

PROTOCOLO INTERINSTITUCIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLACIÓN SEXUAL
(PRIMERAS 72 HORAS DE OCURRIDO EL EVENTO)

INTRODUCCIÓN

Las violaciones y abusos sexuales por su impacto psicosocial, deben ser abordados como una emergencia médica. Debido a que los daños y secuelas en la víctima no son sólo de índole física, el abordaje debe ser integral e interdisciplinario. La atención psicosocial debe ser inmediata dado al trastorno emocional que sufre la víctima.

Después de una violación sexual, la profilaxis post exposición (en adelante PPE) por el virus de la inmunodeficiencia humana (en adelante VIH) es una forma de prevención secundaria de la infección; la cual consiste en la administración de fármacos antirretrovirales (en adelante ARV) por un período de tiempo determinado.

Es posible prevenir y controlar la infección durante el período que transcurre entre la exposición y el desarrollo de esta infección. La PPE trata de reducir la infectividad de las partículas virales de manera que no todos los expuestos adquieran la enfermedad.

Se ha comprobado que a los tres días de la exposición ya existen células infectadas con ADN proviral integrado en su genoma, por esta razón la profilaxis por el VIH debe ser precoz, idealmente debe iniciarse en la primera hora siguiente y hasta 72 horas luego de la exposición. La PPE interfiere en una o varias de las fases del ciclo biológico del virus de inmunodeficiencia humana.

Aunque las cifras de transmisión no son conocidas, se considera que el riesgo de infección es más alto en la violación sexual que en la relación coital consentida, principalmente por existir traumatismos.

Existe riesgo de infección sólo cuando el agresor es VIH positivo, y la probabilidad de contagio aumenta si padece otras infecciones de transmisión sexual (en adelante ITS), o si la víctima tiene lesiones genitales y hubo eyaculación.

La existencia de una guía de atención integral única, que sistematice la descripción clara del flujo de la persona víctima de violación y los procedimientos técnicos-operativos para la recolección de evidencias medico legales, la prevención, diagnóstico oportuno, manejo clínico-terapéutico y seguimiento, permitirá a las diferentes disciplinas e instituciones involucradas en la atención de este evento de salud, actuar según sus competencias en forma oportuna y efectiva en beneficio de la persona usuaria reduciendo la probabilidad no solo de la infección del VIH, sino de otras ITS y sobre todo evitar o minimizar la revictimización.

Este protocolo va dirigido a las instituciones públicas del territorio nacional que brindan servicios de atención a las personas menores de edad, adolescentes, jóvenes, y adultos que han sido víctimas de violación y su aplicación será en las primeras 72 horas de ocurrido el evento, es de carácter interdisciplinario e interinstitucional.

Para fines de la CCSS, esta guía deberá ser implementada por los centros hospitalarios habilitados para dicho fin permitiendo además mejorar la cobertura y optimizar el seguimiento, potenciando la atención integral e integrada del paciente.

Las personas víctimas de violación sexual evaluadas por el Organismo de Investigación Judicial (en adelante OIJ) deben ser referidas con oficio membretado del Ministerio Público u OIJ a los servicios de salud correspondientes para evaluar la prescripción de tratamiento antirretroviral profiláctico (Ver algoritmo).

OBJETIVO GENERAL

Proveer atención integral y oportuna a la persona víctima de violación sexual durante las primeras 72 horas de ocurrido el evento, mediante la aplicación de procedimientos técnicos- operativos estandarizados, con el propósito de disminuir la probabilidad de infección por VIH e ITS, la revictimización, así como obtener las evidencias legales, garantizando los derechos de la persona usuaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1-) Disponer de un protocolo interinstitucional para la atención de la persona víctima de violación sexual en las primeras 72 horas de ocurrido el evento.
- 2-) Intervenir interinstitucionalmente en forma oportuna activando el sistema 911 desde las instituciones que reciben inicialmente a la víctima de violación sexual.
- 3-) Valorar la prescripción de antiretrovirales para evitar la infección por VIH en la víctima de violación sexual.
- 4-) Detectar tempranamente embarazo e ITS para prescripción de terapia profiláctica.
- 5-) Dar oportuna atención, orientación, protección y soporte emocional en crisis a las personas víctimas de violación para disminuir impacto psicosocial y revictimización.
- 6-) Custodiar escena de delito sexual y garantizar seguridad a persona víctima de violación.
- 7-) Recolectar evidencias fehacientes para el peritaje médico legal.
- 8-) Extender la cobertura de los mecanismos del sistema de la Fiscalía Adjunta de Violencia Doméstica y Delitos Sexuales a través del OIJ en todo caso de personas víctimas de violación sexual.
- 9-) Informar a la víctima sobre sus derechos fundamentales y deberes con respecto a la aplicación del protocolo.

GLOSARIO DE ABREVIATURAS Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS ABREVIATURAS

- ARV: antiretrovirales.
- CCSS: Caja Costarricense del Seguro Social.
- DML: Departamento de Medicina Legal
- IM: intramuscular.
- INAMU: Instituto Nacional de las Mujeres.
- ITS: infecciones de transmisión sexual.
- OIJ: Organismo de Investigación Judicial.
- ONG: Organismo No Gubernamental.
- PANI: Patronato Nacional de la Infancia.
- PPE: profilaxis post-exposición.
- VDRL: *venereal disease research laboratory* (prueba tamizaje de sífilis)
- VIH: virus de inmunodeficiencia humana.
- VO: vía oral.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- *Profilaxis*: toda medida preventiva destinada a prevenir una enfermedad.
- *Consentimiento informado*: proceso constituido por dos elementos:
 - a-) Proveer información en forma clara a una persona que va a recibir un servicio de salud para que este pueda comprender sus implicaciones.
 - b-) Obtener el acuerdo y autorización de la persona que va a recibir este servicio.
- *Antiretrovirales*: medicamentos que actúan específicamente contra el VIH inhibiendo su replicación o multiplicación.
- *Revictimización*: toda acción u omisión que empeore el estado físico y/o psíquico de la víctima.

- *Víctima*: persona que haya sufrido daños, inclusive lesiones físicas o mentales y sufrimiento emocional como consecuencia de acciones que violen la legislación penal vigente.
- *Violación*: hacerse acceder o tener acceso carnal por vía oral, anal o vaginal con una persona de cualquier sexo cuando la víctima sea menor de trece años, sea incapaz o se encuentre incapacitada para resistir o cuando se emplee violencia corporal o intimidación. Además el acceso carnal puede ser con la introducción de uno o varios dedos, objetos o animales por la vía vaginal o anal, u obligarla a que la víctima se los introduzca. (*Código Procesal Penal, 2007*).

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN, RIESGOS E IMPACTO

Definición de violación

Para los propósitos de este protocolo se define violación como “acceso carnal con otra persona” no consentido, dicho acceso puede tener lugar por vía oral, anal o vaginal. La penetración ha de ser con el órgano sexual masculino, el pene, o con la introducción de dedos, objetos o animales.

En el caso de menores de 13 años aunque el acceso carnal sea consentido se considerará como violación.

Toda violación está mediada por intimidación, la cual debe ser entendida como el anuncio por parte del agresor a la víctima, de la realización de un mal a la víctima si se niega u opusiere resistencia al acceso carnal, o a la introducción de dedos u otros objetos.

En caso de que exista violencia corporal ésta no necesariamente implica la utilización de una fuerza física irresistible o absoluta.

Profilaxis en Infecciones de Transmisión Sexual (no VIH)

Las infecciones por *Trichomonas vaginalis*, vaginosis bacteriana, gonorrea, clamidia son los diagnósticos más comunes entre mujeres que han sido violadas sexualmente. Debido a que la prevalencia de estas infecciones es alta entre mujeres sexualmente activas, su presencia después de una violación no indica necesariamente su adquisición durante la violación. Sin embargo, la valoración post violación es una oportunidad para identificar y prevenir las infecciones de trasmisión sexual, sin importar cuáles de ellas fueron adquiridas durante la violación. También, la infección por el virus de Hepatitis B puede ser prevenida por la administración post exposición de la vacuna de la Hepatitis B (1).

Profilaxis Post exposición para Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana

Otro de los riesgos en los casos de violación es la infección de la víctima con el virus de inmunodeficiencia humana. Sin embargo, existe la posibilidad de brindar un tratamiento altamente efectivo que puede prevenir la transmisión del virus en más del 70% de los casos.

La profilaxis luego de una exposición (PPE) y específicamente luego de una violación, es una forma de prevención secundaria de la infección por VIH. Consiste en la administración por una corta duración (4 semanas) de fármacos antiretrovirales (ARV), a personas que han sufrido una exposición accidental al virus. Este abordaje se fundamenta en:

1. *La plausibilidad biológica de la PPE para prevenir la infección por VIH*: una de las características en relación a la patogénesis de la infección por VIH es el período de tiempo entre la exposición por VIH y la replicación del virus en los ganglios linfáticos (2). Inmediatamente después de la exposición al VIH, hay una infección de las células dendríticas en el sitio de inoculación. Estas células

infectadas van a migrar a los ganglios linfáticos regionales durante las primeras 24-48 horas (3). El inicio de la infección sistémica está marcado por el establecimiento de las células dendríticas infectadas en los ganglios linfáticos. Teóricamente, la administración de ARV profilácticos durante este período y antes del establecimiento en los ganglios linfáticos puede prevenir el desarrollo de la infección sistémica.

2. *Información obtenida de ensayos clínicos o de estudios observacionales*, en relación a la prevención de la transmisión materno-fetal, así como la profilaxis posterior a accidente ocupacional, que indican que con la profilaxis post-exposición se puede lograr una prevención cercana al 80% (4).
3. *Estudios de costo-efectividad y costo-beneficio de la profilaxis post-exposición de VIH*: demostrada costo-efectividad de la terapia con zidovudina, lamivudina e indinavir posterior a una exposición ocupacional de alto riesgo (5). Otros estudios evidenciaron costo-efectividad de la PPE en los siguientes casos: sexo anal receptivo cuando existe alto riesgo de que la persona fuente esté infectada, y sexo vaginal receptivo cuando la fuente es conocida VIH positiva (6).
4. *La probabilidad de que la transmisión por VIH posterior a una violación sexual es mayor que el riesgo posterior a una exposición ocupacional percutánea*: la violación sexual típicamente tiene varias características que incrementan el riesgo de transmisión del VIH si el perpetrador ó agresor está infectado. Estudios estadounidenses han examinado la tasa de infección por VIH en sus perpetradores ó agresores, evidenciando una prevalencia del 1% de VIH en convictos sentenciados a prisión por delito sexual, comparado con un 3% entre los prisioneros y 0.3% en la población masculina general (7); en Costa Rica aún no contamos con datos de prevalencia de VIH en estos grupos de riesgo. Además, existen estudios prospectivos que han documentado una mayor incidencia de laceraciones vaginales en una violación (40 % mujeres violadas, 70% en nulíparas) en comparación con la relación sexual consentida (5 % mujeres) (8).

En general, existe riesgo de infección solamente si el agresor es VIH positivo, más cuanto mayor sea su carga viral, si padece otras ITS, la víctima tiene lesiones genitales y hubo eyaculación.

*Según Report on the Global AIDS Epidemic. UNAIDS/WHO July 2008, en Costa Rica para el 2008 se estimó la prevalencia de infección por VIH en la población general en un 0,4%.
Por otra parte ONUSIDA estimó para Costa Rica en el 2007 en adultos y niños el rango de 6100-15000 individuos con infección por VIH.*

Riesgos específicos de transmisión del VIH

Exposición sexual general

Cuando se desconoce si la persona fuente está infectada por VIH, la valoración del riesgo de adquirir el VIH es dependiente del tipo de acto sexual (9).

- Coito oral receptivo: 0 – 0,04 %
- Coito vaginal insertivo: 0,03 – 0,09 %
- Coito anal insertivo:.....0,03-0,09%
- Coito vaginal receptivo:.....0,01-0,15%
- Coito anal receptivo:.....<3%

Fuente: Proposed recommendations for the management of HIV post-exposure prophylaxis after sexual, injecting drug or other exposures in Europe. Euro Surveill. 2004.

Impacto psicológico/psiquiátrico en una víctima de violación sexual

La violación es un delito con implicaciones médicas, psicológicas, legales y sociales. Más que un acto sexual es un ataque agresivo con expresión sexual que produce en la víctima complejas reacciones emocionales a menudo más significativas que la lesión física (10).

La **fase aguda** empieza desde el momento de la violación y puede durar varias semanas. Las víctimas llegan a las salas de urgencias en estado afectivo mixto que incluye llanto, cólera, miedo e incredulidad. Pueden presentar además:

- Auto-acusación.
- Miedo de ser asesinada.
- Degradación.
- Despersonalización.
- Ideas de suicidio.
- Ansiedad.
- Depresión.
- Inseguridad
- Confusión

A **largo plazo** constituyen un trastorno por estrés postraumático con:

- Reexperimentación del proceso traumático.
- Aislamiento del mundo exterior.
- Síntomas autonómicos (sudoración, temblor).
- Rumiación de lo sucedido.
- Incapacidad para concentrarse.
- Rechazo y miedo a los hombres.
- Pesadillas donde se le revive el evento.
- Culparización por no haber prevenido el ataque.
- Desconfianza.
- Desórdenes alimenticios.

En sala de urgencias, por las características que presentan estas personas el evento de violación sexual debe ser tratado como una emergencia médica cuyo manejo debe potenciar el respeto, la seguridad y protección, coadyuvando en el control y estabilización del impacto social y sus emociones.

Todo el personal que le compete la atención de este evento de salud debe estar sensibilizado y capacitado para brindar los **primeros auxilios psicosociales** o la intervención en crisis a estas personas, de esta manera disminuir su impacto psicológico y social (Ver anexo 1).

En las primeras 72 horas de ocurrido el evento la persona víctima de violación deberá recibir los primeros auxilios psicosociales por el primer funcionario que tiene contacto con ella, independientemente de la institución receptora del caso.

Toda víctima de violación debe ser referida para seguimiento y control para el manejo psicosocial y psiquiátrico dadas las consecuencias de la fase aguda y a largo plazo anteriormente descritas. Proceso que debe ser intervenido por cada una de las instituciones según las competencias en esta área.

CRITERIOS DE REFERENCIA INMEDIATA PARA HOSPITALIZACIÓN

En todo paciente víctima de violación se deben valorar *criterios de hospitalización* (con un solo criterio se debe hospitalizar), considerando aspectos en las áreas biológica, psicológica y social (ver cuadro, página 15).

EVALUACIÓN DE RIESGO PARA PRESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO ARV

La terapia profiláctica antirretroviral es un tratamiento efectivo para evitar la transmisión del VIH en casos que lo amerite. Este no es un tratamiento inocuo, por lo tanto es importante la valoración individualizada de cada persona víctima de violación; y así con base en el riesgo/beneficio determinar la necesidad de la prescripción.

El algoritmo de la figura 1 (ver página 14) esquematiza la prescripción de ARV según el de riesgo de adquirir el VIH.

DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES INTERINSTITUCIONALES

La persona víctima de violación puede ser valorada inicialmente a través:

- INAMU: por la delegación de la mujer (solamente en San José).
- PANI: por las oficinas locales en horario ordinario en todas las provincias, o por oficina de atención integral en horario extraordinario de 4:00pm- 6:00am, fines de semana y feriados (solamente en San José).
- Poder Judicial: por el Organismo de Investigación Judicial.
- Caja Costarricense del Seguro Social: por los servicios de emergencias.

El sistema de atención de estos eventos debe ser activado a través del 911.

Servicio de 911:

- Recibe la llamada de alerta.
- El Operador verifica la llamada.
- Activa el sistema interinstitucional (Fuerza Pública, Cruz Roja, OIJ, INAMU, PANI, CCSS).

Fuerza Pública:

- Al llegar al escenario del suceso, le dará prioridad a la seguridad y asistencia médica de la víctima (s), limitándose en este último aspecto y de ser necesario, la coordinación con los cuerpos de atención pre-hospitalaria. Luego de ello se dispondrá la custodia policial del suceso y la ubicación del presunto responsable (s).
- De no requerirse atención médica inmediata a la víctima, realizará una entrevista policial de manera verbal, garantizando su privacidad, la cual se limitará a información general del hecho que permita verificar si se está ante un caso de delito sexual, así como establecer las circunstancias del tiempo y lugar.

- De los datos de la entrevista verbal realizada y del resultado de la intervención policial no se realizará Informe Policial alguno, siendo comunicado a la mayor brevedad el caso al representante del Ministerio Público o al Organismo de Investigación Judicial correspondiente. Sí realizarán Actas de Decomiso de evidencia relacionada al caso, si la diligencia fuera así ordenada por el representante del Ministerio Público.
- Deberá esperar la intervención de la Fiscalía para la entrevista judicial pertinente, o en su defecto este la realizará por delegación de la Fiscalía.

Fiscalía:

- Realiza una entrevista breve a la víctima, determinando si es necesario trasladar de inmediato a la persona a un centro hospitalario cuando presenta lesiones físicas o patologías psiquiátricas que ameriten atención médica oportuna, además acompaña a la víctima en dicho traslado.
- Si la atención de la Fiscalía a la víctima de violación sexual está en las primeras 72 horas de ocurrido el evento debe referir inmediatamente al *centro hospitalario para valorar prescripción de antiretrovirales. Esta referencia debe ir mediante oficio membretado "Costa Rica, Poder Judicial, Ministerio Público, Fiscalía adjunta contra la violencia y delitos sexuales". En estos casos es preferible que la toma de la denuncia por el o la fiscal se realice después de la valoración para la prescripción de antiretrovirales.
- Se encarga de tomar la denuncia pertinente y dar curso a la misma.
- Traslada a la víctima a Medicina Legal para la valoración Médico Forense.

Medicina Legal:

- Examina y realiza diagnóstico del estado del área afectada en conjunto con el personal médico de la C.C.S.S.
- Toma muestras de laboratorio con fines médico legales o en su defecto por **delegación al personal de laboratorio de la C.C.S.S. previamente entrenado.**
- Toma de muestras de laboratorio para fines comparativos (sangre, orina, saliva, elementos pilosos etc)
- Da seguimiento médico legal al caso de violación sexual.

En los hospitales del Gran Área Metropolitana el perito médico legal se desplazará al centro hospitalario respectivo como parte del equipo de evaluación clínica y médico legal.

En aquellas áreas donde no hay perito médico forense disponible en horas no hábiles se coordinará con médico de emergencias o consulta externa de los centros de salud de CCSS, previo proceso de capacitación y entrenamiento, para que sea el último quien realice las labores pertinentes, se propone por parte de Medicina Legal la capacitación de médicos de la C.C.S.S. (previa atención de pacientes).

INAMU:

- Contención y atención psicológica.
- Evalúa situación de riesgo social.
- Da seguimiento en casos que definan como necesarios.
- Apoyo social y asesoría legal.
- Grupos de apoyo.
- Albergue temporal previa valoración del caso.

PANI: en caso de violación sexual a menores de edad (<18 años de edad).

- Evalúa situación de riesgo.
- Acompañamiento de víctima a Medicina Legal y/o centro hospitalario.
- Denuncia ante el Ministerio Público, solicita prisión preventiva del agresor si es conocido y toma todas las medidas necesarias para la protección de la persona menor de edad.
- Garantiza seguridad y protección a la víctima.
- En caso que se requiera se deberá incluir a la persona menor de edad en un programa de protección especial (albergue u organismo no gubernamental), con la medida de protección de abrigo especial respectiva.
- Seguimiento al proceso mediante estudio de caso, definición de la situación legal, social y psicológica.

****CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL:**

Con relación a la atención de la víctima de violación sexual que acude inicialmente a un centro hospitalario de la C.C.S.S. se conformará un equipo interinstitucional C.C.S.S.-Poder Judicial (medicina legal y fiscalía) que mediante una única valoración a realizar en el hospital determine la condición clínica, médico legal y además tome la denuncia correspondiente de la persona afectada.

En el Gran Área Metropolitana (GAM) tanto la Fiscalía como el Médico Legal se trasladarán al centro hospitalario previa coordinación mediante el servicio de 911 (ver más adelante en texto).

En zonas donde no exista Médico Legal disponible en horario vespertino, fines de semana y feriados, será personal médico de C.C.S.S. quien previa capacitación se encargará de la valoración medico legal inicial.

Las personas víctimas de violación pueden ingresar a los servicios hospitalarios a través de dos escenarios:

A. Primer Escenario: si la víctima es valorada inicialmente por los servicios del Poder Judicial, funcionarios del Organismo de Investigación Judicial deberán acompañarla al hospital de referencia para la evaluación clínico terapéutica y valoración de prescripción de profilaxis postexposición.

B. Segundo Escenario: cuando la víctima acude directamente al servicio hospitalario, sin haber ingresado por el OIJ, el médico tratante deberá informar de inmediato al 911 para que se active el sistema a Fiscalía, Medicina Legal y demás instituciones.

Para fines de la denuncia por el delito sexual, el OIJ se trasladará al hospital para la toma de la misma; de lo contrario se deberá dar instrucción e información para que la paciente o quien la acompañe proceda a realizar la denuncia.

En el GAM un médico legal se trasladará al centro hospitalario para la valoración respectiva y conjunta de la víctima. En las regiones del país donde no exista médico legal en horario no hábil, se contará con *médicos por honorarios de la C.C.S.S.* quienes previa capacitación realizarán dicha evaluación.

En el caso de menores de edad, se debe seguir el protocolo estipulado nacionalmente para la atención de este grupo etario.

Todo menor de edad víctima de violación deberá ser referido al servicio de trabajo social, el cual deberá coordinar con el Comité de Niño Agredido local y la Oficina del PANI correspondiente.

Como parte de la atención integral de la persona víctima de violación sexual en los servicios hospitalarios de referencia de la CCSS dada las condiciones de riesgo socioepidemiológico de estos casos se recomienda la confección de un expediente clínico en el servicio de emergencias.

Asimismo según el enfoque de género los hombres deben ser atendidos preferentemente en el área de cirugía, las mujeres en el área de ginecología, y en el caso de los menores de edad preferiblemente en el área de pediatría.

Cabe recalcar que en los tres casos el paciente debe ser atendido por el médico disponible (médico general o especialista).

En caso de que la persona víctima de violación no haya realizado la denuncia respectiva al Organismo de Investigación Judicial, el médico tratante debe comunicarse con el servicio 911 reportando el caso (ver funciones 911, página 6).

La persona, independientemente de si el mismo acude por su cuenta o es referido por el Poder Judicial, deberá ser pasada de forma inmediata a un espacio físico acondicionado por el servicio de urgencias que garantice un ambiente de confidencialidad y calidez. Ahí debe ser atendida inicialmente por personal de enfermería o medicina capacitado en brindar el apoyo de intervención en crisis.

Con relación al peritaje medicolegal, el profesional del servicio hospitalario deberá garantizar que durante la valoración médica y toma de muestras no se alteren las evidencias para los fines legales de la ofendida y el ofensor.

**Para lograr una adecuada profilaxis para VIH post-violación se debe:*

Toda persona víctima de violación, durante las primeras 72 horas luego de ocurrido el evento, debe ser referida lo antes posible al servicio de Emergencias del hospital de referencia correspondiente.

*Los hospitales siguientes: Calderón Guardia, México, San Juan de Dios, San Rafael de Alajuela, Max Peralta, Nacional de Niños, Hospital de las Mujeres, Monseñor Sanabria, Tony Facio, Anexión de Nicoya, Liberia, San Carlos, San Vito, Ciudad Neilly, Golfito, Turrialba.***

Estos serán los hospitales que manejarán el tratamiento antiretroviral y fungirán como centros de referencia.

***La selección de estos centros hospitalarios se realizó basándose en incidencia de delitos sexuales y capacidad de respuesta del hospital ante estas situaciones; con el objetivo de brindar atención integral de emergencia a persona víctima de violación en todo el territorio nacional.*

1-) DEFINICIÓN DE ROLES EN LA INTERVENCIÓN INMEDIATA

a-) Atención por parte de enfermería en abordaje a víctima de violación sexual:

- Compromiso personal y profesional en el acto de cuidar, orientar, guiar y educar, disminuyendo los niveles de revictimización.
- Proporcionar orientación en cuanto a los procedimientos existentes para valoración y manejo de personas víctimas de violación.
- Dar a conocer al paciente y acompañante la atención integral que se le proporcionará en el centro hospitalario.
- Brindar educación en cuanto al tratamiento antiretroviral y su objetivo de profilaxis.
- Informar sobre la posibilidad de adquirir una infección de transmisión sexual y el objetivo de la profilaxis.

- Orientar sobre el seguimiento que debe continuar en el hospital.
- Llevar el registro epidemiológico de los casos.
- Identificar situaciones sociales o psicológicas que requieran atención inmediata (Ver Tabla sobre criterios de hospitalización).

b-) Atención por parte de medicina en abordaje a víctima de violación sexual:

- Identificar y tratar oportunamente condiciones de salud que pongan en riesgo la vida de la persona.
- Detectar lesiones físicas que requieran tratamiento quirúrgico.
- Realizar una historia clínica completa y un examen físico detallado, buscando especialmente lesiones secundarias a la violación.
- Manejar la ansiedad de la persona.
- Reforzar la educación acerca de cual va a ser la atención que se le brindará en el servicio.
- Identificar la condición de riesgo de la persona para utilización de los antiretrovirales.
- Informar sobre riesgos y beneficios de la profilaxis antiretroviral.
- Valorar condición mental de la persona con el objetivo de identificar situaciones urgentes que requieran atención especializada inmediata por psicología/psiquiatría (intentos de autoeliminación, psicosis, etc).
- Identificar criterios de hospitalización en la persona (Ver Tabla sobre criterios de hospitalización).

Es importante que toda observación, ya sea de enfermería o de medicina, sea documentada en el expediente clínico de forma clara y concisa.

Una vez que se ha compensado la condición de salud de la persona se procede a continuar con los siguientes procedimientos:

2-) DIAGNÓSTICO DE ESTADO DE ÁREA AFECTADA Y RECOLECCIÓN DE EVIDENCIAS PARA FINES MÉDICO LEGALES

El responsable de realizar esta valoración debe ser un profesional capacitado y debidamente entrenado. Todo debe quedar claramente anotado en el expediente clínico.

Debe realizarse y anotarse un examen físico detallado de la víctima haciendo énfasis en:

- Semiología médicolegal del área genital femenina y masculina:
 - Recolección de elementos pilosos, fibras, manchas y otros indicios en la vulva.
 - Descripción de lesiones en la vulva.
 - Descripción de la condición del himen.
 - Descripción de las lesiones y recolección de indicios en la vagina.
 - Descripción de lesiones en pene y escroto.
- Semiología médicolegal del área anal:
 - Descripción de signos de violencia reciente (desgarros de pliegues anales, desgarros recto perineales, hemorragia incoercible en desgarros de paredes anorrectales o perineales, existencia de fisuras, cicatrices ó ano infundibiliforme).

- Evidencia de coito reciente:
-Determinar presencia de semen en la vagina, recto y/o boca de la víctima.
- Semiología medico legal del área paragenital y extragenital (boca, cuello, muslos, tórax, abdomen).
- Evidencias del uso de fuerza física y/o no consentimiento de parte de la víctima (ejemplo: presencia de sangre, equimosis, hematomas, heridas, contusiones, excoriaciones, laceraciones, mordeduras y otras lesiones consistentes con resistencia).
- Evidencia de otras lesiones y enfermedades que pudieran ocurrir durante el abuso, así como las secuelas potenciales de estas patologías.
- Además deben recolectarse evidencias para fines médico legales, garantizando siempre la calidad de la muestra y su procesamiento, así como la adecuada cadena de custodia (ejemplo: saliva, semen, sangre, pelos, estudios serológicos para valoración toxicológica, elementos vinculantes con la escena del delito sexual, etc.).

3-) RECOLECCIÓN DE PRUEBAS DE LABORATORIO (DEPARTAMENTO DE LABORATORIOS)

En el servicio de urgencia se solicitarán y tomarán al momento los siguientes estudios:

- Hemograma, pruebas de función hepática, pruebas de función renal, electrolitos.
- Serología de VIH, hepatitis B, hepatitis C y VDRL.
- Prueba de embarazo.
- Cultivo endocervical para gonococo.
- Muestra cervicovaginal para *Trichomonas vaginalis*.

Se le debe informar verbalmente al paciente cuáles estudios se están realizando y la importancia de cada uno de ellos, así mismo la persona debe expresar su consentimiento para la realización de dichos exámenes.

4-) TERAPIA PROFILÁCTICA PARA INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (NO VIH)

El abordaje en el servicio de urgencias debe considerar la profilaxis así como tratamiento de otras infecciones de transmisión sexual si se encontraran presentes.

Se recomienda como terapia preventiva:

- Vacuna antitetánica (en caso de que persona no está previamente vacunada), en una dosis 0,5 cc IM.
- Vacuna contra hepatitis B.
 - Debe ser administrada a la víctima de violación en el momento de la valoración inicial en urgencias si no ha sido previamente vacunada.
 - Dosis es de 10 mcg o 20 mcg dependiendo de la presentación, ambos son equivalentes a 1 cc IM (no debe ser colocada en el glúteo).
 - Esquema de vacunación: 1^{ERA} dosis, segunda dosis al mes y tercera a los 6 meses.

- Tratamiento antibiótico sintomático contra clamidia, gonorrea, tricomonas y vaginosis bacteriana.

Ceftriaxone 250 mg IM dosis única +
 Azitromicina 1g VO dosis única +
 Metronidazol 2 g VO dosis única

Se podría anexar un antiemético, debido a que efectos secundarios gastrointestinales pueden ocurrir con esta combinación.

5-) ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

Siempre debe ir acompañada de un **consentimiento informado** claro en el cual se le explique a la paciente en qué consiste este método anticonceptivo, cómo funciona, eficacia y efectos secundarios.

Debe ser ofrecida a mujeres que por el tipo de delito sexual pudiesen quedar embarazadas, siendo este un producto no deseado. La anticoncepción de emergencias sólo debe emplearse dentro de las 72 horas de ocurrida la violación.

Se prescribe el siguiente esquema de medicamentos, disponible en la institución:

- Norgestrel 0,5 mg con Etinilestradiol 50 µg (2 tab STAT y luego 2 tab a las 12 hrs) ó
- Levonorgestrel 0,150 mg con Etinilestradiol 30 µg (4 tab STAT y luego 4 tab a las 12 hrs).

En caso de que ocurra vómito dentro de la primera hora después de haber tomado la medicación, se puede considerar repetir la dosis prescribiendo un antiemético una hora antes.

6-) PROFILAXIS PARA VIH

Dada la prioridad de prescribir tratamiento farmacológico antes de 72 horas a las personas que han sido víctimas de violación sexual y considerando la proporción de eventos de emergencia y urgencia médica que se atienden en los centros hospitalarios, el comité clínico-terapéutico del VIH SIDA en coordinación con funcionarios de la dirección de farmacoepidemiología acordaron suministrar 1 dosis de antiretroviral inmediatamente el paciente tenga contacto con el servicio, procediendo posteriormente a la evaluación y aplicación del protocolo respectivo.

Esta medida se fundamenta en oportunidad para la efectividad del tratamiento profiláctico antiretroviral considerando los tiempos de espera de la víctima en los servicios de urgencia, disminución de la revictimización y desplazamiento del perito médico legal al centro hospitalario para interaccionar conjuntamente en la evaluación.

XX
 (Dra. María Paz, Favor hacer la redacción con relación a la profilaxis antirretroviral según lo conversado y su concordancia con el algoritmo)

Indicaciones para la profilaxis.

En general, la recomendación se hace según el riesgo de adquirir la infección por VIH con base en la exposición sufrida por la persona (ver algoritmo 1).

Se considera imprescindible que la exposición sea ocasional y no recurrente, y que la persona esté dispuesta a seguir el tratamiento y los controles necesarios durante todo el tiempo de seguimiento. El consentimiento informado es esencial.

La prescripción inicial se hará en el Servicio de Emergencias y solamente por 5 días de tratamiento farmacológico.

La prescripción debe acompañarse de una referencia que especifique el diagnóstico de violación, la cual deberá entregarse en la farmacia.

La farmacia coordinará la educación de la víctima en cuanto a la toma del tratamiento y seguimiento, así como posteriores entregas del mismo.

Terapia antirretroviral a utilizar

La evidencia ha demostrado que la PPE administrada dentro de las 48-72 h y continuada por 28 días puede reducir el riesgo de adquirir la infección por VIH después de la exposición mucosa y no ocupacional. Entre más pronto se inicie la terapia profiláctica, más probabilidad de interrumpir la infección sistémica (9).

Se recomienda la siguiente combinación de antiretrovirales como parte de la terapia profiláctica, en el caso de adultos y adolescentes (> 12 años), mayores de 50 kg, iniciar con dos ARV

- Zidovudina 300 mg ^c/12 hrs
- Lamivudina 150 mg ^c/12 hrs

En el caso particular que se conozca que agresor sexual es VIH positivo, se debe prescribir este esquema:

- Zidovudina 300 mg ^c/12 hrs
- Lamivudina 150 mg ^c/12 hrs
- LOPINAVIR/^{RITONAVIR} 400/100 mg c/12 hrs

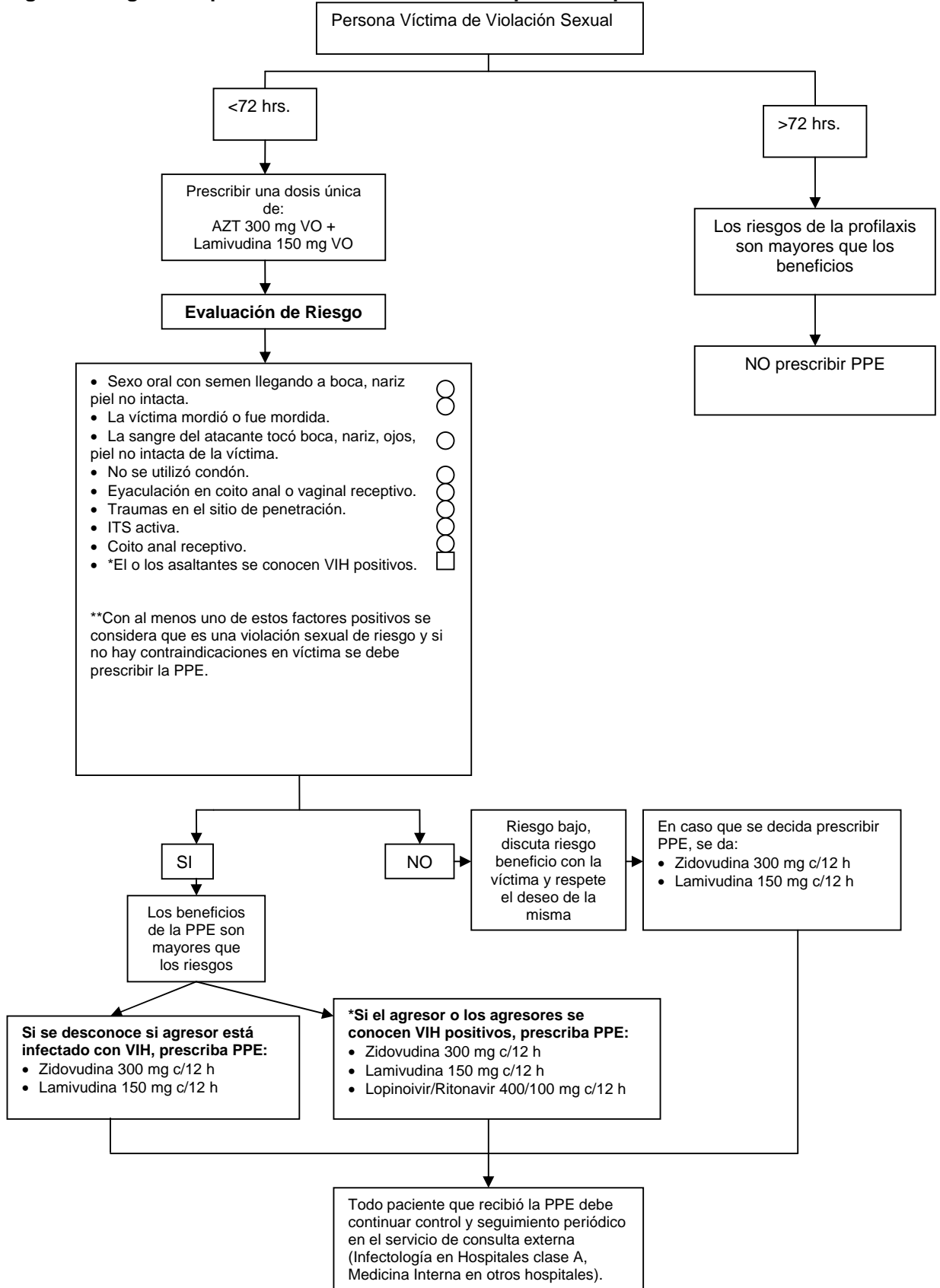
Como alternativa al ^{LOPINAVIR}/^{RITONAVIR} se podría utilizar Efavirenz 600mg HS (en hombres) o Nelfinavir 1250 mg c/12 h (en mujeres).

Si la terapia antirretroviral postexposición se va a utilizar, el consentimiento informado por parte del personal médico tratante debe incluir la siguiente información:

- a. El beneficio no demostrado y las conocidas toxicidades de los antirretrovirales.
- b. La necesidad de seguimiento médico periódico.
- c. Los beneficios de la adherencia a las dosis recomendadas.
- d. La necesidad de la iniciación temprana del tratamiento profiláctico antirretroviral según el algoritmo respectivo, para optimizar los beneficios potenciales (lo mas pronto posible posterior a la violación sexual y máximo 72 hrs después de la misma).
- e. Compromiso por parte de la víctima en el proceso de la adherencia farmacológica.

El tratamiento se debe prescribir por **4 semanas (28 días)**, pero se recomienda un despacho semanal para hacer seguimiento de cumplimiento y tolerancia.

Figura 1. Algoritmo para determinar necesidad de profilaxis para VIH



Fuente: Comité Clínico Terapéutico VIH/SIDA, C.C.S.S., 2009.

Efectos secundarios y toxicidades potenciales de los antiretrovirales

- Zidovudina (AZT): supresión médula ósea (anemia, neutropenia); intolerancia gastrointestinal; cefalea; insomnio; astenia; miopatía.
- Lamivudina (3TC): mínima toxicidad; acidosis láctica y esteatosis hepática.
- Lopinavir/ Ritonavir (KALETRA) : diarrea, náuseas, vómitos, astenia; elevación de transaminasas; hiperglicemia; redistribución grasa; anormalidades lipídicas; posibilidad de incremento de sangrado en pacientes hemofílicos; pancreatitis.
- Efavirenz (SUSTIVA): contraindicado en embarazo; rash; síntomas sistema nervioso central (ej: mareos, disminución de concentración, insomnio, pesadillas); elevación de transaminasas.

Casos Especiales

- Mujeres embarazadas abusadas sexualmente: en los últimos años se ha acumulado experiencia sobre el uso seguro y apropiado de antiretrovirales durante el embarazo, tanto por el beneficio en la salud de la mujer infectada por VIH como en la prevención de la infección en el recién nacido. Debido a su teratogenicidad potencial, efavirenz no debe utilizarse en ninguna terapia profiláctica postexposición durante el embarazo o en mujeres en edad reproductiva que puedan quedar embarazadas durante la terapia profiláctica. En estas circunstancias se puede utilizar un régimen basado en un inhibidor de la proteasa (ejemplo: Lopinavir/ritonavir + lamivudina+ zidovudina).
- Niños (as) (<12 años): ver anexo de protocolo del Hospital Nacional de Niños en cuanto a manejo integral de personas menores de edad abusadas sexualmente.

7-) VALORACIÓN DE NECESIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

En todo paciente víctima de violación se deben valorar *criterios de hospitalización* (con un solo criterio se debe hospitalizar).

MÉDICO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lesiones físicas severas que requieran tratamiento quirúrgico especializado (cirugía general, ginecología, etc.). ▪ Embarazada abusada sexualmente. ▪ Condición médica que ponga en peligro vida de paciente. ▪ Condición médica que amerite tratamiento intrahospitalario.
PSIQUIÁTRICO/PSICOLÓGICO*	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Paciente con intento suicida o con ideaciones suicidas. ▪ Depresión moderada a severa con alta desesperanza, psicosis y deseo profundo de muerte. ▪ Intento de suicidio previo, impulsividad marcada.
TRABAJO SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amenaza de muerte o agresión física. ▪ Ausencia o débil red de apoyo. ▪ Persona menor de edad en alto riesgo social.

*Una persona que presente criterios psiquiátricos de hospitalización deben ser ingresados preferiblemente en servicios de Psiquiatría (ejemplo: Hospital Nacional Psiquiátrico, Hospital Calderón Guardia).

Si paciente no requiere hospitalización, se egresará siempre con citas de control ambulatorio según especialidad requerida.

8-) CONTROL Y SEGUIMIENTO DE CASO EN EL ÁMBITO DE CONSULTA EXTERNA

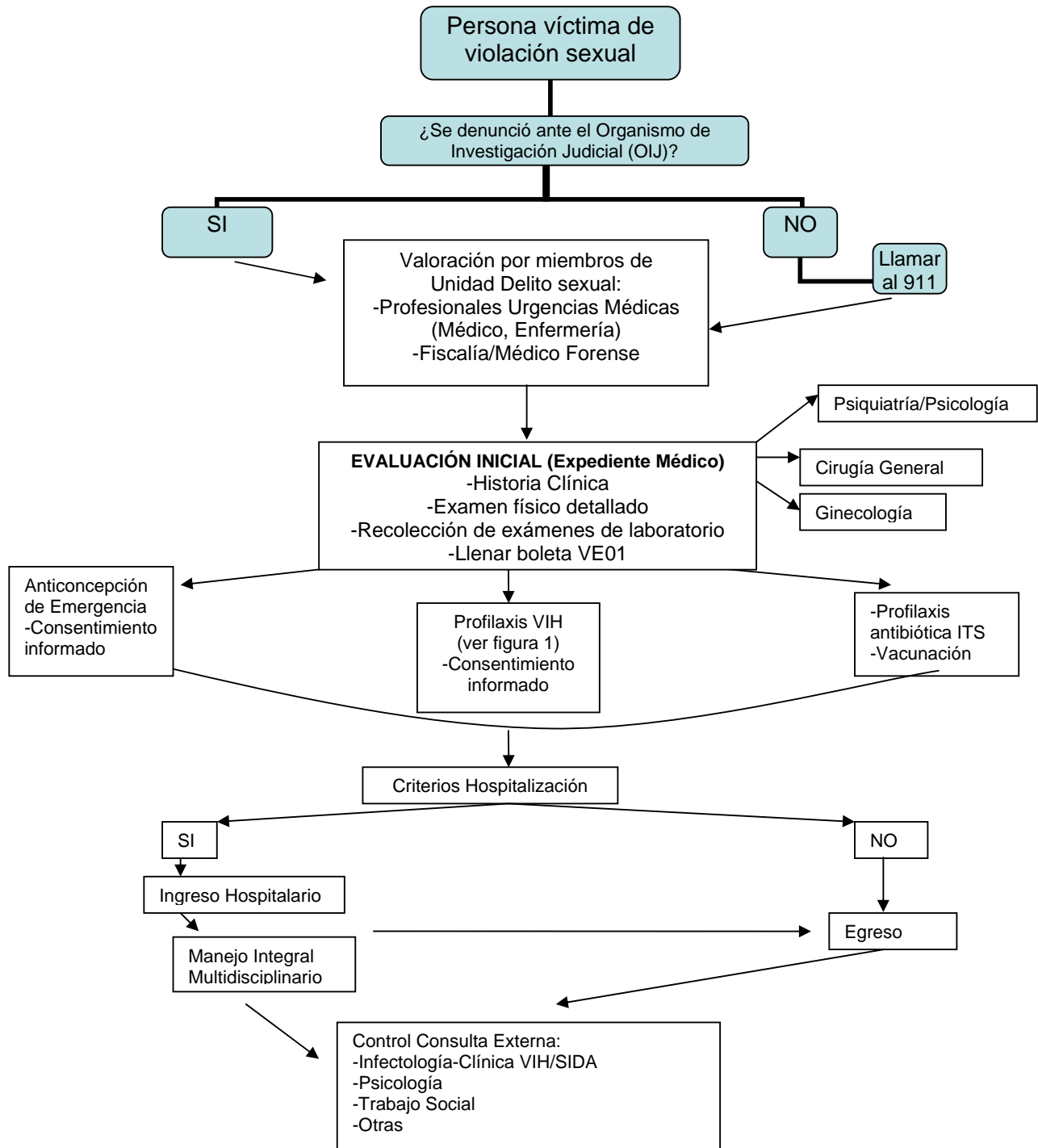
XX

(Pacientes no asegurados el seguimiento debería ser realizado por consulta extemporánea hasta obtener un acuerdo de la oficina de validación de derechos. Dra. María Paz favor valorar esta página.)

Posterior a egreso de paciente del servicio de urgencias el mismo debe quedar en control en los siguientes servicios:

- Infectología: se le debe citar en este servicio en los 5-7 días naturales posterior a atención inicial. Ahí recibirá seguimiento clínico y serológico según criterio médico especialista (usualmente a los 45 días, 3 meses, 6 meses, al año).
- Psicología clínica: se le debe citar en este servicio en los 5-7 días naturales posterior a atención inicial. La psicoterapia se dará con la frecuencia y duración estipulada por el profesional respectivo.
- Trabajo Social: se le debe citar en este servicio con carácter prioritario, con el objetivo de que la valoración se dé lo más pronto posible después del evento. Ahí recibirá seguimiento periódico del caso, así como apoyo y orientación.
- Otras especialidades: paciente puede quedar en control conjunto en otras especialidades médico-quirúrgicas según lo determinado en valoración inicial. (por ejemplo: psiquiatría, ginecología, proctología, pediatría, etc.).

Figura 2. Algoritmo General de Atención a Víctimas de Violación sexual en Centros Hospitalarios de Referencia de la Caja Costarricense del Seguro Social



****PENDIENTE ALGORITMO DE PODER JUDICIAL, PANI E INAMU, INTERVENCIÓN DE ESTAS INSTITUCIONES EN PRIMERAS 72 HORAS.**

Bibliografía

1. CDC. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. 2006. *MMWR* 2006; 54.
2. Saags Ms. Candidate antiretroviral agents for use in post exposure prophylaxis. *Am J Med.* 1997; 102: 25-31.
3. Spira AI, Marx Pa, Patterson BK; et al. Cellular targets of infection and route of viral dissemination after an intravaginal inoculation of simian immunodeficiency virus into rhesus macaques. *J Exp Med.* 1996; 183: 215-225.
4. Cardo DM, Culver DH, Ciesielski CA, Srivastava PU, Marcus R, Abiteboul D, Heptonstall J, Ippolito G, Lot F, Mckibben PS, Bell DM. A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. Centers for Disease Control and Prevention Needlestick Surveillance Group. *N Engl J Med.* 1997, 20; 337 (21): 1485-1490.
5. Pinkerton AD, Holtgrave DR. Cost-effectiveness of chemoprophylaxis after occupational exposure to HIV. *Arch Intern Med.* 1997; 12 (9): 1067-1078.
6. Pinkerton AD, Holtgrave DR. Bloom FR. Cost-effectiveness of chemoprophylaxis following sexual exposure to HIV. *AIDS.* 1998 sep 22; 157: 1972-1980.
7. Spaulding A, Salas C, Cleaver D, et al. HIV seroprevalence in male sexual offenders in Rhode Island: implications for post-exposure prophylaxis. Presented at the 8th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Chicago, Illinois, February 2-4, 2001.
8. Lauber AA, Souma ML. Use of toluidine blue for documentation of traumatic intercourse. *Obstet Gynecol* 1982; 60: 644-648.
9. Almeda J, Casabona Barbara J, Simon B, Gérard M, Rey D, Puro V, Thomas T. Proposed recommendations for the management of HIV post-exposure prophylaxis after sexual, injecting drug or other exposures in Europe. *Euro Surveill.* 2004; 9 (6): pii=471.
10. Agudelo L. Urgencias. Psiquiatría. Cuarta edición. Corporación para Investigaciones Biológicas. Medellín, Colombia, 2004.
11. Smith DK, Grohskopf LA, Black RJ, Auerbach JD, Veronese F, Struble KA, et al. Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injecting-Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV in the United States. Recommendations from the U.S. Department of Health and Human Services. *MMWR Recomm Rep* 2005; 54(RR02):1-20.

12. Blackham J, Almeda J, European Project on Non-Occupational Postexposure Prophylaxis for HIV (Euro-NONOPEP). Differences between new United States recommendations and existing European guidelines on the use of postexposure prophylaxis (PEP) following non-occupational exposure. *Euro Surveill.* 2005;10(4):pii=2627.
13. Myles JE, Hirozawa A, Katz MH, Kimmerling R, Bamberger JD. Postexposure prophylaxis for HIV after sexual assault. *JAMA.* 2000 Sep 27; 284 (12): 1516-1518.
14. Basset I, Freedberg K, Walensky R. Two drugs or Three? Balancing Efficacy, Toxicity, and Resistance in Postexposure Prophylaxis for Occupational Exposure to HIV. *Clinical Infectious Disease.* 2004; 39: 395-401.
15. Trussel K, Koenig J, Ellerston C, Stewart F. Preventing unintended pregnancy: the cost-effectiveness of three methods of emergency contraception. *Am J Public Health.* 1997; 87: 932-937.
16. Vargas E. Delitos contra la libertad sexual. Medicina Legal. Editorial Trillas. Segunda Edición. Segunda Reimpresión. México. 2002. 250-262.
17. Ernoehazy W, Murphy-Lavoie H. Sexual Assault. eMedicine Specialties. *Emergency Medicine.* Emergency Department Fraser Memorial Hospital, Florida. U.S.A. 2008.
18. Protocolo de Atención Integral a Víctimas de Agresiones y/o Delito Sexual Hospital México, 2008.
19. Protocolo Atención a la Persona Víctima de Violación, Clínica VIH, Hospital Calderón Guardia, Caja Costarricense del Seguro Social 2006.
20. Protocolo Social Para el Abordaje de Personas Sobrevivientes de Abuso Sexual, Servicio de Trabajo Social, Hospital San Juan de Dios, Caja Costarricense del Seguro Social, 2007-2008.

Anexo 1: Primeros auxilios psicosociales

Componente	Objetivo	Que hacer	Que NO hacer
<p>Área psicosocial</p>	<p>Apoyar a la víctima a reducir las ansiedades y reestablecer los sentimientos de auto control</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener una escucha activa. - Garantizar seguridad y apoyo, estableciendo una relación de empatía. - Contribuir en la recuperación de la víctima - Creer su historia de abuso, sin emitir juicios y prejuicios. - No culpabilizar sobre lo sucedido. - Explorar el evento del asalto sexual, si la persona así lo desea. - Orientar sobre asuntos prácticos que enfrentara en aspectos de: salud, legal, protección y emocional. - Reconocer que no se puede cambiar el evento de violación. - ASPECTOS CLAVES DE ESTA ETAPA escucha sin emitir juicios respeto acompañamiento informar sobre sus derechos y deberes 	<ul style="list-style-type: none"> - Preguntas que puedan ocasionar mayor inseguridad o culpabilidad, como: <i>¿Por qué, se quedo ahí?, ¿Por qué, no pidió ayuda?, ¿Por qué vestía así?, ¿Qué hacia a esa hora?</i> - Intentar resolverlo todo. - Tomar decisiones que comprometan por largo tiempo. - Realizar promesas. - Comparaciones con otras situaciones. - Minimizar el evento, pese a que su objetivo sea ayudar. - Obligar a la persona a denunciar, (la víctima toma la decisión). - Aventurarse a llamar a redes de apoyo, sin el consentimiento de la víctima, esta decide si llama a alguna persona y a quien desea llamar. - Contar su propia historia. - Ignorar o minimizar sentimientos ni hechos - Juzgar, regañar o tomar partido - Confrontar o interpretar.

Fuente: Adaptado de Protocolo Social Para el Abordaje de Personas Sobrevivientes de Abuso Sexual, Servicio de Trabajo Social, Hospital San Juan de Dios, Caja Costarricense del Seguro Social, 2007-2008.

