

UNIDAD 2

ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA Y SUS EFECTOS

CONTENIDO

I. ASPECTOS Y ACTIVIDADES DE APLICACIÓN FUNDAMENTAL

1. Prevención de estilos de vida no saludables 187
2. Causas externas de morbilidad y mortalidad 189

II. NORMAS DE ATENCIÓN CLÍNICA

1. Violencia en la familia/doméstica 191
2. Maltrato al niño/niña o adolescente 197
3. Violencia sexual 203

III. FICHAS TÉCNICAS

1. Red de prevención y atención de la violencia 216
2. Comportamiento de la persona afectada por violencia intrafamiliar 217
3. Tratamiento de los síndromes de violencia 218
4. Flujograma de atención al menor maltratado 219
5. Flujograma de atención al adulto mayor maltratado 220
6. Certificado médico o informe de lesiones 224

I. ASPECTOS Y ACTIVIDADES DE APLICACIÓN FUNDAMENTAL

1. PREVENCIÓN DE ESTILOS DE VIDA NO SALUDABLES

ANTECEDENTES

La concepción biologicista del proceso salud-enfermedad —sintetizada en la creencia de que los servicios de salud, la tecnología médica, los medicamentos y los recursos humanos en salud altamente especializados, son la base fundamental del estado de salud de una población— ha sido la causante de los constantes fracasos del control de las enfermedades y de la irracional distribución de los muchos o escasos recursos del sector salud.

Los conocimientos científicos actuales sobre la determinación y la causalidad del proceso salud-enfermedad son contundentes al demostrar que las variables sociales poseen mayor importancia que las biológicas. Así, en 1974 se presenta el famoso informe de los **campos de salud** presentado por Marc Lalonde, Ministro de Salud y Bienestar Nacional del Canadá, donde se identifican cuatro determinantes de la salud de la población, que se señalan en el siguiente cuadro:

CAMPOS DE SALUD DE LALONDE

CAMPO DE LA SALUD	INFLUENCIA EN LA SALUD (en porcentajes)
Estilos de vida.	43%
Factores biológicos.	27%
Medio ambiente.	19%
Servicios de salud.	11%
TOTAL	100%

Basados en este tipo de evidencias es que la OMS/OPS recomiendan que las políticas de salud a nivel mundial deben dar énfasis a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Asimismo el actual modelo boliviano de Salud Familiar, Comunitaria Intercultural (SAFCI), prioriza las acciones de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. De ahí que en estas Normas Nacionales de Atención Clínica (NNAC) se debe también dar énfasis a la prevención de la enfermedad en todas las actividades de atención que realice el equipo de salud, haciendo énfasis en confrontar los estilos de vida no saludables, que también se denominan factores de riesgo personales.

Se entiende por **estilo de vida** a la manera o forma como las personas satisfacen una necesidad. En cambio la **calidad** o **nivel de vida** se refiere a la capacidad de compra de un satisfactor que tienen los individuos. En muchos casos los estilos están supeditados a la calidad de vida pero igualmente en otros casos son independientes de ésta y más bien están condicionados por la educación o información que se posea. Por la importancia de la comprensión de estos dos conceptos se presenta el siguiente ejemplo: una persona tiene una necesidad, hambre, para satisfacerla puede recurrir a ingerir alimentos frescos, naturales y de temporada, o bien puede saciar su hambre consumiendo “comida chatarra”, también puede saciar su hambre adquiriendo “pan blanco” o bien “pan moreno”, ambos del mismo precio. En el primer caso puede o no estar ligada su decisión a su condición económica (calidad de vida); en el segundo caso se observa, más nítidamente, que su decisión alimentaria está ligada a un estilo alimentario condicionado por la información o conocimiento que tenga sobre alimentación saludable, al margen de su calidad o nivel de vida.

Por lo tanto, la educación sobre estilos de vida es determinante para que las personas tengan o no factores de riesgo que incrementen su probabilidad de enfermar o morir, por lo que el equipo de salud debe interactuar responsablemente con el usuario/usuario identificando sus estilos de vida no saludables o factores de riesgo individuales con el objeto de modificar conductas negativas para su salud.

En este sentido el equipo de salud debe concientizar y recomendar a los usuarios/usuarioas sobre las siguientes medidas preventivas relacionadas con el control de los estilos de vida no saludables más perniciosos.

MEDIDAS PREVENTIVAS RELACIONADAS CON ESTILOS DE VIDA NO SALUDABLES

Los siguientes estilos de vida no saludables, independientemente de la patología o problema, deben ser indefectiblemente tratados en forma rutinaria en cada entrevista o consulta con usuarios/usuarioas del Sistema Nacional de Salud:

- NO consumir tabaco y evitar consumo de alcohol.
- Realizar ejercicios físicos por lo menos 30 minutos al día, no utilizar medios de transporte para distancias cortas, evitar el uso de ascensores y en lo posible subir y bajar gradas a pie.
- Consumir alimentos frescos y naturales, y cotidianamente frutas y verduras de la temporada.
- Evitar el consumo de grasas de origen animal y comida chatarra.
- Acostumbrarse al consumo menor a seis gramos de sal al día. No utilizar salero. Los alimentos salados, como charque y otros, deben lavarse en abundante agua antes de la preparación para su consumo.
- Controlarse el peso mensualmente. Existen dos indicadores importantes que se debe enseñar a medir e interpretar a los usuarios/usuarioas:
 - El **Índice de Masa Corporal (IMC)**, cuyo valor idealmente no debe sobrepasar en rango de 24,9. La fórmula para obtener el IMC es la siguiente: **IMC = Peso (Kg.) / Estatura (m)²**.
 - La **Circunferencia de Cintura (CC)**, con la que se evalúa el riesgo de enfermar patologías relacionadas con la obesidad como IAM/AVC, HTA, etc.
- Para medir la circunferencia de cintura se localiza el punto superior de la cresta iliaca y alrededor del abdomen se coloca la cinta métrica y paralela al piso. Según el sexo de la persona los datos se interpretan de la siguiente manera:
 - En mujeres existe riesgo de padecer enfermedades asociadas a la obesidad a partir de los 82 cm, mientras que si sobrepasa los 88 cm el riesgo es muy elevado. En cambio, en hombres hay riesgo a partir de los 94 cm, mientras que éste se convierte en riesgo elevado a partir de los 102 cm.

MEDIDAS PREVENTIVAS EN ADOLESCENTES

- Orientación al adolescente:
 - Reconocimiento y manejo de sus emociones y sentimientos.
 - Planteamiento de metas a corto y mediano plazo.
- Apoye al o la adolescente en:
 - Fortalecer sus habilidades sociales, afectivas y cognitivas.
 - Mejorar su autoestima y autovaloración.
 - Formación de grupos de pares.
 - Capacitar en temas de interés para ellas o ellos.
 - Uso adecuado y saludable del tiempo libre.
 - Consensuar y programar la visita de seguimiento.
- Pregunte si existe algún tema pendiente para aclaración de dudas o profundización de la información.
- Además de las anteriores medidas preventivas, en los adolescentes debe hacerse énfasis en los siguientes aspectos:
 - Trastornos de la alimentación como la anorexia y la bulimia.
 - Violencia intrafamiliar y escolar.
 - Violencia sexual.
 - Ejercicio responsable de la sexualidad.
 - Orientación para posponer inicio de relaciones sexuales.
 - Uso del condón para prevención de ITS, VIH y el embarazo.

2. CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD - CIE 10: V01-Y98

DEFINICIÓN

Las causas externas de morbilidad y de mortalidad son todos los acontecimientos ambientales y circunstancias que causan traumatismos, envenenamientos y otros efectos adversos (CIE-10, Cap. XX).

Lesión: cualquier daño de la salud orgánica o mental de un individuo llamado lesionado o víctima, causado externa o internamente por mecanismos físicos, químicos, biológicos o psicológicos, utilizados por un agresor, que según la gravedad puede producir la muerte. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a las lesiones como el menoscabo orgánico que resulta de la exposición a una energía mecánica, térmica, eléctrica, química o radiante, que interactúa con el organismo en cantidades o con un índice que excede el límite de la tolerancia fisiológica.

Si bien causa externa y violencia no son sinónimos, se relacionan estrechamente.

CLASIFICACIÓN

- Según el ámbito donde ocurre (doméstica, laboral, institucional y otros).
- Según la motivación (robo, riñas, política).
- Según el perpetrador (pandillas juveniles, agentes del Estado, guerrillas y otras).
- Según el arma utilizada (punzante, contundente, de fuego, fuerza física, etc.).

Con fines didácticos las lesiones se las divide en: intencionales (violencia) y no intencionales (accidentes).

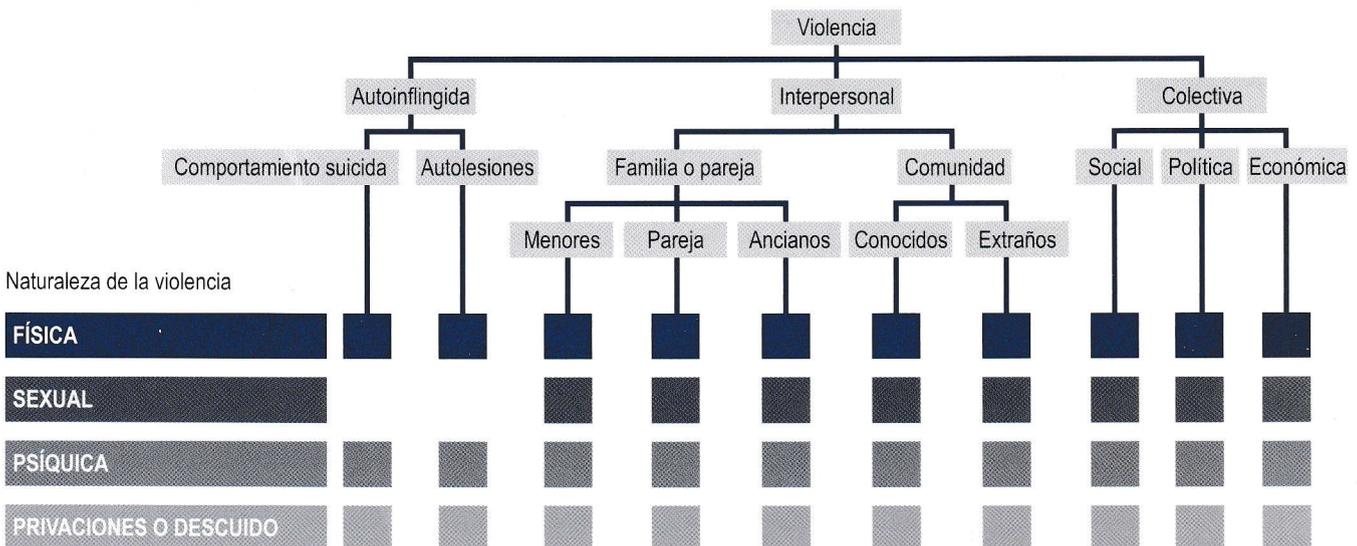
LESIONES INTENCIONALES (VIOLENCIA)

“Violencia es el uso de la fuerza física por poder real o por amenaza, contra la persona misma, contra otra persona o contra un grupo o comunidad que puede producir o tiene alta probabilidad de muerte, lesión, daño psicológico, problemas de desarrollo o deprivación” (OPS/OMS).

Según la relación entre víctima y agresor, la violencia puede ser de tres tipos:

1. **Violencia auto inflingida:** la que una persona se ocasiona a sí misma.
2. **Violencia interpersonal:** la impuesta por otro individuo o un número pequeño de individuos. Dentro de este tipo está incluida la violencia intrafamiliar (VIF), maltrato al menor, agresión física, etc.
3. **Violencia colectiva:** inflingida por grupos grandes como el Estado, contingentes políticos organizados, grupos irregulares u otros grupos establecidos y reconocidos en la comunidad.

CLASIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA



Fuente: Informe mundial sobre violencia y la salud. Figura 1.1. Una tipología de la violencia. OPS; 2003. p. 7.

Según la forma en que se causa daño se divide en cuatro:

1. **Violencia física**, son las conductas que causen lesión interna o externa o cualquier otro maltrato que afecte la integridad física de las personas (traumatismo, quemaduras, heridas ocasionados de manera intencional).
2. **Violencia sexual**, son las conductas, amenazas o intimidaciones que afecten la integridad sexual o la autodeterminación sexual de la víctima.
3. **Violencia psicológica**, son las conductas que perturben emocionalmente a la víctima, perjudicando su desarrollo psíquico y emotivo.
4. **Violencia por privaciones o descuido**, ejercida mayormente contra menores de edad, pero no es exclusivo de ellos. En este rubro entran las negligencias:
 - **Negligencia física:** consiste en que el cuidador no cubre las necesidades físicas básicas de un niño/niña hasta un punto en el que estas omisiones puedan causarle un daño físico.
 - **Negligencia médica:** consiste en que los padres no solicitan cuidados médicos inmediatos o no cumplen una pauta médica prescrita que se considere importante para la salud y bienestar del niño/niña.
 - **Negligencia emocional:** consiste en que no se proporcionan los apoyos emocionales necesarios, como amor, protección y supervisión. Esta puede dar lugar a accidentes o a ingesta de sustancias tóxicas.
 - **Negligencia educativa:** incluye el hecho de que no se proporcione una estimulación intelectual apropiada o no se escolarice al niño/niña.
 - **Negligencia económica:** una forma frecuente de violencia es privar o controlar económicamente.

LESIONES NO INTENCIONALES (ACCIDENTES)

Son aquellas que obedecen a un conjunto de circunstancias y factores que pueden ser sociales, educativos, ambientales, económicos, culturales, políticos, urbanísticos y jurídicos.

Didácticamente se las divide en:

- **Muerte o lesión en accidente de tránsito**, se produce como consecuencia de una colisión o atropellamiento por un vehículo de transporte. Pueden existir elementos agravantes como el consumo de alcohol u otras sustancias, generalmente es sin intención.
- **Muerte o lesión por otros accidentes**, resultado de la interacción entre un sujeto y un agente externo (físico o químico) sin que exista la intención de lesionar a la víctima o ésta no conociere el resultado de dicha interacción. En este grupo se incluyen todas las víctimas heridas y fallecidas, ocurridas durante desastres naturales como terremotos, incendios, inundaciones, y aquellas que se producen como consecuencias de caídas, electrocuciones, asfixias, intoxicaciones y otros.

SUSTENTO LEGAL DE LA ATENCIÓN EN SALUD DE LAS CAUSAS EXTERNAS

- Constitución Política del Estado, edición oficial de 7 febrero de 2009. Capítulo II, Derechos Fundamentales, artículos 15 y 18.
- Código Penal, Ley N° 10426 de 23 de Agosto de 1972.
- Código de Salud, Decreto Ley N° 15629 de 18 de Julio de 1978.
- Reglamentos del Decreto Ley del Código de Salud.
- Ley del Ejercicio Profesional Médico, Ley N° 3131 de 8 de Agosto de 2005.
- Reglamento de la Ley de Ejercicio Profesional Médico, Decreto Supremo N° 28562 de diciembre de 2005.
- Ley Contra la Violencia en la Familia o Doméstica, Ley N° 1674 de 20 de Diciembre de 1995.
- Reglamento de la Ley Contra la Violencia en la Familia o Doméstica, Decreto Supremo N° 25087 de 6 de Julio de 1998.
- Ley del Código Niño, Niña y Adolescente, Ley N° 2026 de 27 de Octubre de 1999.
- Reglamento del Código Niño, Niña y Adolescente, Decreto Supremo N° 27443 de 8 de Abril 2004.
- Código de Tránsito, Decreto Ley N° 10135 de 16 de Febrero de 1973.
- Resolución Suprema N° 187444, Reglamento del Código del Tránsito de 8 de Junio de 1978.
- Ley de Seguros, Ley N° 1883 de 25 de Junio de 1998.
- Reglamento del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), Decreto Supremo N° 27295 de 20 de Diciembre de 2003.
- Resolución Ministerial N° 708 de 3 de Diciembre de 2003.
- Normas Básicas de Diagnóstico y Tratamiento, para atenciones médicas del SOAT.
- Reglamento de Cobros por atención en los establecimientos de salud para pacientes del SOAT.
- Reglamento de Sanciones para Centros Médicos.
- Ley de Protección a las Víctimas de Delitos Contra la Libertad Sexual, Ley N° 2033 de 29 de Octubre de 1999.
- Ley de Prevención del VIH y SIDA y Protección a las Personas que Viven con VIH o SIDA en Bolivia, Ley N° 3729 de 8 de Agosto de 2007.
- Resolución Ministerial N° 711 de 22 de Noviembre de 2002. Reglamento para la Prevención y Vigilancia del VIH SIDA en Bolivia.

II. NORMAS DE ATENCIÓN CLÍNICA

1

CIE-10

T74.0 – T74.9 – Y06 – Y09

NIVEL DE RESOLUCIÓN

I – II – III

VIOLENCIA EN LA FAMILIA/DOMÉSTICA (INTRAFAMILIAR – VIF)

DEFINICIÓN

Violencia en la familia, es la agresión física, psicológica o sexual, cometida por cónyuge o conviviente, ascendientes, descendientes, hermanos, parientes civiles o afines en línea directa y colateral; tutores, curadores* o encargados de la custodia.

Violencia doméstica, son las agresiones físicas, psicológicas y/o sexuales cometidas entre ex cónyuges, ex convivientes o personas que hubieran procreado hijos en común legalmente reconocidos o no, aunque no hubieran convivido (artículos 4 y 5 de la Ley 1674).

* **Curador/Curadora**, es la persona elegida o nombrada para cuidar de los bienes o negocios de un menor, o de quien no está en posibilidad de administrarlos.

CLASIFICACIÓN

La violencia intrafamiliar se divide en:

- a. **Violencia física:** son conductas que causan lesión interna o externa o cualquier otro maltrato que afecte la integridad física de las personas.
- b. **Violencia psicológica:** son conductas que perturban emocionalmente a la víctima, perjudicando su desarrollo psíquico y emotivo.
- c. **Violencia sexual:** son conductas, amenazas o intimidaciones que afectan la integridad sexual o la autodeterminación sexual de la víctima.
- d. Asimismo, se consideran hechos de violencia en la familia cuando los progenitores, tutores o encargados de la custodia pongan en peligro la integridad física o psicológica de los menores, personas con discapacidades y personas mayores, por abuso de medios correctivos o disciplinarios o por imposición de trabajo excesivo e inadecuado para la edad o condición física de la persona (negligencia, privación o descuido).
- e. **Violencia a discapacitados.**

ETIOLOGÍA

A diferencia de las patologías, la violencia tiene una etiología multicausal que difiere de sociedad a sociedad, pero trasciende edad, género, lugar y aspectos socioeconómicos. Se puede entender a la violencia viéndola desde un nivel: individual, relacional, comunitario y social.

FACTORES DE RIESGO

- **Factores socioeconómicos:** machismo (por construcción social es aceptado culturalmente), pobreza, hacinamiento, familias extensas, desempleo, consumo perjudicial de alcohol, dependencia a otras sustancias, migración, abandono, embarazo no planificado o no deseado.
- **Características psico-afectivas e interpersonales del agresor:** historia familiar violenta, trastornos de la personalidad (dependencia, celotipia, conducta antisocial) (ver Unidad de Trastornos Mentales y del Comportamiento).
- **Características psico-afectivas e interpersonales de la víctima:** baja autoestima, trastornos de la personalidad (dependencia afectiva, negación del problema), trastornos de depresión, ansiedad (ver Unidad de Trastornos Mentales y del Comportamiento).

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

Anamnesis

Entrevista (relato de los hechos)

- Inicialmente se realiza “contención emocional”, abordado preferentemente por personal especializado (psicólogo y/o trabajadora social); cuando no existe este recurso humano el responsable es el mismo médico o personal de enfermería (ver Pautas para la Entrevista Médica – Unidad de Trastornos Mentales y del Comportamiento).
- Establecer relación empática y de respeto con la víctima.
- Indagar sobre el origen de las lesiones, fortalecer el aspecto de comunicación empática.
- Recabar antecedente del hecho de violencia:
 1. **Antecedentes personales patológicos:** relacionar al consumo perjudicial de alcohol, fármacos (benzodiazepinas) y drogas; identificar problemas gineco-obstétricos, problemas alimenticios (anorexia, bulimia, obesidad) (ver Unidad de Trastornos Mentales y del Comportamiento).
 2. **Antecedentes personales no patológicos:** relacionamiento inadecuado con el entorno, problemas de conducta, problemas laborales, déficit atencional (niños/niñas), conductas delictivas (adolescentes) y condiciones de vida (familia).
- Identificar número de consultas repetidas sin diagnóstico claro, recordando el ciclo de la violencia.
- **Ciclo de la violencia:** se reproduce continuamente, puede durar varios años y agravarse cada vez más.
 - **Fase 1**, aumento de la tensión (aparición del problema).
 - **Fase 2**, estallido de la violencia (agresión en sus diversos tipos y consecuencias).
 - **Fase 3**, tranquilidad (reconciliación, negación del problema).

Examen físico

Identificación de la lesión: equimosis, hematoma, excoriación, heridas cortantes, heridas contundentes, quemaduras, fracturas, mordeduras, arrancamientos de cabello, etc.

Descripción de la lesión: forma y dimensiones de la lesión (longitud y extensión del área), coloración, bordes regulares o irregulares, proceso de cicatrización, con costra hemática, etc.

Ubicación de la lesión: lugar anatómico, teniendo en cuenta regiones corporales y puntos de referencia.

Es importante determinar el “**Patrón de Lesión**”: que por la configuración o localización de la lesión, sugieren al objeto causante de la misma, el mecanismo o una secuencia de eventos, observables en:

■ **Piel y tejidos blandos:**

- Lesiones: contusas, cerradas o abiertas (por arma blanca o arma de fuego), de variada evolución (nuevas y antiguas al mismo tiempo), de poca extensión o gran extensión, únicas o múltiples, con o sin compromiso de otros órganos.
- Quemaduras: con objetos calientes (cigarrillos, planchas, descargas eléctricas, etc.), o con líquidos calientes (agua hervida, aceite caliente, etc.), rociado de alcohol, o combustibles y prendido de fuego.
- Cicatrices (que sugieren cronicidad de la violencia).
- Sugilaciones (equimosis por succión, “chupones”) en cuello y regiones mamarias.

■ **Músculo esquelético:**

- Esguinces, luxaciones, fracturas, contracturas musculares, etc.

■ **Sistema nervioso central:**

- Trauma cráneo encefálico, desde leve hasta moderado y severo, incluye: pérdida de consciencia, convulsiones, estado de coma, hematomas intracraneales.

- **Examen físico odontológico:** lesiones orofaciales en tejidos blandos y tejidos duros:
 - a. **Lesiones en frenillos labiales superior e inferior:** frecuentes en niños de 6 a 18 meses de edad; es una etapa en la que está aprendiendo a caminar, poco común y altamente sospechoso en los primeros seis meses de edad o después que el niño camina.
 - b. **Lesiones en frenillos lingual:** asociado al maltrato con la alimentación forzosa o relaciones oro-genitales.
 - c. **Desgarros en la mucosa oral:** originada por una fuerza directa en la cara, la cual al entrar en contacto con las piezas dentarias desgarran la mucosa oral, la magnitud de la lesión dependerá de la fuerza y dirección del objeto contundente.
 - d. **Queilitis:** son lesiones en las comisuras labiales por carencia de vitaminas y abuso sexual o físico.
 - e. **Equimosis en la mucosa labial o yugal:** por contacto con objeto contundente, alimentación forzosa, abuso sexual o físico.
 - f. **Equimosis en paladar blando:** descrito en las clínicas dermatológicas como signo de relación oro-genital.
 - g. **Quemaduras peri-orales y orales.**
 - h. **Fracturas maxilares.**
 - i. **Fracturas dentales sin una explicación convincente.**
 - j. **Movilidad dentaria diagnóstico de trauma.**
 - k. **Dientes no vitales:** cambios de coloración del diente, generalmente más oscuro que el resto de las piezas dentarias y sin presencia de caries; para el diagnóstico implica producto de trauma.
 - l. **Retracciones gingivales:** localizadas, descartando otros diagnósticos, causa posible de trauma.
- **Otros sistemas:**
 - Lesiones cardiopulmonares, broncoaspiraciones.
 - Signos y síntomas que indican amenaza de aborto, aborto en curso o parto prematuro.
 - Lesiones gastrointestinales y de órganos intra-abdominales.
- **Alteraciones psicológicas:** (ver Unidad de Trastornos Mentales y del Comportamiento):
 - Manifestaciones psicósomáticas (cefalea, mareos, hipertensión, cólicos, crisis conversivas, trastornos gastrointestinales).
 - Tristeza (depresión), negatividad, inseguridad, miedo, ansiedad, crisis de pánico, timidez, retraimiento, mutismo, aislamiento social, poca expresividad, intolerancia, resentimientos.
 - Dificultad para establecer relaciones con otras personas, agresividad.
 - Ruptura de lazos familiares.
 - Signos y síntomas de intento de suicidio.
 - Síndromes por abuso de alcohol y otras drogas.
 - Alteración del sueño y/o de la alimentación.
 - Déficit de atención.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- Se solicitan exámenes complementarios de acuerdo al nivel de atención, criterio médico, comorbilidad presente y estado del o la paciente.
- Para las prestaciones, ver directamente la unidad de las patologías que presente el o la paciente; por ejemplo para fractura de fémur referirse las unidades de Traumatismos y Emergencias, y Enfermedades del Sistema Osteomuscular y tejido conjuntivo.

CONSIGNACIÓN DIAGNÓSTICA

Para la codificación correcta de un diagnóstico se considera lo siguiente:

- El primer diagnóstico debe indicar la lesión con la ubicación topográfica.
- El segundo diagnóstico debe indicar la sospecha y/o probabilidad de violencia, especificando: la relación con el agresor.

Registrar:

Sospecha	Forma de violencia	Agresor
<ul style="list-style-type: none"> ■ Caso probable. ■ Síndrome. ■ En estudio. ■ A descartar de. ■ Por referencia. ■ Sospecha diagnóstica. ■ Caso confirmado. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Síndrome de la esposa/esposo, niño/niña o bebé maltratado (T74.1). ■ Agresión con fuerza corporal (Y04). ■ Agresión sexual con fuerza corporal (Y05). ■ Negligencia y abandono (Y06.0 - Y06.9). ■ Otros síndromes de maltrato (Y07.0 - Y07.9). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Por esposo o pareja (Y06.0 o Y07.0). ■ Por padre o madre (Y06.1 o Y07.1). ■ Por conocido o amigo (Y06.2 o Y07.2). ■ Por autoridades oficiales (Y07.3). ■ Por otra persona específica (Y06.8 o Y07.8). ■ Por persona no especificada (Y06.9 o Y07.9).

Ejemplos:



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Politraumatismo por accidente (lesión no intencional).
- Agresión física por persona no familiar (no incluido en la definición).
- Lesiones dérmicas por reacción adversa a sustancia conocida/desconocida o enfermedad hematológica/oncológica.
- Enfermedad psiquiátrica de tipo paranoide (menos frecuente).
- Autolesiones (violencia auto inflingida).
- Síndrome de alienación parental (acusaciones falsas): frecuentes en el contexto de divorcios, problemas de tenencia o tutela de menores.

TRATAMIENTO MÉDICO

MEDIDAS GENERALES

Varía dependiendo del diagnóstico y del sistema u órgano afectado (ver protocolo de la patología específica para las prestaciones).

Además tener en cuenta los siguientes pasos:

- Contención emocional: inicialmente se la realiza abordada preferentemente por personal especializado (psicólogo y/o trabajadora social), donde no se cuente con este recurso humano, el responsable será el mismo médico o personal de enfermería (ver Pautas para la Entrevista Médica de la Unidad de Trastornos Mentales y del Comportamiento).
- Llenado del formulario de consentimiento informado.
- Registro en la historia y expediente clínicos: antecedentes, circunstancias del hecho, todo hallazgo clínico o de examen complementario que puede ser requerido en un proceso judicial como documento médico legal.
- Elaboración del certificado médico o informe: donde se describirán las lesiones y procedimientos efectuados por el personal que realizó la atención; la elaboración y la entrega es obligatoria y gratuita por disposiciones legales. Una copia debe adjuntarse al expediente clínico.
- Referencia/contrarreferencia a instancias correspondientes de acuerdo al cuadro clínico y nivel de complejidad.
- Información a instancias legales correspondientes (la misma no involucra al profesional de salud, no implica constituirse en parte o continuar el proceso judicial).
- Registro de Vigilancia Epidemiológica, Formulario 302 (Violencia) del SNIS semanal.
- Medicación y/o curación dependiendo de la gravedad del cuadro.

COMPLICACIONES

Al margen de las secuelas físicas, las víctimas también pueden presentar:

- | | |
|----------------------------------------|---------------------------------------------|
| ■ Traumas severos en órganos vitales. | ■ Consumo de sustancias. |
| ■ Cambios en el comportamiento. | ■ Trastornos de la infancia y adolescencia. |
| ■ Trastornos depresivos. | ■ Delincuencia juvenil. |
| ■ Trastornos ansiosos. | ■ Abandono del hogar. |
| ■ Trastornos alimentarios y del sueño. | ■ Desintegración familiar. |

CRITERIOS DE REFERENCIA INSTITUCIONAL E INTERINSTITUCIONAL

Nivel I: realiza la referencia inmediata.

Nivel II y III: si existe compromiso de vida de la víctima o tiene complicaciones severas.

En área urbana:

- Informar sobre el hecho a la Plataforma de Familia, Servicio Legal Integral Municipal (SLIM), Defensoría de la Niñez y Adolescencia (DNA), para atención integral (trabajo social/psicológico/legal).
- Informar a la Policía (Brigada de Protección a la Familia, o Radio Patrullas 110, o FELCC), según disponibilidad en el área de trabajo, ante la necesidad de precautelar la seguridad del paciente.

En área rural:

- De no existir defensorías de la niñez, servicios legales municipales o policía; informar a las autoridades locales.

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

Nivel I

- Realiza la referencia inmediata.

Nivel II y III

- Compromiso de vida.
- Complicaciones severas.

CRITERIOS DE ALTA

- El alta debe ser autorizada y coordinada preferentemente con el concurso del servicio social y el de psicología del centro y dependiendo de la resolución del cuadro.
- Recomendable por equipo multidisciplinario e interinstitucional (medicina-psicología-área social-legal).
- Plantear un "Plan de seguimiento" de cada caso.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Socializar con la comunidad acciones de promoción de "estilos de vida saludables" que es el "buen trato" y disminuir la violencia en la comunidad.
- Contar y promocionar en la comunidad un listado telefónico de las instituciones, así como de sus responsables.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

Informar a la usuaria o usuario y familiares acerca de:

- Su condición general de salud y la gravedad del cuadro.
- El tiempo aproximado necesario para el tratamiento.
- Procedimientos a ser utilizados así como sus riesgos y beneficios.
- La necesidad de referencia otro establecimiento de mayor resolución si el caso lo requiere.
- Orientación relacionada a las consecuencias físicas, psicológicas y sociales, y repercusiones en vida futura de niños/niñas, adolescentes y adultos, que viven en situación de violencia.

MALTRATO AL NIÑO/NIÑA O ADOLESCENTE

DEFINICIÓN

Constituye maltrato todo acto de violencia ejercido por padres, responsables, terceros y/o instituciones a un o una menor (*menor para la legislación boliviana es la persona de menos de 18 años de edad*), mediante abuso, acción, omisión o supresión, en forma habitual u ocasional de acciones que atenten contra los derechos reconocidos a niños, niñas y adolescentes por las leyes; violencia que les ocasione daños o perjuicios en su salud física, mental o emocional. Art. 108 Ley 2026 CNNA.

CLASIFICACIÓN

- Violencia física.
- Violencia psicológica.
- Violencia sexual.
- Violencia por abandono, negligencia (incluye explotación) o privaciones.

MARCO LEGAL

La ley N° 2026, en su artículo 109 (Circunstancias), considera que el niño, niña o adolescente es víctima de maltrato cuando:

1. Se le cause daño físico, psíquico, mental o moral, así sea a título de medidas disciplinarias o educativas.
2. La disciplina escolar no respete su dignidad ni su integridad.
3. No se le provea en forma adecuada y oportuna alimentos, vestido, vivienda, educación o cuidado de su salud, teniendo los medios económicos necesarios.
4. Se lo emplee en trabajos prohibidos o contrarios a su dignidad o que pongan en peligro su vida o salud.
5. El desempeño de trabajo en régimen familiar que no cumpla con las condiciones establecidas en este código.
6. Se lo utilice como objeto de presión, chantaje, hostigamiento o retención arbitraria, en los conflictos familiares y por causas políticas o posición ideológica de sus padres o familiares.
7. Sea víctima de la indiferencia en el trato cotidiano o prolongada incomunicación de sus padres, tutores o guardadores.
8. Sea obligado a prestar su servicio militar antes de haber cumplido la edad fijada por ley.
9. Se lo utilice o induzca su participación en cualesquier tipo de medidas de hecho como huelgas de hambre, actos violentos y otras que atenten contra su seguridad, integridad física o psicológica.
10. Existan otras circunstancias que impliquen maltrato.

ETIOLOGÍA:

La vulnerabilidad de los niños/niñas y adolescentes está relacionada estrechamente con la edad y el sexo. En el siguiente cuadro se detallan los factores de riesgo:

CUADRO N° 1: FACTORES DE RIESGO

Del niño/niña y adolescente:	De los padres o responsables:		
<ul style="list-style-type: none"> ■ Prematuridad/bajo peso al nacer. ■ Malformaciones congénitas. ■ Patología crónica o discapacidad física o psíquica. ■ Hiperactividad o problemas de conducta. ■ No escolaridad, fracaso o bajo rendimiento escolar. ■ Hijo/hija no deseado o no planificado. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Con historia de maltrato infantil o intrafamiliar. ■ Adolescencia. ■ Bajo nivel de escolaridad, insuficiente soporte conyugal, familiar y social. ■ Antecedentes de desarmonía y ruptura familiar. ■ Baja autoestima, falta de capacidad empática y escasa tolerancia al estrés. ■ Problemas psiquiátricos (depresión, intento de suicidio, etc.), antecedentes de alcoholismo y drogadicción. ■ Deficiencias mentales o desinformación sobre las características evolutivas del niño/niña y sus necesidades en las diferentes etapas del desarrollo. ■ Ignoran, rechazan y amenazan permanentemente a los niños/niñas. ■ Embarazo no planificado: <ul style="list-style-type: none"> ● Antecedentes de provocación intencional de aborto. ● Rechazo persistente del embarazo. ● Falta de previsión del ajuar y otras necesidades para el recién nacido. ● Inasistencia a controles prenatales. 		
De la familia:	De la sociedad:	De la cultura:	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Falta de reconocimiento de la violencia como problema y por lo tanto falta de búsqueda de apoyo. ■ Escaso apoyo o mala dirección en la resolución de conflictos conyugales. ■ Familias monoparentales con uniones extra matrimoniales e hijos no deseados. ■ Hacinamiento. ■ Pobreza. ■ Abandono o negligencia. ■ Migración. ■ Consumo de sustancias, ej. alcohol. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Desempleo y falta de recursos económicos. ■ Aislamiento y ausencia de redes sociales de apoyo por indiferencia y falta de solidaridad. ■ Insatisfacción laboral o tensión en el trabajo. ■ Corrupción institucional. ■ Tráfico y prostitución infantil. ■ Delincuencia, alcoholismo y drogadicción. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aceptación cultural de la violencia, prácticas culturales nocivas a la salud física y mental. ■ Actitudes negativas hacia la niñez (los niños/niñas como posesión, aceptación del castigo corporal como medio de disciplina y "educación"). ■ Repetición de patrones de conducta. 	

Fuente: Elaboración propia en base a bibliografía consultada.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS DE SOSPECHA

Entrevista (relato de los hechos):

- Inicialmente se realiza “contención emocional”, abordada preferentemente por personal especializado (psicólogo y/o trabajadora social); donde no se cuente con este recurso humano el responsable será el mismo médico o personal de enfermería (ver Pautas para la Entrevista Médica de la Unidad de Trastornos Mentales y del Comportamiento).
- El niño/niña o adolescente que refiere o expresa que es víctima de maltrato físico, emocional o negligencia.
- Trastornos de la conducta (enuresis, trastornos del sueño, alimentación, cambios en el comportamiento, en el rendimiento escolar, etc.).
- Lesiones cutáneas: equimosis, hematomas, heridas, quemaduras sin explicaciones o con explicación poco convincente:
 - Contusiones en neonatos o lactantes menores (que no se movilizan autónomamente).
 - Contusiones en la cara (excepto la frente y mentón), espalda, abdomen, brazos, glúteos, oídos y dorso de las manos.
 - Contusiones en regiones del cuerpo sin prominencias óseas.
 - Contusiones múltiples, simétricas y bilaterales.
 - Contusiones que dibujan o marcan claramente el instrumento usado.
 - Lesión circular en la región del cuello que aparente un intento de estrangulación.
 - Lesiones circulares en muñecas y tobillos que aparentan y sugieren marcas de ligadura.
- Áreas de alopecia por arrancamiento.
- Fractura óseas: principalmente “fracturas metafisarias” y “fracturas en esquina”, “fracturas en asa de balde”.
- Traumatismos cráneo-encefálicos.
- Lesiones en áreas genitales o anales sugerentes de violencia sexual.
- Embarazo a temprana edad/embarazo no planificado.
- Omisión de cuidados (niña/niño descuidado, sucio, desnutrido, ropa inadecuada).
- La descripción de los hallazgos debe ser detallada en dimensión y región topográfica.

Examen odontostomatológico:

Lesiones orofaciales en tejidos blandos y tejidos duros:

- Lesiones en frenillos labiales superior e inferior: frecuente en niños de 6 a 18 meses de edad, etapa en la que está aprendiendo a caminar, poco común y altamente sospechoso en los primeros seis meses de edad o después que el niño camina.
- Lesiones en frenillos linguales: asociado al maltrato con la alimentación forzada o relaciones oro-genitales.
- Desgarros en la mucosa oral: originada por una fuerza directa en la cara, la cual al entrar en contacto con las piezas dentarias desgarran la mucosa oral, la magnitud de la lesión dependerá de la fuerza y dirección del objeto contundente.
- Queilitis: son lesiones en las comisuras labiales por carencia de vitaminas y abuso sexual o físico.
- Equimosis en la mucosa labial o yugal: por contacto con objeto contundente, alimentación forzada, por abuso sexual o físico.
- Equimosis en paladar blando: descrito en las clínicas dermatológicas como signo de relación oro-genital.
- Quemaduras peri-orales y orales.
- Fracturas maxilares.
- Fracturas dentales sin una explicación convincente.

- Movilidad dentaria es diagnóstico de trauma.
- Dientes no vitales: cambios de coloración del diente, generalmente más oscuro que el resto de las piezas dentarias y sin presencia de caries, es diagnóstico producto de trauma.
- Retracciones gingivales: localizadas, descartando otros diagnósticos, es causa posible de trauma.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

De acuerdo al nivel de atención, disponibilidad, criterio médico, comorbilidad que se presente y del estado del o la paciente, se solicitarán los exámenes que sean necesarios.

Nota: cualquier examen realizado debe ser documentado en la historia clínica, porque puede ser posteriormente requerido en un proceso judicial.

CONSIGNACIÓN DIAGNÓSTICA

Para codificación correcta del diagnóstico se considera lo siguiente:

- El **primer diagnóstico** debe indicar la lesión con la ubicación topográfica.
- El **segundo diagnóstico** debe indicar la **causa externa**, especificando:
 - **Lugar de la ocurrencia** o **actividad** al momento de sufrir la lesión (no intencional).
 - **Relación con el agresor** (violencia intencional).

Registro de:

Sospecha	Forma de violencia	Agresor
<ul style="list-style-type: none"> ■ Caso probable. ■ Síndrome. ■ En estudio. ■ A descartar de. ■ Por referencia. ■ Sospecha diagnóstica. ■ Caso confirmado de. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Negligencia o abandono (T74.0). ■ Síndrome del niño/niña o bebé maltratado (T74.1). ■ Abuso sexual (T74.2). ■ Abuso psicológico (T74.03). ■ Otros síndromes de maltrato (formas mixtas) (T74.8). ■ Agresión sexual con fuerza corporal (Y05). ■ Negligencia y abandono (Y06.0 - Y06.9). ■ Otros síndromes de maltrato (Y07.0 - Y07.9) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Por esposo o pareja (Y06.0 o Y07.0). ■ Por padre o madre (Y06.1 o Y07.1). ■ Por conocido o amigo (Y06.2 o Y07.2). ■ Por autoridades oficiales (Y07.3). ■ Por otra persona específica (Y06.8 o Y07.8). ■ Por persona no especificada (Y06.9 o Y07.9)

Ejemplo:



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Lesiones accidentales.
- Patologías óseas.
- Lesiones dérmicas por reacción adversa a sustancia desconocida y por patologías oncológicas y/o hematológicas.
- Enfermedad psiquiátrica.
- Autolesiones.
- Un padre o tutor no puede ser considerado responsable de negligencia si los factores que han conducido a la misma están fuera de su control.

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

Se aplican de acuerdo a diagnóstico y sistema u órgano afectado (ver protocolo de la patología específica para las prestaciones); se deben tener en cuenta los siguientes pasos:

- Contención emocional: preferentemente realizada por personal especializado, psicólogo y/o trabajadora social; si no se cuenta con este recurso el responsable es el médico o personal de enfermería (ver Pautas para la Entrevista Médica de la Unidad Trastornos Mentales y del Comportamiento).
- Consentimiento informado.
- Registro en la historia clínica: antecedentes, circunstancias del hecho, todo hallazgo clínico o de examen complementario, que pueden ser requerido en un proceso judicial como documento médico legal.
- Elaboración del certificado médico o informe: donde se describen lesiones y procedimientos realizados durante la atención; la elaboración y la entrega es obligatoria y gratuita por disposiciones legales. Una copia debe estar adjuntada en la historia clínica.
- Referencia a instancias correspondientes de acuerdo al cuadro clínico y nivel de complejidad.
- Información/denuncia a instancias legales correspondientes (la misma no implica que el personal de salud se constituya en parte judicial).
- Registro de Vigilancia Epidemiológica, llenado del Formulario 302 (Violencia) del SNIS semanal.
- Dependiendo de la gravedad del cuadro, habrá necesidad de medicación y/o curación.

COMPLICACIONES

Al margen de las secuelas físicas, las víctimas también pueden presentar:

- Daño cerebral o de otros órganos y sistemas.
- Dificultades del aprendizaje, deserción escolar.
- Trastornos de conducta (comportamientos de riesgo, abuso de alcohol y otras sustancias psicoactivas — drogas—, promiscuidad).
- Disgregación familiar, niños en la calle.
- Delincuencia juvenil y comportamiento disocial.
- Trastornos del estado de ánimo y dificultades en el rol de padre o madre a futuro.

CRITERIOS DE REFERENCIA INSTITUCIONAL E INTERINSTITUCIONAL

Nivel I y II

En área urbana:

- Informar a la Plataforma Familiar, Servicio Legal Integral Municipal (SLIM), Defensoría de la Niñez y Adolescencia (DNA), para atención integral (trabajo social/psicológico/legal).
- Informar a la Policía (Brigada de Protección a la Familia o Radio Patrullas 110 o FELCC) según disponibilidad en el área de trabajo, ante la necesidad de precautelar la seguridad del paciente.

En área rural:

- De no existir defensorías de la niñez, servicios legales municipales o policía, informar a las autoridades locales.

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- Valoración por profesional de salud, que denote lesiones o daños que puedan poner en riesgo la salud, la integridad física, mental y/o la vida de la víctima; se debe internar al o la paciente en establecimientos de salud del nivel de atención correspondiente.
- Toda sospecha de maltrato de menor es internada en centros de nivel II y III.

CRITERIOS DE ALTA HOSPITALARIA

- Debe darse en coordinación con el equipo multidisciplinario e interinstitucional (medicina-psicología-social-legal).
- Debe ser autorizada y coordinada preferentemente con el concurso del servicio social y psicología del centro y dependiendo de la resolución del cuadro.
- Debe plantear un "Plan de seguimiento" de cada caso.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Establecer un Plan de seguimiento de cada caso.
- Contar y promocionar en la comunidad un listado telefónico de las instituciones, así como de sus responsables.
- Socializar con la comunidad acciones de promoción de "estilos de vida saludables" que es el "buen trato" y disminuir la violencia en la comunidad.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

Informe a la usuaria o usuario y familiares acerca de:

- Su condición general de salud y la gravedad del cuadro.
- El tiempo aproximado necesario para el tratamiento.
- Procedimientos a ser utilizados así como sus riesgos y beneficios.
- La necesidad de referencia a otro establecimiento de mayor resolución si el caso lo requiere.
- Reconocimiento de la situación de violencia en la que viven, cualquiera sea la forma: (física, sexual, psicológica, por privación, descuido o negligencia).
- Orientación relacionada a las consecuencias físicas, psicológicas y sociales, y repercusiones en vida futura de niños, adolescentes y adultos, que viven en situación de violencia

VIOLENCIA SEXUAL

DEFINICIÓN

La violencia sexual comprende una serie de actos que vulneran la sexualidad de una persona, desde miradas lascivas, toques impúdicos, hasta violación (relación sexual no consentida).

Violación: donde se emplea violencia física o intimidación para tener acceso carnal, penetración anal o vaginal o introducción de objetos con fines libidinosos, así no mediara violencia física o intimidación a persona de uno u otro sexo, persona menor de 14 años, persona con enfermedad mental, persona con grave perturbación de la conciencia o grave insuficiencia de la inteligencia o incapacitada por cualquier otra causa para resistir (persona con discapacidad o en estado de inconsciencia) (artículos 308 Violación, 308 Bis Violación de Niño, Niña o Adolescente y 308 Ter Violación en Estado de Inconsciencia. Código Penal).

Estupro: mediante seducción o engaño, tuviera acceso carnal con persona de uno u otro sexo, mayor de catorce (14) años y menor de dieciocho (18) (Artículo 309 Estupro. Código Penal).

También son considerados actos de violencia sexual los cometidos abusando de la confianza para realizar acciones como: **miradas lascivas, toques impúdicos, inducción a exhibicionismo, inducción a la realización de actos y/o conductas sexuales** (artículo 312 Abuso Deshonesto. Código Penal).

CLASIFICACIÓN

Se puede clasificar de acuerdo a la definición, pero de acuerdo a la localización de las lesiones en:

- Genital-perineal-anal.
- Paragenital (muslos, abdomen bajo, región mamaria, nalgas).
- Extragenital (resto del cuerpo).

ETIOLOGÍA

FACTORES DE RIESGO

DE LA VÍCTIMA	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Mujer. ■ Menor de edad. ■ Adulto mayor. ■ Dependencia económica y emocional. ■ Baja autoestima. ■ Bajo nivel educativo. ■ Pasividad e inseguridad. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Educación basada en estereotipos de género. ■ Desconocimiento de sus derechos. ■ Limitaciones o discapacidad física, mental o sensitiva. ■ Menores al cuidado de propios o extraños. ■ Recluso/reclusa, huérfano/huérfana. ■ Costumbres culturales.
DEL AGRESOR/AGRESORA	SOCIO FAMILIARES
<ul style="list-style-type: none"> ■ Desconocimiento de los derechos. ■ Práctica del machismo como forma de relación. ■ Inadecuada educación para la sexualidad. ■ Padrastros y familiares con débiles lazos afectivos. ■ Trastornos de personalidad y/o trastornos sexuales. ■ Haber sido víctima de agresión sexual. ■ Consumo abusivo de alcohol y/u otras drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Crisis familiares. ■ Reconocimiento del machismo como valor social. ■ Mitos y tabúes sobre la sexualidad. ■ Subvaloración de la mujer, niños, niñas y adolescentes. ■ Hacinamiento. ■ Poblaciones cautivas. ■ Significado de la mujer como objeto sexual (revistas, televisión, publicidad). ■ Abuso y consumo perjudicial de alcohol y/o drogas.

Fuente: Elaboración propia en base a bibliografía consultada.

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS MUJERES ADOLESCENTES Y ADULTAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

El proceso de atención se divide en dos períodos fundamentales. El primero dentro de las primeras 72 horas y el segundo luego de ese término. En cada uno de estos períodos los proveedores de servicios de salud deben realizar las siguientes prestaciones:

- Dentro de las 72 horas:
 - Atención a la víctima de violencia sexual.
 - Contención emocional.
 - Recolección de evidencia médico legal sin necesidad de requerimiento judicial.
 - Prueba de embarazo en sangre (B-HCG cualitativa y en lo posible cuantitativa).
 - Prevención de ITS, VIH/SIDA y hepatitis B.
 - Tratamiento de los traumatismos extra-genitales, para-genitales y genitales.
 - Anticoncepción de emergencia.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

Entrevista (relato de los hechos):

- Inicialmente se realiza “contención emocional”, preferentemente por personal especializado (psicólogo y/o trabajadora social); si no se cuenta con este recurso el responsable es el médico o personal de enfermería (ver Pautas para la Entrevista Médica-Unidad de Trastornos Mentales y del Comportamiento).
- La víctima de agresión sexual será conducida a un consultorio para mantener la privacidad (de preferencia fuera del área de atención habitual) podrá tener las o los acompañantes que desee.

Anamnesis:

Ningún procedimiento médico debe ser realizado bajo coerción (**consentimiento informado**).

- El o la responsable de la entrevista debe desempeñarse con serenidad, empatía y escucha para establecer una relación de confianza.
- Importante explicar a la víctima y/o familiares que la información que aportan es crucial para la conducta médica posterior y que se manejará respetando la confidencialidad.
- Preguntar:
 - **Datos generales:** nombre, edad, sexo.
 - **Datos del hecho:** circunstancias, lugar, fecha, hora de la agresión, número de agresores (uno o más), tipo de penetración (vaginal, oral, anal), eyaculación intravaginal (si/no), si se usaron objetos o no, preservativos.
 - **Antecedentes gineco-obstétricos.**
 - **Estado de la víctima,** consciente, bajo efectos de alcohol o drogas, estado mental, etc.
- El motivo de consulta y la descripción del hecho debe registrarse entre comillas, tal y como la víctima lo cuenta de manera textual, antecedido por los vocablos “paciente refiere”; ejemplo: “me botaron al piso”.

EXAMEN FÍSICO

- Consentimiento informado firmado para la realización de exámenes.
- Información, a la víctima sobreviviente, sobre cada procedimiento a realizar.
- Para todo procedimiento el personal de salud debe utilizar guantes de látex, gorra y barbijo, con el fin de evitar la contaminación de las muestras.
- Tener la presencia de un segundo profesional y también de un familiar o persona de confianza, en todos los casos.
- Observar áreas sugerentes:
 - Sugilaciones (equimosis por succión, “chupones”) en cuello y regiones mamarias.
 - Hematomas y equimosis perineales y/o de áreas próximas.
 - Hemorragia genital, contusiones, hematomas y/o desgarros (genitales, perineal o anales).

- Mordeduras.
- Lesiones por traumatismos.
- Marcas de mordedura.
- Examen odontoestomatológico: lesiones orofaciales en tejidos blandos y tejidos duros:
 - Lesiones en frenillos labiales superior e inferior: frecuentes en niños de 6 a 18 meses de edad, es una etapa en la que está aprendiendo a caminar, poco común y altamente sospechoso en los primeros seis meses de edad o después que el niño camina.
 - Lesiones en frenillos linguales: asociado al maltrato con la alimentación forzosa o relaciones oro-genitales.
 - Desgarros en la mucosa oral: originada por una fuerza directa en la cara, la cual al entrar en contacto con las piezas dentarias desgarran la mucosa oral; la magnitud de la lesión dependerá de la fuerza y dirección del objeto contundente.
 - Queilitis: son lesiones en las comisuras labiales por carencia de vitaminas y abuso sexual o físico.
 - Equimosis en la mucosa labial o yugal: por contacto con objeto contundente, alimentación forzosa por abuso sexual o físico.
 - Equimosis en paladar blando: descrito en las clínicas dermatológicas como signo de relación oro-genital.
 - Quemaduras peri-orales y orales.
 - Fracturas maxilares.
 - Fracturas dentales sin una explicación convincente.
 - Movilidad dentaria es diagnóstico de trauma.
 - Dientes no vitales: cambios de coloración del diente, generalmente más oscuro que el resto de las piezas dentarias y sin presencia de caries, es sugerente de trauma.
 - Retracciones gingivales localizadas, descartando otros diagnósticos, causa posible de trauma.
- Buscar huellas sugestivas de abuso sexual anterior.
- Examen de la región genito-anal:
 - **Posición de litotomía o ginecológica:** es la más usada en mujeres. En lactantes y niñas (impúberes) no se recomienda el uso de los estribos de la camilla ginecológica.
 - **Posición de rana:** recomendable en niñas pequeñas. Con la niña en decúbito dorsal, se le pide y ayuda a que separe las rodillas hacia fuera, uniendo los talones de manera simultánea.
 - **Exploración en el regazo de la madre:** en algunos casos es conveniente valorar a las niñas en el “regazo de su madre o acompañante”, porque allí están confortables y más tranquilas.
 - **Posición genupectoral:** generalmente utilizada para el examen de la región genital y anal, consiste en que el paciente se arrodilla flexionando su cuerpo y apoyándose sobre los antebrazos, elevando la región glútea (sólo en caso muy necesario, ya que no es la más recomendable, porque hace sentir a la víctima muy vulnerable).

Técnica de exploración de himen: se sigue la misma técnica utilizada en la práctica del examen ginecológico convencional.

- Con guantes de látex se realiza la separación labial, ejerciendo una ligera tracción a la parte media de ambos labios mayores hacia fuera y hacia arriba, maniobra “de riendas”, hasta que el área del himen quede claramente visible. Se solicita a la examinada que puje, para que abombe la membrana himeneal y se pueda observar la zona de implantación y el borde libre del himen.
- Una vez expuesto el himen, se evalúa la forma, integridad y elasticidad.

Estado del himen:

- Integro.
- Desgarrado.
- Reducido a carúnculas mirtiformes.

Los desgarros del himen y las lesiones vaginales: se describen siguiendo la orientación de las manecillas del reloj.

DESGARRO DE HIMEN

<ul style="list-style-type: none">■ Profundiza hasta el borde de implantación.■ Bordes irregulares.	<ul style="list-style-type: none">■ Bordes asimétricos.■ Origen traumático.
DESGARRO RECIENTE	DESGARRO ANTIGUO
<ul style="list-style-type: none">■ Enrojecimiento de bordes.■ Sangrado.■ Edema.■ Infiltración hemática.■ Bordes blanquecinos en procesos de cicatrización.■ Proceso dura en promedio 10 días.	<ul style="list-style-type: none">■ Bordes del himen no se vuelven a unir.■ Bordes cicatrizados.

Fuente: Elaboración propia en base de bibliografía consultada.

El uso de espéculo vaginal de acuerdo a edad y paridad, está limitado hasta que se recolecten las muestras médico-legales y dependiendo del compromiso de vida de la víctima (desgarros severos).

Lesiones anales: se describen siguiendo la orientación de las manecillas del reloj, características en forma detallada, la dimensión y ubicación. El examen anal debe definir la forma, el tono y la integridad del esfínter anal.

Nota: la víctima de violencia sexual puede presentar otras lesiones ocasionadas por el o los agresores con el fin de reducirla.

CONTENCIÓN EMOCIONAL

206

Implica una ayuda inmediata para el enfrentamiento de las crisis del suceso de la agresión sexual y la deben brindar los proveedores de servicios que tengan el primer contacto con la víctima u observen primero la necesidad: policías, abogados, fiscales, enfermeras, médicos, psicólogos, etc., dentro de las 72 horas del suceso. Usualmente, toma sólo una sesión y se realiza de acuerdo a los siguientes pasos:

- **Hacer contacto psicológico (empatía).** Se realiza a través de:
 - **Proporcionar apoyo:** Consiste en la comprensión empática de la situación existencial de la víctima y de su estado emocional, en transmitir esta comprensión mediante una respuesta comprensiva. Supone la aceptación incondicional de su relato sin emitir juicios de valor, respetándola por encima de su comportamiento, aunque no se los considere válidos o correctos.
 - **Escucha activa:** Consiste en escuchar y poner atención plena a todo lo que la VVS trata de expresar y decir, sin interrumpir, respetando sus ideas y sus silencios. Significa observar con atención su aspecto físico y sus gestos, su tono de voz y sus signos de nerviosismo, sus manifestaciones de dolor o preocupación, asumiendo una actitud confiable, comprensiva e interesada.
- **Examinar las dimensiones del problema:** Consiste en reducir el riesgo de muerte y en estimar las repercusiones del suceso de la violencia sexual en los siguientes temas:
 - **Pasado inmediato:** remitirse a los sucesos de violencia sexual que culminan en el estado de crisis; averiguar si hubo agresiones anteriores y búsquedas de ayuda, etc.
 - **Presente:** indagar acerca del “quién, qué, dónde, cuándo y cómo”; se requiere saber quién está implicado, qué pasó, cuándo, etc.
 - **Futuro:** enfocarse hacia cuáles son las eventuales dificultades para la persona y su familia para enfrentar los problemas.
 - **Ordenamiento del grado de necesidades:** jerarquizar los problemas que deben tratarse inmediatamente sobre los problemas que pueden posponerse.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- Prueba de embarazo en sangre (B-HCG cualitativa y en lo posible cuantitativa), para ITS y prueba rápida para VIH/SIDA. (estos dos últimos deben repetirse a los tres meses).
- El personal de salud debe coordinar la referencia inmediata de la **caja de evidencia al personal de turno del Instituto de Investigaciones Forenses (IDIF)**, si el servicio no cuenta con la **caja de evidencia Médico-Legal deberá referir a la víctima al Instituto de Investigaciones Forenses (IDIF)**, acompañada de personal de salud o contar con autorización de autoridad competente.

TOMAS DE MUESTRA PARA ENVIAR AL IDIF

Recolección de muestras de importancia médico-legal:

- Sangre para toxicología y genética (enviar al Instituto de Investigaciones Forenses).
- Frotis vaginal y anal para búsqueda de espermatozoides (guardar uno o dos hisopos para luego enviar al Instituto de Investigación Forenses, si se solicitan).
- Requisitos técnicos del hisopado: muestras postcoitales: vaginal, rectal, oral, etc., enviar como mínimo tres hisopos por muestra, que deben estar secos para recién embalsarse en tubos de vidrio estériles y de cierre hermético, o en sobres nuevos de papel. El secado debe realizarse en un lugar donde no exista riesgo de contaminación, humedad, ni exposición directa al sol.
- Recolección de prendas. Si no se cambió de ropa, las prendas de la víctima deberán ser enviadas al laboratorio, principalmente las prendas íntimas (por existir en ellas evidencia física o biológica), embaladas por separado en sobres de papel, libre de humedad, debidamente rotuladas y etiquetadas.

Respetar la “Cadena de Custodia”:

- Marcar (rotular: quién tomó, a quién se tomó, cuándo se tomó, de dónde se tomó) y embalar bien las muestras.
- Realizar “Acta de Toma de Muestra” y firmar conjuntamente la víctima, dos testigos (familiar y otro personal de salud), y autoridad local (fiscal o policía o autoridad comunitaria).
- Envío de las muestras al Instituto de Investigaciones Forenses.
- Para cada toma de muestra el personal que realiza la misma debe:
 1. Usar barbijo.
 2. Usar guantes de látex y cambiar para cada toma.
 3. Evitar que las muestras toquen objetos no estériles.

CONSIGNACIÓN DIAGNÓSTICA

Para la codificación correcta del diagnóstico considerar lo siguiente:

- El **primer diagnóstico** debe indicar la lesión con la ubicación topográfica.
- El **segundo diagnóstico** debe indicar la **causa externa** especificando:
 - **Lugar de la ocurrencia** o **actividad** al momento de sufrir la lesión (no intencional).
 - **Relación con el agresor** (violencia intencional).

Registro de:

Sospecha	Forma de violencia	Agresor
<ul style="list-style-type: none"> ■ Caso probable. ■ Síndrome. ■ En estudio. ■ A descartar de. ■ Por referencia. ■ Sospecha diagnóstica. ■ Caso confirmado de. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Síndrome de la esposa/esposo, niño/niña o bebé maltratado (T74.1). ■ Abuso sexual (T74.2). ■ Agresión sexual con fuerza corporal (Y05). <ul style="list-style-type: none"> ● Incluye: violación (intento) y sodomía (intento). ■ Otros síndromes de maltrato, incluye: abuso sexual (Y07.0 - Y07.9) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Por esposo o pareja (Y06.0 o Y07.0). ■ Por padre o madre (Y06.1 o Y07.1). ■ Por conocido o amigo (Y06.2 o Y07.2). ■ Por autoridades oficiales (Y07.3). ■ Por otra persona específica (Y06.8 o Y07.8). ■ Por persona no especificada (Y06.9 o Y07.9).

Ejemplos:



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Desgarro antiguo de himen (ver arriba desgarro del himen).
- Himen “complaciente” (anular, escotado o festoneado).

DIFERENCIA ENTRE HIMEN DESGARRADO Y COMPLACIENTE

HIMEN ELÁSTICO (“Complaciente”)	HIMEN DESGARRADO
Bordes regulares.	Borde irregulares.
Simetría de las escotaduras.	Asimetría de los bordes.
Escotadura no se extiende hasta el borde de implantación.	Escotadura se extiende más allá del borde de implantación.
Origen congénito.	Origen traumático.

Fuente: Elaboración propia en base a bibliografía consultada.

PREVENCIÓN DE VIH/SIDA

El riesgo de contraer la infección depende del tipo de lesión traumática producida por la agresión. El uso precoz, la rigurosidad en el tratamiento y el tiempo adecuado de utilización dan mayor eficacia de los antirretrovirales en la profilaxis del VIH. Se debe suministrar los medicamentos entre las 2 y 72 horas luego de la exposición, por un período de cuatro semanas.

Información que debe tener la víctima de violencia sexual, como un derecho humano:

- Informe sobre la transmisión del VIH.
- Brinde tratamiento profiláctico (si cuenta con medicamentos retrovirales), en caso que no cuente con los retrovirales refiera al programa de VIH/SIDA.
- Cite a su control.

PREVENCIÓN DE VIH/SIDA

Régimen básico (duración 4 semanas)			
Antirretroviral	Presentación	Dosis	Vía de administración
Zidovudina (AZT) +	Cápsulas de 100 y 250 mg.	600 mg/día cada 12 horas.	VO.
Lamivudina (3TC)	Cápsulas de 150 mg.	150 mg cada 12 horas.	VO.
Régimen expandido (duración cuatro semanas)			
Zidovudina (AZT) +	Cápsulas de 100 y 250 mg.	600 mg/día cada 12 horas.	VO.
Lamivudina (3TC) +	Cápsulas de 150 mg.	150 mg cada 12 horas.	VO.
Indinavir (IDV) o	Cápsula de 400 mg.	800 mg cada 8 horas.	VO.
Nelfinavir (NFV)	Tabletas de 250 mg.	750 mg cada 8 horas.	VO.

Fuente: De acuerdo a Normas del programa de VIH/SIDA.

- Referir al Programa de ITS-VIH/SIDA: prueba de VIH, previo consentimiento informado, pre y post orientación.
- Profilaxis post-exposición (antirretroviral contra el virus de la inmunodeficiencia humana).
- Tratamiento antirretroviral profiláctico (de acuerdo a normas del programa nacional de ITS-VIH/SIDA).
- Riesgo de muerte (homicidio, suicidio) producto de las lesiones y/o del trauma emocional (ver: Criterios de Hospitalización y Criterios de Referencia/Contrarreferencia).

PREVENCIÓN DE HEPATITIS B, CON INMUNOGLOBULINA DE HEPATITIS B (VACUNA HBIG)

Niños y niñas hasta 10 años de edad.	0.25 ml (2.5 mcg).
Adolescentes 11 a 19 años de edad.	0.5 ml (5 mcg).
Adultos > 20 años de edad.	1.0 ml (10 mcg).

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

La violencia sexual es una “**emergencia médica**”, que implica:

■ **Trauma físico y psicológico, que exige:**

- Respetar, preservar y restablecer la dignidad de las víctimas.
- Brindar respuesta efectiva a las necesidades de atención en salud mental y física.
- Brindar atención médica de las lesiones.

■ **Riesgo de embarazo no deseado, prevenir embarazo no deseado cuando (“anticoncepción de emergencia”):**

- Detección negativa de subunidad beta de gonadotropina coriónica humana (prueba de embarazo en sangre, previo consentimiento informado).
- Hasta las primeras 72 horas post agresión sexual, en cualquier momento del ciclo, uno de los siguientes esquemas:

FORMULACIÓN DE LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES	NÚMERO DE PÍLDORAS DENTRO DE LAS 72 HORAS	NÚMERO DE PÍLDORAS 12 HORAS MÁS TARDE
Levonorgestrel 1.5 mg.	1	----
Levonorgestrel 0,75 mg.	1	1
Combinados de dosis “estándar” que contienen 0,125 ó 0,25 mg de levonorgestrel o 0,5 mg de norgestrel más 0,05 mg (50 mcg) de etinil estradiol.	2	2
Combinados de dosis baja que contienen 0,15 ó 0,25 mg de levonorgestrel o 0,5 mg de norgestrel más 0,03 mg (30 mcg) de etinil estradiol.	4	4

Fuente: Hatcher RA, Rinehart W, Blackburn R, Geller, JS, Shelton JD. Lo esencial de la tecnología anticonceptiva: Anticonceptivos orales combinados de dosis bajas. Baltimore: Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins. Programa de Información en Población; 2002. p. (5/23).

- Después de las 72 horas la efectividad de las fórmulas disminuye.
- Se recomienda dar el tratamiento de “anticoncepción de emergencia” junto con un antiemético.
- Riesgo de transmisión de ITS-VIH/SIDA: profilaxis infecciones de transmisión sexual (ver protocolos correspondientes).

PATOLOGÍA	MEDICAMENTOS	ADULTOS Y ADOLESCENTES > 50 Kg.	NIÑOS Y ADOLESCENTES < 50 Kg.
Sífilis	Penicilina benzatínica o ceftriaxona.	2.400.000 U IM dosis única, 250 mg IM dosis única.	50.000 U/Kg. IM dosis única. 125 mg IM dosis única.
Gonococo/Clamidia	Azitromicina.	1 g VO dosis única.	20 mg/Kg. VO dosis única.
Gonococo	Ciprofloxacina.	500 mg VO dosis única.	8 mg/Kg. VO dosis única.
Clamidia	Doxiciclina.	100 mg VO cada 12 horas por siete días.	2 mg/Kg. VO cada 12 horas por siete días.
Trichomonas	Metronidazol.	2 g VO dosis única.	15 mg/Kg. VO día por siete días.
Hepatitis B	Vacuna anti hepatitis B.	1ª dosis al momento. 2ª dosis al mes. 3ª dosis a los seis meses.	1ª dosis al momento. 2ª dosis al mes. 3ª dosis a los seis meses.

Fuente: Elaboración propia en base a bibliografía consultada.

En caso que no cuenten con los retrovirales, deben:

- Referir al Programa de ITS-VIH/SIDA: prueba de VIH, previo consentimiento informado, pre y post orientación.
- Profilaxis post-exposición (antirretroviral contra el virus de la inmunodeficiencia humana).
- Tratamiento antirretroviral profiláctico (de acuerdo a normas del programa nacional de ITS-VIH/SIDA).
- **Riesgo de muerte** (homicidio, suicidio) producto de las lesiones y/o del trauma emocional (Ver: Criterios de Hospitalización y Criterios de Referencia/Contrarreferencia).

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS TRAUMATISMOS EXTRA-GENITALES, PARA-GENITALES Y GENITALES

En los casos en que las lesiones genitales o anales comprometan planos profundos, sean hemorrágicas y que comprometan la vida del paciente, se debe comunicar a la especialidad correspondiente (ginecología y/o cirugía).

La violencia sexual es una “emergencia médica”, que implica:

- Trauma físico y psicológico, que exige:
 - Respetar, preservar y restablecer la dignidad de las víctimas.
 - Brindar respuesta efectiva a las necesidades de atención en salud mental y física.
 - Brindar atención médica de las lesiones.

COMPLICACIONES

- Psicológicas.
- Físicas.
- Sociales (aislamiento, discriminación, culpabilización).

CRITERIOS DE REFERENCIA INSTITUCIONAL E INTERINSTITUCIONAL

Nivel I y II

- Referencia si se requiere mayor nivel de complejidad (hospitalización, cirugía y otros).

En área urbana:

- Informar a la Plataforma Familiar, Servicio Legal Integral Municipal (SLIM), Defensoría de la Niñez y Adolescencia (DNA), para atención integral (trabajo social/psicológico/legal).
- Informar a la Policía (Brigada de Protección a la Familia, o Radio Patrullas 110, o FELCC), según disponibilidad en el área de trabajo, ante la necesidad de precautelar la seguridad del paciente.

En área rural:

- De no existir defensorías de la niñez, servicios legales municipales o policía, informar a las autoridades locales.

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- Lesiones físicas graves.
- Complicaciones psicológicas -estrés postraumático.

CRITERIOS DE ALTA HOSPITALARIA

- Recomendable por equipo multidisciplinario e interinstitucional (medicina-psicología-área social-legal).
- Debe ser autorizada y coordinada preferentemente con el concurso del servicio social, del centro y dependiendo de la resolución del cuadro.
- Debe plantearse un “Plan de seguimiento” de cada caso.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Establecer un “Plan de seguimiento” de cada caso.
- Socializar con la comunidad acciones de promoción de “estilos de vida saludables” que es el “buen trato” para disminuir la violencia en la comunidad.
- Contar y promocionar en la comunidad un listado telefónico de las instituciones, así como de sus responsables.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

Informe a la usuaria o usuario y familiares acerca de:

- Su condición general de salud, la gravedad del cuadro y el tiempo aproximado necesario para el tratamiento.
- Procedimientos a ser utilizados así como sus riesgos y beneficios.
- La necesidad de referencia a otro establecimiento de mayor resolución si el caso lo requiere.
- Reconocimiento de la situación de violencia en la que viven, cualquiera sea la forma: física, sexual, psicológica, por privación, descuido o negligencia.
- Orientación relacionada a las consecuencias físicas, psicológicas y sociales, y repercusiones en vida futura de niños/niñas, adolescentes y adultos, que viven en situación de violencia.

DESPUÉS DE LAS 72 HORAS:

- Anticoncepción de emergencia.
- Tratamiento de ITS.
- Laboratorio de VIH/SIDA para confirmar estado serológico, prueba rápida y repetirse a los tres meses.
- Tratamiento de VIH/SIDA.
- Tratamiento con estrés post traumático.
- Recolección de evidencia médico legal sin necesidad de requerimiento judicial (de acuerdo a la Ley 348).
- Prueba de embarazo en sangre (B-HCG cualitativa y en lo posible cuantitativa).
- Interrupción del embarazo (ningún caso de violencia sexual requiere autorización judicial).

Anticoncepción de emergencia hasta las 120 horas

FORMULA	NÚMERO DE PÍLDORAS, PRIMERA DOSIS	NÚMERO DE PÍLDORAS, 12 HORAS MÁS TARDE
Levonorgestrel 1.5 mg	1	-
Levonorgestrel 0.75 mg	1	1
Combinados en dosis baja, 0.15 mg de levonorgestrel o norgestrel 50 mcg (0.50 mg).	4	4
Norgestrel más 0.50 mg y etinil estradiol 0.30 mg.	4	4
Combinados, levonorgestrel 0.25 mg y etinil estradiol 0.50 mg.	2	2

Tratamiento de ITS. De acuerdo al diagnóstico sindromático

- Las ITS pueden ser manejadas de acuerdo a los siguientes síndromes:
 - Úlceras genitales.
 - Flujo vaginal.
 - Enfermedad inflamatoria pélvica en la mujer (EIP). Epididimitis en el hombre.
 - Infección por el virus del papiloma humano (VPH). Es importante por su relación con el cáncer cérvico uterino.
- Manejo sindromático de las ITS:
 - El enfoque sindromático del diagnóstico y tratamiento de las ITS es de gran utilidad, cuando las unidades de atención médica no cuentan con laboratorios y personal capacitado.
 - La detección de los síndromes (grupo de signos y síntomas de fácil reconocimiento asociados con agentes etiológicos bien definidos).
 - El tratamiento simultáneo para la mayoría de los agentes causales de los síndromes.

■ **Ventajas del tratamiento sindromático de las ITS:**

- Orientado al problema (trata los síntomas del paciente).
- Existe una alta sensibilidad en el diagnóstico de la infección en pacientes sintomáticos.
- No pasa por alto las infecciones mixtas.
- Permite iniciar el tratamiento en la primera visita.
- Brinda la oportunidad y tiempo para la educación del paciente.
- Evita exámenes de laboratorio costosos.
- Evita el regreso innecesario por los resultados de los exámenes.
- Reduce el número de consultas.

Síndrome	Tratamiento
<p>Úlceras genitales</p> <p>El tratamiento de las lesiones ulcerativas de genitales, orientado a cubrir T. palidum y H. ducreyii.</p>	<p>Ciprofloxacina 500 mg, VO, dos veces al día por siete días y penicilina G benzatínica 2.4 millones de UI IM en una sola dosis.</p> <p>Doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 14 días, o por tetraciclina 500 mg cada 6 horas por 14 días y ceftriaxona 250 mg, IM, dosis única.</p> <p>En mujeres embarazadas, eritromicina base 500 mg, VO, cada 6 horas por un mínimo de tres semanas.</p>
<p>Flujo uretral, cervicitis purulenta.</p> <p>Para tratar la secreción uretral, y la cervicitis mucopurulenta, el manejo está orientado a cubrir N. Gonorrhoeae y C. Trachomatis.</p>	<p>Ciprofloxacina 500 mg. vía oral en dosis única y doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 7 días.</p>

Laboratorio de VIH/SIDA para confirmar estado serológico, prueba rápida y repetirse a los tres meses

■ **Diagnóstico de VIH:**

- Se considera diagnóstico de VIH positivo a toda persona que tenga resultado positivo a pruebas laboratoristas que determinen la presencia de anticuerpos anti VIH o antígenos propios del virus, de acuerdo al algoritmo vigente en el país. Toda persona que accede o demanda pruebas laboratoriales para el diagnóstico del VIH, necesariamente debe brindársele consejería pre y post prueba, además de obtenerse el consentimiento informado.
- Determinación del estado inmunológico de una persona infectada por VIH.
- La evaluación inmunológica (recuento de CD4) constituye la forma ideal para determinar el estado inmunológico. La realización de un recuento basal de células CD4 permite orientar la decisión acerca del momento de inicio de la terapia y es esencial para el monitoreo de la TARV. En el cuadro siguiente se resumen los criterios inmunológicos para el inicio de la TARV.

Crterios de CD4 para el inicio del tratamiento en adultos y adolescentes

Recomendación del tratamiento ^b	(células/mm ³) ^a
Iniciar el tratamiento de primera línea para evitar que el recuento de CD4 disminuya a menos de 200 células/mm ³ ^{c-d} , se sugiere que la adherencia sea evaluada de acuerdo al protocolo correspondiente.	350-500
Evaluar cuadro clínico y adherencia e iniciar tratamiento de primera línea si se comprueba que el paciente tiene buena adherencia ^e .	> 500

^aGuía de Tratamiento Antirretroviral en adultos. Estado Plurinacional de Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Servicios de Salud. Programa Nacional ITS/VIH/SIDA. Año: 2009"

- El recuento de células CD4 deberá medirse después de la estabilización de cualquier condición intercurrente de infección oportunista.
- El recuento de células CD4 no suplanta la evaluación clínica y, en consecuencia, debe utilizarse en combinación con la determinación del estadio clínico.
- Una disminución en el recuento de células CD4 por debajo de 200 células/mm³ se asocia a un significativo incremento de infecciones oportunistas y muerte.
- Se recomienda el inicio del TARV para todos los pacientes en estadio clínico 4 establecido por la OMS y algunas condiciones del estadio 3 de la OMS, como: pérdida de peso inexplicable, diarrea crónica de causa desconocida > 1 mes y anemia, neutropenia o plaquetopenia grave sin explicación.
- La evaluación de adherencia debe ser realizada por el consejero psicólogo del servicio.

"Reglas, protocolos y procedimientos en anticoncepción. Ministerio de Salud y Deportes. 2009."

214

Tratamiento de VIH/SIDA

De acuerdo a normas del Programa VIH-SIDA.

Tratamiento del estrés post traumático

Consiste en brindar apoyo psicológico y social al núcleo familiar o allegados, para que a su vez puedan brindarle a la víctima atención y apoyo necesarios, de esta manera coadyuvar a su salud. Acompañarla en todos y cada uno de los pasos del procesos jurídico penal: desde la denuncia, la etapa de investigación, en la preparación del juicio, en el juicio oral, en la sentencia; y en el seguimiento y culminación de la terapia; siempre en coordinación fluida con cada una de las áreas de salud, legal, social, etc.

Recolección de evidencia médico legal sin necesidad de requerimiento judicial

En muchos casos se pierde la evidencia médico-legal, aunque algunas pueden perdurar por años (por ejemplo lesiones y cicatrices).

Prueba de embarazo en sangre (B-HCG cualitativa en lo posible cuantitativa).

Interrupción del embarazo (ningún caso de violencia sexual requiere autorización judicial).

El embarazo no deseado a causa de violación puede ser considerado una falla del sistema de salud, en caso que no se le hubiere brindado la anticoncepción de emergencia en el servicio de salud que la atendió durante las 72 horas.

■ Método farmacológico:

● Misoprostol:

De acuerdo a la Norma y protocolos clínicos sobre el empleo de misoprostol en ginecología y obstetricia, Ministerio de Salud y Deportes.

Dosis y vías de administración:

- ▲ Vía vaginal, 400 mcg (fondo de saco posterior), 3 ó 4 horas previas al procedimiento quirúrgico.
- ▲ Vía sublingual, 400 mcg, 3 ó 4 horas previas al procedimiento quirúrgico.

■ Métodos quirúrgicos:

- Aspiración Manual Endouterina (AMEU).
- Dilatación y legrado (LUI).

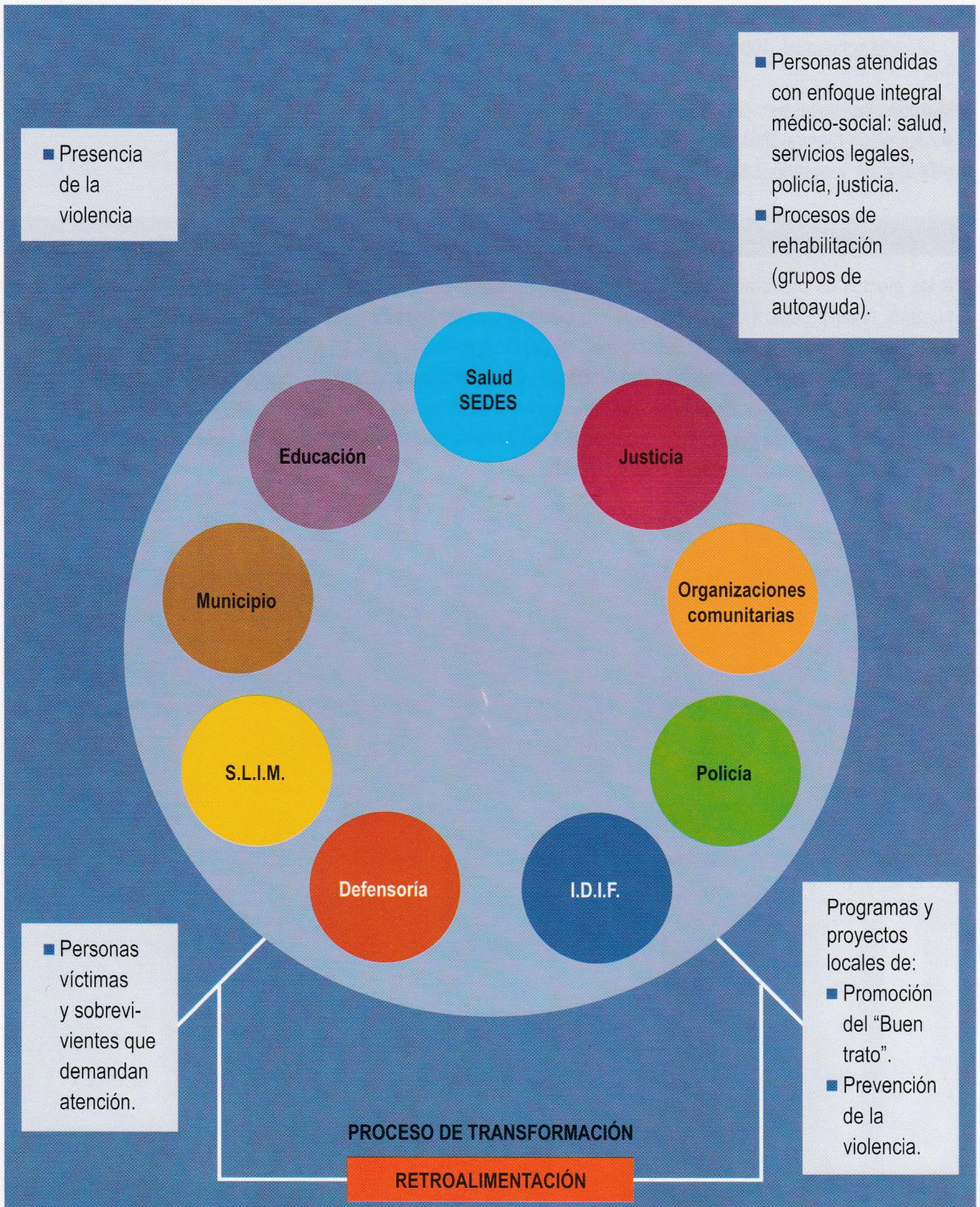
OBSERVACIÓN LEGAL

- A los efectos de procurar el restablecimiento de la salud física y psicológica de la víctima y en cumplimiento del numeral 11 del artículo 4 de la ley 348, se interpreta que este caso está excluido del requisito de autorización judicial establecido por el inciso tercero del artículo 266 del Código Penal.
- Que la víctima declare la existencia del embarazo y esta circunstancia sea comprobada por el servicio de salud y que la víctima solicite la interrupción voluntaria del embarazo ya sea por sí misma o, en caso de impedimento, dicha solicitud sea formulada por la persona a cuyo cuidado se encuentre se realizará la interrupción del embarazo (ningún caso de violencia sexual requiere autorización judicial).

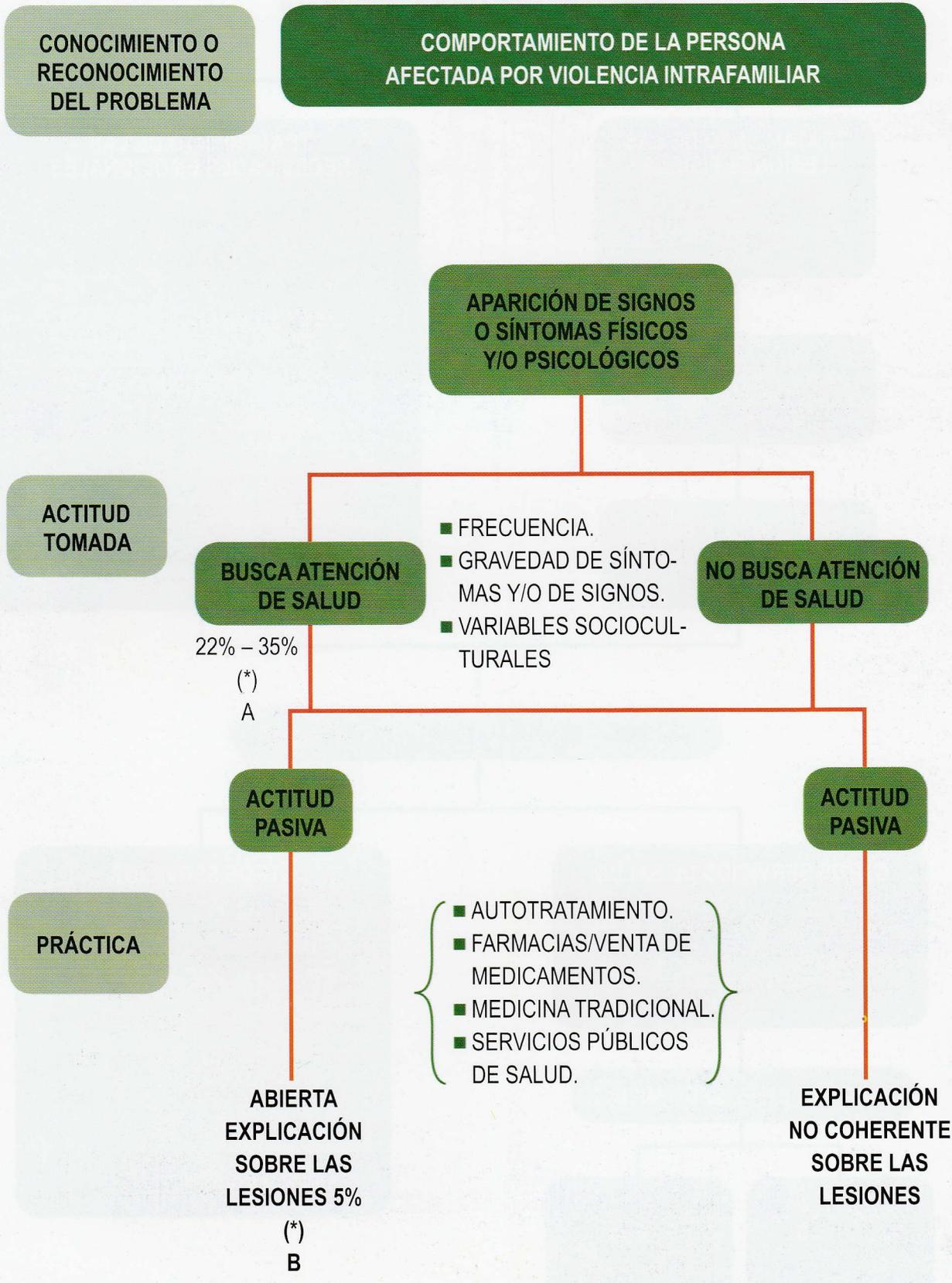
III. FICHAS TÉCNICAS

FICHA TÉCNICA N° 1

RED DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA



COMPORTAMIENTO ANTE LA VIOLENCIA



TRATAMIENTO

COMO TRATAR LOS SÍNDROMES

TRATAMIENTO DE LAS LESIONES FÍSICAS

- Según gravedad y nivel de complejidad disponible.

No olvidar preservar probables pruebas físicas (ej. ropa con sangre).

No olvidar mantener privacidad en la consulta

TRATAMIENTO DE LAS NECESIDADES EMOCIONALES

Consejería

Inicial:

- Brindar orientación.
- Plan de seguridad personal.

Seguimiento:

- Mejorar autoestima.
- Información.

En caso de crisis emotivas:

- Escuchar.
- Señalar sentimientos y/o rasgos positivos de la persona afectada.
- Tratamiento farmacológico en caso necesario, según indicación médica (diazepam, alprazolam, otros).

CUÁNDO Y DÓNDE HACER LA REFERENCIA

OTROS SERVICIOS DE SALUD

- Según gravedad de las lesiones a un servicio de salud de mayor complejidad.
- Según necesidades de certificado médico.

CÓMO HACER EL SEGUIMIENTO

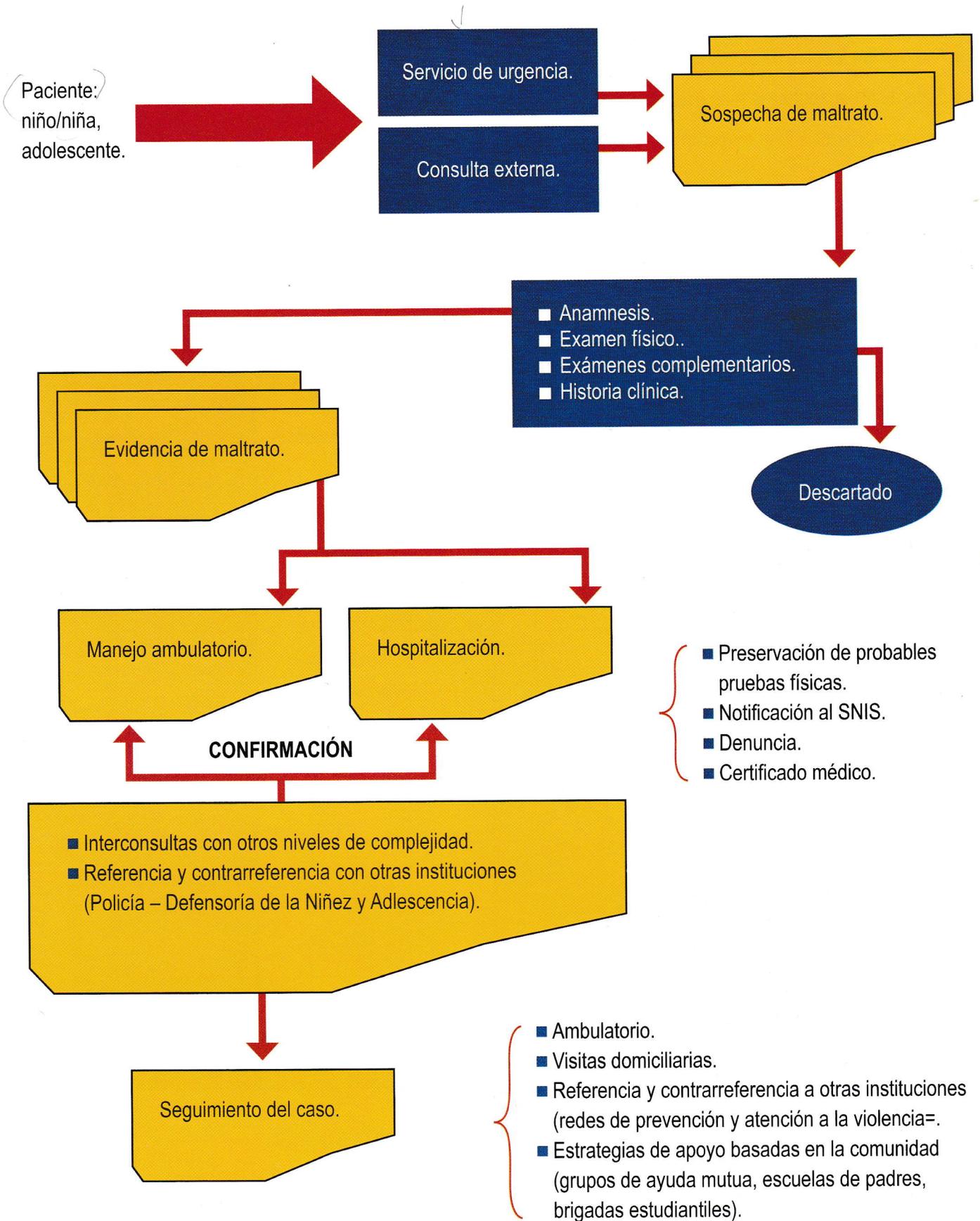
En los servicios por consulta externa.

En domicilio a través de visitas programadas del personal de salud.

OTROS SERVICIOS

- A la policía ante riesgo de asesinato, seguridad física, o si se trata de niños/niñas, adolescentes que no hayan adquirido mayoría de edad.
- A servicios legales/jurídicos en el distrito según autodeterminación de la persona afectada.
- A servicios de apoyo psicológico según disponibilidad y afectación emocional.

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DEL MENOR MALTRATADO



FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR MALTRATADO

- Analizar las fuentes de ayuda que recibe el adulto mayor o pueda recibir.
- Evitar el aislamiento y la marginación.
- Determinar si el adulto mayor anciano puede seguir viviendo en su entorno y analizar los servicios sociales que precisa.

A continuación se presenta un esquema de evaluación e intervención en el caso de maltrato, abandono, violencia y discriminación a la persona mayor:

El maltrato se presenta de diferentes formas:

Maltrato físico	Maltrato psicológico	Maltrato económico	Negligencia
<ul style="list-style-type: none"> ■ Empujones. ■ Golpes. ■ Forzar al paciente a comer o tomar algo. ■ Colocar en una posición incorrecta al paciente. ■ Amarrar o sujetar al paciente. ■ Pellizcos. ■ Quemaduras (cigarros, líquidos, etc.). ■ Heridas. ■ Fracturas. ■ Jalar el pelo. ■ Sacudirlo. ■ Tirarle o derramarle agua o comida encima. ■ Abuso sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Amenazas de abandono. ■ Amenazas de acusaciones. ■ Acoso. ■ Intimidación con gestos o palabras. ■ Infantilización. Limitación del derecho de: <ul style="list-style-type: none"> ■ Privacidad. ■ Decisión. ■ Información médica. ■ Voto. ■ Recibir correo. ■ Comunicación. 	<ul style="list-style-type: none"> Uso de los recursos del adulto mayor en beneficio del cuidador. ■ Chantaje financiero. ■ Apropiación de las propiedades. ■ Coerción para firmas de documentos legales como testamento, propiedad, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Descuidar la hidratación. ■ Descuidar la nutrición. ■ Úlceras de presión sin atender. ■ Descuidar la higiene personal. ■ No atender lesiones abiertas. ■ Mantener un ambiente poco sanitario. ■ Abandonar a la persona en la cama, en la calle o en algún servicio público.

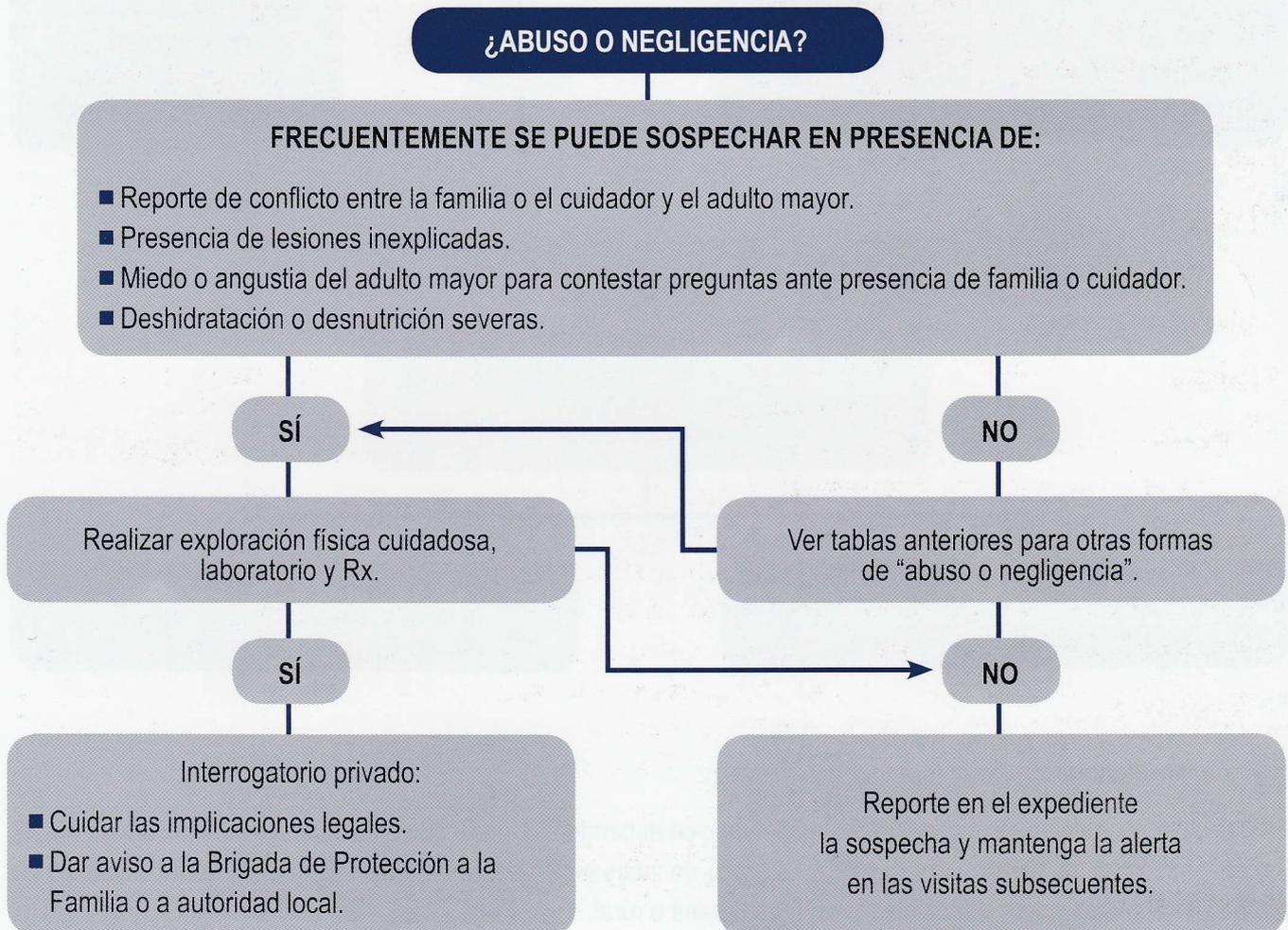
Diagnóstico del problema

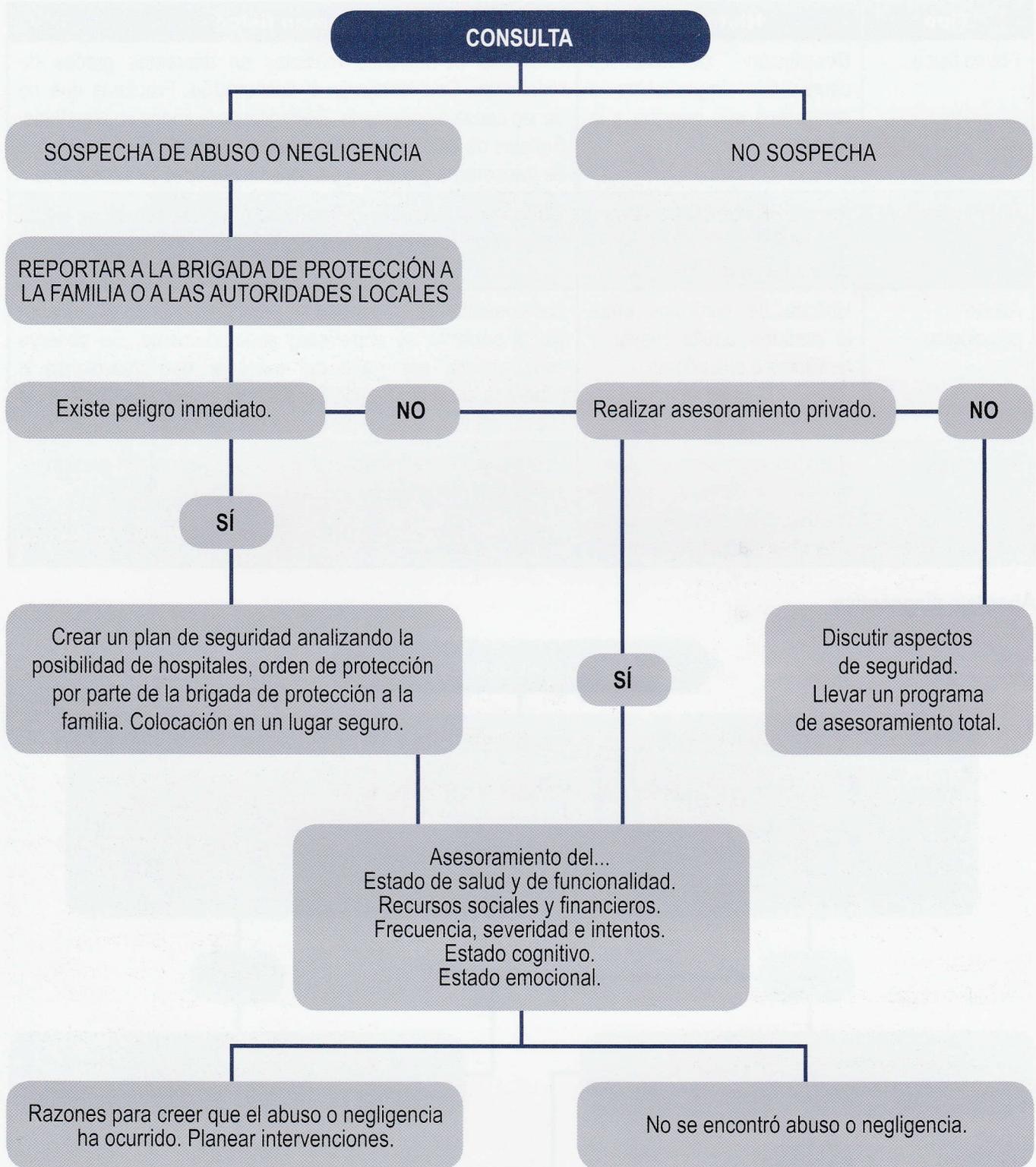
El cuadro siguiente presenta los indicadores más frecuentes de los síntomas de abuso o negligencia.

INDICADORES DE UN POSIBLE ABUSO O NEGLIGENCIA

Tipo	Historia	Examen físico
Abuso físico.	Descripción de hechos cambiantes, improbables o conflictivos con relación a la lesión.	Evidencia de lesiones múltiples en diferentes grados de resolución. Deshidratación o desnutrición. Fracturas que no tienen causa determinada. Evidencia de lesiones no atendidas. Señales de estar amarrado, atado o golpeado. Enfermedades de transmisión sexual en personas incapaces de consentirlo.
Por medicación.	Admisiones o consultas recurrentes asociadas a complicaciones por errores medicamentosos.	Signos de intoxicación por exceso o bien ausencia de efecto terapéutico por sub-dosificación.
Abuso psicológico.	Historia de conflictos entre la persona adulta mayor y familiares o cuidadores.	Los comentarios en general se modifican cuando el cuidador y/o el paciente se entrevistan separadamente. Se observa comunicación por parte del cuidador que desvaloriza e infantiliza al adulto mayor. Se observa que el adulto mayor le cuesta comunicarse en presencia del cuidador.
Negligencia.	Episodios recurrentes en enfermedades similares. A pesar de una adecuada educación y apoyo. Problemas médicos no atendidos.	Pobre higiene, desnutrición, hipotermia, úlceras por presión no atendidas, niveles sub-terapéuticos de medicamentos.

Abordaje diagnóstico

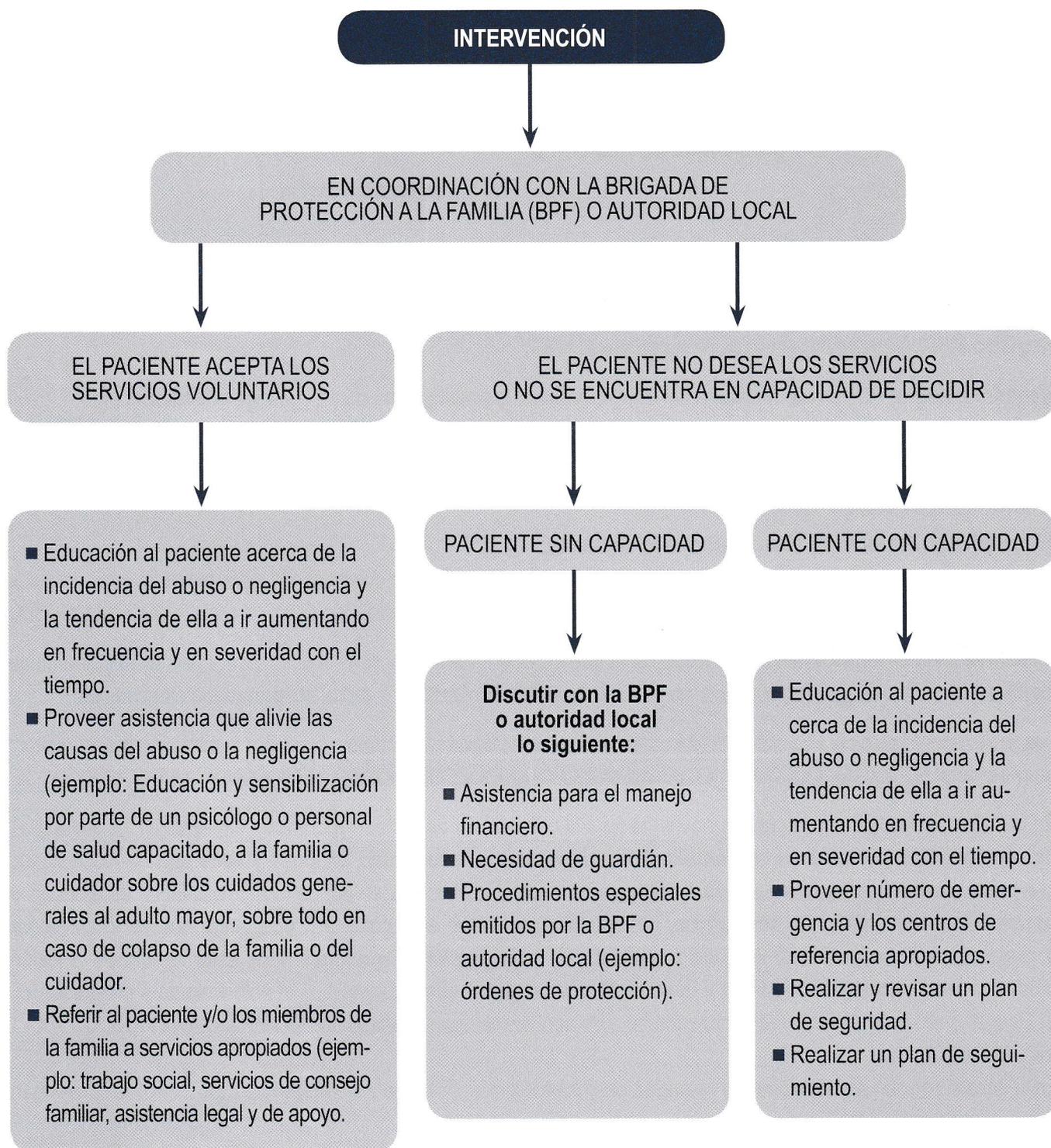




Plan de Intervención

En cualquier caso de abuso o negligencia la intervención dependerá primeramente de la aceptación del adulto mayor y de la capacidad del mismo para decidir; y el grado de intervención dependerá definitivamente de los sistemas de protección al adulto mayor disponibles en el área urbana o rural.

ESQUEMA DE INTERVENCIÓN EN CASOS DE ABUSO O NEGLIGENCIA



En caso de sospecha o confirmación de abuso (físico o psicológico) reportar a la Brigada de Protección a la Familia o a las autoridades locales.

La calidez de la atención y el ambiente de privacidad y confianza son imprescindibles para que la persona se exprese mejor para la identificación de los casos de maltrato.

Las personas muy mayores, dependientes o con demencia, son más susceptibles de sufrir maltratos por lo que el personal de salud y del área social debe ser muy atento y realizar una búsqueda activa.

EJEMPLO DE CERTIFICADO MÉDICO O INFORME DE LESIONES EN CASO DE VIOLENCIA EN LA FAMILIA

CERTIFICADO MÉDICO O INFORME DE LESIONES

Impresión digital:



Dedo pulgar derecho

Lugar y fecha: donde se realiza la certificación o informe.

Nombre y apellidos del profesional de salud: De quien hace la certificación o informe.

Registro MSD: Número de matrícula otorgada por el MSD.

Registro colegio: Número de matrícula del colegio respectivo (médico, de odontólogos, de enfermería, etc.).

Nombre del establecimiento de salud: Incluye a centros o consultorios públicos y privados.

Red de salud: Incluye a establecimientos públicos y privados.

El suscrito profesional de salud, informa lo siguiente:

A quien corresponda: A solicitud (verbal, o petición) y en cumplimiento con el artículo 37 de la ley 1674 y los artículos 16 y 17 del D.S. 25087, es que se informa lo siguiente. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

224 En esta sección se registran los datos del paciente que incluyen: nombres y apellidos; edad, número de documento de identidad (si no lo tiene, se registra que "no porta documento de identidad"); fecha en que asistió a la consulta.

Luego se registra el motivo de consulta (en ocasiones se debe registrar tal como el paciente lo relata y entre "comillas", pero es variable). XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

En la segunda sección (que sigue inmediatamente a la primera sin espacios en blanco), se registran los hallazgos del examen físico, y también la identificación, ubicación, y descripción de todas y cada una de las lesiones que pudo haber presentado la persona en situación de violencia. Además se puede incluir resultados de exámenes complementarios, tales como hemograma, radiografías, prueba de embarazo, etc. que tenga que ver o corrobore el diagnóstico de sospecha de violencia o maltrato. En la impresión diagnóstica debe estar registrada la lesión producida (con ubicación topográfica) y también se debe registrar como diagnóstico el acto violento y el agresor (ej. 1) Desgarro reciente de himen, 2) Sospecha de agresión sexual por desconocido) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXX.

En la tercera sección se cierra con: Es cuanto se certifica o informa, en honor a la verdad, para los fines que convengan a la persona interesada.

Se firma y sella sin dejar espacio vacío, para evitar "aumentos" y/o modificaciones

Al final de cada oración siempre cerrar con XXX o con ---, para evitar aumentos o modificaciones. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

Cerrar con una línea diagonal como en las recetas, para evitar aumentos y/o modificaciones.