.
HUILA







PASO 1: Preparación de la comunidad para acceder a los servicios integrales de salud dirigidos a victimas de VSx







Recibir una atención de salud de calidad y segura, según protocolos establecidos.

















Implementar de manera permanente acciones de información, educación y comunicación -IEC, dirigidas hacia la comunidad en general, en torno a los siguientes temas:

- 1. El carácter de urgencia médica que SIEMPRE tiene cualquier caso de violencia sexual, independientemente del tiempo transcurrido entre el momento de la agresión y la consulta, se deber brindar atención integral inmediata
- 2. El carácter gratuito que tiene la atención integral en salud a cualquier víctima de violencia sexual (mujeres, niños, niñas, adolescentes, víctimas en el marco del conflicto armado, entre otras personas que pueden ser sexualmente victimizadas)





GOBERNACIÓN DEL HUILA Luis Enrique Dussán López



- 3. La confidencialidad en torno al acto médico que reviste la atención integral de una víctima de violencia sexual.
- 4. Los derechos de las víctimas de violencia sexual. a ser tratadas dentro de los servicios de salud con dignidad, discreción y respeto por su privacidad en el marco de la protección de su seguridad personal. Entre éstos, el derecho que les asiste de rehusar tratamientos o procedimientos que se les ofrezcan.







el análisis y seguimientos de los casos.

PASO 2: Verificación y mantenimiento necesarios para brindar una atención integral a las victimas de violencias sexuales en el sector salud.

| ACTIVIDADES | RESPONSABLES | | | |
|---|--|--|--|--|
| Delegar una persona responsable | Directivas de la institución | | | |
| Conformar un equipo institucional | Directivas, delegado, equipo institucional básico. | | | |
| Capacitar en el modelo de atención a victimas | Capacitar a personal de salud y admó., que puedan tener contacto con la victima. | | | |
| Desarrollar flujogramas de atención. | Equipo de atención de acuerdo con las características de la entidad | | | |
| Informar y capacitar al interior de la institución. | Directivas tienen el deber de informar y capacitar al personal de salud y admón, en flujogramas de atención interna y procesos admón | | | |
| Garantizar insumos y dotación para la atención. | Directivas y equipo de atención en salud | | | |
| Lograr articulación intersectorial e interinstitucional Disponer del directorio de las instituciones de referencia junto a los datos de contacto institucional. | Se debe garantizar el acceso directo a las victimas, espacio seguro y confidencial, insumos adecuados y evitar re victimización. | | | |
| Activar el proceso de trabajo en red. | Contacto con comités, redes mesas que existan para | | | |







PASO 3: Recepción inmediata de la victima de violencia sexual en el servicio de urgencias medicas

Recuerde que la violencia sexual desencadena situaciones que pueden poner en peligro inminente la vida y la estabilidad de las personas afectadas, por lo cual se ha establecido que todos los casos de violencia sexual son una urgencia médica, Es imprescindible que las víctimas de violencia sexual sean atendidas en un servicio de urgencias para poder garantizar la gratuidad, celeridad, oportunidad, integralidad y calidad de los servicios y procedimientos que requieren para atender su condición clínica. Además, la atención por urgencias amortigua barreras de acceso frecuentes a los servicios de salud

Es inaceptable interponer cualquier barrera de acceso para la atención por el servicio de urgencias de las víctimas de violencia sexual

En el corto plazo requiere evaluar y atender traumas físicos y emocionales, intoxicaciones y otras situaciones clínicas y sociales urgentes generadas por la victimización Sufrida.

En el mediano y el largo plazo, la revelación

de haber sido víctima de violencia sexual entraña riesgo para la vida y la estabilidad, por reactivación de síntomas ansiosos. depresivos, potencial riesgo suicida, y de re victimización.







Es indispensable que:

- a. En el momento que detecte a una victima de violencia sexual, se estabilice emocionalmente y se remita de inmediato a los servicios de urgencias correspondientes, o a aquellos servicios especializados para la atención inicial de urgencias de las víctimas de violencia sexual que se tengan dispuestos específicamente, donde la han de recibir y atender sin ningún tipo de demora, requisito u obstáculo para que se inicie su atención integral.
- b. En el contacto inicial con el servicio de urgencias o el servicio especializado para la atención inicial de urgencias de la víctima de violencia sexual, lo primero que debe realizarse es una valoración del peligro inminente que pueda estar corriendo la vida de la víctima, de modo que se brinde la estabilización necesaria, como paso previo a la continuación de los pasos del protocolo de atención integral en violencia sexual por el sector salud.





GOBERNACIÓN DEL HUIL Luis Enrique Dussán López



PASO 4: Realizar una completa valoración clínica inicial de la victima

completa Una valoración clínica de la víctima de violencia sexual debe realizarse tomando en cuenta las necesidades especificas de exploración que plantea cada caso, según se trate de un asalto sexual, un caso abuso sexual crónico o de abuso y explotación sexual comercial.

Componentes del examen <u>clínico</u> general de la victima de violencia sexual.



Valoración de la apariencia general.



Examen físico completo



Examen clínico mental completo.





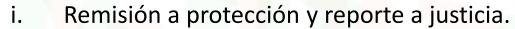


Componentes de la atención en salud para víctimas de violencia sexual

- Atención de urgencia. inicio del protocolo de atención en salud mental y salud física.
- b. Diagnóstico clínico y paraclínico de acuerdo con el tipo de violencia sexual.
- c. Profilaxis y tratamiento de ITS-VIH/Sida.
- d. Anticoncepción de emergencia (siempre antes de 72 horas, excepcionalmente antes de 120 h).
- e. Asesoría para Interrupción Voluntaria del Embarazo.
- Recolección de evidencias.
- g. Orientación a la familia.
- h. Planeación de seguimiento y remisión a otros servicios de salud requeridos.

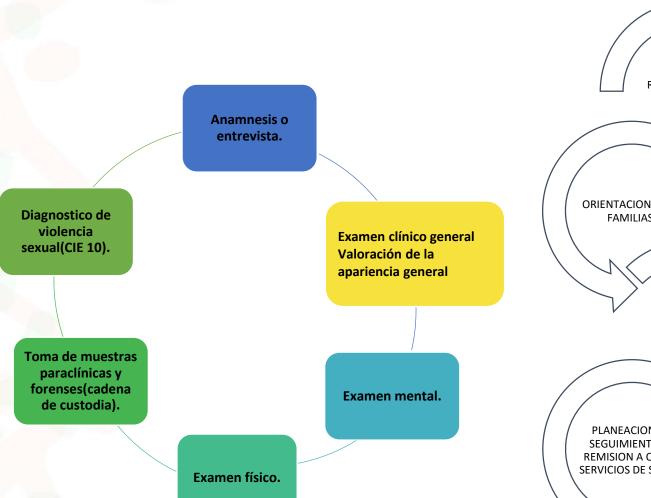














Luis Enrique Dussán López GOBERNADOR





a) Anamnesis

- Relato completo de los hechos
- Preguntas orientadoras abiertas
- Evitar preguntas sugestivas que conduzcan u orienten una respuesta









a) Anamnesis

- Valoración riesgo inminente físico y mental
- Relato: Palabras textuales "..."
- Observaciones : Actitudes paciente (...)
- Objetivo NO es determinar veracidad de los hechos
- Antecedentes









Cuando NO hacer entrevista:

- ☐En menores de 3 años Padres o representante legal
- Varias entrevistas previas
- ■Víctima no quiere hablar



mayores de 3 años

- ☐Sin interponer escritorio
- ☐ Evaluar competencias, entorno familiar, escolar y cognitivo
- ☐ Lenguaje concreto
- ☐ Evitar el "antes" y el "después" ② usar "primero" y "luego"
- ☐ Dibujas anatómico

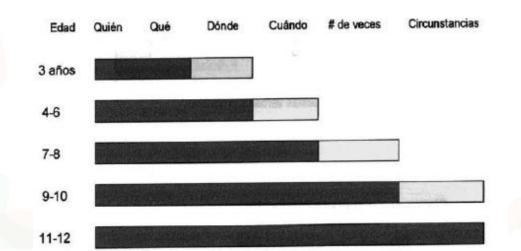






ENTREVISTA EN NIÑOS MAYORES DE 3 AÑOS

- Preguntas con una sola oración
- Los Niños(as) NO FANTASEAN sobre la situación de Violencia Sexual
- Evitar hacer promesas: Caramelos, etc
- Preguntas facilitadoras : ¿Qué pasó después? ¿Dónde te toco?
- Resaltar su valentía y DESCULPABILIZARLO(A).









Es indispensable que se registren los siguientes componentes:

- Porte
- Actitud
- Conciencia
- Orientación
- Pensamiento
- Afecto
- Sueño
- Atención
- Senso percepción

- Senso percepción
- Memoria
- Inteligencia
- Conducta motora, alimentaria y sexual
- Juicio de realidad <u>RIESGO</u> <u>DE AUTO O</u> HETEROAGRESION
- prospección e introspección







Es indispensable que se registren los siguientes componentes:

- Porte
- Actitud
- Conciencia
- Orientación
- Pensamiento
- Afecto
- Sueño
- Atención
- Senso percepción

- Senso percepción
- Memoria
- Inteligencia
- Conducta motora, alimentaria y sexual
- Juicio de realidad <u>RIESGO</u> <u>DE AUTO O</u> HETEROAGRESION
- prospección e introspección







c) Examen Físico

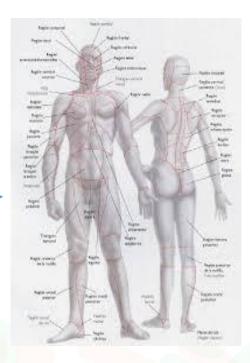
- ORL Petequias
- Piel Huellas de lesiones

Ataduras

Mordeduras

- Anal Esfinter
- Genital(Himen:
 elasticidad, forma
 integridad). Describir

posición del paciente durante el examen.



Además de los componentes habituales del examen físico, se examine de manera sistemática y dibuje en pictogramas la localización y aspecto exacto de todas las heridas, contusiones, petequias, marcas y demás signos físicos encontrados, documentando su tipo, tamaño, color, forma y otras peculiaridades. La ausencia de signos en cada segmento anatómico evaluado también debe dejarse documentada.



• Examen Físico ¿Cuándo no hacerlo?

-Agresión sexual basada en tocamientos

- Victima no quiere.
- Tiempo de evolución mas de 10 días.

La falta de evidencias en el examen físico no descarta la presencia de maniobras sexuales







Consecuencia de la vs en la salud FÍSICA **MENTAL**

- Dolor crónico
- Desórdenes gastrointestinales
- Síntomas cardiopulmonares
- Problemas de salud sexual y reproductiva
- Trastornos ginecológicos
- Conductas sexuales de riesgo
- Complicaciones durante el embarazo.

- Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas
- Trastorno de estrés postraumático e intento de suicidio • Baja autoestima
- Distorsiones sobre la sexualidad
- Re- experimentación del evento
- Insomnio, aislamiento, episodios disociativos,

sexual, se le debe informar todo lo que se va a hacer, solicitando su permiso para hacerlo. Además, se le debe mantener cubierta con una bata y/o sábanas, de modo que solo se vaya descubriendo aquella parte del cuerpo que va a ser examinada

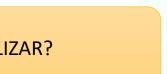




is Enrique Dussán López

d) Toma de muestras paraclinicas y forenses (cadena de custodia)

- Tóxicos: Alcoholemia TUBO TAPA GRIS 4 h 24 horas
- Benzodiacepinas, Opíaceos, antidepresivos, Fenotiazinas ORINA 72 horas
- Ropa
- e) Diagnósticos de Violencia Sexual CIE-10, lesiones asociadas





uis Enrique Dussán López



Realice ASESORIAS previas a las pruebas:

- ☐ Explique el objetivo de realizar pruebas rápidas para VIH, Hepatitis B, embarazo y realice ASESORIA PRE Y POST prueba para VIH.
- Diligencie el CONSENTIMIENTO INFORMADO, en original para la victima y la copia para la historia clínica.

Efectué PRUEBAS RAPIDAS para VIH, Hepatitis B y Embarazo.

❖ Si todas resultan NO REACTIVAS, inicie PROFILAXIS COMPLETA(para VIH, HB y anticoncepción de emergencia)

Realice OTROS ANALISIS

- Cuadro hemático, hemoglobina.
- Perfil lidico, perfil hepático y glicemia.

Inicie PROFILAXIS para VIH e ITS. Diligencie el FORMATO de uso.



PASO 5: Tome las pruebas diagnosticas necesarias para explorar el estado de salud de la victima en la evaluación inicial

Serología para sífilis(VDRL)

Toma endocervical para GRAM y cultivo de AGAR chocolate o Thayer Martin orientada a detección de gonococo y realizar prueba rápida de Chlamydia.

Frotis en fresco tanto para búsqueda de Trichomona Vaginalis y descartar presencia de vaginosis bacteriana.

Prueba de tamizaje para VIH. Asesoría pre y Post PV

Búsqueda de antígenos contra hepatitis B.

Prueba de embarazo.

- a) Solicitud de análisis de laboratorio para aplicar el Kit Post exposición de violencias
- Cuadro hemático completo, función renal y hepática.
- Prueba rápida para el VIH, VHB y VHC.
- Prueba rápida de sífilis y descarte de otras ITS en las exposiciones sexuales.
- Prueba de embarazo en mujeres cor exposición sexual.





GOBERNACIÓN DEL HUIL/ Luis Enrique Dussán López

| PARACLINICO | ANTES DE 72 H | 72 H-5 DIAS | MAS DE 5 DIAS |
|-----------------------|---------------|-------------|---------------|
| VDRL | X | X | X |
| FROTIS VAGINAL | X | X | X |
| CULTIVO T. MARTIN | X | X | Χ |
| VIH | X | X | X |
| HEPATITIS B Ag | X | X | X |
| PRUEBA DE EMBARAZO | X | X | X |
| ESPERMATOZOIDES | X | | |







Seguimiento Paraclínico de las personas con exposición de riesgo ante las ITS, VIH y Hepatitis B y C.17

| Tipo de análisis | Al momento de la profilaxis (Basal) | Según síntomas | 2 semanas | 4 -6 semanas | 12 semanas (3 meses) | 24 semanas (6 meses) | |
|---|---|--|-----------|--------------|--|-------------------------|--|
| Prueba de VIH de Anticuerpos, rápida o ELISA convencional | ll <u>-</u> . I | | | | SI | SI | |
| Analítica general: Cuadro hemático, función renal, función hepática. Glicemia | | SI | SI | SI | | | |
| Carga viral para VIH | | Ante síntomas relacionados con Síndrome retroviral agudo | | | | | |
| Pruebas para hepatitis B (HBsAg – anti-HBc) | SI | | | | | SI | |
| Prueba para VHC | SI | | | | SI | SI | |
| Carga viral para VHC | | SI. Ante síntomas de Hepatitis viral aguda. | | | | | |
| Diagnóstico de ITS (sindrómico o etiológico) | SI | | | | SI. Para Sífilis con prueba rápida (Treponémica) | | |
| Prueba de embarazo | SI | | | SI | | | |





Solicitud de análisis de laboratorio al inicio de la atención de urgencia

Con el objeto de obtener una línea de base sobre parámetros clínicos trazadores, relacionados con la toxicidad o los efectos secundarios de los medicamentos que se administrarán para la profilaxis post-exposición, o necesarios para la toma de decisiones de inicio o no de la profilaxis, se requiere solicitar los siguientes análisis paraclínicos:

- a) Cuadro hemático completo, función renal y hepática
- b) Prueba rápida para el VIH, VHB y VHC.
- c) Prueba rápida de sífilis y descarte de otras ITS en las exposiciones sexuales.
- d) Prueba de embarazo en mujeres con exposición sexual.

El inicio de la PPE debe realizarse dentro de las 72 horas desde ocurrida la exposición. Si por algún motivo no se pueden obtener los resultados de los paraclínicos en ese plazo de tiempo no debe retardarse el inicio de la PEP. En casos de inicio de la atención tardía de la persona expuesta (más allá de 72 horas) debe evaluarse si aún son aplicables las profilaxis contra embarazo (hasta 5 días) y hepatitis B (hasta 7 días en exposición percutánea y 14 días en exposiciones sexuales).







PASO 6:Asegurar profilaxis para ITS durante la consulta inicial en salud.

PASO 7:Asegurar profilaxis para VIH/SIDA durante la consulta inicial en salud.







PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN AL VIH Y LAS ITS EN PERSONAS MAYORES DE 13 AÑOS, INCLUSO MUJERES GESTANTES

Profilaxis post exposición del VIH: El servicio de salud que atienda la urgencia e inicie la profilaxis del VIH, debe en todos los casos entregar al alta del paciente, el total de las dosis necesarias para completar 30 días de tratamiento profiláctico.

| Medicamento | Presentación y dosis | | |
|--|---|--|--|
| Primera opción: Tenofovir / emtricitabina y Dolutegravir | Tenofovir / emtricitabina – tabletas x 300 / 200 – 1 al día x 30 Dolutegravir – tab x 50 mg | | |
| Segunda opción: Tenofovir / emtricitabina con Darunavir / ritonavir | 1 al día x 30 días. - Darunavir – tab x 800 mg 1 al día x 30 días. | | |
| Alternativa: Tenofovir / emtricitabina y Atazanavir / ritonavir. | Atazanavir – Tab x 300 mg 1 al día x 30 días. Ritonavir – Tab x 100 mg 1 al día x 30 días. | | |
| Profilaxis post-exposición de las ITS. Dosis únicas. | | | |

| Medicamento | Presentación y dosis |
|--|---|
| Ceftriaxona 500 mg . (1 ampolla) + | - Ceftriaxona 500 mg. (1 ampolla) + |
| Metronidazol 2 gr. (4 tabletas) + | - Metronidazol 2 gr. (4 tabletas) + |
| Azitromicina 1 gr. (2 tabletas). | - Azitromicina 1 gr. (2 tabletas) + |
| | - En Gestantes: Penicilina Benzatinica IM x 2.400.000 UI. |
| En caso de tratarse de una mujer gestante, se | En caso de antecedente de alergia a la Penicilina, se |
| debe adicionar a la Ceftriaxona, el Metronidazol y a | debe proceder a desensibilizar, según las indicaciones |
| la Azitromicina, Penicilina Benzatínica 2´400.000 | de la Guía de Práctica clínica para Sífilis gestacional y |
| unidades, dosis única | congénita. |





Intervención farmacológica en profilaxis post-exposición del VIH e ITS en personas menores de 13 años.

PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN AL VIH Y LAS ITS EN PERSONAS MENORES DE 13 AÑOS Profilaxis post exposición del VIH: El servicio de salud que atienda la urgencia e inicie la profilaxis del VIH, debe en todos los casos entregar al alta del paciente, el total de las dosis necesarias para completar 30 días de tratamiento profiláctico. Medicamento Presentación y dosis Zidovudina: Suspensión 10 mg/ml. Tabletas de 100 y 300 mg De 4 a 9 kg de peso: 12 mg/Kg cada 12 horas x 30 días. De 9 a 30 kg de peso: 9 mg/Kg cada 12 horas x 30 días. Peso mayor o igual a 30 Kg: 300 mg cada 12 horas x 30 días. Lamivudina: Solución oral 10 mg/ ml. Tableta x 150 mg x 30 días. 4 mg / Kg de peso cada 12 horas x 30 días Niños de 14 a 21 kilos: 1/2 tableta (75 mg) cada 12 horas. Dosis total 150 mg Niños Mayores de 21 y menor de 30 kilos: 1/2 tableta (75 mg) AM y 1 tableta (150 mg) PM. Dosis total 225 mg x 30 días. Mayor o igual a 30 kilos 1 tableta (150 mg) cada 12 horas. Dosis total 300 mg En niños y niñas de 14 días y menores de 13 años, Lopinavir/ritonavir: Solución oral: 400/100 mg/5 ml. Tabletas x 100/25 y se recomienda profilaxis ante la exposición de riesgo al VIH, Mayores de 14 días a 12 meses de edad: 300/75 mg/m² de área de superficie uso de Zidovudina, corporal por dosis cada 12 horas x 30 días. Lamivudina y Lopinavir-rtv. Mayores de 12 meses a 18 años de edad: 230/57,5 mg/m2 de área de superficie corporal por dosis cada 12 horas x 30 días 15 a 20 Kilos: 2 tabletas de 100/25, cada 12 horas x 30 días: >20 a 25 Kilos: 3 tabletas de 100/25 cada 12 horas x 30 días; >30 a 35 Kilos: 4 tabletas de 100/25 cada 12 horas x 30 días; Se aclara que 4 tabletas de LPV/r x 100/25 mg pueden ser sustituidas por 2 tabletas de 200/50 mg teniendo en cuenta que estas últimas son más grandes y difíciles de ingerir. Abacavir: Solución oral 20 mg/ ml. Tableta x 300mg. Solución oral: 8 mg/ Kg (máximo 300 mg al día) cada 12 horas x 30 días. No aprobada para uso en menores de 3 meses de edad. De 14 a 21 Kilos: 1/2 tableta (150 mg) cada 12 horas. (Dosis total 300 mg) Mayor de 21 y menor de 30 Kilos: 1/2 tableta (150 mg) AM y 1 tableta (300 mg) En niños y niñas menores de 3 años se recomienda (Dosis total 450 mg) x 30 días. profilaxis ante la exposición Mayor o igual a 30 Kilos: 1 tableta (300 mg) cada 12 horas (Dosis total 600 riesgo al VIH mg.) x 30 días. presentaciones suspensión. Raltegravir: Tabletas masticables x 25 y 100 mg. Tableta recubierta de 400 mg Neonatos: no está aprobado su uso en neonatos. En niños y niñas mayores De 10 a 14 Kg de peso: 75 mg cada 12 horas (3 cápsulas por 25 mg. de 3 años se recomienda masticables) x 30 días. tabletas masticables de LPV-De 14 a 19 Kilos: 100 mg cada 12 horas (1 cápsula por 100 mg masticables) x De 20 a 27 Kilos: 150 mg cada 12 horas (1,5 cápsulas por 100 mg masticables) De 28 a 39 Kilos: 200 mg cada 12 horas (2 cápsulas por 100 mg masticables) Mayor o igual a 40 Kilos: 300 mg cada 12 horas (3 cápsulas por 100 mg En caso de anemia o masticables) x 30 días. intolerancia Pacientes a partir de los 12 años de edad: tableta recubierta por 400 mg cada Lopinavir/Ritonavir/: 12 horas x 30 días. debe cambiar Zidovudina por Abacavir. En niños

de 3 años y menores de 13 años, en caso de intolerancia

el uso

en

tableas

Lopinavir/Ritonavir,

recomienda

masticables

Raltegravir







| Profilaxis post-exposición de las ITS. Dosis únicas. | | | |
|--|--|--|--|
| Medicamento | Presentación y dosis | | |
| Ceftriaxona 500 mg. (1 ampolla) + Metronidazol 2 gr. (4 tabletas) + Azitromicina 1 gr. (2 tabletas). | Ceftriazona: Amp 500 mg. En menores de 12 años 50mg/kg dosis única. Mayores de 12 años 1 ampolla dosis única + Metronidazol Suspensión 250mg x 5cc.,Fco.x120 ml. 20 mg/Kg dosis única + Azitromicina Suspensión 200mg x 5cc., Fco.x15ml. 10 mg/Kg dosis única. | | |







Resumen de efectos secundarios de los ARV recomendados para la PPE en menores de 13 años. 15

| | EFECTOS SECUNDARIOS | FACTORES DE RIESGO | RECOMENDACIÓN | |
|--------------------------------|--|--|--|--|
| Abacavir (ABC) | Reacción de hipersensibilidad (exantema), náuseas o diarrea (raras) | Presencia de HLA-B*5701 | Contraindicado en pacientes con HLA- B*5701 positivo. Sustituir con otro INTR | |
| | Incremento de enfermedad isquémica de miocardio en algunos estudios de cohortes | Riesgo mayor en pacientes con factores de riesgo cardiovascular, con puntaje de Framingham >= 20. | | |
| Lamivudina (3TC) | Raramente produce efectos secundarios | | | |
| | Anormalidades del electrocardiograma con prolongación del PR y QT, Torsades de pointes | Enfermedad pre-existente de la conducción cardiaca. Uso concomitante de otros medicamentos que prolonguen el intervalo PR. | Considerar cambio a Raltegravir. | |
| Lopinavir/ritonavir (LPV/r) | Hepatotoxicidad Hepatotoxicidad Hepatitis B o C. Uso concomitante de medicamentos hepatotóxicos. | | Considerar cambio a Raltegravir. | |
| | Lipodistrofia o síndrome metabólico, dislipidemia o diarrea grave. Diabetes mellitus. | Evaluar factores de riesgo al inicio y en seguimiento. | Considerar cambio a Raltegravir. | |
| Raltegravir más ritonavir | Rabdomiólisis, miopatía, mialgias. | Uso concomitante de medicamentos que causen rabdomiólisis | | |
| Zidovudina (AZT) | Anemia, neutropenia | Anemia neutropenia de base. | Sustituir por ABC | |
| | Lipodistrofia, dislipidemia (aumento de LDL o TG) | Evaluar factores de riesgo al inicio y en seguimiento. | Ajuste de dieta o cambio a ABC | |
| | Esteatosis, miopatía o elevación del CPK, acidosis láctica o hepatomegalia grave. | Obesidad. | Sustituir por ABC | |







Resumen de efectos secundarios de los ARV recomendados para la PPE en adolescentes y adultos. 14

| | EFECTOS SECUNDARIOS | FACTORES DE RIESGO | RECOMENDACIÓN | |
|--|---|--|--|--|
| electrocardiograma con prolongación del intervalo PR, ictericia por hipper-bilirrubinemia indirecta. | | | Considerar Darunavir (DRV / r) o Lopinavir/r (LPV/r) o cambio de clase. | |
| r) | Nefrolitiasis o colelitiasis | Antecedentes de nefrolitiasis o colelitiasis | Hidratación acuciosa. Considerar Darunavir (DRV / r) o Lopinavir/r (LPV/r) o cambio de clase. | |
| Darunavir más ritonavir (DRV/r) | Brote cutáneo | Alergia a sulfonamidas | Considerar cambio a otro inhibidor de la proteasa excepto FPV/r. | |
| Dolutegravir más ritonavir (DTV/r) | Reacción alérgica y hepatotoxicidad. | Hepatopatía pre-existente como Hepatitis B o C. Uso concomitante de medicamentos hepatotóxicos. | | |
| Raltegravir más ritonavir | Rabdomiólisis, miopatía, mialgias. | Uso concomitante de medicamentos que causen rabdomiólisis | Considerar cambio a otras clases como IP/r, INNTR o MVC | |
| Anormalidades del electrocardiograma con prolongación del intervalo PR, ictericia por hiper-bilirrubinemia indirecta. Hepatotoxicidad. | | Enfermedad preexistente de la conducción cardiaca. Uso concomitante de otros medicamentos que prolonguen el intervalo PR. Hepatopatía preexistente como Hepatitis B o C. Uso concomitante de medicamentos hepatotóxicos. | Considerar Darunavir (DRV / r) o Lopinavir/r (LPV/r) o cambio de clase. | |
| | Disfunción tubular renal, Síndrome de Fanconi, aumento de la creatinina sérica, proteinuria, glucosuria | Enfermedad renal subyacente, edad mayor de 60 años. IMC > o = 18,5 o peso menor de 50 kg. | Vigilar la función renal de acuerdo con las recomendaciones. Sustituir el TDF. | |
| Tenofovir (TDF) Desmineralización ósea | | Diabetes mellitus. Hipertensión no tratada. Osteoporosis previa. Uso concomitante de Didanosina y otros medicamentos nefrotóxicos o IP potenciados. | Si hay osteoporosis, cambiar a ABC. | |





Tabla 9. Recomendaciones para la profilaxis post-exposición no ocupacional* a sangre o fluidos corporales, de acuerdo al tipo de exposición y estado vacunal

| Fuente de la exposición | Persona no vacunada o con esquema incompleto de vacunación | Persona previamente vacunada** | | |
|--|--|---|--|--|
| Fuente con antígeno de superficie para hepatitis B (HBsAg) posi | tivo o estado serológico desco | nocido | | |
| Exposición percutánea (mordedura, pinchazo) o mucosa a sangre o fluidos corporales de una persona positiva para HBsAg o estado serológico desconocido. | Inicie o complete el esquema de vacunación | Administre preferiblemente dentro de las | | |
| Contacto sexual o uso compartido de agujas con una persona positiva para HBsAg o estado serológico desconocido. | contra la hepatitis B (3 dosis en esquema 0, 1 y 6 meses) y la | primeras 24 horas una dosis de refuerzo de vacuna contra la | | |
| Víctima de violencia sexual por un perpetrador que es positivo para HBsAg o estado serológico desconocido. | gammaglobulina contra la hepatitis B*** | hepatitis B con un plazo máximo de 7 días. | | |
| Fuente con estado serológico negativo para HBsAg | | | | |
| Víctima de violencia sexual por un perpetrador que es negativo para HBsAg. | Inicie o complete el | | | |
| Exposición percutánea (mordedura, pinchazo) o mucosa a sangre o fluidos corporales potencialmente infecciosos de una fuente con estado serológico negativo para HBsAg. | esquema de vacunación contra la hepatitis B (3 dosis en esquema 0, 1 y | No administre tratamiento. | | |
| Contacto sexual o uso compartido de agujas con una persona con estado serológico negativo para HBsAg. | 6 meses) | GUDEKNALIUN DEL TIU | | |







Probabilidad estimada por acto, de adquirir la infección por VIH de una fuente infectada, según la ruta de exposición. 8

| Tipo de exposición | Riesgo por 10.000 exposiciones a una fuente infectada (IC 95%) |
|--|---|
| Parenteral a. Transfusión sanguínea b. Compartir agujas entre usuarios de drogas c. Pinchazo percutáneo con una aguja | a. 9.250 (8900-9610) b. 63 (41-92) c. 23 (0-46) |
| Sexual a. Receptivo anal b. Insertivo anal c. Coito receptivo pene-vagina d. Coito insertivo pene-vagina e. Oral receptivo f. Oral insertivo | a.138 (102-186) b. 11 (4-28) c. 8 (6-11) d. 4 (1-14) e. Bajo (pero no cero) (0-4) f. Bajo, pero no cero (0-4) |







| Tipo de exposición | Riesgo de transmisión según Fuente | Recomendación |
|---|--|--------------------------------|
| Relación sexual anal o vaginal, receptiva o insertiva, sin preservativo o mal uso del mismo. Compartir jeringuillas o agujas con PID Pinchazo percutáneo con exposición a sangre u otros fluidos potencialmente infectantes (1) | Exposiciones con riesgo de transmisión apreciable: •VIH positivo con CVP detectable o desconocida (3) •VIH desconocido con factores de riesgo (4) | Recomendar PPE |
| Mordeduras humanas con solución de continuidad en la piel y presencia de fluidos potencialmente infectantes. | Exposiciones con riesgo de transmisión bajo o mínimo •VIH positivo con CVP indetectable | Valorar individualmente (5) |
| •Relación sexual orogenital (pene, vagina, ano), receptiva o insertiva, con o sin eyaculación, sin preservativo u otro método de barrera o mal uso del mismo •Exposición de otras mucosas o de piel no intacta a sangre u otros fluidos potencialmente infectantes (1) | Exposiciones con riesgo de transmisión bajo o mínimo VIH positivo con CVP detectable, indetectable o desconocida. VIH desconocido con factores de riesgo. VIH desconocido sin factores de riesgo | Valorar individualmente (5) |
| Cualquier tipo de exposición con fluidos no infectantes (2) Exposiciones sobre piel intacta. Mordeduras sin rotura de piel ni sangrado: Pinchazo o erosión superficial con agujas u otros objetos punzantes o cortantes abandonadas que no han estado en contacto reciente con sangre. Besos. Reanimación boca a boca sin lesiones cutáneo-mucosas. Caricias. Masturbación sin rotura de piel | Exposiciones con riesgo de transmisión despreciable o nulo: •VIH positivo con CVP detectable o indetectable y VIH desconocido con o sin factores de riesgo | PPE no recomendada |



PASO 8: Asegurar anticoncepción de emergencia y acceso a interrupción voluntaria del embarazo.

51



INU

ES UNA DECISION
VOLUNTARIA COBIJADO POR
UN DERECHO









Anticoncepción de emergencia.

- Dentro de las 72 horas desde la exposición: Levonorgestrel tabletas por 0,75 mg: Dos tabletas en dosis única.
- Después de las 72 horas, pero antes de 120 horas desde la exposición: Levonorgestrel tabletas por 0,75 mg: Dos tabletas en dosis única y adicionalmente dispositivo intrauterino (DIU).





- Es inaceptable cualquier retraso en la prescripción y suministro de la anticoncepción de emergencia indicada" Resolución 0459 de 2012
- La IVE debe realizarse dentro de los 5 días siguientes a la solicitud de las víctimas (sentencia C-355 de 2006)
- En menor de 14 años NUNCA se debe retrasar la realización de la IVE solicitada, en espera de una denuncia (Sentencia T-209 de 2008)
- La decisión de la niña prima sobre la de sus padres, en caso de que ellos no estén de acuerdo con la IVE (Sentencias T-209 de 2008, T-388 de 2009, C- 355 de 2006)
- Se debe hacer seguimiento continuo hasta asegurarse que ha recibido la atención solicitada (Resolución 0459/12)





Sentencia C-355 de 2006

| Causal | Requisito |
|---|---|
| 1.Cuando el embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer | Certificación médica o de psicólogo (Ley 1090) (T-388) |
| 2.Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida | Certificación Médica. |
| 3. Cuando sea resultado de una conducta, debidamente denunciada, de acceso carnal (violación) o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial, o de transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto. | Copia de la denuncia interpuesta ante autoridad judicial. En menores 14 años: Formalismo |





- De acuerdo con la Sentencia C- 355 de 2006 de la Corte Constitucional colombiana, la IVE es un derecho de las víctimas de violencia sexual. No importa si el profesional de salud consultado es objetor de conciencia para este procedimiento; la víctima de violencia sexual tiene derecho a recibirlo oportunamente si esa es su decisión, de modo que debe ser derivada sin demora alguna hacia otro profesional que realice el procedimiento, lo antes posible. Si el profesional objetor de conciencia es el único disponible para realizar el procedimiento de IVE solicitado por la víctima de violencia sexual, y no se puede asegurar un mecanismo de referencia o este implicaría demoras y dilatación en la atención, prevalecerá el derecho de la mujer solicitante por sobre el del objetor, y este deberá realizar el procedimiento sin dilaciones.
- Es una mera formalidad la solicitud de una denuncia por violencia sexual a cualquier mujer con 14 años o menos que solicite una IVE, pues se presume que fue víctima de violencia sexual. En estos casos <u>NUNCA se debe retrasar</u> la realización de la IVE solicitada en espera de una denuncia. Sentencia T-209 de 2008.

La decisión de la niña prima sobre la de sus padres, en caso de que ellos no estén de acuerdo con la IVE, pero ella la solicite. Sentencias T-209 de 2008, T-388 de 2009, C-355 de 2006.





Componentes para una atención adecuada de la IVE por violencia sexual

Recepción: Tiempo de espera breve incluso sin cita previa. Ausencia de interrogatorios más allá de la toma de datos establecidos para la identificación de la persona. Respeto a la intimidad de la consultante. No es necesario pedir a la víctima que relate lo que le sucedió.

Información inicial: Un profesional debe brindar a la mujer información sobre el procedimiento en condiciones de confidencialidad, con una actitud cálida, escucha activa, tiempo suficiente para atender sin prisa, transmisión de confianza y plena aceptación, transmisión de certeza de que la paciente será atendida en sus necesidades en esa u otra institución, explicación de pasos a seguir, programación de consulta médica y psicológica ese mismo día

Consulta médica: Requiere una duración mucho mayor que otras consultas médicas. Se debe saludar empáticamente y proporcionar el nombre. En privado preguntar a la víctima si desea que su acompañante (si lo tiene) esté presente en la valoración. No se debe permitir la presencia de personas extrañas o las interrupciones durante el examen, evitar hacer contar nuevamente todo lo sucedido. Preguntarle cómo se siente en ese momento. Efectuar una toma de antecedentes médicos relevantes. Revisar los exámenes médicos que traiga. Sostener una conversación tranquila con la víctima mientras se le atiende, repitiéndole constantemente que no es culpable por lo sucedido.

Orientación por profesionales de salud mental o ciencias sociales: Esta orientación debe ser realizada por profesionales de trabajo social, psicología, psiquiatría y otros profesionales de la salud y las ciencias sociales, debidamente entrenados en el manejo de violencias sexuales y con experticionales de salud sexual y reproductiva, como de derechos sexuales y reproductivos. Quienenación debe ser una persona amable, cálida y empática.





Remisión y articulación interinstitucional:Si la víctima de violencia sexual no va a ser atendida para IVE en la misma institución donde fue valorada inicialmente, por requerir un mayor nivel de complejidad, se le deben facilitar todos los trámites administrativos, soportes de información y acompañamiento necesarios durante todo el proceso (por profesional en psicología o trabajo social). Debe evitarse cualquier retraso innecesario en el acceso a la IVE durante el proceso de remisión. La mujer debe conocer que su solicitud tiene que ser resuelta en los cinco días siguientes a la petición

Información, autonomía y consentimiento informado: Las mujeres víctimas de violencia sexual que solicitan una IVE deben recibir información completa, clara, oportuna y veraz sobre sus derechos, los procedimientos a realizar, riesgos y efectos para su salud y su vida. Esta es una condición irrenunciable para solicitar la firma del consentimiento informado.

Procedimientos de IVE:La guía de IVE construida por la OMS indica diferentes tipos de procedimientos recomendables según la edad gestacional. Los métodos preferidos según esa misma guía son la aspiración al vacío y los métodos farmacológicos, que pueden ser atendidos en el primer nivel por médicos generales. Deben ofrecerse métodos para manejo del dolor acordes con las características clínicas de la paciente, operar la cadena de custodia sobre los tejidos obtenidos durante el procedimiento, brindar cuidados de recuperación posteriores al procedimiento durante 30 – 40 minutos, programar una cita post –procedimiento para 7-15 días después de este.

Control y seguimiento:El objetivo de este control es evaluar la salud general de la mujer, la ausencia de complicaciones que no hayan sido reconocidas a través de los signos de alarma durante los días posteriores al procedimiento, y el reforzamiento de los aspectos educativos y las acciones preventivas iniciadas durante la atención inicial.

En el caso de IVE con medicamentos, el control también está encaminado a confirmar si el tratamiento fue exitoso. Si se detecta una complicación debe iniciarse inmediatamente el tratamiento. La visita de control y seguimiento es una oportunidad para hablar con la mujer de sus experiencias, si es necesario, así como de ofrecer asesoramiento adicional. La asesoría anticonceptiva es esencial en el seguimiento y siempre debe hacer parte de la atención..







Como la violencia sexual es una urgencia médica, cuando se practique una IVE por causal de violencia sexual la provisión de servicios, procedimientos o medicamentos necesarios para brindar la atención NO ESTÁ RESTRINGIDA por el régimen de aseguramiento o el nivel de complejidad.







Barreras para la IVE

- Profesionales de la salud
- Entidades prestadoras de servicios de salud (objeción de conciencia colectiva)
- Religión , Socio-culturales
- Desinformación comunidad







La Objeción de Conciencia

- Es personal. No es institucional, ni colectiva, ni judicial. (C-355, T-209,T-388)
- Sólo aplica al médico/a que va a realizar la intervención. (T-388)
- El profesional que la invoque tiene obligación de referir a la mujer a otro/a profesional que le practique la IVE. (T-209, T-946)
- Si es el único/a profesional que puede practicar la IVE, tiene que hacerla. (T-388)
- No aplica en casos de urgencia
- No puede ser selectiva





PASO 9: Asegure una intervención terapéutica inicial especializada en salud mental para la víctima durante la primera consulta







El cuidado integral de la salud mental de una víctima de violencia sexual involucra tanto una serie de acciones iniciales que no requieren el concurso de profesionales expertos en salud mental, como un conjunto de intervenciones especializadas que deben ser ofrecidas por profesionales especializados



Tomando en cuenta que la violencia sexual, es siempre una urgencia médica, no aplican restricciones por nivel de complejidad o aseguramiento en salud para proporcionar dicha atención inicial por especialista en salud mental a todas las víctimas, acudiendo a los mecanismos de referencia y contrarreferencia que se requieran para asegurarlo



recordar que la Ley 1257 de 2008, en el artículo 19, declarado exequible por la Sentencia C-776 de 2010, establece que ante las mujeres víctimas de violencia basada en género, incluyendo la violencia sexual, los servicios de salud: "contarán con sistemas de referencia y contrarreferencia para la atención de las víctimas, referencia y contrarreferencia para la atención de las víctimas, referencia y contrarreferencia para la atención de las víctimas, referencia y contrarreferencia para la atención de las víctimas, referencia y contrarreferencia para la atención de las víctimas, referencia y contrarreferencia para la atención de las víctimas, referencia y contrarreferencia para la atención de las víctimas, referencia y contrarreferencia para la atención de las víctimas, referencia y contrarreferencia para la atención de las víctimas, referencia y contrarreferencia para la atención de las víctimas, referencia y contrarreferencia para la atención de las víctimas, referencia y contrarreferencia y contrarreferencia para la atención de las víctimas, referencia y contrarreferencia y contrarreferencia para la atención de las víctimas, referencia y contrarreferencia y contrarref





En su conjunto, las acciones no especializadas y especializadas en salud mental que se deben ofrecer a las víctimas de violencia sexual son :

- 1. Acciones no especializadas en salud mental para la víctima de violencia sexual en su consulta inicial a la institución de salud
- 2. Acciones especializadas en salud mental para la víctima de violencia sexual en su consulta inicial a la institución de salud



1. Recepción empática y no revictimizadora por parte de todas las personas trabajadoras de la institución sanitaria que entren en contacto con la víctima

Una actitud adecuada por parte de trabajadoras y trabajadores sanitarios, protege la salud mental de la víctima y resulta central para una resolución positiva de la victimización sexual.

Para ello, se requiere que TODO el personal de las instituciones de salud y las rutas de atención, participe periódicamente en sesiones de sensibilización y capacitación en violencia sexual, derechos de las víctimas, rutas de atención y primeros auxilios psicológicos, acordes con su perfil profesional. Junto con el personal asistencial propiamente dicho, el personal administrativo, gerencial y de seguridad, debe ser incluido.





1. Los primeros auxilios psicológicos para las víctimas de violencia sexual

Los primeros auxilios psicológicos NUNCA reemplazan a la atención especializada de salud mental que toda víctima de violencia sexual debe recibir en el marco de su atención inicial de urgencias.







1. Los primeros auxilios psicológicos para las víctimas de violencia sexual involucran los siguientes componentes:

- 1. Orientación y apoyo a la víctima en tomo a su revelación sobre la agresión sexual sufrida.
- 2. Apoyo inmediato y constante durante todo el proceso de conducción de la valoración e intervenciones por la médica o el médico general.
- 3. Promover la desculpabilización de la victima.
- 4. Permitir y promover que la víctima y sus acompañantes se expresen desde las emociones y no desde la racionalidad.
- 5. No se debe presionar a hablar de los hechos ocurridos.
- 6. Se darán explicaciones sobre los posibles síntomas que pueda tener la víctima.
- 7. Orientar e informar adecuadamente a la víctima y su familia sobre sus derechos y las rutas de atención.
- 8. Apoyar la búsqueda de mecanismos individuales, familiares, sociales e institucionales para la protección de la víctima.
- 9. Activar estrategias y rutas de protección.
- 10. Efectuar una completa valoración física y mental acorde con los requerimientos de la valoración inicial de urgencias para una víctima de violencia sexual, garantizando for principios del trato humanizado, digno y la confidencialidad.





Al médico/a general siempre le corresponderá la detección y estabilización previa de las víctimas de violencia sexual, que exhiban riesgo de auto o heteroagresión, así como la hospitalización o remisión para protección en casos de riesgo de revictimización o ausencia de mecanismos de protección efectivos para la seguridad en general de la víctima

La sedación a una víctima en riesgo de auto o heteroagresión –en los casos que se requiera– debe ser efectuada por el médico general a cargo del caso, entendiéndose como una acción previa a la llegada de la médica o médico psiquiatra

Solamente ante casos de riesgo inminente de auto o heteroagresión. En todo caso con riesgo suicida o heteroagresivo debe, además, solicitarse evaluación de urgencias por psiquiatría para diagnóstico y tratamiento específico de la situación.





| Persona adulta | Niña, niño o adolescente |
|--|---|
| Con diagnóstico exclusivamente psiquiátrico que acepta vía oral | Cuadros psicóticos con riesgo activo de auto o heteroagresión: |
| Loracepam 2 mg VO cada media hora. Mantener 6-12 mg día hasta valoración por el psiquiatra de urgencias | Difenhidramina: 1-5 mg/kg niños. Adolescentes: 25-50 mg/dosis (riesgo de desinhibición y tolerancia). |
| | Risperidona en solución 1 mg/ml, a dosis de 0.25 mg/día en pacientes con peso menor de 50 kg, y de 0.5 mg/día si el peso del paciente es mayor que 50 kg. |
| Con diagnóstico exclusivamente psiquiátrico que NO acepta vía oral Haloperidol 5-10 mg cada 30 minutos hasta 30 mg. Mantener cor dosis máximo de 20 mg/día hasta valoración por el psiquiatra de urgencias. En cualquier caso, indicar monitoreo frecuente de estado general tensión arterial y otros signos vitales. | Por vía oral, con gotas que nunca deben suministrarse directamente en la boca, sino mezcladas con agua, té o jugo de frutas: |
| | Entre 10 y 16 años de edad: la dosis inicial es de 1.0-1.5 mg/día administrados en 2-3 dosis divididas. La dosis puede aumentarse en 0.25-0.5 mg cada tercer día hasta que se alcance la dosis individual necesaria (de 3-6 mg/día). Puede haber casos con agitación paradójica. |
| | s síntomas heteroagresivos o suicidas, relacionada o no con la agresión nédico específico correspondiente, se debe suministrar: |



PRIMEROS AUXILIOS PSICOLOGICOS

- QUE HACER:
- Escucha activa
- Respeto por la persona
- Aceptación de las emociones
- Aceptación del relato
- Actitud de apoyo, empática
- Ofrecer información

- QUE NO HACER:
- Suponer que los demás piensan igual que yo
- Estigmatizar: "si se viste con faldas cortas y blusas cortas ella lo ha provocado"... " a las prostitutas no las violan porque para eso les pagan"... "el marido tiene derecho a que la mujer le satisfaga sexualmente cuando y como él quiera"... "ella se lo buscó por andar sola"...





GOBERNACIÓN DEL HUILA Luis Enrique Dussán López GOBERNADOR

PREGUNTAS QUE SE PUEDEN UTILIZAR

- ¿Quiere que hablemos o le parece que ahora no es el momento?
- Cuénteme todo lo que crea que yo debería saber. No tiene necesidad de compartir todo lo ocurrido.
- Tal vez haya cosas que le parezca que en este momento debe guardar.
- En cualquier momento puede interrumpir la entrevista y nos tomamos un descanso hasta que se sienta mejor.
- Tal vez haya algunos temas que prefiera escribirlos, dibujarlos o expresarlos de otra manera que no sea necesariamente contárselos a alguien.
- Puedo ver que...,
- Por lo que dice, parece que se siente...







2. Acciones especializadas en salud mental para la víctima de violencia sexual en su consulta inicial a la institución de salud

ha sido diseñada como un procedimiento de intervención en crisis que debe ser llevado a cabo por la médica o médico psiquiatra, la psicóloga o psicólogo clínico, debidamente entrenados

si dichos profesionales lo consideran necesario, la víctima puede ser referida para continuar su atención ambulatoria para completar una psicoterapia breve por psiquiatría o psicología en consulta externa

o puede ser derivada para atención integral en salud mental a cargo de un equipo interdisciplinario







Intervención en crisis propiamente dicha



a debe realizar un médico o médica psiquiatra o, una psicóloga o psicólogo clínico debidamente entrenados en psicoterapia breve.



Derivación a intervención terapéutica por equipo interdisciplinario en salud mental o a continuación de psicoterapia breve por psiquiatra o psicóloga/o



Una vez terminada la primera consulta por psicoterapia breve realizada dentro del contexto de la atención médica de urgencia para la víctima de violencia sexual, la médica o el médico psiquiatra, la psicóloga o psicólogo clínico deben decidir si la víctima requiere ser derivada a la consulta externa para continuar un proceso de psicoterapia breve por psiquiatría o psicología clínica







Evitar expresiones como:

- Le entiendo perfectamente o imagino por lo que está pasado
- Creo que deberías...
- ¿Cómo es que no...
- Anímese ino es para tanto!
- Esto puede ser una experiencia interesante ...







El médico o médica de urgencias que atiende la consulta inicial de la víctima de violencia sexual es el responsable tanto de programar los seguimientos ambulatorios, como de efectuar durante la atención de urgencias el seguimiento a la realización de todos los paraclínicos, procedimientos, tratamientos e interconsultas que sean solicitadas a la víctima de violencia sexual como parte de esa atención urgente.





| A las 2 semanas | Solicitar prueba de sub-unidad beta gonadotropina coriónica Asesoría para IVE Asesoría para CPN si desea continuar embarazo Revisión resultados ITS – solicitar pruebas confirmatorias Iniciar tratamiento si no se ha iniciado Evaluar evolución mental, social, familiar, necesidad de tto especializado |
|-----------------|---|
| A las 4 semanas | Seguimiento a la ruta de atención procesos y procedimientos recibidos, a otros diagnósticos Evaluar evolución mental, social, familiar, necesidad de tratamiento especializado |
| A los 3 meses | Seguimiento diagnóstico para VIH-prueba confirmatoria-asesoría en VIH Evaluar evolución mental, social, familiar, necesidad de tratamiento especializado |
| A los 6 meses | Seguimiento diagnóstico para VIH-prueba confirmatoria-asesoría en VIH Evaluar evolución mental, social, familiar, necesidad de tratamiento especializado |
| A los 12 meses | Iqual al anterior |







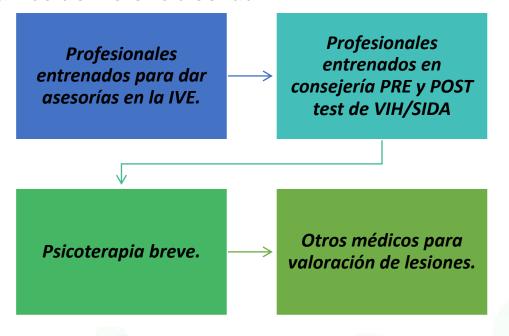
Seguimiento Paraclínico de las personas con exposición de riesgo ante las ITS, VIH y Hepatitis B y C.17

| Tipo de análisis | Al momento de la profilaxis (Basal) | Según síntomas | 2 semanas | 4 -6 semanas | 12 semanas (3 meses) | 24 semanas (6 meses) |
|---|---|---|-----------|--------------|--------------------------|-------------------------|
| Prueba de VIH de Anticuerpos, rápida o ELISA convencional | SI | | | | SI | SI |
| Analítica general: Cuadro hemático, función renal, función hepática. Glicemia | | SI | SI | SI | | |
| Carga viral para VIH | | Ante síntomas relacionados con Síndrome retroviral agudo | | | | |
| Pruebas para hepatitis B (HBsAg – anti-HBc) | SI | | | | | SI |
| Prueba para VHC | SI | | | | SI | SI |
| Carga viral para VHC | | SI. Ante síntomas de Hepatitis viral aguda. | | | | |





PASO 11:Derive hacia otros profesionales de la salud requeridos para asegurar la atención integral de las víctimas de violencia sexual









PASO 12:Derive hacia otros sectores involucrados en la atención inicial del caso de violencia sexual

SALUD

PROTECCION

JUSTICIA







PASO 13:Efectúe los procedimientos de vigilancia en salud pública de la violencia sexual que correspondan

Adopción y diligenciamiento completo de la Historia Clínica Única para victimas correspondiente Registre los códigos específicos de violencia sexual como diagnostico principal.

Reporte del caso en las fichas de vigilancia epidemiológica actualmente vigentes en cada ente territorial

 Ficha de violencia sexual, código 875







Registro de Información

| VIOLENCIAS DE GÉNERO | Códigos CIE 10 | |
|--|--|--|
| Violencia Sexual | T74.2, Y05, Y05.0, Y05.1, Y05.2, Y05.3, Y05.4, Y05.5, Y05.6, Y05.7, Y05.8, Y05.9, Z614, Z615 | |
| Privación y Negligencia | T738, T740, Y060, Y069, 7625 | |
| Violencia Psicológica | T743, Z601, Z610-Z613, Z617-Z619, Z624, Z632 | |
| Violencia Física en Niños, Niñas y Adolescentes | (T74), T74.0 , T74.1, T738 - T740, Y060 - Y069,T741, T748 - T749, X850-Y049, Y070-Y099, Y100-Y349, Y350-Y369, Z616, Z630-Z631T743, Z601, Z610-Z613, Z617-Z619, Z624, Z632 | |
| Violencia Física en Hombres y Mujeres | (T74), T74.0 , T74.1, T74.3, T74.8, T74.9, T738 - T740, Y060 - Y069,T741, T748 - T749, X850-Y049, Y070-Y099, Y100-Y349, Y350-Y369, Z616, Z630-Z631T743, Z601, Z610-Z613, Z617-Z619, Z624, Z632 | |





| RIPS | | RESOLUCIÓN 459 2012 – SIVIGILA |
|--|----|---|
| 07 – Lesión Por Agresión 09 – Sospecha de Maltrato físico: Surge de la forma de agresión producida por la aplicación de la fuerza física no accidental, caracterizada por lesiones variables sobre el cuerpo de la persona agredida, con consecuencias leves o graves, incluso la muerte, pero que siempre tienen efectos traumáticos de orden psicológico o emocional, ya que es generada | | Tortura en Persona Protegida Otras formas de violencia en el conflicto armado: Regulación de la Vida social. Servicios domésticos forzados. Violencia física Consecuencias físicas Negligencia y Abandono /Violencia Económica |
| con una intencionalidad específica. Es el uso de la fuerza en forma intencional dirigida a herir o lesionar a otro, ejercida por una persona de la familia, una persona responsable del cuidado o por personas que interactúan en espacios sustitutivos de la familia. 10 – Sospecha de abuso sexual Es la presunción de contacto o interacción entre un menor y un adulto, o entre adultos (uno de ellos en estado de indefensión) en | 1) | Abuso sexual |





| RIPS | RESOLUCIÓN 459 2012 – SIVIGILA |
|---|--|
| Es la sospecha de toda acción u omisión, voluntaria o involuntaria protagonizada por un hombre o una mujer, contra otro hombre o mujer, que causando daño físico o emocional, vulnera los derechos sexuales de la otra persona, le impide o limita la satisfacción de sus necesidades sexuales, e inhibe el pleno desarrollo de su sexualidad. Este tipo de violencia incluye violación, forzamiento, incesto, abuso, acoso sexual, burlas respecto a su comportamiento, insultos y agresión durante la relación, sadismo y obligación a tener relaciones cuando no se desea. | Abuso sexual. Explotación sexual Trata de personas con fines de explotación sexual Explotación sexual de niños, niñas y adolescentes. Violencia sexual en el contexto del conflicto armado |
| 12 – Sospecha de maltrato emocional Se refiere a todo tipo de agresión a la vida afectiva, lo cual genera múltiples conflictos, frustraciones y traumas de orden emocional, en forma temporal o permanente. | Tortura en persona protegida Otras formas de violencia en el conflicto armado: Regulación de la Vida social. servicios domésticos forzados Negligencia y Abandono / violencia |

económica





PASO 14:Realice los seguimientos rutinarios que requiere una víctima de violencia sexual atendida por el sector salud

- -Es necesario delegar en un profesional de la medicina general el seguimiento ambulatorio de todos los casos de violencia sexual que se atiendan en la institución sanitaria, de modo que sea este el responsable de establecer una continuidad funcional entre la atención inicial de urgencias, las acciones por medicina general requeridas en dichos seguimientos y los procedimientos, intervenciones e interconsultas especializadas que requiera la víctima para la estabilización de su salud en el corto, mediano y largo plazo.
- -La garantía de una atención integral en salud y del adecuado restablecimiento de derechos, recae en gran parte en la calidad y continuidad del seguimiento ambulatorio. Es necesario seguir tanto los casos que asisten a los controles programados como aquellos casos de inasistencia a consultas o procedimientos e intervenciones indicados.
- -Para los casos de inasistencia o de pérdida de pacientes en el transcurso del proceso de seguimiento, la médica o el médico general encargado del seguimiento de casos, pedirá el apoyo de profesionales de trabajo social o personal de enfermería con competencias en el seguimiento domiciliario y telefónico en eventos prioritarios para la salud pública.







PASO 15: Efectúe un adecuado cierre de caso

 El médico o médica general que se encuentre a cargo de la atención inicial de urgencias o del seguimiento ambulatorio del caso de violencia sexual atendido por el sector salud es el responsable del efectuar el cierre de caso.





Víctimas de violencia sexual en el sector salud que atendidas conforme a Protocolos y guías





ACTIVA RUTA DE JUSTICIA

Oficiar, informar o conducir a los NNA a la autoridad competente

ICBF

VIOLENCIA FUERA DEL ÁMBITO DOMÉSTICO

COMISARI AS DE **FAMILIA**

INSPECTO R POLICIA 1. VIOLENCIA EN **EL ÁMBITO** DOMÉSTICO -2.COMPETENCIA SUBSIDIARIA **TODA LAS VIOLENCIAS**

INTERPONE LA DENUNCIA Policia de Infancia y Flia

Fiscalía (URI -CAIVAS., SAU)

CTI

COMPETENCIA SUBSIDIARIA **TODAS LAS VIOLENCIA**

COMISARÍAS **DE FAMILIA**



POLICÍA





MARIA CRISTINA SILVA GUTIERRREZ

PSICOLOGA

PROFESIONAL DE APOYO VIOLENCIA SEXUAL

316 8545913

crisecilla@hotmail.com





