



## BUENOS AIRES

### **RESOLUCION 5752/2007 MINISTERIO DE SALUD**

Programa Provincial de Salud para la Prevención de la Violencia Familiar y Sexual y la Asistencia a las Víctimas. Modifica resolución 304/07.  
Del: 19/10/2007; Boletín Oficial 26/11/2007

VISTO el expediente N° 2900-59821/07 por el cual se gestiona dejar sin efecto los Protocolos de Detección y Asistencia a las Mujeres Víctimas de Maltrato y de Acción ante Víctimas de Violación aprobados por la Resolución N° 304/07 y aprobar los nuevos protocolos, y

#### **CONSIDERANDO:**

Que por la aludida Resolución -del 29 de enero de 2007- se aprobó el Programa Provincial de Salud Para la Prevención de la Violencia Familiar y Sexual y la Asistencia a las Víctimas, y sus Protocolos de Detección y Asistencia a las Víctimas de Maltrato, de Aborto no Punible y de Acción ante Víctimas de Violación;

Que a fojas 32/41 se proponen modificaciones a los Protocolos mencionados en el exordio en virtud de la vigencia de nuevas normas para la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA en casos de violación;

Que atento a lo actuado, corresponde dejar sin efecto los Protocolos de Detección y Asistencia a las Mujeres Víctimas de Maltrato y de Acción ante Víctimas de Violación aprobados por la Resolución N° 304/07 y aprobar los nuevos protocolos;

Por ello,

**EL MINISTRO DE SALUD, RESUELVE:**

Artículo 1°. Dejar sin efecto los Protocolos de Detección y Asistencia a las Mujeres Víctimas de Maltrato y de Acción ante Víctimas de Violación, aprobados por Resolución N° 304/07 en el marco del Programa Provincial de Salud para la Prevención de la Violencia Familiar y Sexual y la Asistencia a las Víctimas, por los motivos expuestos en los considerandos de la presente.

Art. 2°. Aprobar los Protocolos de Detección y Asistencia a las Mujeres Víctimas de Maltrato y de Acción ante Víctimas de Violación, que pasan a formar parte integrante de la presente como Anexo Único.

Art. 3°. Registrar, comunicar, publicar y notificar. Cumplido, archivar.

Mate Rothgerber

#### **ANEXO**

#### **PROTOCOLO DE DETECCION Y ASISTENCIA A MUJERES VICTIMAS DE MALTRATO**

Los profesionales de la salud, se encuentran en una posición privilegiada para detectar posibles situaciones de violencia doméstica a través de la consulta programada, a demanda y de urgencia.

La identificación de las víctimas de maltrato es una tarea difícil, ya que la mujer no suele estar dispuesta a manifestar su situación de abuso o maltrato, llegando incluso a negarlo. Las mujeres que vienen a consulta declarando que han sufrido una agresión física son tan solo una pequeña parte de las que sufren violencia.

Muchas acudirán a la consulta reiteradamente con síntomas inespecíficos, motivos banales, manifestaciones somáticas o síntomas psíquicos poco específicos que pueden ocultar una situación de malos tratos.

Las consultas reiteradas pueden constituir una llamada de atención de la mujer ante un problema que no se atreve a revelar directamente.

El diagnóstico de una situación de maltrato se iniciará con la identificación de la posible existencia de los síntomas y señales que figuran más abajo. Los datos obtenidos de la anamnesis, exploración física e historia social y familiar de la paciente pueden orientar al profesional sanitario sobre la existencia de malos tratos.

#### SIGNOS Y SEÑALES DE ALERTA DE MALTRATO

##### FISICOS

- \* Cefalea.
- \* Dolor torácico y/o palpitaciones.
- \* Dolor osteoarticular de diferentes localizaciones.
- \* Trastornos digestivos.
- \* Parestesias (sensibilidad alterada), mareos inespecíficos.
- \* Astenia (falta de fuerzas)
- \* Traumatismos de diversa intensidad, fracturas.
- \* Hematomas en diferentes fases evolutivas.
- \* Quemaduras, erosiones.
- \* Epistaxis frecuentes (hemorragia de nariz).
- \* Fracturas de tabique nasal de repetición.
- \* Pérdida de piezas dentales.
- \* Enfermedades de transmisión sexual.

##### PSICOLOGICOS

- \* Trastornos ansioso-depresivos.
- \* Confusión, inseguridad, miedo, accesos de llanto.
- \* Hipervigilancia.
- \* Ideación suicida.
- \* Trastornos de la alimentación.
- \* Abuso de sustancias (tóxicos, psicofármacos).
- \* Trastornos del sueño.

##### SOCIALES

- \* Aislamiento social.
- \* Bajas laborales de repetición.
- \* Retraso en la solicitud de asistencia prenatal.
- \* Desnutrición.
- \* Depresión.
- \* Abuso de sustancias.
- \* Abortos “espontáneos” frecuentes.
- \* Partos prematuros.
- \* Recién nacido de bajo peso al nacer.
- \* Lesiones fetales.
- \* Angustiada, más triste.
- \* Temerosa, asustadiza.
- \* Tendencia a la infravaloración, baja autoestima.
- \* Actitud vergonzosa, sumisa.
- \* Comportamiento evasivo para proporcionar información.
- \* Relato discordante con las lesiones.
- \* Solicitud tardía de asistencia a las lesiones.
- \* Agotamiento físico y psíquico.
- \* Incumplimiento terapéutico reiterado.
- \* Anulación de las citas concertadas o ausencia reiterada a las mismas.

##### ACOMPañANTE

Indicadores en la pareja

\* Excesiva preocupación por su pareja o, por el contrario, comportamiento despectivo.

\* Intenta controlar la entrevista.

\* Responde a las preguntas de forma continuada sin dejar intervenir a la mujer.

En los casos de sospecha o en que se aprecien signos y síntomas indicativos de malos tratos, es necesario llevar a cabo una serie de actuaciones que conduzcan a la identificación del posible caso.

## 1. LA ENTREVISTA

La actitud que tomen los profesionales ante esta situación marcará la evolución de todo el proceso diagnóstico y terapéutico. La empatía y el acercamiento a la paciente sin reparos ni juicios previos favorecen la comunicación. El exceso de respeto hacia este tema, el miedo a implicarse y a la afectación personal se convierten en obstáculos que dificultan una correcta relación.

\* Debe crearse un clima de confianza donde la paciente se sienta protegida y comprendida.

\* Es imprescindible que la entrevista se realice a solas, sin la presencia del esposo o familiar acompañante.

\* Establecer una escucha activa que permita captar lo que expresa verbalmente la paciente, la carga emocional asociada y las demandas implícitas en la comunicación.

\* Aclarar desde el principio las siguientes cuestiones:

- que se cree su versión y que es entendida.

- que no tiene por qué sufrir maltrato.

- que el maltrato no es inherente a la vida en pareja.

- que se le puede ofrecer ayuda y apoyo.

- que no es un hecho aislado, sino que se trata de una situación que afecta a millones de mujeres en todo el mundo.

- reforzar el mensaje de su derecho a vivir sin violencia.

\* Evitar los consejos y la toma de decisiones por la paciente. No emitir juicios sobre la situación. Nunca aconsejar que intente detener la violencia adaptándose a los requerimientos y forma de ser de su pareja, pues de forma indirecta podemos transmitir que ella es responsable de dicha violencia si no se somete.

\* En el supuesto de que la mujer no quiera o pueda hablar del tema y exista una sospecha firme de presencia de malos tratos, se debe transmitir un alto grado de interés en el tema y que en cualquier momento podrá acudir a la consulta para tratarlo. El hecho de aceptar que se es víctima de malos tratos supone un shock para la mujer, costándole reconocer que se halla inmersa en un ciclo de violencia. Además, muchas mujeres que se saben maltratadas no quieren que se conozca su situación ni denunciar a su pareja.

\* En la entrevista, además se valorará:

- La situación familiar: apoyo de familiares, relaciones con estos, tipo de vivienda, número de convivientes.

- La situación social: amigos y vecinos, si dispone de algún lugar donde vivir en el caso de que abandone el domicilio.

- Los recursos económicos con los que cuenta, si tiene algún tipo de cualificación laboral que le permita acceder al mercado laboral.

## 2. EXPLORACION FISICA Y PSIQUICA

Presencia de lesiones físicas: se debe examinar todo el cuerpo de la paciente.

Los maltratadores “aprenden” a pegar y con el tiempo suelen hacerlo en zonas que quedan ocultas. En caso de encontrar lesiones, deben consignarse los siguientes aspectos en la historia clínica:

\* naturaleza (contusión, hematoma, erosión, herida, excoración, mordedura, quemadura), forma y longitud.

\* disposición: es frecuente que existan lesiones frontales en cabeza, cuello, tórax, abdomen y genitales. Se prestará atención a la posible existencia de lesiones indicativas de defensa, como hematomas en la cara interna de antebrazos y lesiones en zonas no visibles.

\* data de las lesiones. Esta información es prioritaria para precisar la evolución, así como para la valoración pericial del forense en caso de iniciarse un proceso judicial. Conviene tener en cuenta el siguiente cuadro, para evaluar este ítem:

Coloración de las lesiones en función del tiempo de evolución

Coloración Tiempo de evolución

Negro - azul oscuro Inmediato (< 1 día)

Rojo, violáceo 1 - 5 días

Rojo púrpura 5 - 7 días

Verdoso 7 - 10 días

Amarillento > 2 semanas

Realización de diagnóstico diferencial con lesiones accidentales: es infrecuente que un traumatismo casual ocasione lesiones bilaterales o en regiones parietales, si el golpe fue craneal. Ante una caída fortuita, los hematomas suelen aparecer en la parte externa de las extremidades y no en las zonas internas.

PARA PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

Valoración de daño psíquico: debe explorarse la respuesta psíquica inmediata o tardía, según el momento en el que se evalúe a la paciente, teniendo en cuenta:

\* Las circunstancias que lo originaron.

\* La existencia de factores agravantes de la vivencia, como pueden ser la utilización de armas o el ensañamiento.

\* La valoración subjetiva que hace la paciente.

Shock emocional

Síntomas psicósomáticos

Negación de lo sucedido

Molestias inespecíficas

Confusión

Trastornos del sueño

Abatimiento.

Depresión-ansiedad

Temor a una nueva agresión

Baja autoestima

Sensación de culpabilidad y vergüenza

Trastorno por estrés postraumático

\* Valoración emocional

Pueden usarse entrevistas libres o estructuradas. Se recomienda evaluar claramente con la paciente su situación de riesgo, así como la de sus hijas/os, e implementar estrategias junto con Servicio Social, con directivas precisas y orientación a redes locales que puedan asesorarla y acompañarla desde lo legal.

\* Estimación del riesgo de suicidio: la entrevista clínica proporcionará la clave diagnóstica. Los antecedentes familiares y personales en relación con este acto (suicidios consumados o intentos), enfermedades previas, malos tratos en la infancia, impulsividad... orientarán en la valoración del riesgo. Durante la entrevista se abordará directamente la existencia de ideas de suicidio y de planes concretos, así como si se encuentra en posesión de armas de algún tipo. En el cuadro siguiente se exponen los signos de alarma de riesgo suicida.

Signos de alarma de riesgo suicida.

Euforia tras un período de desesperanza

Audacia temerosa o accidentes múltiples

Existencia de remordimientos

Autocrítica exagerada

Desesperanza

Discurso con contenidos suicidas

Elaboración de testamento o regalo de pertenencias

Valoración del riesgo vital: es imprescindible estimar el riesgo que corre la paciente en caso de que no desee abandonar el hogar. Se preguntará a la mujer:

\* si cree que es seguro volver a casa

\* si cree que cuenta con familiares o amigos que le puedan acoger sin confabularse con el agresor

\* si teme por la seguridad de sus hijos

Las circunstancias que pueden ocasionar un agravamiento de la violencia o el homicidio de la paciente son los que quedan reflejados en el cuadro siguiente:

Consumo de drogas o abuso de alcohol por la pareja.

Aumento de la frecuencia de los episodios violentos.

Lesiones graves.

Malos tratos a hijos u otros miembros de la familia.

Cambios en la situación laboral del agresor.

Tramitación de separación.

Violencia sexual.

Fracaso de los sistemas de apoyo familiares y sociales.

Conducta vigilante, celos patológicos por parte del agresor.

Intentos de suicidio o llamadas de atención de la paciente.

Es una premisa esencial no subestimar el riesgo. Si se detecta alguno de los anteriores indicadores o la paciente asegura que se encuentra en situación de riesgo vital, hay que darle credibilidad y adoptar las medidas pertinentes.

### 3. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Con los datos de la entrevista y la exploración física y psíquica es posible establecer un diagnóstico así como un plan de medidas encaminadas a la atención de la víctima. Las medidas pueden contemplar la instauración de tratamiento médico y farmacológico, derivación al dispositivo asistencial especializado, derivación a los servicios sociales, salud mental, así como también realizar un informe detallado de lesiones, y del estado emocional de la paciente, registrando todo en la Historia Clínica, y entregándole copia si lo solicita.

Debe realizarse el tratamiento de las lesiones físicas. En el caso de tener que prescribir psicofármacos, valorar siempre la necesidad de no mermar las capacidades de la mujer (que debe estar alerta ante un nuevo ataque) así como de los posibles intentos de suicidios. En estos casos, evitar los hipnóticos y los antidepresivos tricíclicos.

La terapia familiar no está indicada mientras persista la violencia.

En los supuestos de agresiones sexuales se seguirán las recomendaciones sobre prevención de embarazo y enfermedades de transmisión sexual.

### 4. OTRAS MEDIDAS A ADOPTAR

Se facilitará la información necesaria para que la víctima comprenda la situación que está viviendo, proporcionándole una visión sin distorsiones de la realidad e intentando romper su aislamiento. Así mismo, se informará sobre los recursos sociales y los teléfonos de emergencia disponibles. El Servicio de Guardia, así como los otros servicios intervinientes deben contar con una carpeta de recursos, para poder darle a la mujer las informaciones pertinentes actualizadas.

El profesional de la salud puede sentirse frustrado porque la mujer no muestre intención de abandonar al maltratador de inmediato. Se deberá tener la precaución de no transmitir el mensaje de decepción (se iniciaría un proceso de victimización secundaria). Es necesario informar del valor de presentar una denuncia firme, pero la paciente es quien debe decidir y lo hará cuando esté preparada para ello.

El profesional de la salud deberá dejar en la historia clínica de la paciente constancia clara de la situación de violencia detectada, considerando una falta grave si así no lo hiciera.

Una vez establecido el nivel de riesgo, se recomienda actuar siguiendo las pautas que figuran a continuación:

Pautas de actuación en función del riesgo:

Situación de riesgo inmediato:

Emisión del informe de lesiones, detallando lo observado y actuado.

Denuncia inmediata a la comisaría que corresponda, en caso de configurar delito de lesión.

Situación de riesgo no inmediato:

Cumplimentar informe médico y parte de lesiones, registrando todo en la Historia Clínica.

Establecer un plan de seguridad con la mujer.

Informar de los recursos sociales disponibles (Comisaría de la mujer, Consejo Municipal de la mujer, reparticiones provinciales que brinden atención específica, líneas telefónicas gratuitas, ONG locales, etc.)

Pautar el tratamiento necesario y realizar las derivaciones pertinentes.

Comunicar el caso a Servicio Social de la institución.

Derivación al Servicio de Salud Mental.

Si la mujer tiene hijos pequeños, informar al pediatra.

Indicar visitas de seguimiento periódicas.

Si la mujer no presenta un riesgo inmediato, se debe trazar con ella una estrategia de seguridad y un plan de huida, para aplicar si es necesario.

Si ha decidido abandonar el hogar, es recomendable dar los siguientes consejos:

Elegir un momento en que la situación en el hogar sea tranquila.

No dar ningún indicio de la intención de huida.

Conocer previamente los lugares donde puede acudir.

No difundir la dirección del lugar en el que se va a alojar.

Evitar los lugares donde pueda encontrarse con el agresor.

En espera de encontrar el momento adecuado y ante la posibilidad de tener que marcharse de forma precipitada (por una situación de riesgo para su vida o la de sus hijos), es conveniente tener preparada una lista de teléfonos de amigos y familiares, así como tener depositados en algún lugar de confianza los siguientes documentos o fotocopias de los mismos y demás enseres que podrán ser necesarios y probablemente no tendrá oportunidad de recoger.

\* Medicinas habituales.

\* Ropa para la mujer y los niños.

\* Agenda de direcciones.

\* Certificados médicos.

\* DNI, y otras documentaciones de valor.

\* Dinero para cubrir las necesidades básicas.

\* Llaves.

No hay que olvidar que las agresiones más violentas y, en muchos casos aquellas que acaban con la vida de la mujer, suceden cuando se están realizando los trámites de separación o cuando la mujer decide abandonar el domicilio conyugal.

La comunicación con el pediatra, cuando la mujer tiene hijos pequeños, es necesaria puesto que los niños pueden ser víctimas directas del maltrato o por las secuelas psicológicas que les puede ocasionar el hecho de ser testigos de la violencia ejercida contra su madre.

Un aspecto importante y que no debe ser olvidado es que, con frecuencia, el agresor y la agredida tienen asignado el mismo médico. No se debe comentar la situación con el presunto maltratador sin el permiso explícito de la víctima. Si ella instara al profesional a realizar este contacto, deberá ser advertida de las posibles consecuencias negativas que pueden derivarse de este hecho.

## 5. DERIVACIONES.

Las derivaciones que se realicen se registrarán en el informe para la historia clínica y en el parte de lesiones. Pueden realizarse derivaciones a:

\* Servicios Sociales: notificación al trabajador social del centro de salud, o de los lugares específicos (Consejo de la Mujer municipal) quienes prestarán el asesoramiento legal y contención necesaria.

\* Centros de la mujer o reparticiones oficiales: si necesita ayuda legal o en caso de existir riesgo vital, para servicio en Casa de Refugio.

\* Servicios de Salud Mental: para el tratamiento y apoyo psicológico pertinente.

\* Servicio de Ginecología de Urgencias: en caso de agresiones sexuales.

## 6. SEGUIMIENTO

El seguimiento de la mujer maltratada debe ser realizado por personal de salud que la ha atendido, en función de las expectativas y demandas de la mujer. Se programarán consultas periódicas de seguimiento en las que se evaluará el estado de las lesiones previas y la posible aparición de otras nuevas, así como el estado psíquico de la mujer y la ideación suicida.

Se revisará:

\* si se ha producido un incremento de la violencia o si ha cambiado el tipo de maltrato

sufrido

\* si las agresiones se han extendido a otros miembros de la familia o convivientes en el mismo domicilio

\* si se ha modificado el riesgo vital por aparición de factores estresantes no existentes en visitas previas (consumo de tóxicos, pérdida del trabajo...).

\* el estado de la red social de apoyo

\* el plan de seguridad

En los controles de seguimiento se continuará trabajando con la paciente, reforzando ideas clave como que nadie merece ser maltratado y que los malos tratos no deben ser lo habitual en la relación de pareja. No emitir juicios ni tomar decisiones por ella.

#### ANEXO 1

La siguiente ficha puede ser autoadministrada por las mujeres, o completada junto con el/la profesional que la atiende por primera vez, ya sea en la guardia o en el consultorio externo.

Detección Sistemática de Situaciones de Violencia contra la Mujer en la consulta médica.-

Introducción.

El maltrato y la violencia son situaciones muy frecuentes en la vida de las mujeres. Esto tiene distintas consecuencias. Como alguna de ellas puede afectar el estado de salud, hemos comenzado a hacer estas preguntas durante la consulta médica general.

Responderán a estas preguntas sólo las mujeres que así lo deseen sin que esto altere la relación con su médico o médica.

El contenido de las respuestas será absolutamente confidencial.

Ley 12.569 Violencia Familiar

Art. 1° -A los efectos de la aplicación de la presente Ley se entenderá por violencia familiar, toda acción, omisión, abuso que afecte la integridad física, psíquica, moral, sexual y/o libertad de una persona en el ámbito del grupo familiar, aunque no configure delito

Art. 3° - Las personas legitimadas para denunciar judicialmente son las enunciadas en los artículos 1° y 2° de la presente Ley, sin necesidad del requisito de la convivencia constante y toda persona que haya tomado conocimiento de los hechos de violencia. La denuncia podrá realizarse en forma verbal o escrita

Art. 4° - Cuando las víctimas fueran menores de edad, incapaces, ancianos o discapacitados que se encuentren imposibilitados de accionar por sí mismo, estarán obligados hacerlo sus representantes legales, los obligados por alimentos y/o el Ministerio Público, como así también quienes se desempeñan en organismos asistenciales, educativos, de salud y de justicia y en general, quienes desde el ámbito público o privado tomen conocimiento de situaciones de violencia familiar o tengan sospechas serias de que puedan existir.

La denuncia deberá formularse inmediatamente.

En caso de que las personas mencionadas precedentemente incumplan con la obligación establecida el Juez o Tribunal interviniente deberá citarlos de oficio a la causa, además podrá imponerles una multa y, en caso de corresponder, remitirá los antecedentes al fuero penal.

De igual modo procederá respecto del tercero o superior jerárquico que por cualquier medio, obstaculizara o impidiera la denuncia.

#### BIBLIOGRAFIA

CORSI, Jorge (compilador) (1997). "Violencia Familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social". Buenos Aires. Paidós SAICF.

GIBERTI, Eva y FERNANDEZ, Ana María (1989) "La mujer y la violencia invisible". Buenos Aires. Ed. Sudamericana.

FERREIRA, Graciela (1992) "Hombres violentos, Mujeres maltratadas". Buenos Aires. Ed. Sudamericana.

FERNANDEZ, Ana María (1993) "La mujer de la ilusión" Pactos y contratos entre hombres y mujeres. Argentina. Paidós SAICF.

#### PROTOCOLO DE ACCION ANTE VICTIMAS DE VIOLACION

El presente protocolo define el procedimiento a seguir ante una mujer que ha sufrido una violación y acude a un servicio de salud. El protocolo completo es aplicable en las consultas que se realizan en forma inmediata, ya que la anticoncepción de emergencia y la prevención

de VIH-SIDA pierden efectividad transcurridas 72 horas.

La actitud de los profesionales debe ser atenta, creer en su relato, aceptar las decisiones y dudas así como respetar sus silencios y reservas.

En cada caso las necesidades pueden ser diferentes, por lo tanto, los integrantes del equipo de salud podrán responder a la demanda o deberán derivar para apoyar a la consultante, fortalecerla, evaluar riesgos, orientarla o derivarla a otros servicios. Es muy importante que la persona se sienta acogida desde que ingresa ya sea al servicio de urgencia o a otro servicio.

#### Flujograma de atención

Las mujeres que sufrieron violaciones pueden acceder al sistema de salud de la provincia de Buenos Aires a través de sus efectores.

Dicho acceso podrá ser por los consultorios externos de los diferentes servicios en los horarios habituales de atención (Ginecología, Salud Mental, Clínica, Traumatología, etc.) o a través de las Unidades de Guardia, durante las 24 horas.

En caso de que la víctima ingrese por la guardia general del hospital, se pedirá atención de urgencia con profesionales de salud mental. En caso de no contar con ese recurso de guardia se procederá a efectuar la derivación adecuada al Servicio de Salud Mental.

Los servicios asistenciales deberán diseñar un flujograma de acuerdo a su estructura:

\* Si entra por el servicio de guardia será inmediatamente derivada al tocoginecólogo de guardia que será el encargado de la aplicación del protocolo con la complementación de laboratorio e infectología y acompañamiento psicológico.

\* Si entra por consultorio externo de servicio de ginecología y obstetricia será un equipo, en lo posible interdisciplinario- médica/o, psicóloga/o, asistente social, enfermera- quien aplique el protocolo con la complementación de laboratorio e infectología.

\* Si entra por cualquier otro consultorio externo será derivada al servicio de ginecología y obstetricia, cuyo equipo interdisciplinario tendrá a su cargo la atención con la complementación de laboratorio e infectología.

Es importante que:

\* El protocolo y los insumos necesarios estén disponibles en todos los servicios que puedan atender a personas que sufrieron violaciones.

\* Que se destine un espacio físico adecuado para preservar la privacidad.

\* Se registren cuidadosamente los datos a fin de disponer de una información que permita seguimiento y evaluaciones y eventualmente estudios comparativos.

\* Que se implementen los mecanismos necesarios tanto asistenciales como administrativos, para proteger la confidencialidad de los datos relevados.

\* Que quien atienda a una víctima de violación le informe a cerca de la posibilidad de una derivación a un equipo especializado, dentro de la misma institución, si lo hubiera, o de otra institución y le informe de sus derechos legales.

\* En los casos en que la persona no hiciera la denuncia, se le informe que la atención médica que va a recibir no está relacionada con la conservación de las pruebas.

\* Se le informe a la víctima de los procedimientos médicos que serán aplicados, y se le solicite el consentimiento informado expreso en todos los casos.

\* Si se tratare de mujer menor de edad el consentimiento será otorgado por el padre, madre o tutor, y en caso de mujer incapaz, el curador debidamente acreditado o su representante legal.

\* Se exceptúa la realización de la documentación detallada en los casos de extrema urgencia que imposibiliten su obtención, dejando constancia de esta situación en la Historia Clínica.

\* En el caso que la víctima sea una mujer, y se niegue a ser atendida por un profesional varón, se facilite la atención por parte de una profesional mujer.

#### Examen médico

El examen médico debe identificar todas las lesiones, signos clínicos y evaluar sobre posibles derivaciones. Debe realizarse el examen ginecológico (genitales internos y externos), y tomar las muestras para laboratorio para diagnosticar posibles ETS.

Recoger material para examen microscópico directo y para cultivos de contenido vaginal, endocervical, región ano rectal y eventualmente faríngeo (en búsqueda de Neissería



gorronea, tricomonas, Clamidias, entre otros).

Efectuar frotis, conservar material en tubos estériles secos, con solución fisiológica y en medios de transporte apropiado para aerobios, anaerobios chlamydia trachomatis, etc., si se dispusiera de ellos.

Tomar muestras de sangre para serología de sífilis, HIV (con consentimiento informado), hepatitis B y C.

Puede ser de utilidad conservar una muestra de sangre en el freezer para eventuales pruebas futuras.

Realizar el registro pertinente en la historia clínica, libro de guardia, etc.

Solicitar hemograma y hepatograma.

Detección y prevención de embarazo: una de las muestras de sangre se destinará a dosar Subunidad beta de HCG, a fin de conocer si la mujer estaba o no embarazada antes del ataque sexual.

Tratamiento

1. Tratamiento de lesiones.

2. Suero hiperinmune y vacuna antitetánica. En caso de no tener la vacunación actualizada.

3. Vacuna antihepatitis B. Si no tiene previamente la vacunación completa con controles de anticuerpos.

4. Tratamiento de ETS que puedan ser diagnosticadas en el momento.

5. Tratamiento profiláctico de ETS: la oportunidad y el tipo de profilaxis de ETS no cuenta con consenso unánime. No genera conflictos la prevención de gonococcia, clamidiosis y trichomoniasis.

Un esquema posible para prevenir todas ellas puede ser:

a. Ceftriaxona 250 mg. IM, dosis única (sífilis, gonococcia).

b. En alergia a betalactámicos reemplazar por: Espectinomicina 2 gr. IM, dosis única.

c. Metronidazol 2 gr. vía oral, dosis única (trichomonas).

d. Doxiciclina 1 comprimido de 100mgr. cada 12 horas, durante 7 días (clamidias).

e. Metronidazol y Nistatina óvulos (tricomonas, cándida).

En gestantes: Azitromicina 1gr. vía oral, dosis única ó Eritromicina 500 mgr. cada 6hs. durante 7 días.

6. Tratamiento de prevención del embarazo:

1° OPCION: Administrar una dosis única de 1500 ìg de levonorgestrel (LNG) dentro de las 72hs del coito no protegido o dos dosis de 750 ìg de LNG separadas por un intervalo de 12hs dentro de las 72 hs. del coito no protegido.

2° OPCION: dos dosis de 100 ìg de etinilestradiol+ 500 ìg de levonorgestrel cada una separadas por un intervalo de 12 horas dentro de las 72hs del coito no protegido.

Para ambas prescripciones existen productos dedicados. El LNG usado en una o dos dosis también puede prevenir embarazos cuando es utilizado en el cuarto y quinto día después del coito no protegido, aunque su eficacia anticonceptiva sea menor.

3° OPCION: Si no se cuenta con un producto dedicado pueden usarse, por cada dosis, 4 píldoras anticonceptivas combinadas que contengan 30 ìg de etinil-estradiol y 150 ìg de levonorgestrel.

La enumeración antes realizada responde a un criterio de prioridad de acuerdo a la frecuencia de efectos secundarios y la comodidad de la mujer.

7. Tratamiento anti-retroviral:

Según Normas de la Sociedad Argentina de Infectología (SADI) en el “Consenso Argentino de Terapia Antirretroviral” noviembre 2006.

\* Indicar la profilaxis post-exposición (PPE) cuando la consulta está dentro de las 72 hs. de la misma.

\* Interconsulta con médico/a infectólogo/a urgente.

\* Se recomienda mantener la profilaxis por 4 semanas.

\* No se recomienda continuar con la PPE si se ha suspendido la misma por 3 días o más.

\* Firmar Consentimiento Informado para Profilaxis Post Exposición (PPE).

\* Recomendar la utilización de preservativo y/o medidas de barrera para los contactos sexuales.

Si ha habido penetración y/o eyaculación indicar profilaxis SIEMPRE de acuerdo a los siguientes criterios:

\* Penetración vaginal y anal: régimen ampliado.

\* Penetración oral con eyaculación: régimen básico.

Recordar que cuando hay laceraciones y heridas aumenta la posibilidad de contagio por lo que en ciertos casos que requerirían régimen básico se preferirá el ampliado.

Régimen básico: AZT1 600 mg./día + 3TC2150 mg c/12 hs.

Régimen ampliado:

Régimen Básico + Lopinavir 800 mg por día + Ritonavir 200mg por día.

O Régimen Básico + Nelfinavir 2.500 mg por día en dos tomas (indicar 5 comprimidos de 250 mg cada 12 hs.).

Seguimiento

\* Psicoterapéutico.

\* Médico: control de heridas, control toco ginecológico periódico.

\* Laboratorio: repetición de exudados y examen de sangre para controles.

- A los 7 días Fta. abs. A las 6 semanas VDRL cuantitativa.

- En la semana 6º control de HIV (ELISA) (con autorización de la paciente). Repetir a los 3 y 6 meses.

- A los 3 y 6 meses repetir serología Hepatitis B y C.

\* Interconsulta con infectología.

\* Social.

1 AZT = zidovudina

23TC = lamivudina

EL NUEVO MARCO LEGAL

En abril de 1999 se sancionó la Ley 25.087 que modificó el Capítulo del Código Penal concerniente a los delitos sexuales, entre los que se incluyen las violaciones y abusos sexuales.

Un cambio relevante es la modificación del nombre de la ley. Antes se hablaba de “delitos contra la honestidad” y en la actualidad se denominan delitos contra la integridad sexual de las personas. Esto refleja mejor la experiencia de las mujeres ya que reconoce que las violaciones constituyen una afrenta a la integridad y a la dignidad, y no al honor -de la propia mujer o de algún varón cercano- al que refería la palabra “honestidad”.

También es importante la mayor amplitud que se da a los conceptos. La nueva ley distingue:

\* la violación: penetración por cualquier vía; es decir, no sólo vaginal sino también anal y el sexo oral.

\* el abuso sexual calificado: prácticas que, aunque no sean de penetración son gravemente ultrajantes para la víctima, como la penetración con objetos, la obligación de masturbarse o masturbar al agresor y otros actos sádicos.

\* el abuso sexual: incluye actos más “leves”, como toqueteos o contacto con los genitales.

Dentro de los cambios, es preciso aclarar que ha desaparecido la denominación “abuso deshonesto”. Asimismo, la nueva ley desplaza la idea anterior de “no haber podido ejercer suficiente resistencia” hacia la idea más cercana a las situaciones reales de agresiones sexuales, de no haber podido consentir libremente. Esto refleja mejor la realidad de muchas violaciones o abusos donde no necesariamente hay fuerza física, que deja marcas, sino donde existe un clima intimidatorio, abuso de poder o de confianza.

Tanto antes como después de la reforma, se entiende que pueden ser denunciados agresores desconocidos, conocidos, allegados o familiares.

La ley es más severa en cuanto a penas, cuando existe relación de parentesco. Y si bien la nueva normativa no menciona de modo expreso la violación marital, esta situación podría estar contemplada cuando se refiere a violaciones o abusos sexuales en el marco de “las relaciones de dependencia, de autoridad o de poder”.

La denuncia

Por tratarse de delitos de instancia privada, cuando la víctima es mayor de 18 años, solamente ella puede denunciar.

Cuando se trata de niñas/os y adolescentes menores de 18 años podrán denunciar en primer lugar los adultos responsables (padres, tutores, guardadores. En caso de que exista indicios o sospechas de que la niña/o haya sido abusada/o por personas encargadas de su cuidado los profesionales de salud están obligados a denunciar para asegurar su integridad.

El Fiscal podrá actuar de oficio- es decir, por su propia iniciativa- cuando los intereses de la niña o niño sean opuestos o incompatibles con los de sus padres o tutores, ya que se entiende que niñas y niños están en una situación de mayor vulnerabilidad y sus derechos son prioritarios.

Cuando la víctima es adulta pero no tiene capacidad de discernimiento se debe actuar como en los casos de menores.

La ley no dice que la denuncia debe ser realizada en forma inmediata. En sentido contrario a lo que se piensa, los plazos legales para presentar una denuncia son amplios. El tiempo depende de la gravedad del delito. Por ejemplo: en casos de violación el plazo legal es de 12 años y en casos de abusos sexuales, es de 4 años.

Sin embargo, cuanto menos se demore en realizarla más credibilidad tendrá la denunciante. El problema está en que esa urgencia se contradice con el tiempo necesario -diferente en cada mujer- para reflexionar y decidir qué hacer. Muchas mujeres necesitan compartir con familiares, amigas/os o profesionales lo sucedido antes de tomar decisiones. Este proceso demanda tiempo. Por otra parte, la urgencia tiene que ver con la conveniencia de ser revisada de inmediato por el médico forense (o legista), para que éste pueda encontrar las llamadas “pruebas del delito”.

Las denuncias de delitos sexuales pueden ser realizadas ante autoridades policiales -es decir, en la Comisaría más próxima- o también ante la autoridad judicial: en los Juzgados Penales o Fiscalías.

Si se hace ante la Policía es necesario exigir que se realice la revisión médica (por parte del médico legista) en forma inmediata.

Tanto las Comisarías como las Fiscalías atienden todos los días.

Es necesario generar la mayor síntesis en el proceso y la historia clínica debe ser minuciosa de todas las circunstancias previas, durante y después del hecho.

#### ANEXO PROTOCOLO VIOLACION

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### MEDICACION ANTIRRETROVIRAL y MEDICACION ACCESORIA

APELLIDO y NOMBRES:.....

FECHA DE NACIMIENTO.....

SEXO:.....

NACIONALIDAD: .....

ESTADO CIVIL: .....

DOMICILIO: .....

DOCUMENTO: .....

En virtud del evento acontecido, se me informa de los beneficios de la terapia antirretroviral y otros medicamentos para prevenir la transmisión del virus HIV y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS).

También fui informada/o sobre el carácter infectocontagioso de las ETS y los mecanismos y medios de transmisión de las mismas, a su vez, y de la misma manera, se me informó sobre el derecho que tengo de recibir adecuada asistencia y atención médica como asimismo de mis obligaciones para evitar la potencial diseminación de las ETS debiendo, hasta tanto se reciban los resultados de los estudios solicitados, solo tener relaciones sexuales utilizando preservativo y/u otras medidas de barrera.

En plena capacidad para ejercer mis derechos, ACEPTO/RECHAZO recibir AZT, 3TC, Lopinavir, Ritonavir, Nelfinavir como esquema preventivo para HIV (asimilando a lo aconsejado en los casos de exposición a fluidos peligrosos), como asimismo la medicación para la prevención de otras ETS propuesta (Ceftriaxona + Doxiciclina + Metronidazol + vacuna anti-hepatitis B) para prevención de otras enfermedades de transmisión sexual.

En caso de aceptar recibir la medicación propuesta, en virtud de los conocimientos científicos actuales y de los efectos adversos a que se está expuesto al someterse al

tratamiento, CONSIENTO realizar estudios y controles periódicos como asimismo tomo conocimiento de los riesgos que se incurre ante la falta de cumplimiento de los mismos.

En caso de consentir, me comprometo a cumplir estrictamente todas las indicaciones médicas, como asimismo a no suspender el tratamiento salvo por circunstancias de causa mayor y que deberé informar de inmediato al profesional tratante.

Si resultare necesario autorizo a recurrir a otro centro asistencial para completar la evaluación y/o tratamiento, como las interconsultas con otros especialistas e intervención de los mismos.

Se me informa sobre las consecuencias adversas sobre el curso clínico de la enfermedad que conlleva la administración inadecuada o suspensión de los medicamentos y sobre el riesgo de generar resistencias virales y/o bacterianas con potenciales graves consecuencias personales y sobre la salud pública.

FIRMA DEL PACIENTE ACLARACION

FIRMA DEL MEDICO ACLARACION

