



**E.S.E HOSPITAL
SANTA MARGARITA**
La Cumbre - Valle
NIT 800.160.400-0

**PROTOCOLO PARA LA ATENCION
INTEGRAL DE VICTIMAS DE VIOLENCIA
SEXUAL**

Código: CEX-PSI-pro-001

Versión: 3

Actualización: 01/09/2025

Página 1 de 30

70-44.21

PROTOCOLO PARA LA ATENCION INTEGRAL DE VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL



E.S.E HOSPITAL SANTA MARGARITA
La Cumbre - Valle



modelo integrado
de planeación
y gestión

Carrera 7ª No. 5 – 24
La Cumbre - Valle del Cauca
Teléfono: +57 312 286 7934
contactenos@hospitalsantamargarita.gov.co
<https://hospitalsantamargarita.gov.co/>



Miembro de la
**Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES**
www.hospitalesporlasaludambiental.net

INTRODUCCION

La violencia sexual independiente del tiempo transcurrido se considera una Urgencia Médica que debeseer atendida con prioridad, sin embargo, es importante aclarar que el tratamiento varía acorde con el tiempo transcurrido, la edad de la persona, el sexo de la persona, algunas condiciones especiales como embarazo y algunas diferencias culturales. Dentro del contexto de atención en salud de las víctimas de violencia sexual y violencia intrafamiliar requiere trascender los procesos de atención individual hacia la inclusión y activación de la red de apoyo familiar, institucional y social.

La atención integral a las víctimas de violencia sexual y violencia intrafamiliar y su familia tiene como objetivo asegurar su atención, recuperación y protección integral desde una perspectiva de restitución de derechos. Por lo tanto, lo primero es la víctima, no su relato, su familia, la evidencia o el juicio o la policía. Ninguna necesidad diagnóstica, terapéutica o investigativa justifica una nueva victimización dentro de la asistencia sanitaria.

Atender con calidad y oportunidad constituye en la posibilidad de impactar positivamente en la vida de estas personas y de cumplir con las responsabilidades que, como seres humanos, profesionales y como sector se tiene ante las víctimas de violencia sexual, además permite recuperar indicios que brinden acceso a la justicia aportando elementos de investigación al cumplir con los mandatos legales para el sector salud y reducir el nivel de impunidad.

OBJETIVO

Brindar atención oportuna, integral y de calidad, en salud a las víctimas de violencia sexual y doméstica, que garantice el restablecimiento de sus derechos, acorde con la resolución 459 de 2012, por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, y a la ley 1257 de 2008, sobre no violencia contra las mujeres.

ALCANCE

El presente protocolo ha sido adaptado al nivel de complejidad de la institución con base en la normatividad vigente, para ser utilizado por el personal de todos los servicios de salud de la institución, especialmente servicios de urgencias para el manejo de las víctimas de violencia sexual, de tal forma que se articulen todos los procesos con los diferentes sectores garantizándose una atención integral a la población mencionada.

70-44.21

POBLACION

La población beneficiaria del presente protocolo son todas las víctimas de las diferentes clases de violencia sexual que soliciten los servicios en la ESE HOSPITAL SANTA MARGARITA, LA CUMBRE y que sean atendidas por parte del equipo de salud de la institución, 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, o víctimas del conflicto armado o el desplazamiento forzado entre otras.

GLOSARIO BASICO SOBRE VIOLENCIA SEXUAL

Violencia Sexual: todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseadas, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona.

Violación/asalto sexual: acto de naturaleza sexual no deseado como besos, caricias, sexo oral o anal, penetración vaginal, que es impuesto a una persona.

Abuso sexual: el delito sexual abusivo tiene que ver con el aprovechamiento, por parte del sujeto activo del delito o agresor, de circunstancias que lo ubican en una situación ventajosa

frente a la víctima como por ejemplo autoridades dadas por la edad (adulto – menor de 14 años), poder (jefe, maestro, sacerdote, medico, pastor, funcionario público, militar, etc.), incapacidad física o psicológica de la víctima entre otros.

Explotación sexual: Hace referencia a la violencia sexual en la cual el medio utilizado por el agresor es la “cosificación”, es decir, la persona es convertida en una mercancía y utilizada sexualmente.

Trata de Personas con fines de explotación sexual: La trata de personas es una manifestación contemporánea de esclavitud que va en detrimento de la dignidad humana al equipar a los seres humanos a la condición de objetos y someterlos a diferentes formas de explotación y violencia. El delito se configura cuando el agresor capta o atrae a la víctima (con una oferta, aviso clasificado, etc.) con la intención de trasladarle (dentro o fuera de su ciudad, departamento o país) y finalmente la acoge con el fin de explotarla sexualmente. Es de aclarar que el consentimiento de la víctima no exime de responsabilidad penal al agresor, ni si la víctima era o no consciente de la finalidad para la cual se captaba.

Explotación sexual de niños, niñas y adolescentes: consiste en el abuso sexual

70-44.21

cometido contra un menor de 18 años, en el que a la víctima o a un tercero se le ofrece pagar o se le paga en dinero o en especies. La víctima es comprada y vendida como un objeto por adultos.

Acceso carnal violento/acto sexual violento con persona protegida: cuando la víctima es integrante de la población civil o no participa en hostilidades, hace parte de los civiles en poder de la parte adversa o es combatiente, pero se encuentra herida, enferma o naufraga o puesta fuera de combate, si hace parte del personal religioso, de los periodistas en mención o de los combatientes que hayan depuesto las armas entre otros.

Actos sexuales violentos con personas protegidas: ocurre cuando alguna persona con ocasión y en desarrollo del conflicto armado realice acto sexual diverso al acceso carnal por medio de violencia en persona protegida (integrantes de la población civil, combatientes heridos, enfermos, etc.).

Esclavitud sexual/prostitución forzada: considerado también como un crimen de lesa humanidad, o crimen de guerra. Se define como el ejercicio de propiedad que ostenta una o varias personas sobre las víctimas para que realicen uno o más actos de naturaleza sexual.

Embarazo forzado: considerado como un crimen de lesa humanidad o crimen de guerra. Es el confinamiento ilícito de una mujer a la que se ha dejado embarazada por la fuerza, con la intención de modificar la composición étnica de una población o de cometer otras violaciones graves del derecho internacional humanitario.

Tortura en personas protegidas: es aquel que con ocasión o en desarrollo del conflicto armado inflija a una persona dolores o sufrimientos, físicos o síquicos con el fin de obtener de ella o de un tercero información o confesión, de castigarla por un acto que ella ha cometido o de intimidarla o coaccionarla por cualquier razón que comporte algún tipo de discriminación.

NORMATIVIDAD

Ley 012 de 1191 Por medio de la cual se aprueba la convención sobre los derechos del niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989.

Ley 294 de 1996 dicta normas para prevenir, remediar y sancionarla violencia intrafamiliar.

Ley 360 de 1997 y sus modificaciones en la ley 599 de 2000 Nuevo código penal cuyo título referido a violencia sexual se denominó: “Delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales”, que en sus artículos 205 a 219 considera la violencia sexual un delito

70-44.21

contra la libertad y la dignidad humana.

Ley 470 de 1998: Por medio de la cual se aprueba la convención Interamericana sobre Tráfico Internacional de Menores, hecha en México D.F, México, el 18 de marzo de 1994.

Ley 599 de 2000: Código Penal Colombiano. Delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales.

Resolución 412 de 2000. Establece la guía de atención del menor maltratado y la guía de atención de la mujer maltratada.

Ley 679 de 2001 Por medio de la cual se expide un estatuto para prevenir y contrarrestar la explotación, la pornografía y el turismo sexual con menores, en desarrollo del Artículo 44 de la Constitución Política.

Ley 765 de 2002 Por medio de la cual se aprueba el Protocolo Facultativo de la Convención sobre los derechos del Niño, relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de los niños en la pornografía, adoptado en Nueva York, el 25 de mayo de 2000.

La Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva-PNSSR. 2003. Definida por el ministerio de la protección social, plantea mejorar y promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población, La ley 1098 del 8 de noviembre de 2006, La cual reglamenta la ley de infancia y adolescencia, establece en su Artículo 17. Derecho de la vida y la calidad de vida y aun ambiente sano.

Ley 1146 de 2007. Establece normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente.

El Decreto 3039 del 10 de agosto de 2007 Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública establece entre las prioridades Nacionales en Salud Publica: La salud infantil, la salud sexual y reproductiva, la salud oral y la nutrición entre nosotros.

La 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” en el Capítulo III establece disposiciones relacionadas con la atención en salud para niños, niñas y adolescentes, víctimas de abuso sexual, la responsabilidad de los actores del sistema general en salud, tanto público como privado, así como de los hospitales y centros de salud de carácter público, quienes están en la obligación de prestar atención médica de urgencia integral en salud a través de profesionales y servicios especializados.

Ley 1257 de 2008 En su artículo 8 “por la cual se dictan normas de sensibilización,

70-44.21

prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penales, de procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996, y se dictan otras disposiciones”, consagra los derechos de las víctimas de violencia, a recibir atención integral a través de servicios con cobertura suficiente, accesible y de calidad, a recibir asistencia médica, entre otros.

Ley 1329 de 2009, por medio de la cual se modifica el título IV de la Ley 599 de 2000 y se dictan otras disposiciones para contrarrestar la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes.

Ley 1438 de enero 19 del 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Colombia, define dentro de sus principios rectores la atención con ENFOQUE DIFERENCIAL, para las víctimas de la violencia entre otros, para los cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud, ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación. Además, en el artículo 19 se contempla el RESTABLECIMIENTO DE LA SALUD DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CUYOS DERECHOS HAN SIDO VULNERADOS e incluye la rehabilitación física y mental de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato, que estén certificados por la autoridad competente, serán totalmente gratuitos para las víctimas, sin importar el régimen de afiliación. Serán diseñados e implementados garantizando la atención integral para cada caso, hasta que se certifique médicamente la recuperación de las víctimas.

Resolución 459 de marzo 6 de 2012, por la cual se adopta el protocolo y modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual.

Protocolo de Atención Integral en salud para Víctimas de Violencia Sexual del Ministerio de Salud y Protección Social.

La Resolución 1441 de mayo 6 de 2013, por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud, para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones, estable en el Manual d Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud, en el numeral 2.3.2.4 para los servicios de urgencias en los estándares de Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos y Procesos Prioritarios.

Sentencia C-355 de 2006, Interrupción voluntaria del embarazo (IVE) Es un derecho fundamental de las niñas y mujeres, el cual fue reconocido como tal por la Corte Constitucional Colombiana mediante la Sentencia C-355 de 2006, en tres circunstancias: i. Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico. ii. Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable

70-44.21

su vida, certificada por un médico.iii. Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de incesto.

LINEAMIENTOS GENERALES

Consideraciones sobre los procesos de atención integral

- Dar apoyo emocional
- Tratar las condiciones generales de salud relacionadas con la violencia sexual (emergencias médicas/psicológicas – trauma, intoxicaciones, cuidado general de la salud, etc.), así como los cuidados médicos más específicos como anticoncepción de emergencia, profilaxis de ITS y VIH, hepatitis B, IVE, etc.
- Toma de evidencias forenses cuando aplique
- Realizar las medidas de protección de las víctimas
- Tratamiento y rehabilitación de su salud mental
- Orientación a la familia
- Realizar la denuncia/reporte de la violencia sexual y/o doméstica
- Activar las distintas redes de apoyo institucional, comunitario y familiar que permitan su atención integral

Victimización secundaria o revictimización

- Sufrimientos que a los y las sobrevivientes de violencia sexual y/o doméstica, a los testigos o a la familia les infieren las instituciones encargadas de los procesos de atención integral.
- El sector salud debe garantizar que las víctimas de violencia sexual y/o doméstica, NO sean nuevamente vulneradas durante el proceso de atención, evitando los siguientes procesos:
- Ausencia o poca coherencia y complementariedad en los objetivos de los distintos sectores que participan en la atención a las víctimas
- Poca claridad y definición de límites y/o competencias entre las distintas disciplinas o sectores implicados
- Problemas de infraestructura y espacios donde se practica la atención
- Falta o poca capacitación en el tema por parte de los prestadores de salud
- Sugerencias respecto a la responsabilidad del hecho
- Entrevista sin objetivo

Preparación institucional

- La violencia sexual y doméstica, debe ser considerada como una URGENCIA

70-44.21

- La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas independientemente de su capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato, orden previa ni exigencia de pago previo o la suscripción título valor que garantice el pago (Decreto 126 de 2010, Artículo 5).
- Delegar a un responsable del tema e integrar un equipo institucional (personal del área de la salud y del área administrativa) para el abordaje de los casos.
- Ajustar el Modelo de Atención a la dinámica institucional.
- Capacitación y apropiación del equipo sobre el tema.
- Desarrollo de flujogramas de atención en salud y administrativos
- Garantizar los insumos y dotación necesarios para brindar una atención oportuna y de calidad.
- Participación del Comité Intersectorial de Abordaje a las Víctimas de Violencia Sexual del municipio (red intersectorial/interinstitucional), según lo establecido en la Ley 1146 de 2007.
- Establecer procesos de planeación, monitoreo, seguimiento y evaluación.

PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA

- Recepción inmediata de la víctima de violencia sexual en el servicio de urgencias.
- Valoración clínica inicial de la víctima
- Evaluar si se encuentra en peligro inminente la vida del/la paciente
- Evaluar estado emocional/mental actual del paciente
- Explicar los derechos del paciente y explicar en qué consiste el proceso de atención integral en salud
- Consentimiento informado para los procedimientos clínicos, medico legales y los exámenes de VIH/Sida.

Realización de la Anamnesis

- En la Historia Clínica debe quedar claramente consignados, ante todo, los datos clínicos, mentales y físicos, que se requieren dentro de una valoración clínica inicial; así como los detalles que el/la sobreviviente pueda mencionar sobre el evento: tiempo, modo y lugar.
- Deben evitarse preguntas sugestivas que conduzcan u orienten la respuesta hacia una situación que la persona entrevistada no ha mencionado. En el caso de requerirse preguntas orientadoras, estas deben ser abiertas, y en el caso de que se requieran preguntas cerradas, es recomendable plantear varias alternativas de

70-44.21

respuesta.

- Necesidad de anteponer la intervención psicoterapéutica de urgencias por parte de un especialista en salud mental, a la realización del examen físico.
- A víctimas menores de 3 años, no se les debe realizar entrevista clínica directa, solamente se les debe tranquilizar y explicar por qué está allí, procediendo la toma de la información de la persona adulta que esté a cargo, posterior a verificar que el informante no sea el victimario

Inicio del proceso de atención médica y médico-legal

Examen físico

Realizar el examen de forma metódica y sistemática, para así no perder ninguna evidencia.

- **Ropas:** Inspeccionarlas en búsqueda de evidencia útil para la investigación, si encuentra algo debe embalarlas siguiendo el protocolo de cadena de custodia, garantizando su adecuado manejo, recolección, embalaje, documentación y preservación de la misma. Si es aportada por la paciente las prendas que traía en el momento del hecho, estas deben ser examinadas y sometidas al proceso de cadena de custodia.
- **Examen corporal completo, identificando huellas de mordedura, ataduras, lesiones etc.,** se debe informar durante todo el tiempo el procedimiento que se está realizando para evitar sorpresas por el paciente, que puede alterar su colaboración o estado anímico. Recuerde se trata de un examen físico completo que incluye además el examen del área genital, no olvide el examen de la cavidad oral. Es recomendable garantizar un bata de examen y cuando se esté cambiando garantizarle la privacidad apropiada.
- **Es importante registrar la presencia y la ausencia de signos físicos,** que sean relevantes en el proceso investigativo. En cara revisar las lesiones que se pudieran causar por la agresión como las equimosis, en el cuello documentar la presencia de sigilaciones (chupones), en las cuales además se toma muestra para búsqueda de saliva, así como en los senos. Debe buscarse al máximo la presencia de evidencia traza en las diferentes partes corporales.

70-44.21

- **Examen del área genital y anal, determinando fisuras, desgarros, flujos, sangrado, etc.**, como ya se mencionó de manera sistemática se debe revisar y consignar el estado de la vulva, los labios mayores tanto por su cara externa como interna, la horquilla vulvar, los labios menores, el área vestibular, el clítoris, el meato urinario, el himen y la fosa navicular, en los hombres revisar el escroto y el pene, visualizando minuciosamente el prepucio, el frenillo, el surco balano-prepucial, el glande y el meato urinario. Debe tener en cuenta el reglamento técnico establecido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. No encontrar signos físicos no significa que no haya ocurrido el hecho y esto debe ser claramente consignado en la historia clínica.
- **Con base en los siguientes criterios**, se tomará la decisión de NO realizar el examen físico incluido el examen genital, Si el evento narrado se basa en tocamientos expresamente.
- **Tiempo del evento de violencia sexual en el cual ya no sea factible encontrar evidencia física.** Cuando se encuentra en embarazo, en este caso se limitará a documentar la edad gestacional y su correlación con el tiempo de los hechos.
- En estos casos es imprescindible el relato y las entrevistas.

Examen mental

El médico general deberá registrar tanto su impresión general sobre el estado emocional de la víctima, como una valoración estándar de estado mental, incluyendo la evaluación y registro en la historia clínica de los signos clínicos correspondientes a los siguientes aspectos del paciente: porte, actitud, conciencia, orientación, atención, pensamiento, sensopercepción, afecto, sueño, memoria, inteligencia, lenguaje, conducta motora, conducta alimentaria, conducta sexual, juicio de realidad, prospección e introspección, tanto en personas adultas que sean sus pacientes, como en niñas, niños y adolescentes. No obstante, si no cuenta con el entrenamiento para realizar un examen mental completo, debe registrar su impresión general sobre el estado emocional de la víctima, su valoración sobre la presencia o ausencia de riesgos de auto o hetero agresión, y señalar que el examen mental completo será realizado por el profesional especializado en salud mental, en el contexto de la primera sesión de intervención psicoterapéutica breve para la crisis en el contexto de urgencias, para la cual se solicitará de inmediato interconsulta o consulta de urgencias.

Establecer diagnóstico clínico

70-44.21

No se debe utilizar la terminología legal (acceso carnal, violación, etc.), para evitar confusión, debe consignar los diagnósticos descritos en el CIE-10.

(T74.0) Negligencia o abandono.

(T74.1) Abuso físico.

(T74.2) Abuso sexual.

(T74.3) Abuso psicológico.

(T74.8) Otros síndromes del maltrato.

(T74.9) Síndrome del maltrato, no especificado.

(Y05) Agresión sexual con fuerza corporal.

(Y05.0) Agresión sexual con fuerza corporal, en vivienda.

(Y05.1) Agresión sexual con fuerza corporal, en institución residencial.

(Y05.2) Agresión sexual con fuerza corporal, en escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas.

(Y05.3) Agresión sexual con fuerza corporal, en áreas de deporte y atletismo.

(Y05.4) Agresión sexual con fuerza corporal, en calles y carreteras.

(Y05.5) Agresión sexual con fuerza corporal, en comercio y área de servicios.

(Y05.6) Agresión sexual con fuerza corporal, en área industrial y de la construcción.

(Y05.7) Agresión sexual con fuerza corporal, en granja.

(Y05.8) Agresión sexual con fuerza corporal, en otro lugar especificado.

(Y05.9) Agresión sexual con fuerza corporal, en lugar no especificado.

(Y06) Negligencia y abandono

(Y06.0) Negligencia y abandono: por esposo o pareja

(Y06.1) Negligencia y abandono: por padre o madre

(Y06.2) Negligencia y abandono: por conocido o amigo

(Y06.8) Negligencia y abandono: por otra persona especificada

(Y06.9) Negligencia y abandono: por persona no especificada

Realizar el proceso de cadena de custodia

Búsqueda y toma de evidencias físicas, rotulación, embalaje, almacenamiento y llenado de registros.

Debe seguirse el procedimiento establecido por el sector justicia para garantizar la autenticidad de las evidencias encontradas.

70-44.21

Explicar al paciente la pertinencia y resultado de los exámenes, y procedimientos de seguimiento que se requieren

Pruebas diagnósticas necesarias para explorar el estado de salud de la víctima

En asalto sexual y antes de que hayan pasado 72 horas desde el momento del evento:

- Explicar al paciente la pertinencia y resultado de los exámenes, y procedimientos de seguimiento que se requieren
- Pruebas diagnósticas necesarias para explorar el estado de salud de la víctima
- En asalto sexual y antes de que hayan pasado 72 horas desde el momento del evento:

PASOS FUNDAMENTALES EN LA ATENCION INTEGRAL DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

RUTA DE ATENCIÓN A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

PASO 1 Y 2: Preparación de la comunidad para acceder a los servicios integrales de salud dirigidos a víctimas de violencia sexual y verificación y mantenimiento de las condiciones mínimas necesarias para brindar una atención integral a las víctimas de violencia sexual desde la ESE Hospital Santa Margarita.

- **Conformación del comité institucional:** el cual hará parte del COVE institucional y garantizará el proceso permanente de capacitación incluyendo los procesos de articulación intersectoriales, fundamentalmente con protección y justicia.
- **La institución garantizará un espacio físico** adecuado en la ESE dentro del área de urgencias que garantice seguridad, privacidad y comodidad para la atención.
- **Se garantizarán los insumos y dotación** necesarios para brindar una atención oportuna y de calidad en todos los servicios de urgencias de la institución.
- **Capacitar al personal asistencial** para la apropiación del Modelo de atención integral a las Víctimas de violencia sexual de acuerdo al protocolo definido por el Ministerio de Salud y la Protección Social y adaptado por la ESE Hospital Santa Margarita.
- **Establecer la ruta** de atención a las víctimas de violencia sexual en la ESE Hospital Santa Margarita. Y la articulación a los diferentes sectores de la comunidad.

70-44.21

- **Garantizar los procesos de referencia** y contra referencia cuando así se requiera, para lo cual además se dispondrá del directorio actualizado de las instituciones de referencia, junto a los datos del contacto institucional.

Además, debe prestarse especial atención a la presencia de posibles casos de violencia sexual dentro de las siguientes poblaciones altamente vulnerables al problema:

- Mujeres y adolescentes usuarios de servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSR);
- Usuarias de programas de control prenatal;
- Usuarios de los servicios y programas de atención integral a niñas, niños y adolescentes;
- Personas usuarias de programas de atención integral en ITS-VIH/SIDA
- Población de niños, niñas y adolescentes escolarizados y no escolarizados;
- Usuarios de los servicios y programas de salud mental y psiquiatría;
- Personas en situación de desplazamiento, retorno, o que habiten en zonas afectadas
- Mujeres y otras personas con discapacidad
- Mujeres y otras personas privadas de la libertad en centros carcelarios
- Mujeres, niñas, niños, y adolescentes en situación de desastre natural
- Personas con orientaciones sexuales o identidades de género diversas
- Personas pertenecientes a pueblos indígenas y afrodescendientes;
- Personas migrantes y refugiadas.

Se garantizará el cumplimiento de los derechos de las víctimas de violencia sexual definidos en la Ley 360 de 1.997 y los establecidos en la Resolución 13437 de 1991, como postulados básicos para propender por una atención humanizada y el mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud de la entidad

PASO 3: Recepción inmediata de la víctima de violencia sexual en el servicio de urgencias de la E.S.E Hospital Santa Margarita. “Es inaceptable interponer cualquier barrera de acceso para la atención por el servicio de urgencias de las víctimas de violencia sexual”

ETAPA	DESCRIPCION
Recepción inmediata de la Víctima de violencia sexual en el servicio de urgencias	Toda situación de violencia sexual es considerada una urgencia. Es importante especificar que el proceso de atención inicia tras la detención realizada y esta detención puede darse dentro del sector salud desde los y las profesionales de medicina y de salud mental principalmente. De cualquier forma, se atenderá de forma inmediata activando acciones integrales de atención médica y mental
Evaluar si se encuentra en peligro inminente la vida del Paciente	Si se encuentra que la vida del/la paciente está comprometida se dará inicio al procedimiento medico indicado para la atención y estabilización del paciente (traumas, intoxicaciones o cualquier situación que comprometa la vida de la víctima si no se inicia

70-44.21

	tratamiento inmediato). Una vez el paciente se encuentra estable ante esos riesgos vitales, se dará inicio al resto del protocolo de atención en violencia sexual.
Evaluar el Estado emocional, mental actual del paciente	El médico general avaluara y maneja los riesgos de auto o hetero agresión presentes en la víctima, así como los de re victimización. De acuerdo con su nivel de entrenamiento, efectuara además una valoración general del estado emocional del paciente.
Explicar los derechos	Siempre que sea posible, debe darse la opción de que la persona sobreviviente de violencia sexual elija el sexo del profesional de medicina que realizara la atención
Consentimiento informado: implica la realización de asesoría para el proceso de consentimiento informado para los procedimientos clínicos de atención integral de urgencias, los procedimientos médicos legales y los exámenes de VIH/SIDA	<p>Antes de iniciar procedimientos médicos, incluyendo la valoración médica de urgencias, debe efectuarse el proceso de asesoría y consentimiento informado, mediante explicaciones claras y completas al paciente, y a su acompañante si así se requiere dependiendo de la edad y condición. Recuerde explicar todos los procesos y procedimientos que se van a realizar paso a paso. Para que la víctima de violencia sexual no perciba el examen como una sorpresa.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Explique el procedimiento en palabras claras. Pregunte a la víctima y/o representante legal si ha comprendido lo explicado, y si tiene alguna inquietud al respecto. 2. Explique que, aunque no es obligatorio que la víctima y/o representante legal firmen el documento, este si es indispensable para efectuar los exámenes y procedimientos clínicos, así como para recoger las muestras que pueden ser necesarios en el proceso legal que va a iniciarse. Y que, si la víctima no quiere este proceso legal en ese momento, y que es posible que su opinión vaya a cambiar en el transcurso de unos días. Y si no se realiza el examen la oportunidad de hacerlo en el momento adecuado puede perderse. 3. No se requiere de firma de testigos, presentación de documentos o fotocopias. 4. En los adultos y representantes legales (niños, niñas y adolescentes) es preferible que la firma esté acompañada de su huella digital. En ausencia o negación de estos, debe firmar el defensor de familia, representante del ministerio público (procuraduría, personería, defensoría del pueblo), o comisarios de familia. 5. Se debe dejar constancia que el niño, niña, y adolescente aceptara realizarse el examen a pesar de que el representante legal haya firmado el documento. Siempre que sea posible debe solicitarse consentimiento informado, además del consentimiento informado del representante legal. 6. Cuando un niño o niña mayor de 5 años se niega a realizarse el examen no se le debe coaccionar u obligarse a realizarlo, ya que esto puede generar una mayor revictimización. 7. En los casos de discapacidad mental o cognitiva en los que la víctima de violencia sexual tiene un proceso de interdicción, el consentimiento informado debe ser firmado por el representante legal (padre, madre, o quien tenga la custodia legalmente otorgada). En ausencia de ellos firmara el defensor de familia, el representante del Ministerio Público (Procuraduría, Personería, Defensoría del pueblo) o los comisarios de familia. 8. Cuando el sobreviviente es mayor de 18 años y no tiene ningún proceso de interdicción, se realizará el mismo proceso que se usa con adultos. 9. Para la prueba de VIH es obligatoria la firma de Consentimiento informado que incluya la aceptación o no aceptación de la realización de la prueba. El objeto es descartar que haya infección previa. En ningún caso se realizará para confirmar o descartar la infección por VIH a consecuencia del evento de violencia sexual. PARA HACER ESTA CONFIRMACION/DESCARTE se deben realizar los seguimientos con pruebas de anticuerpos a los 3, 6 y 12 meses. 10. Personas con pertenencia a grupos étnicos: se deben garantizar que los derechos de los niños, niñas y adolescentes estén por encima de los derechos culturales. 11. Personas con pertenencia a grupos étnicos que no hablan el castellano.

En todos los servicios de urgencias de la ESE HOSPITAL SANTA MARGARITA se garantizará la atención inmediata o máximo dentro de los 30 minutos siguientes a la solicitud del usuario o usuaria, independientemente del tiempo transcurrido desde el momento en que transcurrió el evento de victimización (reciente o antiguo) hasta el momento en que el usuario solicito la atención.

Los usuarios (as) que soliciten la atención en los servicios de urgencias por hechos de violencia sexual se clasificarán así: (Ver Anexo 1: Ruta de Atención a Víctimas de Violencia Sexual)

TRIAGE I: a todo usuario (a) que solicite los servicios de salud dentro de las primeras 72 horas después de ocurrida la victimización sin excepción alguna.

TRIAGE II: a todo usuario (a) que solicite los servicios después de las 72 horas de ocurrida la victimización. Sin embargo, en los casos que los usuarios(as) presenten ideación depresiva, de muerte o suicida, sangrado vaginal o uretral severa secundario a trauma, retraso menstrual con sangrado vaginal y dolor severo, agitación psicomotora, confusión, alucinaciones, u otros signos y síntomas físicos o psicológicos que indiquen alto riesgo para la vida o la salud, ante los cuales se dará PRIORIDAD.

PASO 4: Valoración clínica inicial de la víctima

Se realizará de acuerdo a las necesidades específicas de exploración según el caso de violencia sexual presentado según se trate de Asalto Sexual, Abuso sexual crónico o explotación sexual comercial. De acuerdo a eso se deben incluir las exploraciones pertinentes a examen físico general, examen genital y examen mental.

Componentes de la atención a víctimas de violencia sexual:

- A. 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
- F. Recolección de evidencias
- G. Orientación a la familia
- H. Planeación de seguimiento y remisión a otros servicios de salud requeridos;
- I. Remisión a protección y reporte a justicia.

70-44.21

Es indispensable que:

- Asuma y atienda el caso como una urgencia médica
- Evalúe y atienda de manera inmediata cualquier situación que ponga en riesgo inminente la vida de la persona
- Con la persona estabilizada, continúe aplicando el resto del protocolo, iniciando por la explicación de los derechos de las víctimas de violencia sexual y por la toma del Consentimiento informado para la atención clínica integral.

ETAPA PARTE A	DESCRIPCION
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realización de la ✓ Anamnesis 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ En la historia clínica debe quedar claramente consignados, ante todo, los datos clínicos, mentales y físicos, que se requieren dentro de una valoración clínica inicial; así como los detalles que él o la sobreviviente pueda mencionar sobre el evento: tiempo, modo y lugar. El relato debe ser espontáneo, donde se podrá obtener información de tiempo, modo y lugar, así como posibles autores y su relación con ellos. La información que reporte el paciente puede apoyar el proceso investigativo. Diligenciarla puede aportar valiosa información para la investigación de casos similares. ✓ ✓ Es importante que se preserve el lenguaje y la descripción de detalles que pueda plantear la víctima en su relato. Para hacerlo escriba entre comillas, de manera textual y preservando el lenguaje en lo referido por ella. Esta consideración es aún más importante en los casos de niños, niñas y adolescentes, pues estos detalles son fundamentales para apoyar la credibilidad del relato. ✓ ✓ Se debe utilizar un método en el cual se evite dar lugar a la implantación de recuerdos en la memoria del paciente ya que esto fácilmente puede causar confusión más adelante cuando los casos estén en investigación o en juicio, esto ocurre generalmente cuando el adulto trata de llenar el vacío de información que el niño, niña o adolescente, no aporta, por ejemplo, eso ocurrió el día domingo, y el niño no conoce el día en el cual nos encontramos. Además, con la anamnesis se pueden determinar: ✓ Necesidades de intervención inmediata en riesgos de auto y hetero agresión, que exigen antes que nada un adecuado tratamiento. ✓ Contenidos estándar de una evaluación de estado físico y mental /emocional de una víctima de violencia sexual. ✓ ¿En el caso de niño, niña o adolescentes, con quien vive?, ¿con quién duerme?, edades de las personas con quien vive?, ¿edades de las personas que componen el núcleo familiar, que otras personas viven allí?, relación con ellas, familiograma, ocupación de los padres, y elementos que sean importantes y relevantes del entorno familiar en que colegio estudia ¿, en que curso?, profesores, rendimiento, amistades, juegos, actividades extraescolares: que hace después del colegio, quien más lo cuida y que otras personas están en la casa. Televisión: que programas ve, que le gusta, etc. Y otros aspectos relevantes del entorno escolar. ✓ Cuenta dedos con una o dos manos, colores, vestido, auto cuidado, orientación en tiempo, partes del cuerpo, lee, escribe, suma, resta, etc. Elementos que ayudan a determinar las competencias en los menores de manera tal que cuando se enfrente a lo ocurrido es posible saber hasta dónde es capaz de explicar, por ejemplo, saber los días de la semana, si fue hoy mañana etc. ✓ Si se encuentra bajo el influjo de alguna sustancia, en este caso además de las tomas de fluidos para la búsqueda de tóxicos, es muy importante consignar en la historia clínica los hallazgos físicos neurológicos (somnolencia, disartria, etc.), determinar si requiere

70-44.21

	<p>atención inmediata para desintoxicar, no olvidar antes de iniciar tratamiento tomar las muestras para documentar los tóxicos, la mayoría se eliminan por vía renal de manera tal que la muestra de orina es fundamental para estudios posteriores. Sin embargo, no olvide colocar todo el examen neurológico, recuerde que algunas sustancias como la escopolamina se elimina de manera rápida del organismo sin dejar huella en los laboratorios, pero los signos clínicos son evidentes y si se describen adecuadamente son de gran ayuda en el proceso penal sentencia 23290 20/02/08</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ En niño, niña y adolescentes, aspectos de neurodesarrollo y competencias, se revisará de acuerdo al nivel de desarrollo del menor, teniendo en cuenta la edad y que puede decir o si se trata de paciente con disminución psíquica, lo que es capaz de responder un paciente es muy distinto dependiendo de su edad. ✓ Necesidad de anteponer la intervención psicoterapéutica de urgencias por parte de un especialista en salud mental (psicólogo) a la realización del examen físico, es de vital importancia, sobre todo en los casos en los cuales el paciente se encuentra extremadamente ansioso o depresivo es preferible aplazar el examen físico y estabilizar al paciente mediante el procedimiento específico. ✓ En lo que se refiere a los antecedentes sexuales y reproductivos, en este punto debe establecerse lo que es pertinente consignar. Hay información que no es relevante para el delito y pertenece a la vida íntima de la persona. Se deben evitar las palabras sugestivas que conduzcan u orienten la respuesta hacia una situación que la persona entrevistada no ha mencionado. ✓ No realizar entrevista directa a víctimas menores de 3 años, se tranquiliza, se explica porque está ahí y se procede a tomar la información de la persona adulta que esté a cargo. ✓ Se debe evitar el lenguaje técnico. Dentro de los aspectos básicos a registrar en la historia clínica se reitera el cumplimiento de lo siguiente: ✓ Información general para que se facilite el proceso de comprensión general de la situación clínica. ✓ El incidente de violencia sexual debe quedar descrito en la historia clínica de acuerdo a la descripción libre del usuario(a) o sus acompañantes. ✓ Registre algunas acciones de la víctima que puedan tener implicaciones médico-legales como: lavado o cambio de ropas, vomito, micción o defecación, uso de toallas o tampones higiénicos ✓ luego de la agresión sufrida. ✓ Averigüe y registre sobre el uso de anticonceptivos por parte de la víctima al momento de la victimización sexual. No obstante, su uso no implica que no se proporcione anticoncepción de emergencia. ✓ Historia menstrual y obstétrica en el caso de mujeres, niñas, adolescentes y adultas. No es pertinente preguntar el número de compañeros sexuales, ni la edad de inicio de las relaciones sexuales. ✓ Historia de relaciones sexuales consentidas, durante la última semana UNICAMENTE en casos en los cuales se vayan a tomar muestras para análisis de DNA. ✓ Historia de Mutilación femenina. ✓ Cuadro de vacunación Hepatitis b y tétanos. ✓ Estado ante el VIH/Sida
PARTE B	
Examen Clínico general de la Víctima (Valoración de la apariencia general, examen mental completo, examen físico completo).	<ul style="list-style-type: none"> • Tener en cuenta estado del paciente: si el paciente o usuaria se encuentra agitada, ansiosa o depresiva de tal forma que se dificulte la realización del examen físico y mental, se debe proceder inicialmente a tranquilizarla verbalmente. Si no se logra este efecto se puede proceder a la sedación inicial si está indicado. • Brindar una atención humanizada, cálida con explicación de todos y cada uno de los procedimientos a realizar, reiterando en todo momento la no culpa de lo sucedido y lo valerosa (o) que fue al solicitar ayuda.

70-44.21

	<ul style="list-style-type: none"> Abordaje por salud mental (psicólogo) en la fase aguda, el cual derivara al paciente para que continúe con el tipo de atención terapéutica a corto, mediano o largo plazo, después de la atención de la urgencia. Componentes del examen mental: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Porte, actitud, conciencia, orientación, pensamiento, afecto, censo ✓ percepción, atención, sueño, memoria, inteligencia, lenguaje, conductas, juicio de realidad, prospección e introspección. ✓ 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 encontrado documentando su tipo, tamaño, color, forma y otras peculiaridades. ✓ La ausencia de signos en cada segmento anatómico evaluado también debe dejarse documentada, al igual que en el examen mental. ✓ Debe ponerse especial atención en el examen de los tímpanos (que suelen resultar lesionados ante bofetadas) y en la descripción de los signos encontrados en el cuello y los senos, así como en los hallazgos de la región paragenital, con frecuencia lesionada durante las agresiones sexuales, o fuentes de rastros de fluidos de los cuales se deben tomar muestras. En pacientes inconscientes siempre tomar muestras en senos y cuellos adicionalmente, en busca de fluidos.
PARTE C	
Examen Clínico Genital y Anal de la víctima de violencia sexual.	<p>Se recomienda la valoración cuidadosa de tal forma que se defina la pertinencia de realizar examen físico a realizar (genital o anal).</p> <p>Cuando hayan pasado más de 72 horas, pero menos de una (1) semana de transcurrida la agresión sexual, se debe orientar a documentar el tamaño u cualquier tipo de herida o cicatriz en cualquier parte del cuerpo. Igualmente se registrará cualquier lesión en proceso de curación y cicatrices en el área genital.</p> <p>Si la consulta ocurre después de una semana de la agresión sexual, y no hay contusiones, laceraciones, ni tampoco quejas, ni síntomas, hay poca indicación para un examen pélvico.</p> <p>Sin embargo, un examen físico general, genital y anal efectuado cuidadosamente en este tipo de personas, seguido por la explicación de que todo se ha encontrado sin alteraciones, puede resultar tranquilizador y con gran valor terapéutico para quien ha sobrevivido a una experiencia de violencia sexual. Debe también documentarse la edad gestacional, en caso de víctimas que resulten o estén previamente embarazadas.</p> <p>Es indispensable: a) Informar previamente a la víctima sobre cada parte del examen genital y anal que vaya a ser realizado, solicitando su aprobación, y respetando el ritmo impuesto por este, así como sus reacciones emocionales ante algunos componentes del mismo, las cuales deben ser oportunamente manejadas antes de continuar con el resto de la valoración. b) documentar en la historia clínica la presencia o ausencia de fisuras, desgarros, flujos y sangrados tanto en el periné anterior como en el área anal. c) En las mujeres, debe documentarse de manera sistemática el estado de la vulva, las caras interna y externa de los labios mayores, la horquilla vulvar, los labios menores, el área vestibular, el clítoris, el meato urinario, el himen, la fosa navicular, la región anal y perianal. d) En los hombres, deben quedar documentadas las alteraciones clínicas encontradas o la ausencia de estas, en el examen detallado del escroto y el pene, visualizando cuidadosamente el prepucio, el frenillo, el surco balanoprepucial, el glande, el meato urinario, el ano y la región perianal.</p>
PARTE D	
Diagnósticos clínicos en la víctima de violencia sexual	El diagnostico siempre debe ser registrado tanto en la historia clínica como en el RIPS, de acuerdo a la clasificación de la CIE 10.
Diagnósticos clínicos	Deben ser registrados en la historia clínica de la valoración inicial a modo de diagnósticos

70-44.21

relativos a otras formas de violencia ejercidas de manera concomitante con la agresión sexual.	<p>secundarios y en el RIPS como diagnósticos relacionados organizados de acuerdo con su importancia para la descripción del caso, y con los códigos CIE – 10.</p> <p>(T74.0) Negligencia o abandono.</p> <p>(T74.1) Abuso físico.</p> <p>(T74.2) Abuso sexual.</p> <p>(T74.3) Abuso psicológico.</p> <p>(T74.8) Otros síndromes del maltrato.</p> <p>(T74.9) Síndrome del maltrato, no especificado.</p> <p>(Y05) Agresión sexual con fuerza corporal.</p> <p>(Y05.0) Agresión sexual con fuerza corporal, en vivienda.</p> <p>(Y05.1) Agresión sexual con fuerza corporal, en institución residencial.</p> <p>(Y05.2) Agresión sexual con fuerza corporal, en escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas.</p> <p>(Y05.3) Agresión sexual con fuerza corporal, en áreas de deporte y atletismo.</p> <p>(Y05.4) Agresión sexual con fuerza corporal, en calles y carreteras.</p> <p>(Y05.5) Agresión sexual con fuerza corporal, en comercio y área de servicios.</p> <p>(Y05.6) Agresión sexual con fuerza corporal, en área industrial y de la construcción.</p> <p>(Y05.7) Agresión sexual con fuerza corporal, en granja.</p> <p>(Y05.8) Agresión sexual con fuerza corporal, en otro lugar especificado.</p> <p>(Y05.9) Agresión sexual con fuerza corporal, en lugar no especificado.</p> <p>(Y06) Negligencia y abandono</p> <p>(Y06.0) Negligencia y abandono: por esposo o pareja</p> <p>(Y06.1) Negligencia y abandono: por padre o madre</p> <p>(Y06.2) Negligencia y abandono: por conocido o amigo</p> <p>(Y06.8) Negligencia y abandono: por otra persona especificada</p> <p>(Y06.9) Negligencia y abandono: por persona no especificada</p>
Diagnósticos clínicos específicos de la esfera mental	Deben ser registrados en la historia clínica de la valoración inicial a modo de diagnósticos secundarios y en el RIPS como diagnósticos relacionados, usando las categorías CIE – 10 que apliquen para el caso evaluado
Diagnósticos clínicos de la esfera física	Deben ser registrados en la historia clínica de la valoración inicial a modo de diagnósticos Secundarios y en el RIPS como diagnósticos relacionados, aquellos que sean documentados durante la valoración efectuada, utilizando los respectivos códigos CIE – 10.
Diagnósticos de lesiones de causa externa	Además, en los registros RIPS de Consulta (AC) y de Urgencias (AU) en el apartado de causa externa utilizar los códigos de: Sospecha de maltrato físico Sospecha de abuso sexual Sospecha de violencia sexual Sospecha de maltrato emocional
Diagnóstico Diferencial	La visualización de la violencia sexual en los últimos años ha tendido a sobre diagnosticarse por parte del personal de salud y no se tienen en cuenta los diagnósticos diferenciales, por ello si se tienen dudas es preferible hacer un seguimiento a un caso cercano en lugar de dejarlo ir (DETECCION DE VIOLENCIA SEXUAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD).
Realizar el proceso de custodia	Búsqueda y toma de evidencias físicas, rotulación, embalaje, almacenamiento, llenado de registros y entrega de elementos de materia de prueba (Fotografías, lesiones, evidencias y hallazgos durante el examen médico legal (previo consentimiento informado), ropas, fluidos, frotis. Para Sto. se tendrá en cuenta el protocolo definido por el sector de Justicia para garantizar la cadena de custodia para las evidencias encontradas.

EL NO ENCONTRAR SIGNOS FISICOS NO SIGNIFICA QUE EL HECHO NO HAYA OCURRIDO Y ESTO DEBE SER CLARAMENTE CONSIGNADO EN LA HISTORIA CLINICA, ES COMUN NO ENCONTRAR SIGNOS FISICOS.

Carrera 7ª No. 5 – 24

La Cumbre - Valle del Cauca

Teléfono: +57 312 286 7934

contactenos@hospitalsantamargarita.gov.co

<https://hospitalsantamargarita.gov.co/>

70-44.21

KIT PARA LA ATENCIÓN DE LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA Y ABUSO SEXUAL

Se contará con los siguientes Kit:

CONTENIDO KIT VIOLENCIA SEXUAL ADULTO

MEDICAMENTO	CANTIDAD
Lamivudina + Zidovudina 150 mgr/ 300 mgr	60 Tabletas
Lopinavir/Ritonavir 200 mgr/ 50 mgr	120 Tabletas
Vacuna Hepatitis B + Gamaglobulina (Refrigerada)	1
Ceftriaxona 1 gr	1 Ampolla
Azitromicina	500 mgr
Metronidazol 500 mgr	500 mgr
Jeringa	5 cc 2
Levonorgestrel 0.75 mgr	2 Tabletas

CONTENIDO KIT VIOLENCIA SEXUAL NIÑO

MEDICAMENTO	CANTIDAD
Lamivudina solución oral 10mg/ml	frasco
Zidovudina solución oral 10mg/ml	frasco
Lopinavir/Ritonavir solución oral 120ml	
Vacuna Hepatitis B más gammaglobulina (refrigerada)	una
Cefuroxima solución oral 250mg/5ml	frasco
Azitromicina suspensión oral 200mg/5ml	
Metronidazol suspensión 250mg	
Metronidazol 500mg	4 tabletas
Jeringa 5 cc	dos
Levonorgestrel 0.75mg	2 tabletas

CONTENIDO KIT VIH

MEDICAMENTO	CANTIDAD
Lamivudina tableta 150mg	2 tabletas
Zidovudina ampolla 200 mg	2 ampollas
Lamivudina solución oral	
Zidovudina solución oral	
Nevirapina solución oral 50mg/ml	1 frasco
Nevirapina tableta 200mg	2 tabletas
Dextrosa 55	1
Formula lactea polvo	1 tarro

70-44.21

Lamivudina tableta 150mg

2 tabletas

CONTENIDO KIT TOMA DE MUESTRAS

ELEMENTO
Sobre de manila
Pinza de punta fina sin garra
Escobillones estériles
Cinta de enmascarar
Tubos tipo vacutainer tapa lila (con EDTA)
Agujas hipodérmicas para toma de sangre adaptables al sistema de vacío
Camisa para toma de muestras de sangre adaptable al sistema de vacío
Frascos de parcial de orina
Marcador de punta fina
Gasas estériles
Agua destilada estéril
Tijeras medianas

El uso adecuado del KIT se resume en 4 pasos:

1. Asesoría previa a las pruebas.
2. Realización de pruebas de laboratorio urgentes para decidir la prescripción médica de medicamentos profilácticos.
3. Inicio de la profilaxis post exposición.
4. Seguimiento clínico y paraclínico.

RESPONSABLE: La auxiliar de enfermería de urgencias de cada turno será la responsable de garantizar la conservación y custodia de las muestras obtenidas en el proceso de atención del paciente “víctima de violencia o abuso sexual”. Las pruebas serán entregadas a la policía judicial.

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

Las pruebas diagnósticas a solicitar en víctimas de violencia sexual son:

- Toma de Serología para sífilis (VDRL).
- Toma endocervical para Gram y Cultivo en Agar Chocolate o Thayer Martin orientada a la detección del gonococo.
- Frotis en fresco tanto para búsqueda de trichomona vaginales, como para descartar la presencia de vaginosis bacteriana.
- Prueba de tamizaje para VIH
- Muestra de Sangre en busca de antígenos contra hepatitis B
- Adicionalmente se efectúa una búsqueda de espermatozoides en diversas

muestras tomadas.

La toma de exámenes paraclínicos a excepción de la prueba de VIH, no es pre-requisito para el inicio de las profilaxis contra ITS-VIH/SIDA en las primeras 72 horas. La prueba de embarazo no debe retrasar la oportunidad de la prescripción de la anticoncepción de emergencia en las víctimas de violencia sexual.

Se debe tener en cuenta para los niños, niñas menores de 14 años y los niños, niñas y adolescentes entre 14 y 18 años víctimas de explotación sexual comercial, los diagnósticos de gonorrea, sífilis o VIH, habiéndose descartado transmisión perinatal, los cuales son indicativos de violencia sexual. La presencia de Chlamydia o trichomona resulta altamente sugestiva de violencia sexual.

1. En los casos específicos de víctimas de violencia sexual que consultan en las primeras 72 horas luego de la agresión sexual:

- a. Se solicitan todas las pruebas mencionadas anteriormente.
- b. Para los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual se solicitará:
 - Asesoría para prueba de VIH
 - Consentimiento informado
 - Prueba rápida de anticuerpos contra VIH
- c. Para víctimas de otros tipos de violencia sexual (trata de personas adultas con fines de explotación sexual, etc.) se realizará la asesoría para prueba de VIH practicada por el personal de salud de la institución y la prueba rápida de anticuerpos contra VIH.
- d. Registrar en la Historia clínica la solicitud de los exámenes y los resultados e interpretación de los mismos.
- e. Además, para fines forenses deben tomarse todos aquellos exámenes señalados por los protocolos médico-legales vigentes en Colombia.

2. Solicitud de pruebas diagnósticas en víctimas que consultan entre cuatro y cinco días después de la agresión sexual.

- a. Prueba de embarazo
- b. Asesoría para prueba de VIH
- c. Consentimiento informado
- d. Prueba rápida de anticuerpos para VIH
- e. Examen confirmatorio para VIH en caso de prueba rápida positiva.
- f. Exámenes diagnósticos y confirmatorios para ITS.
- g. Se pueden solicitar otras pruebas diagnósticas, siempre y cuando se deje registro en la HC de la solicitud como de los resultados e interpretaciones de las pruebas realizadas.

70-44.21

Se debe indicar la pertinencia de los exámenes realizados dentro del proceso judicial y de tratamiento médico, además del seguimiento a las 2 semanas, 6 semanas, 12 semanas, 24 semanas, y 9 meses después de la agresión.

PASO 6: Asegure profilaxis sindromática para ITS durante la consulta inicial por salud En asalto sexual y antes de que hayan pasado 72 horas desde el momento del evento:

Inicie manejo sindromático profiláctico para ITS y VIH y Anticoncepción de emergencia cuando este indicado, teniendo en cuenta siempre el consentimiento informado.

A. Profilaxis para hepatitis B: cuando la víctima nunca ha sido vacunada para la hepatitis B, la primera dosis de la vacuna debe ser administrada en la evaluación inicial, la segunda dosis entre 1 a 2 meses después de la primera dosis y la tercera dosis entre los 4 a los 6 meses después de la primera.

Si se tiene dudas de la vacunación o no se tiene acceso a la medición de anticuerpos contra hepatitis B, CONSIDERAR inicio de la vacunación y aplicar una dosis de gammaglobulina hiperinmune.

Cuando no se ha completado su esquema de vacunación se completan las dosis faltantes.

Si tiene completo su esquema de vacunación deben ser evaluados los niveles de anticuerpos contra antígeno de superficie, para determinar respuesta protectora y definir nuevo esquema de vacunación, si lo ameritase. Se debe iniciar el esquema de vacunación y aplicar una dosis única de GAMAGLOBULINA ANTIHEPATITIS-B; la aplicación de la gammaglobulina puede prevenir el 75% de los casos, aunque su aplicación no debe exceder los 14 días del último contacto sexual para considerarla útil.

1. VACUNA CONTRA HEPATITIS B.

Se debe iniciar antes de 24 horas. La dosis depende de la presentación disponible, en promedio se acepta 0.12 a 0.20 ml/kg.

- Dosis pediátrica: de 5 a 10 ug (según el laboratorio productor). Se administra hasta los 10 años.
- Dosis adolescentes: de 10 a 20 ug (según laboratorio productor). Se administran hasta 19 años inclusive.
- Dosis adulta: de 20 ug, a partir de los 20 años. La primera y la segunda dosis deben estar separadas por un intervalo mínimo de 4 semanas. Es de preferencia un periodo más largo entre la segunda y tercera (6 meses); aunque hay esquemas rápidos de 0-12; en estos casos se aconseja una cuarta dosis 6-12 meses después (estos esquemas se utilizan en personas con alto riesgo de exposición).

70-44.21

2. GAMMAGLOBULINA ANTIHEPATITIS –B (HBIG)

Para profilaxis simultánea, administrar 0.06 ml/kg de peso corporal al mismo tiempo que la primera inyección de la vacuna. Si no se aplica una profilaxis simultánea (inicialmente solo la vacunación) 0.06 ml/kg de peso corporal de GAMMAGLOBULINA ANTIHEPATITIS- B, debe ser administrada tan pronto como sea posible después de la exposición. Repetir a las 4 semanas usando la misma dosis.

PASO 7: Asegure profilaxis para VIH/SIDA, durante la consulta inicial de salud

- Es inaceptable cualquier retraso en la prescripción y suministro de profilaxis para VIH/SIDA cuando está indicada.
- La toma de exámenes de laboratorio no es pre- requisito para iniciar la profilaxis descrita en las ayudas didácticas de este protocolo, a excepción de la prueba de VIH antes de iniciar el tratamiento con ARV.
- La ESE dispondrá en el servicio farmacéutico el Kit para la profilaxis manejo de pacientes víctimas de Violencia Sexual.

Durante las primeras 72 horas de ocurrida la agresión sexual, es indispensable que:

- a. Ordene o suministre la profilaxis para VIH/SIDA. Siempre está indicada en todos los casos de asalto sexual que consultan dentro de las primeras 72 horas después de la agresión.
- b. La profilaxis para VIH/SIDA está indicada en otros tipos de agresión sexual (abuso sexual, ESCNNA y otras formas de violencia sexual como trata de personas adultas con fines de explotación sexual, entre otras, que consultan dentro de las primeras 72 horas) cuando se verifique que la prueba inicial de negativa y se determine clínicamente que existen condiciones de alto riesgo para contraer la enfermedad.

Transcurridas 72 horas desde la agresión sexual, es indispensable que en cualquier caso de abuso sexual que consultan después de transcurridas las 72 horas de la agresión inicial o de un contacto de alto riesgo reconocido por VIH/SIDA, se procede a iniciar manejo integral según protocolos si los resultados de las pruebas diagnósticas lo indican necesario.

PASO 8: Asegure anticoncepción de emergencia – Profilaxis para embarazo y acceso a interrupción voluntaria del embarazo

Es inaceptable cualquier retraso en la prescripción y suministro de la anticoncepción de emergencia indicada.

Durante las primeras 72 horas de ocurrida la agresión sexual:

De manera rutinaria debe ser prescrita la anticoncepción de emergencia de tipo hormonal en todo caso de violencia sexual que involucre riesgo potencial de embarazo

70-44.21

y que consulte durante las primeras 72 horas luego de la agresión sexual.

La anticoncepción de emergencia no se debe supeditar a los resultados de ningún examen paraclínico.

19. ESQUEMA DE ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA HORMONAL Anticoncepción de Emergencia (AE)

- Administrar LEVONORGESTREL en la dosis de 1500 microgramos (dos tabletas juntas): La anticoncepción de emergencia con LEVONORGESTREL se puede administrar dentro de las primeras 72 horas transcurridas luego de la ocurrencia de los hechos; pero es muy importante administrarla lo más pronto posible, pues está demostrado que, por cada hora perdida entre el momento de los hechos y su administración, se pierde su efectividad en forma considerable. La AE además de usarse en casos de asalto sexual también se aplica en los casos de abuso en mujeres con relaciones sexuales penetrativas, con contacto del semen con la vulva o con otro riesgo de que se produzca un embarazo. Haga seguimiento al mes para verificar que la paciente no haya quedado en embarazo por motivo de la VS, y si es así hay que dar la asesoría en IVE y si la paciente así lo decide garantizar la IVE.

- Método combinado o Yuzpe: otro esquema que también puede ser utilizado para brindar la anticoncepción de emergencia hormonal consiste en la toma vía oral de Dos tabletas de anticoncepción de altas dosis (cada una conteniendo 250 ug de Levonorgestrel y 50 ug de Etinilestradiol) dentro de las 72 horas (tres días) siguientes de una relación sexual sin protección, seguidas de dos tabletas de 12 horas más tarde. También se pueden utilizar anticonceptivos hormonales de menores dosis 30-35 ug de etinilestradiol (usualmente 4 tabletas iniciales y 4 a las 12 horas). Lo importante es asegurar una dosis inicial de 100 ug de etinilestradiol y 500 ug de Levonorgestrel.

DESPUES DE 72 Y ANTES DE 120 HORAS DE UNA AGRESION SEXUAL:

Es indispensable que:

- Cuando la consulta se realiza después de 72 y antes de 120 horas (5 días) de una agresión sexual que involucra riesgo de embarazo, puede efectuarse anticoncepción de emergencia con DIU, siempre que se cumpla con los criterios clínicos para que la paciente pueda usar este tipo de dispositivo.

- Se suministre la información sobre el derecho a la IVE; esta no debe estar supeditada a un resultado positivo en la prueba de embarazo pues hace parte de los derechos que tienen que ser explicados a la víctima al inicio de la atención, y todo el equipo que atiende víctimas de violencia sexual debe estar en capacidad de darla.

- La información sobre el derecho a la IVE debe darse desde el primer contacto de la víctima de violencia sexual y continuarse dando siempre que esta acuda a los servicios

70-44.21

de salud y durante todo el tiempo que la mujer este en contacto con dichos servicios, de acuerdo a criterio médico. Es de aclarar que la IVE es una opción de las mujeres frente al embarazo resultante de violencia sexual y una intervención orientada a prevenir la morbilidad materna y los daños personales, familiares y sociales que genera. Su esquema de manejo debe ser integral y con perspectiva de género.

Como información se recuerda que Según la sentencia C-355 de la Corte Constitucional Colombiana la interrupción voluntaria del embarazo es un derecho de las víctimas. No importa si el profesional de salud es objetor de conciencia, la sobreviviente de la violencia sexual tiene el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo, si es su decisión. Para esto debe ser derivada sin demora alguna hacia otro profesional que realice el procedimiento lo antes posible.

Es constitucionalmente inaceptable que transcurran más de cinco (5) días corridos entre la solicitud y la realización de una IVE a cualquier mujer embarazada como resultado de violencia sexual que exprese su decisión de ejercer ese derecho. En el caso particular de mujeres con 14 años o menos que soliciten una IVE, **NUNCA SE DEBE RETRASAR LA REALIZACION 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, porque es ella la que decide.

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 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 en el contexto de la atención inicial de urgencias ofrecida a toda víctima.

Una actitud adecuada por parte de todo el personal de la institución protege la salud mental de la víctima y resulta central para una resolución positiva de la victimización sexual. Para esto se requiere que todos participen 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.

Los primeros auxilios psicológicos son brindados por el médico general de urgencias, junto con las demás personas del equipo de salud no especializado en salud mental, que atienden el caso con el objetivo de preparar el terreno para la posterior recuperación emocional de la víctima. Por lo tanto, es importante que las personas profesionales en medicina, demás personas profesionales y técnicas implicadas en la atención inicial en salud de la víctima de violencia sexual estén entrenadas para brindar los primeros auxilios emocionales desde su quehacer profesional específico.

El profesional médico de urgencias, debidamente entrenado debe efectuar la evaluación inicial en salud mental y el manejo de los riesgos de auto y heteroagresión que

70-44.21

encuentre la víctima. Siempre se debe realizar una interconsulta médica especializada de urgencias con el psiquiatra, o con el psicólogo para que se garantice el cubrimiento de los aspectos relacionados con la atención inicial en salud mental.

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

Los primeros auxilios psicológicos involucran:

1. Orientación y apoyo a la víctima en torno 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 víctima.
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 los principios del trato humanizado, digno y la confidencialidad.

Al médico general siempre le corresponderá la detección y estabilización previa de las víctimas de violencia sexual que exhiban riesgos 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, pues esto pertenece al campo de las competencias mínimas de la atención de urgencias médicas, que el perfil profesional del médico general debe cumplir.

Independientemente de la solicitud de valoración del estado mental y manejo de riesgos, anteriormente descrita, se garantizará por parte de la ESE, que toda víctima de violencia sexual reciba en el marco de la atención de urgencias una primera sesión de psicoterapia breve a cargo de un profesional clínico experto en salud mental que en nuestro caso será el PSICOLOGO, como parte integral de su atención medica de urgencias. Lo anterior sin detrimento de los primeros auxilios emocionales que reciba dentro del mismo contacto inicial a cargo del personal de salud no experto en salud mental que le atienda, ni de las remisiones para continuar con dicha psicoterapia breve,

70-44.21

ni de todas aquellas intervenciones terapéuticas que además requiera por parte de un equipo interdisciplinario en manejo psicosocial o atención en salud mental.

Recuerde que: la intervención en crisis propiamente dicha debe ser realizada por psicólogos entrenados en psicoterapia breve. El objetivo de dicha intervención será la siguiente:

- Reducir las posibles consecuencias emocionales y sociales negativas que puedan derivarse del evento traumático a partir de la identificación y el fortalecimiento de recursos personales, familiares y sociales, y la búsqueda de soluciones factibles ante problemas específicos, mediante una intervención terapéutica en salud mental, oportuna y de calidad, que hace parte integral de la atención de la urgencia médica derivada de una victimización sexual.

Derivación o Remisión para intervención terapéutica por equipo interdisciplinario en salud mental o continuación de psicoterapia breve por psiquiatra o psicólogo.

De la misma forma en que se tiene especial atención en el aspecto biológico, no debe olvidarse la importancia de recibir atención en salud mental y manejo psicosocial del evento. Es en este momento donde el médico tratante, la psicóloga o psicólogo debe garantizar la remisión directa a todos aquellos especialistas o personal de apoyo terapéutico o social que requiera el paciente, o si más bien amerita que se le remita directamente para atención integral en salud a cargo de un equipo interdisciplinario de salud mental o de un contexto ambulatorio u hospitalario. Igualmente se brindará orientación en derechos y procedimientos a seguir dentro del sector salud y fuera del mismo de acuerdo la normatividad vigente, ley 360 de 1.997 sobre delitos sexuales (modificada por la ley 599 de julio 24 de 2000), los cuales ya fueron citados anteriormente.

PASO 10: Planear los seguimientos clínicos requeridos por la Víctima:

El médico o médica que realiza la consulta debe dejar programada todos los seguimientos que se requieren e informar sobre la importancia a la persona, y a su familia cuando sea el caso.

Es competencia de la IPS que presta la atención en salud realizar un seguimiento del caso a los 15 días y al mes de ocurrida la atención. Así mismo, en articulación con la EPS se realizará un seguimiento del caso, cuando se cumplan tres, seis y doce meses después de ocurrida la primera atención. El sector salud debe además realizar unos seguimientos periódicos para evaluar la salud física, mental y psicosocial de la persona.

Cuando el caso que se atiende dentro del hospital sea remitido o su residencia sea de un municipio del departamento, se debe realizar el contacto con la institución de salud del municipio, con el fin de continuar en el proceso de seguimiento y de atención a nivel de salud y protección.

- De acuerdo con los protocolos establecidos desde vigilancia en salud pública, registrar en RIPS el diagnóstico de acuerdo con códigos RIPS y CIE 10.
- Reporte del caso en las fichas de vigilancia epidemiológica actualmente vigentes en cada ente territorial.

Se debe tener en cuenta en el hospital, el análisis de las situaciones de la problemática de violencias de género con énfasis en violencias sexuales, con enfoque de riesgos y determinantes sociales, con el fin de establecer cuáles son las acciones a realizar por el sector u otros sectores y monitorear y evaluar la respuesta institucional. (Unidad de Análisis)

PASO 11: Remitir hacia otros sectores involucrados en la atención inicial del caso de violencia sexual.

Si el caso es identificado en primera instancia por el sector salud, es decir, a través de la observación del profesional o por ser motivo de consulta directa, el hospital debe activar inmediatamente al sector protección así:

- Si se trata de un menor de 18 años se **ACTIVARÁ LA RUTA DE PROTECCION** en cabeza del Defensor de Familia del ICBF.
- Si es una mujer adulta se debe activar la **RUTA DE PROTECCION DE LA COMISARIA DE FAMILIA**, con el fin de dar inicio al restablecimiento de derechos y que se tomen las medidas de protección integral a las que tienen derecho las víctimas de violencia sexual.
- **La ESE igualmente activara el sector JUSTICIA**, preferiblemente Fiscalía, Policía Judicial, SIJIN, DIJIN, CTI o en su defecto, informar a la Policía Nacional, estaciones de policía, líneas de denuncia, entre otras de acuerdo a lo definido en la institución (ver anexo).

La responsabilidad sobre la activación de las rutas de protección y justicia debe darse de manera simultánea y asegurar que estos sectores dan continuidad al proceso de restablecimiento de los derechos vulnerados a las víctimas.

Para esto el Hospital establece un directorio actualizado de las instituciones, con el fin de activar la ruta de manera inmediata y no tener ninguna barrera administrativa ni de atención, con datos básicos como (Nombre de la Institución, Representante, Teléfono fijo – celular – fax, Correo electrónico, dirección). Bajo ninguna circunstancia se dará de alta al niño, la niña o adolescente, hasta que se haya entregado el caso al sector encargado de la protección. Si en el momento de la atención en salud, la entidad encargada de la protección no puede acudir porque no se encuentra en su horario de atención, el sector salud procederá a hacer una hospitalización por protección. (Res. 412 de 2000).

70-44.21

EVALUACIÓN

La evaluación del protocolo de atención se realizará mediante la auditoría de historias clínicas identificadas como correspondientes a abuso o violencia sexual.

CONTROL DE CAMBIOS

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Psicóloga E.S.E.	Jefe Oficina Asistencial	Gerente

REGISTRO DE CAMBIOS Y REVISIONES				
VERSIÓN	FECHA	PÁGINAS	SOLICITANTE	OBSERVACIONES
1	04/01/2024	30	Psicóloga E.S.E.	Creación del documento por: María Camila Grisales – Psicóloga E.S.E. Revisado por: Claudia Castro – Jefe Oficina Asistencial Aprobado por: Stefany Varón Isanoa - Gerente
2	01/09/2025	30	Psicóloga E.S.E.	Actualización del documento por: María Camila Grisales – Psicóloga E.S.E. Revisado por: Claudia Castro – Jefe Oficina Asistencial Aprobado por: Aicardo Solís - Gerente