Instructivo para el uso del kit de profilaxis posexposición para VIH, ITS y anticoncepción de emergencia en víctimas de violencia sexual

Resolución 459 de 2012, por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de atención integral en salud a víctimas de violencia sexual: Pasos 5, 6 ,7 y 8.

OIM-IOM

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

PROSPERIDAD
PARA TODOS

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

NORMAN JULIO MUÑOZ MUÑOZ
Viceministro de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

ELKIN OSORIO SALDARRIAGA
Director de Promoción y Prevención

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Gloria Isabel Puerta Hoyos
Profesional Especializado

OIM - ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES

Marcelo Enrique Pizani
Jefe de Misión OIM

Alejandro Guidi
Jefe de Misión Adjunto OIM

Beatriz Helena Gutiérrez
Coordinadora de Salud, Género y Migraciones OIM

Elaborado por:

Liliana Andrade Forero
Consultora en VIH

Imprenta Nacional de Colombia

ISBN: 978-958-8838-51-9

Colombia
2013

Tabla de Contenido

I. JUSTIFICACIÓN Y MARCO NORMATIVO 7

1.1 Justificación y evidencia médica 7

1.2 Marco normativo en Colombia 9

II. RECOMENDACIONES PARA EL CONTENIDO Y ALMACENAMIENTO DEL KIT POSEXPOSICIÓN 11

III. EL PASO A PASO DEL USO ADECUADO DE LOS KITS PARA PROFILAXIS POSEXPOSICIÓN DE VIH, ITS Y ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL (KIT PEP). 14

IV. ASESORÍA PREVIA A LAS PRUEBAS 17

V. REALIZACIÓN DE PRUEBAS RÁPIDAS 19

VI. INICIO DE LA PROFILAXIS 25

6.1 Los antirretrovirales, su mecanismo de acción, sus efectos secundarios y toxicidad 27

6.2 Aspectos relevantes relacionados con la profilaxis de Hepatitis B, de otras ITS y de la anticoncepción de emergencia 29

6.3 Prescripción de la profilaxis del VIH y de las ITS 29

a) Profilaxis para víctimas con menos de 30 kg de peso 30
b) Profilaxis para víctima con más de 30 kg de peso 32

6.4 Anticoncepción de Emergencia 32

6.5 Profilaxis de la Hepatitis B 32

6.6 Diligenciamiento del formato de seguimiento del KIT PEP 34

VII. SEGUIMIENTO **35**

VIII. PREGUNTAS FRECUENTES **39**

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS **43**

X. ANEXOS **45**

1.01 ANEXO 1 Ley 1146 de 2007 45

10.2 ANEXO 2 Ley 1257 de 2008 52

10.3 ANEXO 3 Resolución 1776 de 2008 52

10.4 ANEXO 4 Resolución 000459 de 2012 56

10.5 ANEXO 5 Formato de seguimiento de uso del kit posexposición 66

I. Justificación y marco normativo

El objetivo de este Instructivo es darle al médico general, inclusive en los municipios más alejados, las herramientas necesarias para poder prescribir una profilaxis posexposición de manera oportuna y eficaz, y a su vez hacer seguimiento de la misma.

1.1 Justificación y evidencia médica[1]

La prescripción del kit de profilaxis posexposición en víctimas de abuso sexual es mandatoria si la persona expuesta consulta al servicio médico dentro de las 72 horas después de ocurrido el evento y pretende prevenir infecciones de trasmisión sexual incluyendo al VIH y embarazos como consecuencia del abuso sexual. Si la víctima ha sido sometida crónicamente a abuso sexual, no deje de analizar el caso individualmente y trate de evidenciar exposición de riesgo en las postreras 72 horas.

En el riesgo de infecciones de transmisión sexual, los factores que influyen en la adquisición de una ITS secundaria al abuso sexual son la prevalencia de estas enfermedades en la población adulta, el número de agresores, el tipo y la frecuencia de contacto físico entre el agresor (o los agresores) y la víctima, la inefectividad de cada germen, la susceptibilidad de la víctima a la infección y la administración o no de tratamiento profiláctico oportuno y adecuado. El tiempo que pasa entre la agresión y la valoración médica influye en la probabilidad de que la víctima presente signos y síntomas de una ITS.

En el escenario de un abuso sexual, sobre todo si se trata de un episodio aislado y no se conoce al agresor, lo más razonable es siempre el cribado de las ITS e iniciar la profilaxis posexposición y el seguimiento clínico, asumiendo que el riesgo de que el agresor esté infectado es elevado.

El riesgo de transmisión del VIH después de un único contacto sexual en el que existe intercambio de secreciones y/o sangre estimado, de transmisión del VIH por episodio de exposición sexual receptiva pene-ano es entre el 0,1% y el 3% y en caso de exposición sexual vaginal receptiva entre el 0,1 y el 0,2 %. El riesgo de infección es mayor si la relación es anal receptiva, intermedio si es vaginal receptiva y menor si es oral receptiva.

A continuación se exponen los porcentajes de probabilidad estimada de infección por VIH según el tipo de exposición:

1 Basado en: Abuso sexual en la infancia; prevención de las enfermedades de transmisión sexual. O. García Algar y A. Mur Sierra. Servicio de Pediatría. Hospital del Mar. Barcelona. (An Esp Pediatria 2001; 54: 267-271).

Probabilidad estimada de infección por VIH según el tipo de exposición[2]

Tipo de exposición	Probabilidad estimada de infección
Transfusión de sangre infectada	90%-100%
Transmisión materno-infantil (sin profilaxis)	24% - 45%
Transmisión materno-infantil (con profilaxis)	2% o menos
Coito anal receptivo (quien es penetrado)	1%-2%
Compartir material de inyección o corto punzante (agujas, jeringas, cuchillas, etc.)	0,0067%
Coito vaginal (mujer)	0,1%-0,2%
Exposición percutánea a sangre	0,003%
Exposición mucocutánea a sangre	0,0009
Coito anal (quien penetra)	0,0006
Practicar sexo oral a hombre	0,0006
Practicar sexo oral a mujer	0,0005
Coito vaginal (hombre)	0,03%-0,14%
Mujer-mujer intersexual	Solo 4 casos registrados

La decisión de ofrecer profilaxis con antirretrovíricos debe tener en cuenta los beneficios y los riesgos. En caso de abuso sexual, aunque el estado de infección por VIH del agresor no se conozca, el tipo de exposición, que suele comportar una relación sexual forzada y traumática, puede aumentar el riesgo de infección.

Con referencia a la anticoncepción de emergencia en la actualidad, el Levonorgestrel (0,75 mg) es el esquema recomendado mundialmente, por tener una efectividad superior y menores efectos secundarios que el método de Yuzpe (anovulatorios orales combinados). Debe administrarse lo más pronto posible, preferiblemente en las primeras 12 horas o antes de las primeras 72 horas después de sucedidos los hechos (el esquema de solo levonorgestrel ha mostrado eficacia incluso hasta el quinto día). Entre más pronto se inicie, mayor eficacia tendrá[3].

2 Fuente: Fransi, L. VIH-Sida. Guías clínicas 2008. Disponible en: http://fisterra.com/guias2/VIH.asp#top

3 Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el Sector Salud. SSB - UNFPA. 1 Edición. Bogotá, D.C. Noviembre de 2008.

1.2 Marco normativo en Colombia

- Obligatoriedad de la atención médica de urgencia e integral en salud a víctimas de abuso sexual:

LEY 1146 DE 2007 Diario Oficial No. 46.685 de 10 de julio de 2007 CONGRESO DE LA REPÚBLICA. (Ver Anexo 1)

Por medio de la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente:

(Capítulo III, Artículo 9)…"ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD. En caso de abuso sexual a niños, niñas y adolescentes, el Sistema General en Salud tanto público como privado, así como los hospitales y centros de salud de carácter público, están en la obligación de prestar atención médica de urgencia e integral en salud a través de profesionales y servicios especializados. La no definición del estado de aseguramiento de un niño, niña o adolescente víctima de abuso sexual no será impedimento para su atención en salud, que en todo caso incluirá como mínimo lo siguiente:

1. Los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual serán atendidos en las Instituciones Prestadoras de Salud tales como EPS, IPS, previamente mencionadas, de manera inmediata y en cumplimiento del principio de prevalencia de sus derechos, clasificando y atendiendo estos casos como de urgencia médica.

2. Examen y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual adquiridas con ocasión del abuso.

3. Provisión de antirretrovirales, antibióticos profilácticos y anticoncepción de emergencia.

4. Durante la atención de la urgencia se realizará una evaluación física y sicológica del niño, niña o adolescente víctima del abuso, teniendo cuidado de preservar la integridad de las evidencias.

5. A que se recojan de manera oportuna y adecuada las evidencias, siguiendo las normas de la Cadena de Custodia.

6. Se dará aviso inmediato a la policía judicial y al ICBF.

7. Se practicarán de inmediato las pruebas forenses, patológicas y sicológicas necesarias para adelantar el proceso penal correspondiente.

PARÁGRAFO. Las EPS, IPS, u otros prestadores del servicio que no cumplan de manera inmediata con lo ordenado en el presente artículo, serán objeto de sanción por parte de la Superintendencia de Salud."… (Ver Anexo 2).

- **Obligaciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en la atención integral a víctimas de violencia sexual[4].**

Toda Institución Prestadora de Servicios de Salud, pública o privada, en todos los niveles de atención, debe:

1. Garantizar la primera atención a la víctima de violencia sexual.

4 Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el Sector Salud . SSB - UNFPA. 1 Edición. Bogotá, D.C. Noviembre de 2008

2. Definir quién da aviso inmediato a la Policía Judicial, ante la llegada de un caso de violencia sexual.

3. Conocer y aplicar la ruta básica de la localidad: mecanismos y teléfonos para contactar como mínimo a:

- Policía Judicial.
- Protección: Comisaría de Familia o Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
- Referente Red del Buen Trato.
- Laboratorios para referenciar muestras clínicas.

4. Contar con los mecanismos para que todo el personal de la institución esté capacitado de forma permanente en la atención a realizar desde su cargo: administrativo, de atención en salud, seguridad, servicios generales y otros (como parte de la capacitación al ingreso a laborar en la institución y como educación continuada periódica).

5. Garantizar de forma permanente la disponibilidad de elementos para la toma, embalaje y rotulado adecuado de evidencias, así como los formatos de registro básicos: historia clínica, hoja de registro de cadena de custodia, y formatos de ficha SIVIM si existieren.

6. Definir y garantizar el eficaz trámite a los laboratorios de las muestras solicitadas en la búsqueda de embarazo e infecciones de transmisión sexual, y los mecanismos para su envío rápido, oportuno y adecuado; la recepción de resultados y la adecuada forma de hacer llegar los reportes a la víctima, al médico tratante y al Sistema de Justicia.

7. Designar un lugar adecuado para el almacenamiento transitorio de los elementos materia de prueba o evidencias.

8. Definir claramente los responsables de estos almacenes.

9. Definir rutas de comunicación claras con la Policía Judicial, para que esta institución haga la recepción pronta y oportuna de las evidencias.

10. Realizar comunicación con Vigilancia Epidemiológica; esta notificación es muy importante en la articulación para la continuidad del proceso integral de atención y para la garantía de derechos.

11. Asegurar la remisión adecuada y efectiva para que se haga la continuidad terapéutica que requiera el caso.

12. Garantizar la continuidad del proceso de atención bio-psicosocial.

13. NO INTERPONER BARRERAS A LA ATENCIÓN INMEDIATA:

- **NO COBRAR copagos ni cuotas moderadoras.**
- **Las IPS no necesitan autorización de las EPS para administrar la profilaxis posexposición, se trata de una atención de urgencia.**
- **No DIFERIR LA ATENCIÓN DE URGENCIA con referencias a especialistas.**
- **La administración de la profilaxis posexposición puede realizarse y controlarse en todos los niveles de complejidad.**

II. Recomendaciones para el contenido y almacenamiento del kit posexposición

PARA VÍCTIMAS CON MENOS DE 30 KG DE PESO

TIPO DE PROFILAXIS	COMPOSICIÓN	SUGERENCIA DE CONTENIDO	CANTIDAD	TIEMPO DE PROFILAXIS
Profilaxis del VIH	Dos agentes antirretrovirales nucleósidos y un inhibidor de la proteasa	ZIDOVUDINA Susp. 10 mg / ml	5 frascos por 240ml	4 semanas
		LAMIVUDINA Susp. 10 mg / ml	3 frascos por 240ml	4 semanas
		LOPINAVIR / RITONAVIR Susp. 80/20 mg/ml*	2 frascos por 160 ml	4 semanas
Profilaxis de Hepatitis B	Vacuna contra la Hepatitis B*		3 dosis	Completar esquema
	Inmunoglobulina G contra Hepatitis B*		Según peso de la víctima	Completar esquema
Profilaxis de otras ITS	Antibióticos de amplio espectro para Sífilis, Gonorrea, Clamidia, Tricomonas, Linfogranuloma venéreo	CEFUROXIMA. Suspensión 250mg/5 cc, Fco x 70ml	1 frasco	Dosis única
		AZITROMICINA. Suspensión 200mg/ 5ml, Fco x 15 ml	1 frasco	Dosis única
		METRONIDAZOL. Suspensión 250mg/5 cc, Fco x 120 ml	1 frasco	Dosis única
	Jeringa de 10 cc para administración de los medicamentos en suspensión		1	
Anticoncepción de Emergencia	Progestina sintética de segunda generación	Levonorgestrel x 0,75mg	2 tabletas	Dosis única
PRUEBA RÁPIDA PARA VIH	Prueba rápida de anticuerpos para VIH 1 y 2		2	
PRUEBA RÁPIDA PARA HB	Prueba rápida de Antígenos de Superficie para HB		1	
PRUEBA RÁPIDA DE EMBARAZO	Prueba rápida para Gonadotropina coriónica		1	

*Por requerir refrigeración, el Lopinavir / Ritonavir en Suspensión, las Vacunas para HB y la Gamaglobulina para HB deberán mantener la cadena de frío, pero con garantía de acceso a las mismas, dentro de las 72 horas después de haber ocurrido la violación.

PARA VÍCTIMAS CON MÁS DE 30 KG DE PESO

TIPO DE PROFILAXIS	COMPOSICIÓN	SUGERENCIA DE CONTENIDO	CANTIDAD	TIEMPO DE PROFILAXIS
Profilaxis del VIH	Dos agentes antirretrovirales nucleósidos y un inhibidor de la proteasa	Zidovudina 300 mg + Lamivudina 150 mg (Dosis fija combinada)	60 tabletas	4 semanas
		Lopinavir / Ritonavir 200/ 50 mg	120 tabletas	4 semanas
Profilaxis de Hepatitis B	Vacuna contra la Hepatitis B*		3 dosis	Completar esquema
	Gamaglobulina contra Hepatitis B*		Según peso de la víctima	Completar esquema
Profilaxis de otras ITS	Antibióticos de amplio espectro para Sífilis, Gonorrea, Clamidia, Tricomonas, Linfogranuloma venéreo	Ceftriazona 1gr	1 vial	Dosis única
		Azitromicina x 500 mg	2 tabletas	Dosis única
		Metronidazol x 500 mg	4 tabletas	Dosis única
Anticoncepción de Emergencia	Progestina sintética de segunda generación	Levonorgestrel x 0,75mg	2 tabletas	Dosis única
PRUEBA RÁPIDA PARA VIH	Prueba rápida de anticuerpos para VIH 1 y 2		2	
PRUEBA RÁPIDA PARA HB	Prueba rápida de Antígenos de Superficie para HB		1	
PRUEBA RÁPIDA DE EMBARAZO	Prueba rápida para Gonadotropina coriónica		1	

Se recomienda mantener en un sitio con fácil disponibilidad para el personal de urgencias, 2 kits para menores de 30 kg y 2 kits para mayores de 30 kg. Se sugiere ubicar los kits en un recipiente hermético y fácil de identificar.

[5]En mujeres embarazadas se debe reemplazar la Azitromicina por Eritromicina (500mg c/6hs por 7 días) o Amoxacilina 500mg c/ 8 hs por 7 días. Evitar el Metronidazol en el primer trimestre del embarazo.

5 Fuente: World Health Organization and United Nations High Commissioner for Refugees. Clinical Management of Survivors of Rape. A guide to development of protocols for use in refugee and internally displaced person situations. Ginebra:WHO; 2002.

III. El paso a paso del uso adecuado de los kits para profilaxis posexposición de VIH, ITS y anticoncepción de emergencia en víctimas de violencia sexual (KIT PEP)

El uso adecuado del KIP PEP se resume en cuatro 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 posexposición.
4. Seguimiento clínico y paraclínico.

1. ASESORÍA PREVIA A LAS PRUEBAS

IV. Asesoría previa a las pruebas

Con base en el Decreto 1543 de 1997, "Por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)"…, se hace mandatoria la asesoría previa y posterior a la prueba del VIH y esta última es en todos los casos, de carácter voluntario.

El objetivo principal de la **prueba del VIH en las víctimas de violencia sexual** es hacer un diagnóstico "presuntivo" de una posible infección por VIH, previa al evento de exposición de riesgo a través del acto sexual violento. Debe quedar claro para la víctima, que en caso de un resultado "reactivo", se hace necesario según el algoritmo vigente, realizar una segunda prueba y hasta una tercera para confirmar el diagnóstico de infección por VIH.

La víctima a la que se pretende realizar la prueba presuntiva para VIH, debe recibir la Asesoría para la prueba voluntaria del VIH (APV), igual que cualquier otra persona, para lo cual se recomienda utilizar el Rotafolio de APV y basarse en las "Pautas para APV", ambas disponibles en medio magnético en la página del Ministerio de Salud y Protección Social (Observatorio de VIH - Diagnóstico - Asesoría para prueba voluntaria): http://www.minproteccionsocial.gov.co/salud/Paginas/Observatorio_menu_acceso_diagnostico_asesoria_prueba_volunt aria_(APVaspx

En la historia clínica debe constar a través de la copia del "Consentimiento informado" debidamente firmado por la víctima o su acudiente, que se ha realizado la Asesoría preprueba.

En el caso de la **prueba rápida para Hepatitis B**, un resultado "reactivo" en una prueba rápida es altamente sugestivo de una infección aguda o crónica, e igualmente se necesitan pruebas complementarias para aclarar el diagnóstico.

Al respecto de la **prueba de embarazo**, un resultado positivo indica que la víctima ya estaba embarazada antes de la exposición de riesgo.

La víctima debe entender claramente que con las pruebas que se realizarán no se pretende saber si se infectó o se embarazó tras el abuso sexual , para lo cual se tomarán simultáneamente otras muestras y se harán seguimientos periódicos. (Protocolo de atención integral a víctimas de violencia sexual).

2. REALIZACIÓN DE PRUEBAS RÁPIDAS

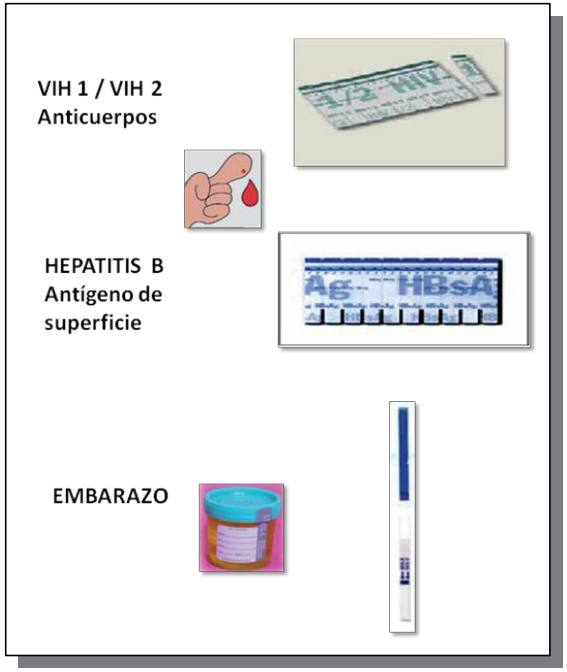
V. Paso 2. Realice los análisis de laboratorio urgentes para decidir qué profilaxis se debe prescribir

Prueba rápida para VIH 1 y VIH 2: Esta prueba detecta anticuerpos no específicos para VIH. Es altamente sensible. Existen pruebas rápidas para realizar con sangre, suero, plasma e inclusive con fluido oral. Si la muestra es sangre total, capilar o venosa, siempre debe usarse el Buffer. Se deben seguir las recomendaciones exactas del inserto de la prueba.

Si la prueba es **"REACTIVA"**, no administre la profilaxis antirretroviral y complete el algoritmo diagnóstico; a menos que exista sospecha alta y fundamentada de que se trata de un falso positivo, de acuerdo a la clínica y los antecedentes de la persona. En tal caso inicie la profilaxis, confirme el diagnóstico y decida en ese momento si termina la profilaxis o si la suspende.

Prueba rápida para HEPATITIS B: Detecta antígenos de superficie (HBsAg). Este análisis se usa para mostrar la presencia del virus. Un resultado **"positivo" o "reactivo"** en el análisis de HBsAg para HB, indica que la persona está infectada con el virus , lo cual puede significar una infección "aguda" o "crónica". Si la prueba resulta "reactiva", entonces la víctima no es candidata para recibir la vacuna de la HB, pero se debe aclarar el diagnóstico para iniciar el tratamiento adecuado.

Prueba rápida de EMBARAZO: Las pruebas rápidas de embarazo en orina se basan en la identificación de la Hormona Gonadotropina Coriónica. Una prueba **"positiva o reactiva"** indica embarazo previo al evento de violencia sexual. En tal caso no sería necesaria la anticoncepción de emergencia. Si no se cuenta con pruebas de embarazo, la administración de la anticoncepción de emergencia no causa toxicidad en el feto, si es que la víctima estuviere ya embarazada, por lo que la realización de la prueba no debe convertirse en barrera para el inicio de la misma.



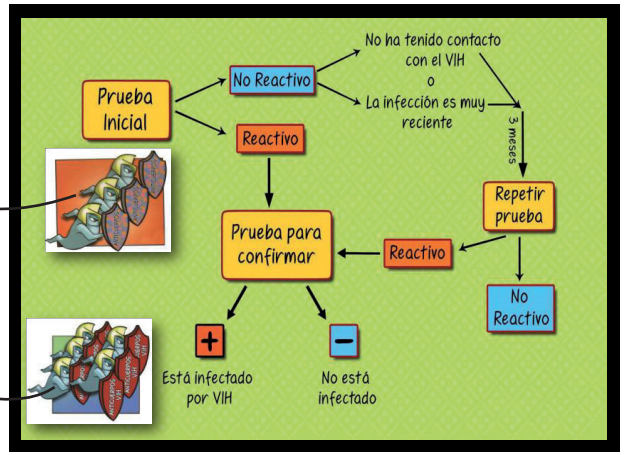
Algoritmo diagnóstico de infección por VIH[6]:

PRUEBAS PRESUNTIVAS:

Las pruebas de ELISA, rápidas o convencionales, miden anticuerpos IgG / IgM de HIV 1y2. Son altamente "sensibles"

PRUEBAS CONFIRMATORIAS

Las pruebas de confirmación de Western Blot, detectan anticuerpos específicos contra proteínas virales del VIH. Son altamente "específicas"



Toma de decisiones según los resultados de las pruebas rápidas[7,8]

	PRUEBA RÁPIDA PARA VIH	PRUEBA RÁPIDA PARA HB	PRUEBA RÁPIDA DE EMBARAZO
REACTIVA	No inicie Profilaxis, complete el algoritmo diagnóstico	No inicie Profilaxis. Complete el algoritmo diagnóstico	No inicie anticoncepción de emergencia
NO REACTIVA	Inicie profilaxis para VIH	Inicie profilaxis para HB	Inicie anticoncepción de emergencia

6 Rotafolio para APV. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia. 2011.

7 Cómo interpretar las pruebas de serología hepática. FICHAS DE CONSULTA RÁPIDA. [http://www.svmfyc.org/Fichas/Indice.asp]

8 PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE HEPATITIS B. PRO-R02.003.0000.012. VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA. Colombia. 2011.

Si la prueba del VIH resultare "Reactiva" y si el médico o médica tratante tuviera sospecha fundamentada, de que se pudiera tratar de un falso positivo, la recomendación fuerte sería iniciar profilaxis para VIH, continuar con el algoritmo diagnóstico hasta obtener la confirmación o no de infección por VIH. En ese momento se podrá tomar la decisión de continuar la profilaxis con antirretrovirales o de suspenderla y en tal caso iniciar la atención integral que corresponda.

* Causas de "Falsos Positivos" a la prueba del VIH: Personas con anticuerpos anti-HLA-DR4, DQW3, enfermedades reumatoideas. Polimiositis, Hemodializados, fracaso renal crónico, Síndrome de Stevens-Johnson, administración previa de inmunoglobulinas, sueros posvacunales (gripe, hepatitis B), infecciones agudas por virus ADN, enfermedad hepática alcohólica grave, cirrosis primaria biliar, Colangitis esclerosante, pacientes con parasitosis severas, lupus eritematoso, multitransfusiones, trasplantados renales, multíparas.

3. INICIO DE LA PROFILAXIS

VI. Paso 3. Prescripción de la profilaxis para VIH, ITS / Hepatitis B y anticoncepción de emergencia

Antes de iniciar los antirretrovirales, realice una prueba de Hemoglobina para asegurarse de que la Zidovudina (Antirretroviral profiláctico) no se encuentra contraindicado. Si la hemoglobina está por debajo de 10 mg/dl, considere reemplazar la Zidovudina por otro antirretroviral que tenga menos riesgo de producir anemia, como el Abacavir.

6.1 LOS ANTIRRETROVIRALES, SU MECANISMO DE ACCIÓN, SUS EFECTOS SECUNDARIOS Y TOXICIDAD[9]

El mecanismo de acción de los antirretrovirales es impedir la multiplicación viral, beneficio que se logra si se inicia la profilaxis antes de que pasen 72 horas desde ocurrida la violación y si se logra una adherencia al tratamiento antirretrovírico triconjugado por encima del 95%.

ZIDOVUDINA (AZT): Dado que la profilaxis del VIH se administra durante 28 días, es posible presenciar toxicidad a corto plazo: Trastornos cutáneos como hiperpigmentación en las uñas en banda o menos frecuente en la piel, trastornos gastrointestinales como náuseas, diarrea, toxicidad mitocondrial muy frecuente como anemia (mielotoxicidad), miopatía y miocardiopatía, esteatosis hepática, acidosis láctica.

Medidas de precaución:

- Indagar por antecedentes de hipersensibilidad.
- Realizar un hemograma y medición de hemoglobina, para descartar posibles contraindicaciones de la Zidovudina, si la hemoglobina se encontrara en 10 mg/ml o menos, se sugiere reemplazar el AZT por Abacavir.
- Controlar Hemoglobina a la 1ª semana, a las 4 semanas y a las 8 semanas después de iniciar el AZT. En caso de evidenciar anemia, suspender inmediatamente el AZT y considerar la posibilidad de transfusión sanguínea.
- Control clínico semanal después de iniciar la profilaxis y al completar los 28 días de tratamiento.
- Instruir a la víctima y a sus familiares sobre los signos de inicio de toxicidad de los ARV.

9 Manejo de la toxicidad por fármacos antirretrovirales. Pere Domingo (a) , y Fernando Lozano (b). (a) Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España, (b) Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario de Valme, Sevilla, España. 2010. Elsevier, España.

ABACAVIR (ABC): La toxicidad más frecuente con ABC es la reacción de hipersensibilidad que aparece durante las primeras 6 semanas de tratamiento en el 90% de los casos (media, 11 días) y se caracteriza por la asociación de un exantema morbiliforme o maculopapular, generalmente leve o moderado, con fiebre, artromialgias, síntomas gastrointestinales, respiratorios y constitucionales, a los cuales pueden añadirse también hipotensión, alteraciones de múltiples órganos (linfadenopatías, mucositis, hepatitis, nefritis intersticial, neumonitis, miocarditis, etc.) y alteraciones hematológicas, entre las que destaca la eosinofilia. No obstante, el exantema puede no aparecer hasta en una tercera parte de los casos. Puesto que su diagnóstico es clínico, la mejor ayuda para realizarlo es mantener un alto índice de sospecha. El cuadro clínico se resuelve tras suspender la administración de ABC, pero si este se mantiene o se reintroduce, puede progresar rápidamente y conllevar a un fracaso multiorgánico y a la muerte. Por ello, ante la sospecha de una reacción de hipersensibilidad por ABC debe retirarse este fármaco de forma inmediata y definitiva.

Medidas de precaución:

- **Indagar por antecedentes de hipersensibilidad.**
- **En caso de evidenciar cualquier signo sugestivo de toxicidad por ABC, suspender inmediatamente.**
- **Control clínico semanal.**
- **Instruir a la víctima y a sus familiares sobre los signos de inicio de toxicidad y sobre la necesidad de consultar de inmediato al equipo de salud.**

LAMIVUDINA (3TC): Es en general un medicamento bien tolerado, con escasos efectos gastrointestinales durante los 28 días de tratamiento profiláctico.

LOPINAVIR RITONAVIR (LPV / RTV): Los signos precoces de toxicidad más frecuentes son la diarrea, náuseas y vómito, ocasionalmente aunque raro, reacciones de hipersensibilidad. La toxicidad más evidente suele presentarse en el metabolismo de los lípidos y de la glucosa, pero generalmente se ven a largo plazo.

Medidas de precaución:

- **Indagar por antecedentes de hipersensibilidad, o trastornos metabólicos de la glucosa o de los lípidos.**
- **Realizar perfil lipídico y glicemia de base, con control al terminar los 28 días de profilaxis y a las 8 semanas.**
- **Control clínico semanal.**
- **Instruir a la víctima y a sus familiares sobre los signos de inicio de toxicidad y sobre la necesidad de consultar de inmediato al equipo de salud.**

6.2 ASPECTOS RELEVANTES RELACIONADOS CON LA PROFILAXIS DE HEPATITIS B, DE OTRAS ITS Y DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

Los efectos secundarios más frecuentes de la Ceftriaxona, Cefuroxima, Azitromicina y Metronidazol generalmente se relacionan con reacciones alérgicas e intolerancia gastrointestinal.

El efecto secundario más frecuente con el Levonorgestrel son las náuseas y vómitos, por lo cual algunas escuelas prefieren administrar Metoclopramida IM, antes de iniciar la profilaxis, para prevenir el vómito.

Medidas de precaución:

- **Indagar por antecedentes de hipersensibilidad a alguno de los medicamentos.**
- **Control clínico semanal.**
- **Aplicar Metoclopramida IM antes de iniciar la anticoncepción de emergencia.**
- **Instruir a la víctima y a sus familiares sobre los signos de inicio de toxicidad y efectos secundarios y sobre la necesidad de consultar de inmediato al equipo de salud.**

6.3 PRESCRIPCIÓN DE LA PROFILAXIS DEL VIH Y DE LAS ITS

A continuación se dan las indicaciones para la prescripción de los antirretrovirales y los antibióticos necesarios para la profilaxis del VIH y de las ITS, de acuerdo al peso de la víctima. Para facilitar la logística de manejo de los kits, la prescripción por parte del médico, evitar administrar tabletas fraccionadas y favorecer la adherencia de la víctima, se propone administrar presentaciones en suspensión para personas menores de 30 kg y presentaciones en tabletas para mayores de 30 kg[10].

En todos los casos, el servicio de salud que atienda a la víctima y que inicie la profilaxis debe entregar a la misma, suficientes dosis para completar los 28 días requeridos para la profilaxis de VIH con Antirretrovirales.

10 Tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH en niños en Latinoamérica y el Caribe: en la ruta hacia el acceso universal. Recomendaciones para un enfoque de salud pública. 2008. OPS/OMS.

a) PROFILAXIS PARA VÍCTIMAS CON MENOS DE 30 KG DE PESO

PROFILAXIS PARA VIH E ITS EN MENORES DE 30 KG					
PROFILAXIS PARA VIH X 28 DÍAS			PROFILAXIS DE ITS. DOSIS ÚNICA		
ZIDOVUDINA (AZT) Suspensión 10 mg / ml. Fco de 240 ml	**LAMIVUDINA (3TC) Suspensión 10 mg / ml. Fco de 240 ml**	**LOPINAVIR / RITONAVIR Suspensión 80/20 mg/ml Fco. de 160 ml. NECESITA REFRIGERACIÓN**	**CEFUROXIMA. Suspensión 250mg/5 cc, Fco x 70ml .**	**AZITRO-MICINA. Suspensión 200mg/ 5ml, Fco x 15 ml**	**METRONIDA-ZOL. Suspensión 250mg/5 cc, Fco x 120 ml**
Dosis proyectada para los niños mayores de 6 semanas: Oral: 180-240 mg/m2/dosis, 2 veces al día (dosis diaria total de 360-480 mg/m2) Dosis máxima: 300 mg/dosis, 2 veces al día Fórmula para el cálculo de la superficie corporal S.C. (m2)= (Pesox4)+7 /Peso+90 Dosis de adultos: 250-300 mg/dosis, 2 veces al día	DOSIS : 4mg / Kg. Dos veces al día.	Dosis proyectadas de LPV: Peso entre 5 y 7,9 kg: 16 mg/kg/dosis, 2 veces al día Peso entre 8 y 9,9 kg: 14 mg/kg/dosis, 2 veces al día Peso entre 10 y 13,9 kg: 12 mg/kg/dosis, 2 veces al día Peso entre 14 y 39,9 kg: 10 mg/kg/dosis, 2 veces al día Dosis proyectadas de RTV: Peso entre 7 y 15 kg: 3 mg/kg/dosis, 2 veces al día Peso entre 15 y 40 kg: 2,5 mg/kg/dosis, 2 veces al día Dosis máxima: 400 mg de LPV + 100 mg de RTV, 2 veces al día	10 mg/Kg.	10 mg/Kg.	20 mg / Kg

En mujeres embarazadas, reemplazar la Azitromicina por Eritromicina (50 mg/kg/día repartida en 3 tomas, por 7 días) o Amoxacilina (50 a 100 mg/kg/día, dividida en tres tomas, por 7 días).

Evitar el Metronidazol en el primer trimestre del embarazo.

DOSIFICACIÓN EN MILILITROS POR RANGO DE PESO	ZIDOVUDINA (AZT)* Suspensión 10 mg/ml Fco. de 240 ml			LAMIVUDINA (3TC)* Suspensión 10 mg/ml Fco. de 240 ml			LOPINAVIR / RITONAVIR* Suspensión 80/20 mg/ml Fco. de 160 ml NECESITA REFRIGERACIÓN			CEFUROXIMA Suspensión 250 mg/5 cc, Fco. x 70ml		AZITROMICINA Suspensión 200 mg/5 ml Fco. x 15 ml		METRONIDAZOL Suspensión 250 mg/5 cc Fco. x 120 ml	
RANGO DE PESO	ml AM	ml PM	#FRASCOS	ml AM	ml PM	#FRASCOS	ml AM	ml PM	#FRASCOS	ml Dosis única	# FRASCOS	ml Dosis única	# FRASCOS	ml Dosis única	# FRASCOS
5 - 5,9	6ml	6ml	2	3ml	3ml	1	1ml	1ml	1	1ml	1	1,5ml	1	2ml	1
6 - 6,9	7ml	7ml	2	3ml	3ml	1	1,5ml	1,5ml	1	1,5ml	1	2ml	1	3ml	1
7 - 7,9	8ml	8ml	2	4ml	4ml	1	1,5ml	1,5ml	1	1,5ml	1	2ml	1	3ml	1
8 - 8,9	9ml	9ml	3	4ml	4ml	1	1,5ml	1,5ml	1	2ml	1	2,5ml	1	4ml	1
9 - 9,9	10ml	10ml	3	5ml	5ml	2	1,5ml	1,5ml	1	2ml	1	2,5ml	1	4ml	1
10 - 10,9	10ml	10ml	3	5ml	5ml	2	2ml	2ml	1	2,5ml	1	3ml	1	5ml	1
11 - 11,9	10ml	10ml	3	6ml	6ml	2	2ml	2ml	1	2,5ml	1	3ml	1	5ml	1
12 - 13,9	11ml	11ml	3	6ml	6ml	2	2ml	2ml	1	3ml	1	3,5ml	1	6ml	1
14 - 16,9	13ml	13ml	3	7ml	7ml	2	2,5ml	2,5ml	1	3,5ml	1	4ml	1	7ml	1
17 - 19,9	14ml	14ml	4	8ml	8ml	2	2,5ml	2,5ml	1	4ml	1	5ml	1	8ml	1
20 - 24,9	17ml	17ml	4	10ml	10ml	3	3ml	3ml	2	5ml	1	6,5ml	1	10ml	1
25 - 29,9	19ml	19ml	5	12ml	12ml	3	3,5ml	3,5ml	2	6ml	1	7,5ml	1	12ml	1

*Basado en el Documento de la OMS: ANTIRETROVIRAL THERAPY FOR HIV INFECTION IN INFANTS AND CHILDREN: TOWARDS UNIVERSAL ACCESS. Recommendations for a public health approach. 2010 revision.

b) PROFILAXIS PARA VÍCTIMAS CON MÁS DE 30 KG DE PESO

	PROFILAXIS PARA VIH E ITS EN MAYORES DE 30 KG[11]											
	PROFILAXIS PARA VIH X 28 DÍAS						PROFILAXIS DE ITS DOSIS ÚNICA					
PRESENTACIÓN	ZIDOVUDINA (AZT) 300 mg + LAMIDUVINA 150 mg Tabletas			LOPINAVIR / RITONAVIR 200Mg LPV / 50 mg RTV Tabletas			CEFTRIAZONA Amp x 1 gr		AZITROMICINA* Tabletas por 500 mg		*METRONIDAZOL Tabletas por 500 mg	
DOSIS	# Tabletas AM	# Tabletas PM	TOTAL TAB.	TAB. AM	TAB. PM	TOTAL TAB.	Dosis única	TOTAL	Dosis única	TOTAL	Dosis única	TOTAL
	1	1	56	2	2	112	1gr	1	1gr	2	2gr	4

*En mujeres embarazadas, reemplazar la Azitromicina por Eritromicina (50 mg/kg/día repartida en 3 tomas, por 7 días) o Amoxacilina (50 a 100 mg/kg/día, dividida en tres tomas, por 7 días)[12].

Evitar el Metronidazol en el primer trimestre del embarazo.

6.4 ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA[13]

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA Dosis Única		
Levonorgestrel Tabletas por 0,75 mg	1,5 mg Dosis única	2 tabletas

6.5 PROFILAXIS DE LA HEPATITIS B. (Vacuna y Gamaglobulina)

- **Vacuna contra la HB[14]:**

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 (0,5ml = 10 ug). Se administra hasta los 10 años inclusive.

11 Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el Sector Salud. SSB - UNFPA

12 Fuente: World Health Organization and United Nations High Commissioner for Refugees. Clinical Management of Survivors of Rape. A guide to development of protocols for use in refugee and internally displaced person situations. Ginebra:WHO; 2002.

13 Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el Sector Salud. SSB - UNFPA.

14 Abuso sexual en la infancia: prevención de las enfermedades de transmisión sexual. O. García Algar y A. Mur Sierra. Servicio de Pediatría. Hospital del Mar. Barcelona. (An Esp Pediatr 2001; 54: 267-271).

- **Dosis adolescentes:** de 10 a 20 ug (1ml= 20 ug). Se administra hasta los 19 años inclusive.
- **Dosis adultos:** de 20 ug, a partir de los 20 años.

Idealmente debe aplicarse en las primeras 12 horas y no después de 72 horas.

La primera y segunda dosis deben estar separadas por un intervalo mínimo de 4 semanas. Es de preferencia un período más largo entre la segunda y tercera (6 meses) ; aunque hay esquemas rápidos de 0-1-2 meses: en estos casos se aconseja una cuarta dosis 6-12 meses después (estos esquemas se utilizan en personas con alto riesgo de exposición).

Inmunoglobulina G para Hepatitis B (Gamaglobulina)[15]:

La Inmunoglobulina G para HB tiene las siguientes formas farmacéuticas y presentaciones: Solución para infusion intravenosa:

- Ampolla de 2ml (100 U.I)
- Vial con 10ml (500 U.I)
- Vial con 40 ml (2000 U.I)

Aplicar durante las primeras 72 horas después de ocurrido el evento de exposición, 0.06 ml/kg de peso corporal.

Se debe infundir por vía intravenosa a una tasa inicial de 0,1ml/ kg / hora, en 10 minutos. Si hay buena tolerancia, se puede incrementar la velocidad a 11ml/ kg / hora.

Otros aspectos a tener en cuenta ante la decisión de aplicar Vacuna contra Hepatitis B y Gamaglobulina:

1. Si la persona expuesta está vacunada y se puede saber que tiene buenos títulos de Anticuerpos (AC) (>10): no requiere ni vacuna ni Inmunoglobulina.
2. Si la persona está vacunada pero no se sabe su nivel de AC, solicitar Anticuerpos y valorar la necesidad de un refuerzo. Si no es posible realizar la titulación de anticuerpos antes de que transcurran 72 horas desde ocurrida la exposición de riesgo, se debe iniciar profilaxis, realizar el análisis de niveles de anticuerpos y en ese momento decidir si se completa el esquema de vacunación para HB.
3. Si la víctima no está vacunada o si los niveles de AC son muy bajos (<10): Aplicar Vacuna y Gamaglobulina.

15 Hepatect CP. Inserto, marzo de 2006.

6.6 DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL KIT PEP

Sin excepción, cada vez que utilice el KIT PEP diligencie el formato de seguimiento con los siguientes datos por cada ítem prescrito o utilizado: **Ver Anexo 3.**

a. Nombre Genérico
b. Nombre comercial
c. Casa comercial
d. Unidad de medida (unidad, tabletas, frasco, vial, ampolla)
e. Cantidad
f. Fecha de Vencimiento
g. Número de Lote
h. Registro Invima
i. Fecha de prescripción del ITEM
j. Número de Historia clínica de la víctima a quien se prescribió el ITEM
k. Edad de la víctima
l. Sexo de la víctima
m. Fecha de reposición del ITEM prescrito
n. Nombre y firma de la persona que reporta los datos

4. SEGUIMIENTO

VII. Paso 4. Seguimiento

1. Realice ELISA para VIH a los 3 y 6 meses. Después de 6 meses de pruebas no reactivas, se descarta la infección, siempre que la persona expuesta haya usado condón en todas sus relaciones sexuales y no haya mantenido otros comportamientos de riesgo.
2. Controle síntomas y signos de efectos secundarios y toxicidad de los antirretrovirales durante los 28 días del tratamiento y hasta un mes después de terminada la profilaxis. Reporte los eventos de toxicidad que se presenten.
3. Recomendaciones de Control:
   - Hemoglobina: Al inicio, y cada semana si recibe AZT.
   - Hemograma: Al inicio, a los 28 días y a los 60 días.
   - Perfil lipídico: Al inicio, a los 28 días y a los 60 días.
   - Glicemia: Al inicio, a los 28 días y a los 60 días.
   - Función hepática: Al inicio, a los 28 días y a los 60 días.
4. Complete los 28 días de profilaxis para VIH con no menos de 95% de adherencia al mismo.
5. Complete el protocolo de vacunación para Hepatitis B.
6. Haga seguimiento de todos los análisis de laboratorio incluidos en el protocolo de manejo a víctimas de violencia sexual.
7. Haga seguimiento al cumplimiento del Protocolo de Atención integral a víctimas de violencia sexual.

Para aclarar dudas, se recomienda ingresar a la página del OBSERVATORIO DE VIH:
http://www.minproteccionsocial.gov.co/salud/paginas/observatorio_vih.aspx

VIII. Preguntas frecuentes

1. ¿A quién le corresponde comprar y hacer seguimiento del KIT PEP?

Las IPS que se hayan acreditado para prestar atención de Urgencias están entonces implícitamente obligadas a hacerlo. La Profilaxis posexposición del VIH, de las ITS y la anticoncepción de emergencia se pueden administrar desde el nivel 1. Las Secretarías de Salud, y explícitamente el/la referente de Salud Sexual y Reproductiva, deberá hacer inspección, vigilancia y control del cumplimiento de esta obligación de las IPS. A su vez, es responsabilidad también de las EPS velar por que las IPS con las que hayan contratado la atención de sus usuarios cumplan con sus obligaciones.

2. ¿Qué se debe hacer cuando está próxima la fecha de vencimiento de los medicamentos y las pruebas?

Lo más recomendable para una rápida reposición de los Antirretrovirales y de las pruebas rápidas para VIH y HB es contactar 3 meses antes de la fecha de vencimiento con la EPS o con la Secretaría de Salud, para intentar gestionar el cambio por el medicamento de un paciente que se encuentre en tratamiento. Las pruebas rápidas pudieran ser prontamente utilizadas con una gestante que se encuentre en control de embarazo.

3. ¿Quién puede hacer la asesoría?

La asesoría preprueba del VIH la puede hacer cualquier profesional de la salud que haya leído las "Pautas para VIH" y puede apoyarse en el "Rotafolio para Asesoría de la prueba voluntaria del VIH", ambos documentos disponibles en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social:

http://www.minproteccionsocial.gov.co/salud/Paginas/Observatorio_menu_acceso_diagnostico_asesoria_prueba_voluntaria_(APV).aspx. No es indispensable estar "certificado" para tal fin.

4. ¿El médico que prescriba y haga seguimiento a la profilaxis posexposición en víctimas de violencia sexual debe ser un especialista?

No. El objetivo de este Instructivo es precisamente darle al médico general, inclusive en los municipios más alejados, las herramientas necesarias para poder prescribir una profilaxis posexposición de manera oportuna y eficaz, y a su vez hacer seguimiento de la misma.

5. ¿La profilaxis para el VIH y las ITS también debe dársele a una embarazada?

Las gestantes que han sido objeto de violencia sexual también deben recibir profilaxis para VIH, HB e ITS. El riesgo de transmisión materno infantil del VIH, se aumenta si la mujer se infecta durante el embarazo.

Se debe evitar el Metronidazol durante el primer trimestre de embarazo y se reemplazará la Azitromicina por Eritromicina o por Amoxacilina.

6. ¿Si durante el abuso sexual no hubo penetración, sino solamente contacto de las mucosas genitales, de la boca u otras mucosas con semen o secreciones vaginales de la persona agresora, se debe iniciar también profilaxis?

Sí. En tal caso también se debe iniciar la profilaxis completa.

7. ¿Siempre se debe dar tratamiento antirretroviral profiláctico con tres medicamentos antirretrovirales?

Sí. El tratamiento profiláctico posexposición del VIH en violencia sexual es siempre TRICONJUGADO.

8. ¿Qué se debe hacer si se sabe que el agresor está infectado por VIH?

Lo ideal sería que la víctima recibiera la misma combinación de ARV que recibe el agresor. Pero si esta información no está disponible, la combinación de AZT+3TC+LPV/RTV es la indicada.

9. ¿Por qué se debe repetir la prueba del VIH a los 3 y 6 meses si ya se inició profilaxis durante 28 días?

Porque aunque se haya iniciado la profilaxis oportunamente y se haya tomado de manera adecuada durante 28 días, es indispensable descartar un posible "período de ventana", que es el tiempo que toma el cuerpo humano en producir la cantidad suficiente de anticuerpos, para que la prueba sea reactiva; el tiempo promedio es de 3 meses. Es por esta razón por la que las pruebas que se hacen durante las primeras 72 horas no son para determinar si la víctima se infectó durante la violación. Después de 6 meses se descarta infección por VIH si la persona no ha tenido otro tipo de exposiciones de riesgo durante ese tiempo.

10. ¿Es muy peligrosa la toxicidad de los ARV?

La toxicidad más importante que se observa con la combinación de AZT + 3TC + LPV/RTV propuesta en este instructivo es la anemia, también pueden presentarse reacciones alérgicas y daño hepático; pero con el control minucioso del equipo de salud para su detección inmediata, se pueden evitar complicaciones mayores.

11. ¿Se pueden tomar los ARV con las comidas?

Sí. Con la combinación de AZT + 3TC + LPV/RTV no hay problema en tomar los ARV cerca de las comidas.

12. ¿Qué se debe hacer si la víctima llega después de las 72 horas de haber sido violada?

Si no han transcurrido más de 5 días, se puede iniciar anticoncepción de emergencia con Levonorgestrel y Dispositivo Intrauterino (DIU) juntos, para anticoncepción de emergencia.

En cuanto a la profilaxis del VIH, después de 72 horas ya no es efectiva por la alta velocidad de replicación del virus. En tal caso, se debe estar alerta a los signos y síntomas de Infección retroviral aguda.

Signos y síntomas	Frecuencia (%)*
Fiebre	96
Adenopatías	74
Faringitis	70
Exantema maculo-papular simétrico	70
Mialgia, artralgia	54
Trombocitopenia	45
Leucopenia	38
Diarrea	32
Cefalea	32
Náuseas, vómitos	27
Niveles elevados de enzimas hepáticas	21
Hepatoesplenomegalia	14
Candidiasis oral	12
Neuropatía	6
Encefalopatía	6

***Frecuencia de presentación de los síntomas de la infección retroviral aguda**

La infección aguda por el VIH-1 puede ser asintomática, pero en una proporción de casos que se estima entre un 50 y 90 % ocasiona un cuadro clínico agudo semejante a una mononucleosis infecciosa.

El periodo de incubación desde que se produce la infección por el VIH-1 hasta que se inicia el cuadro clínico de la infección retroviral aguda, es variable, siendo la duración típica entre 2 y 6 semanas. El inicio suele ser agudo y la duración media de los síntomas oscila entre 1 y 2 semanas (se han descrito casos entre 5 a 56 días). El diagnóstico puede guiarse con la medición del Agp24, que se encuentra disponible en el POS.

En cuanto a las ITS, se deben tomar muestras para análisis de laboratorio diagnósticos, e iniciar tratamiento ante la confirmación de alguna infección, si hubiere sintomatología sugestiva. En todo caso, se debe aplicar el "Protocolo de Atención integral a víctimas de violencia sexual".

13. ¿Si la persona tiene gripe u otra enfermedad viral, puede recibir la profilaxis con ARV?

Sí puede. No hay ninguna contraindicación.

IX.Referencias Bibliográficas

1. Protocolo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia. 2011.
2. Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia. 2011.
3. Pautas de Asesoría para Prueba Voluntaria del VIH. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia - UFPA. 2011.
4. Abuso sexual en la infancia; prevención de las enfermedades de transmisión sexual. O. García Algar y A. Mur Sierra. Servicio de Pediatría. Hospital del Mar. Barcelona. (An. Esp. Pediatría 2001; 54: 267-271).
5. El Rol de los Servicios de Salud en la Atención a Mujeres Víctimas de Violencia Sexual. Jefferson Drezet, Eliana Del Pozo.IPAS Bolivia, La Paz, 26 de noviembre de 200. Disponible en: http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file335_2840.pdf.
6. Fransi, L. VIH-Sida. Guías clínicas 2008. Disponible en: http://www.fisterra.com/guias2/vih.asp#top.
7. Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el Sector Salud. SSB - UNFPA. 1 Edición Bogotá, D.C. Noviembre de 2008.
8. World Health Organization and United Nations High Commissioner for Refugees. Clinical Management of Survivors of Rape. A guide to development of protocols for use in refugee and internally displaced person situations. Ginebra:WHO; 2002.
9. OMS: Antiretroviral therapy for HIV infection in infants and children: Towards universal access. Recommendations for a public health approach. 2010, revision.
10. Cómo interpretar las pruebas de serología hepática. FICHAS DE CONSULTA RÁPIDA. [http://www.svmfyc.org/Fichas/Indice.asp].
11. Protocolo de Vigilancia y Control de Hepatitis B. PRO-R02.003.0000.012. Vigilancia y Control en Salud Pública. Colombia. 2011.
12. Manejo de la toxicidad por fármacos antirretrovirales. Pere Domingoa, y Fernando Lozanob A. Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España, Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario de Valme, Sevilla, España. 2010, Elsevier España.
13. Tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH en niños en Latinoamérica y el Caribe: en la ruta hacia el acceso universal. Recomendaciones para un enfoque de salud pública. 2008 OPS/OMS.

14. Abuso sexual en la infancia: prevención de las enfermedades de transmisión sexual. O. García Algar y A. Mur Sierra. Servicio de Pediatría. Hospital del Mar. Barcelona. (An. Esp. Pediatría. 2001; 54: 267-271).

15. Hepatect CP. Inserto, Marzo de 2006. Gamaglobuina para Hepatitis B.

16. La infección por el VIH. Guía Práctica 2a. Edición. Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas. I.S.B.N.: 84-607-8221-2. Disponible en http://enfermeria.bvsp.org.bo/textocompleto/bvsp/boxp79/tc/internacional/ivih14.pdf.

X. ANEXOS

10.1. ANEXO 1

LEY 1146 DE 2007
(julio 10)
Diario Oficial No. 46.685 de 10 de julio de 2007

CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Por medio de la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente.

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA

DECRETA:

ARTÍCULO 1o. *OBJETO.* La presente ley tiene por objeto la prevención de la violencia sexual y la atención integral de los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual.

ARTÍCULO 2o. *DEFINICIÓN.* Para efectos de la presente ley se entiende por violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes, todo acto o comportamiento de tipo sexual ejercido sobre un niño, niña o adolescente, utilizando la fuerza o cualquier forma de coerción física, psicológica o emocional, aprovechando las condiciones de indefensión, de desigualdad y las relaciones de poder existentes entre víctima y agresor.

CAPÍTULO I.
DEL COMITÉ INTERINSTITUCIONAL CONSULTIVO PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL Y ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DEL ABUSO SEXUAL

ARTÍCULO 3o. *DE SU CREACIÓN.* Créase adscrito al Ministerio de la Protección Social, el Comité Interinstitucional Consultivo para la Prevención de la Violencia Sexual y Atención Integral de los Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas del Abuso Sexual, mecanismo consultivo de coordinación interinstitucional y de interacción con la sociedad civil organizada, conformado por:

1. El Ministro de la Protección Social, o su delegado, quien lo presidirá.
2. El Ministro de Educación Nacional, o su delegado.
3. El Ministro de Comunicaciones, o su delegado.

4. El Director del Instituto Colombiano del Bienestar Familiar quien ejercerá la Secretaría Técnica.
5. El Fiscal General de la Nación, o su delegado.
6. El Procurador General de la Nación, o su delegado.
7. El Defensor del Pueblo, o su delegado.
8. El Director del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
9. La Policía Nacional.
10. El Consejo Superior de la Judicatura, o su delegado.
11. Un representante de las Asociaciones Colombianas de Psiquiatría, Psicología, Pediatría, Sexología, quien será elegido entre ellas por cooptación y cuya participación será rotativa de conformidad con lo dispuesto por los Estatutos que regirán el Consejo.
12. Un (1) representante de las organizaciones no gubernamentales que tengan por finalidad la prestación de servicios de protección de los niños, niñas y adolescentes, que será elegido entre ellas por cooptación y cuya participación será rotativa de conformidad con lo dispuesto por los Estatutos que regirán el Consejo.

PARÁGRAFO. El Comité Interinstitucional Consultivo para la Prevención de la Violencia Sexual y Atención Integral de los Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas del Abuso Sexual, cuyo carácter será permanente, podrá invitar a participar en relación con los temas de su competencia, con voz pero sin voto, a miembros de la comunidad universitaria y científica y a los observatorios sobre asuntos de género y organismos de cooperación internacional.

ARTÍCULO 4o. *DE LOS ENTES TERRITORIALES.* En los entes territoriales tanto departamentales como distritales y municipales, se constituirán bajo la coordinación de las Secretarías de Salud y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar a través de sus Regionales, Comités Interinstitucionales Consultivos para la Prevención de la Violencia Sexual y Atención Integral de los Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas del Abuso Sexual, según sea su competencia.

PARÁGRAFO 1o. En los entes territoriales, el Comité estará integrado además por un representante del Ministerio Público, una (1) Comisaría de Familia, el Juez de Familia del lugar y en su defecto, el Juez Municipal o el Juez Promiscuo Municipal.

PARÁGRAFO 2o. El Comité rendirá informes semestrales y presentará propuestas de políticas y programas ante el Subcomité de Infancia y Familia del Consejo de Política Social correspondiente.

ARTÍCULO 5o. *FUNCIONES DEL COMITÉ INTERINSTITUCIONAL CONSULTIVO PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL Y ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DEL ABUSO SEXUAL.*

El Comité tendrá las siguientes funciones:

1. Actuar como órgano consultor y asesor, encargado de formular políticas y programas de las entidades responsables y relacionadas con la prevención de la violencia sexual y la atención integral del abuso sexual de niños, niñas y adolescentes.
2. Evaluar semestralmente la situación del abuso sexual a niños, niñas y adolescentes, en el territorio nacional, a fin de realizar un diagnóstico claro del problema.

3. Recomendar la adopción de medidas que permitan la coordinación interinstitucional e intersectorial, con el fin de garantizar la detección, la prevención de la violencia sexual en todos los niveles y la atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente.
4. Proponer acciones conjuntas para la sensibilización y capacitación de las entidades y de la sociedad respecto de la prevención y denuncia de los casos de abuso sexual de niños, niñas y adolescentes.
5. Evaluar los programas de educación en salud sexual y reproductiva dirigida a niños, niñas y adolescentes para lo cual solicitará al Ministerio de Educación Nacional sean tomados en cuenta sus conceptos, estudios y propuestas, a fin de garantizar la prevención de la violencia sexual a niños, niñas y adolescentes.
6. Proponer y gestionar con el Ministerio de la Protección Social, lo relativo a la vigilancia epidemiológica del abuso sexual.
7. Hacer recomendaciones sobre el contenido del material de apoyo empleado por los programas en salud sexual y reproductiva dirigida a niños, niñas y adolescentes.
8. Hacer recomendaciones sobre el contenido de la Cátedra de Educación para la Sexualidad que se impartirá en las facultades de ciencias sociales, de la salud y de la educación, que oriente hacia el cuidado, la prevención y la detección del abuso sexual en niños, niñas y adolescentes.
9. Presentar semestralmente ante las Comisiones Séptimas del Senado de la República y la Cámara de Representantes, un informe acerca de las acciones adelantadas en torno al objeto de la presente ley y los resultados de las mismas.
10. El Comité se dará su propia organización y agenda de trabajo anual. Como mínimo constituirá subcomités de atención, prevención y comunicación. Los conceptos requeridos al Comité por el Gobierno Nacional, deberán ser rendidos dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha de su solicitud, so pena de constituirse en causal de mala conducta para el funcionario que omita rendir los informes en los términos establecidos en el presente artículo.

PARÁGRAFO. Los Consejos de Política Social y los Subcomités de Infancia y Familia, sin perjuicio de sus competencias, implementarán las directrices y recomendaciones impartidas por el Comité, en sus respectivos territorios.

ARTÍCULO 6o. *SECRETARÍA TÉCNICA PERMANENTE.* El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar asumirá las funciones de la Secretaría Técnica Permanente, que tendrá a su cargo las siguientes funciones:

1. Cumplir las labores de Secretaría del Comité.
2. Convocar a las sesiones del Comité conforme a lo previsto en esta ley y a las instrucciones impartidas por su Presidente.
3. Compilar los informes, estudios y documentos que deban ser objeto de estudio, análisis, revisión o evaluación por parte del Comité.
4. Gestionar con la Fiscalía General la estadística actualizada de las denuncias por violencia sexual contra los niños, niñas y adolescentes por sexo y edad en todo el territorio de la Nación.
5. Proponer la adecuación de los programas existentes en los diversos órdenes y dirigidos a la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente.

6. Gestionar la evaluación periódica de la calidad de atención y la oferta de servicios para las víctimas y sobrevivientes de violencia sexual.
7. Promover a través del Ministerio de Comunicaciones, la divulgación de los derechos del niño, así como la protección de su integridad y de su dignidad.
8. Proponer y gestionar estrategias para monitorear el cumplimiento de la ley en los entes territoriales.
9. Proponer y gestionar las líneas de formación para los distintos sectores que integran el Comité, en materia de detección, prevención y atención de la violencia sexual.
10. Gestionar la preparación y presentación de los informes previstos en la ley. Las demás que el Comité le asigne.

ARTÍCULO 7o. *SESIONES.* El Comité se reunirá en sesiones ordinarias cada dos (2) meses, y en sesiones extraordinarias, cuando sea convocado por su presidente o por un número plural de por lo menos el 50% de sus integrantes.

PARÁGRAFO. Las delegaciones al Comité serán realizadas formalmente por el titular de cada institución, confiriéndole sus facultades a un experto relacionado con las disposiciones contenidas en la presente ley. La Sede del Comité será el Ministerio de la Protección Social.

CAPÍTULO II.
PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL.

ARTÍCULO 8o. *DIVULGACIÓN.* El Gobierno Nacional de manera conjunta con el Instituto Nacional de Radio y Televisión, promoverá la adopción de sistemas de autorregulación eficaces tendientes a motivar a los proveedores y usuarios de los servicios de comunicación en cuanto a la visibilidad de la violencia sexual, la promoción de derechos y relaciones equitativas entre los sujetos y la prevención del abuso sexual de niños, niñas y adolescentes mediante el diseño de estrategias tendientes a:

1. Sensibilizar, orientar y concienciar acerca de la existencia del abuso sexual a niños, niñas y adolescentes y sus consecuencias.
2. Aportar herramientas a los niños, niñas y adolescentes que les faciliten su protección, defensa, detección tendientes a evitar el abuso sexual.
3. Dar a conocer de manera eficaz y pedagógica a los niños, niñas, adolescentes y adultos, las autoridades e instituciones a las cuales dirigirse en procura de ayuda.
4. Enseñar a los niños, niñas y adolescentes y a la ciudadanía en general su derecho a la atención gratuita en salud en los casos de ser objetos de abuso sexual.

CAPÍTULO III.
ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL.

ARTÍCULO 9o. *ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD.* En caso de abuso sexual a niños, niñas y adolescentes, el Sistema General en Salud tanto público como privado, así como los hospitales y centros de salud de carácter público, están en la obligación de prestar atención médica de urgencia e integral en salud a través de profesionales y servicios especializados. La no definición del estado de aseguramiento de un niño, niña o adolescente víctima de abuso sexual no será impedimento para su atención en salud, que en todo caso incluirá como mínimo lo siguiente:

1. Los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual serán atendidos en las Instituciones Prestadoras de Salud tales como EPS, IPS, ARS previamente mencionadas, de manera inmediata y en cumplimiento del principio de prevalencia de sus derechos, clasificando y atendiendo estos casos como de urgencia médica.
2. Examen y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual adquiridas con ocasión del abuso.
3. Provisión de antirretrovirales en caso de violación y/o riesgo de VIH/Sida.
4. Durante la atención de la urgencia se realizará una evaluación física y sicológica del niño, niña o adolescente víctima del abuso, teniendo cuidado de preservar la integridad de las evidencias.
5. A que se recoja de manera oportuna y adecuada las evidencias, siguiendo las normas de la Cadena de Custodia.
6. Se dará aviso inmediato a la policía judicial y al ICBF.
7. Se practicarán de inmediato las pruebas forenses, patológicas y sicológicas necesarias para adelantar el proceso penal correspondiente.

PARÁGRAFO. Las EPS, IPS, y ARS u otros prestadores del servicio que no cumplan de manera inmediata con lo ordenado en el presente artículo, serán objeto de sanción por parte de la Superintendencia de Salud, quien para el efecto deberá dentro de los treinta (30) días siguientes a la promulgación de la presente ley, determinar la escala de sanciones y procedimientos que estarán enmarcados dentro de los principios de celeridad y eficacia, a fin de que se cumplan efectivamente los preceptos aquí consagrados.

ARTÍCULO 10. *PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO.* El Ministerio de la Protección Social, dentro de los seis meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, expedirá un protocolo de diagnóstico y atención de los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual, dirigido a los profesionales de la salud y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Todo profesional de la salud adscrito o no a una Institución de Salud, que al atender en consulta a un niño, niña o adolescente encuentre indicio de que ha sido víctima de abuso sexual, deberá aplicar el protocolo a que se refiere el inciso 1o. de este artículo.

CAPÍTULO IV.
EL SECTOR EDUCATIVO Y LA PREVENCIÓN DEL ABUSO SEXUAL CONTRA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.

ARTÍCULO 11. *IDENTIFICACIÓN TEMPRANA EN AULA.* Los establecimientos educativos oficiales y privados, que ofrezcan educación formal en los niveles de básica y media, deberán incluir elementos que contribuyan a la identificación temprana, prevención, autoprotección, detección y denuncia del abuso sexual de que puedan ser víctima los educandos, dentro y fuera de los establecimientos educativos.

ARTÍCULO 12. *OBLIGACIÓN DE DENUNCIAR.* El docente está obligado a denunciar ante las autoridades administrativas y judiciales competentes, toda conducta o indicio de violencia o abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes del que tenga conocimiento.

ARTÍCULO 13. *ACREDITACIÓN.* Los docentes que tengan a su cargo el programa en educación para la sexualidad y salud sexual y reproductiva en los establecimientos oficiales y privados deberán ser profesionales idóneos, capacitados en ese campo de manera que posibiliten la detección y manejo de cualquier caso de abuso sexual de sus estudiantes.

Tales docentes deberán acreditar su perfil de conformidad con las disposiciones y directivas emanadas del Ministerio de Educación Nacional.

ARTÍCULO 14. *CÁTEDRA DE EDUCACIÓN PARA LA SEXUALIDAD.* Los establecimientos de educación media y superior deberán incluir en sus programas de estudio, con el propósito de coadyuvar a la prevención de las conductas de que trata la presente ley, una cátedra de educación para la *sexualidad, donde se hará especial énfasis en el respeto a la dignidad y a los derechos del menor.*

CAPÍTULO V.
DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA Y EL ABUSO SEXUAL CONTRA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.

ARTÍCULO 15. *DEBER DE DENUNCIAR.* En ejercicio del deber constitucional de protección de los niños, niñas y adolescentes, el Estado y la sociedad tienen el deber de denunciar oportunamente a las autoridades competentes cualquier indicio o caso de abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes dentro de las 24 horas siguientes al conocimiento del hecho.

CAPÍTULO VI.
OTRAS DISPOSICIONES.

ARTÍCULO 16. *El ICBF,* para el caso de los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual, que sean acogidos en instituciones y establecimientos de protección por él destinadas o contratadas, establecerá las medidas necesarias para evitar que su permanencia en ellas se traduzca en deterioro de su condición emocional y sicológica.

El Comité Interinstitucional Consultivo para la Prevención de la Violencia Sexual y Atención Integral de los Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas del Abuso Sexual verificará el cumplimiento de la presente disposición.

ARTÍCULO 17. *RECURSOS.* El Ministerio de la Protección Social queda autorizado para administrar por medio de la Secretaría Técnica del Comité Interinstitucional Consultivo para la Prevención de la Violencia Sexual y Atención Integral de los Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas del Abuso Sexual, una cuenta especial, y personería jurídica, que recepcionará los recursos captados para prevenir la violencia sexual y atender integralmente a los niños, niñas y adolescentes víctimas del abuso sexual. El Gobierno reglamentará la materia. Dentro de las fuentes específicas de recursos que podrá recepcionar esta cuenta especial podrán incluir los siguientes:

1. Las partidas que se le asignen en el Presupuesto Nacional.
2. Los rubros destinados por parte de las instituciones que integran el Comité a acciones para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes víctimas del abuso sexual.
3. Las donaciones.
4. Los recursos provenientes de la cooperación nacional e internacional.
5. Los demás que obtenga a cualquier título.

PARÁGRAFO 1o. El Gobierno Nacional reglamentará lo concerniente a la creación y administración de la cuenta, así como los procedimientos para recibir y administrar los recursos provenientes de donaciones y de cooperación internacional previamente mencionados en el presente artículo, de conformidad con las disposiciones legales vigentes que regulan la cooperación económica internacional.

ARTÍCULO 18. *MEDIDAS DE CONTROL.* La Contraloría General de la República ejercerá inspección, vigilancia y control sobre la utilización de los recursos que integren esta cuenta. Las entidades que ejecuten recursos provenientes de esta cuenta rendirán un informe detallado de las actividades desarrolladas con cargo a ellos, el cual será rendido ante el Comité Interinstitucional del que trata la presente ley y ante la Contraloría General de la República. El control de que trata este artículo se ejercerá sin perjuicio de los demás controles que de manera general establezca la ley a este tipo de cuentas.

ARTÍCULO 19. *VIGENCIA.* La presente ley rige a partir de su publicación.

La Presidenta del honorable Senado de la República,
DILIAN FRANCISCA TORO TORRES.
El Secretario General del honorable Senado de la República,
EMILIO RAMÓN OTERO DAJUD.
El Presidente de la honorable Cámara de Representantes,
ALFREDO APE CUELLO BAUTE.
El Secretario General de la honorable Cámara de Representantes,
ANGELINO LIZCANO RIVERA.

REPÚBLICA DE COLOMBIA - GOBIERNO NACIONAL
Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 10 de julio de 2007.
ÁLVARO URIBE VÉLEZ

El Ministro de la Protección Social,
DIEGO PALACIO BETANCOURT.

10.2 ANEXO 2

LEY 1257 DE 2008

(diciembre 4)

Diario Oficial No. 47.193 de 4 de diciembre de 2008

CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley HYPERLINK "http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1996/ley_0264_1996.html" \l "1"294 de 1996 y se dictan otras disposiciones.

ARTÍCULO 13. MEDIDAS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD. El Ministerio de la Protección Social, además de las señaladas en otras leyes, tendrá las siguientes funciones:

1. Elaborará o actualizará los protocolos y guías de actuación de las instituciones de salud y de su personal ante los casos de violencia contra las mujeres. En el marco de la presente ley, para la elaboración de los protocolos el Ministerio tendrá especial cuidado en la atención y protección de las víctimas.

10.3 ANEXO 3

RESOLUCIÓN 1776 DE 2008

(12 diciembre)

Diario Oficial No. 47.219 de 31 de diciembre de 2008

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Por medio de la cual se determina la escala de sanciones y procedimientos por incumplimiento a los preceptos señalados en el artículo 9° de la Ley 1146 de 2007.

EL SUPERINTENDENTE NACIONAL DE SALUD,

en ejercicio de sus facultades legales y, en especial, de las señaladas en el artículo 9° de la Ley 1146 de 2007, y

CONSIDERANDO:

La Constitución Política de Colombia garantiza el derecho a la salud como un derecho fundamental, el cual comprende, entre otros, el poder acceder a sus servicios de manera oportuna, eficaz y con calidad, entendiendo que la primera condición para poder garantizar el derecho de toda persona al acceso a los servicios de salud en los términos constitucionales (artículo 49, C.P.) es, precisamente, que exista un conjunto de personas e instituciones que presten tales servicios (EPS, IPS y EPS-S).

En tal sentido, y como bien lo ha recalcado la Corte Constitucional (Sentencia T-760 de 2008), para que efectivamente toda persona pueda acceder a los servicios de salud, al Estado le corresponde, por mandato constitucional (art. 49, C.P.), cumplir, entre otras, las siguientes obligaciones: (i) organizar, (ii) dirigir y (iii) regular la prestación de los servicios de salud; (iv) establecer las políticas para la prestación de los servicios por las entidades privadas, y ejercer (v) su vigilancia y (vi) control; (vii) establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y (viii) determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la Ley;

En este contexto, corresponde al Estado ser garante del derecho a la salud de los colombianos y, dentro de este derecho, del derecho a la salud sexual y reproductiva y los derechos de las víctimas de violencia sexual. Lo anterior, máxime que en el ámbito nacional la violencia sexual está priorizada como un evento de interés en salud pública (Acuerdo 117 del Ministerio de Salud, Resolución 412 de 2000, Política Nacional en Salud Sexual y Reproductiva), por lo cual debe ser objeto de atención oportuna y seguimiento, de tal manera que se garantice su control;

La violencia sexual es definida como un evento de interés en salud pública por su impacto sobre el individuo, su familia y la sociedad. A las víctimas de violencia sexual se les vulneran múltiples derechos humanos y, en particular, los derechos sexuales y reproductivos. La violencia sexual constituye una de las expresiones más críticas de discriminación. Por tanto, la violencia sexual ha sido preocupación de la comunidad internacional, de los gobiernos y de los movimientos de los derechos humanos. Preocupación que se ha expresado en una serie de instrumentos jurídicos internacionales y nacionales que dan soporte legal a las acciones institucionales de promoción, prevención y atención de las diferentes formas de violencia sexual;

Son, entre otros, instrumentos jurídicos internacionales los siguientes: La Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación de la mujer (CEDAW); la Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer; la Convención Interamericana para Prevenir, Castigar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Son instrumentos jurídicos nacionales, entre otros, los siguientes: Ley 294 de 1996; Ley 012 de 1991; Ley 100 de 1993; Ley 360 de 1997; Ley 470 de 1998; Ley 679 de 2001; Ley 704 de 2001; Ley 747 de 2002; Ley 765 de 2002; Ley 800 de 2003; Ley 1098 de 2006; Ley 906 de 2004;

Pese al marco normativo, el abordaje de la violencia sexual y el acceso a la atención desde el sector salud presenta múltiples barreras que impiden a los niños, niñas, jóvenes, mujeres, hombres víctimas de violencia sexual acceder a los servicios de salud. Estas barreras tienen que ver con problemas de aseguramiento, por las siguientes causas: (i) Desconocimiento de las instituciones de los procedimientos para activar las acciones de protección y atención de las personas víctimas de violencia sexual; (ii) No se considera la violencia sexual como una urgencia; (iii) Exigencia de pagos compartidos por parte de las IPS, ignorando la gratuidad establecida por la Ley 360 de 1997, para la atención de víctimas de violencia sexual. Barreras administrativas para el ingreso al sistema de atención en salud, tales como: (i) La persona no aparece en la base de datos que acrediten su condición de afiliados al SGSSS; (ii) No autorización de la atención por parte de quien actúa como asegurador (EPS, entes territoriales, regímenes especiales); (iii) Desactualización de la información contenida en la base de datos sobre la condición de afiliación al sistema de las víctimas; (iv) Ausencia o cruce de información entre las bases de datos. Barreras de atención, tales como: (i) Falta de integralidad en el manejo requerido; (ii) asignación de citas tardías, con intervalos prolongados, generando el riesgo de que la persona desista de la atención o presente complicaciones físicas, emocionales y mentales; (iii) la atención se realiza en sitios que no garantizan la privacidad; (iv) vulneración de la dignidad de las víctimas. Barreras socioeconómicas, tales como la exclusión del POS de algunos medicamentos y servicios. Otras barreras, tales como falta de documento de identidad y documentos en manos del agresor;

Debe, asimismo, recabarse como las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas y privadas, deben garantizar la disponibilidad de los elementos necesarios para la toma de muestras y evidencias, y la cadena de custodia en la atención integral a víctimas de violencia sexual (Resolución 412 de 2000, Ley 906 de 2004). Es, igualmente, obligación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en la atención integral a víctimas de violencia

sexual, así como las de (i) Garantizar la atención a la víctima de violencia sexual; (ii) Dar aviso a la policía judicial; (iii) Garantizar de forma permanente la disponibilidad de elementos para la toma, embalaje y rotulado adecuado de evidencias; (iii) No cobrar copagos ni cuotas moderadoras, en tanto la atención de víctimas de violencia sexual debe ser gratuita;

Tal y como lo ha sostenido el "Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el sector salud" publicado por la Secretaría Distrital de Salud en convenio con el Fondo Población de Naciones Unidas, UNFPA, la violencia sexual es una urgencia y, por tanto, cuando una persona es detectada o hace consulta por posible violencia sexual, debe brindarse atención inmediata, independiente del tiempo de los hechos. Según el documento en cita: "Es una urgencia particular, dado que altera la integridad física, funcional y/o psíquica (…) en diversos grados de severidad, comprometiendo la vida o funcionalidad de la persona, y (…) por tanto requiere de la protección inmediata de los servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras";

La persona víctima de violencia sexual tiene derecho a información sobre las entidades que puedan ayudarla, sobre los procedimientos jurídicos a que haya lugar dado el delito. Tiene derecho a que se recoja y preserve la evidencia médico legal, que puede ser usada en un proceso penal (la historia clínica puede servir de prueba en un proceso penal, así como las muestras que se recuperen durante el examen). Tiene derecho al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual. Derecho al tratamiento de las lesiones que se deriven del hecho y a consejería por parte de personal calificado para ellos y su familia. Y derecho a ser tratada con respeto y privacidad en todas las actuaciones médicas y legales;

Acorde con todo lo anterior, es deber del Estado crear las reglas necesarias para que las diferentes entidades e instituciones del sector de la salud garanticen efectivamente la prestación de los servicios que sean requeridos por las personas víctimas de violencia sexual dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, posibilitando, de esta forma, la implementación de las políticas públicas de salud (Sentencia T-760 de 208; C. Const.);

La Ley 1146 de 2007, "por medio de la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente", ordena en su capítulo III, artículo 9°, la atención integral en salud del niño, niña y adolescente víctima de abuso sexual, indicando que en casos de abuso sexual a niños, niñas y adolescentes, el Sistema General en Salud, tanto público como privado, así como los hospitales y centros de salud de carácter público, están en la obligación de prestar atención médica de urgencia e integral en salud a través de profesionales y servicios especializados;

La misma normativa faculta a la Superintendencia Nacional de Salud para determinar la escala de sanciones y procedimientos dentro de los principios de celeridad y eficacia, a fin de que se cumplan efectivamente los preceptos consagrados en el artículo 9º, referente a la atención integral del niño, niña y adolescente víctima de abuso sexual;

En consecuencia, la Superintendencia Nacional de Salud como entidad rectora del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Ley 1122 de 2007), procede, mediante el presente acto administrativo, a dar cumplimiento al mandato del legislador plasmado en el parágrafo del artículo 9º de la Ley 1146 de 2007;

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

ARTÍCULO 1o. La Superintendencia Nacional de Salud, previa solicitud de explicaciones, podrá imponer, en caso de violación a los preceptos contenidos en el artículo 9º de la Ley 1146 de 2007, a las Entidades Promotoras de Salud, EPS, Instituciones Prestadoras de Salud, IPS y Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, EPS-S, por una sola vez, o en forma sucesiva, multas en las siguientes cuantías a favor del Tesoro Nacional.

a) Multa de 1 a 2000 salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de la comisión del hecho, a las EPS, IPS, EPS-S que nieguen la atención de manera inmediata como una urgencia médica del niño, niña y adolescente víctima de abuso sexual o que durante la atención médica de urgencia no realicen una adecuada evaluación física y psicológica del niño, niña o adolescente víctima de abuso, teniendo cuidado de preservar la integridad de las evidencias.

b) Multa de 1 a 1800 salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de la comisión del hecho, a las EPS, IPS, EPS-S que incumplan el precepto de recoger de manera oportuna y adecuada las evidencias, siguiendo las normas de la cadena de custodia, o de practicar de inmediato las pruebas forenses, patológicas y psicológicas necesarias para adelantar el proceso penal correspondiente.

c) Multa de 1 a 1600 salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de la comisión del hecho, a las EPS, IPS, EPS-S que se nieguen a la provisión de antirretrovirales en caso de violación y/o riesgo de VIH/Sida, o a la realización de exámenes y tratamientos de enfermedades de transmisión sexual adquiridas con ocasión del abuso del niño, niña y adolescente víctima de abuso sexual.

d) Multa de 1 a 1200 salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de la comisión del hecho, a las EPS, IPS, EPS-S que se abstengan de dar aviso inmediato a la policía judicial y al ICBF.

PARÁGRAFO 1o. Las EPS, IPS, EPS-S contarán con un término máximo de cinco (5) días hábiles para dar respuesta a la solicitud de explicaciones de que trata el presente artículo, contados a partir del recibo de la comunicación.

PARÁGRAFO 2o. La reiteración de la falta acarreará la revocatoria o suspensión del certificado de autorización que se le otorgue a la Empresa Promotora de Salud de régimen contributivo o subsidiado, mediante providencia debidamente motivada.

ARTÍCULO 2o. La presente resolución rige a partir de su publicación en el *Diario Oficial.*

Publíquese y cúmplase.

12 de diciembre de 2008.

El Superintendente Nacional de Salud (E),

MARIO MEJÍA CARDONA.

10.4 ANEXO 4

RESOLUCIÓN 000459 DE 2012

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

Las pruebas diagnósticas que han de ser solicitadas, en la generalidad de las víctimas de violencia sexual incluyen[16]:

1. Serología para sífilis (VDRL).
2. Toma endocervical para Gram y cultivo en Agar Chocolate o Thayer Martin orientada a la detección de gonococo.
3. Frotis en fresco tanto para búsqueda de Trichomona vaginalis, como para descartar la presencia de vaginosis bacteriana.
4. Prueba de tamizaje para VIH.
5. Muestra de sangre en busca de antígenos contra Hepatitis B.
6. 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 toma de embarazo no debe retrasar la oportunidad de la prescripción de la anticoncepción de emergencia en las víctimas de violencia sexual.

Debido a que la violencia sexual siempre es una urgencia médica no aplican restricciones por nivel de complejidad, ni por tipo de aseguramiento en salud, para que la víctima pueda recibir tanto los para clínicos, como los medicamentos y procedimientos que se requieren

En cualquier niña o niño menor de 14 años, así como en Niñas, Niños y Adolescentes - NNA, entre 14 y 18 años víctimas de explotación sexual comercial, los diagnósticos de gonorrea, sífilis o VIH, habiéndose descartado transmisión perinatal, son indicativos de violencia sexual. La presencia de Chlamydia o Trichomona resulta altamente sugestiva de violencia sexual.

Teniendo en cuenta que existen algunas variaciones en cuanto al tipo de pruebas que han de ser solicitadas, en virtud del momento de consulta de la víctima y el tipo de victimización sufrida, se plantean los siguientes casos:

2.5.1 Solicitud de Pruebas Diagnósticas en víctimas que consultan en las primeras 72 horas luego de la agresión sexual

Es indispensable que:

a) Se soliciten todas las pruebas diagnósticas mencionadas anteriormente;

16 Op. Cit. MPS y UNFPA. 2010.

b) Para todas las víctimas de asalto sexual, abuso sexual o explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes (ESCNNA) que consultan al sector salud durante las primeras 72 horas de haber sufrido una agresión sexual o un contacto de riesgo, siempre debe ser solicitada una asesoría para prueba de VIH, y la 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 personal de salud, y la prueba rápida de anticuerpos contra VIH;

d) En la historia clínica de todos los casos, debe registrarse la solicitud de dichas pruebas, junto con los resultados obtenidos e interpretaciones correspondientes;

e) Adicionalmente, para fines forenses deben tomarse todos aquellos exámenes señalados por los protocolos médico – legales vigentes en Colombia. Ver el "Reglamento técnico para el abordaje forense integral en la investigación del delito sexual" del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

2.5.2 Solicitud de Pruebas Diagnósticas en víctimas que consultan entre cuatro y cinco días después de la agresión sexual

Las pruebas diagnósticas que deben ser solicitadas cuando la víctima consulta entre cuatro y cinco días después de la agresión varían según el tipo de agresión sexual sufrida.

Es indispensable que:

Para todas las víctimas de asalto sexual, abuso sexual y ESCNNA que consultan entre cuatro y cinco días después de la agresión sexual, y para víctimas de otras formas de violencia sexual que consultan con la misma temporalidad (trata de personas adultas con fines de explotación sexual, etc.), según criterio médico, se deben solicitar las siguientes pruebas y exámenes:

a) Prueba de Embarazo;
b) Asesoría para prueba de VIH;
c) Prueba rápida de anticuerpos para VIH;
d) Examen confirmatorio para VIH en caso de prueba rápida positiva;
e) Exámenes diagnósticos y confirmatorios para ITS.

2.5.3 Solicitud de pruebas diagnósticas en víctimas que consultan después de cinco días desde la agresión sexual

Es indispensable que:

Para todas las víctimas de asalto sexual, abuso sexual y ESCNNA que consultan después de cinco días de ocurrida la agresión sexual, y para víctimas de otras formas de violencia sexual (trata de personas adultas con fines de explotación sexual, etc.), se deben solicitar las siguientes pruebas y exámenes:

a) Prueba de Embarazo;
b) Asesoría para prueba de VIH;

c) Prueba rápida de anticuerpos para VIH;
d) Examen confirmatorio para VIH en caso de prueba rápida positiva;
e) Exámenes diagnósticos y confirmatorios para ITS.

2.5.4 Otras pruebas diagnósticas que pueden ser solicitadas durante la atención en salud de la víctima de violencia sexual

Independientemente del tipo de agresión sexual sufrida o del momento de consulta después de esta, la médica o médico debe solicitar todos aquellos exámenes diagnósticos que sean necesarios según la condición clínica de la víctima, con el objetivo de garantizar una atención integral en salud con calidad.

- En todos los casos, en la historia clínica se debe dejar registro tanto de la solicitud como de los resultados e interpretaciones de las pruebas realizadas.

2.6 PASO 6. Asegure profilaxis sindromática para ITS durante la consulta inicial por salud

Realizar profilaxis sindromática para ITS según esquemas recomendados por la Organización Mundial de la Salud en el año 2005, para cubrir las ITS más frecuentes sufridas por las víctimas de violencia sexual (ver esquemas en las ayudas didácticas tipo memo fichas que complementan este protocolo).

Es indispensable que:

a) Se realice la prescripción inmediata de profilaxis sindromática para ITS en todos los casos de asalto sexual;
b) Se recomienda usar la profilaxis sindromática para ITS en casos de abuso sexual, ESCNNA y otras formas de violencia sexual en las cuales se encuentren síntomas o signos clínicos compatibles con la infección;
c) Se aplique la profilaxis para Hepatitis B, mediante inicio o complemento de los esquemas vacunales. La EPS tiene la obligación de proveer la vacuna contra hepatitis B a los pacientes víctimas de violencia sexual. La gamaglobulina antihepatitis B se aplica si se dispone de ella, pero la vacuna es siempre obligatoria. Lo cual aplica en casos de niños, niñas, adolescentes y personas adultas;
d) Aplicar vacunación antitetánica dependiendo del estado de inmunización previo a la agresión sexual.

Profilaxis HEPATITIS B. Aplicar de acuerdo con criterio medico y disponibilidad.

Se debe iniciar el esquema de vacunación y aplicar una dosis única de GAMAGLOBULINA ANTI HEPATITIS-B; la aplicación de la gamaglobulina 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 administra hasta 19 años inclusive.
- Dosis adultos: 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 0-1-2 meses; en estos casos se aconseja una cuarta dosis 6-12 meses después (estos esquemas se utilizan en personas con alto riesgo de exposición).

2. GAMMAGLOBULINA ANTIHEPATITIS-B (HBIG)

Para profilaxis simultanea, administrar 0.06 ml/kg de peso corporal al mismo tiempo que la primera inyección de la vacuna. Si no se aplica una profilaxis simultanea (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.

2.7 PASO 7. Asegure profilaxis para VIH/Sida durante la consulta inicial por salud

Es inaceptable cualquier retraso en la prescripción y suministro de profilaxis para VIH/Sida cuando está indicada[17].

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 tratamiento profiláctico con ARV.

Las instituciones deben tener (en farmacia o urgencias) el Pep Kit completo, para personas adultas y para niñas y niños, incluyendo el listado de elementos que debe contener y sus fechas de vencimiento.

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 es negativa y se determine clínicamente que existen condiciones de alto riesgo para contraer la enfermedad.

Se pueden presentar condiciones de riesgo: luego del primer episodio de esos tipos de agresión sexual o de un contacto sexual con especial riesgo detectado para VIH/Sida.

17 Op. Cit. MPS y UNFPA. 2010.

Transcurridas 72 horas desde la agresión sexual

Es indispensable que:

En cualquier caso de asalto sexual, abuso sexual, ESCNNA y otras formas de violencia sexual que consultan luego de transcurridas 72 horas de la agresión inicial o de un contacto de alto riesgo reconocido para VIH/Sida, se procede a iniciar manejo integral según protocolos si los resultados de las pruebas diagnósticas lo indican necesario.

Calificación del Riesgo para VIH/Sida para decidir suministro de Profilaxis en casos de abuso sexual crónico o ESCNNA que consultan en las 72 horas posteriores al contacto de alto riesgo.

Riesgo considerable para la exposición al HIV	Riesgo insignificante para la exposición al HIV
Exposición de: Vagina, recto, ojos, boca u otras membranas mucosas, piel no intacta o contacto percutáneo. Con: Sangre, semen, secreciones vaginales, secreciones rectales, leche materna o cualquier fluido visiblemente contaminado con sangre. Cuando: Es conocido que el agresor está infectado por HIV:	Exposición de: Vagina, recto, ojos, boca, u otras membranas mucosas, piel no intacta o contacto percutáneo. Con: Orina, secreciones nasales, saliva, sudor o lagrimas si no están visiblemente contaminadas con sangre. Cuando: Si se conoce o sospecha la situación de HIV del agresor.

Fuente: CENTRES FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Antiretroviral postexposure prophylaxis after, inyection drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States: recomendations for the U.S. Department of Health and Heman Services. MMWR 2005; 54 (N RR-2): p.8. Traducción propia.

2.8 PASO 8. Asegure anticoncepción de emergencia 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

Es indispensable que:

a) De manera rutinaria debe ser prescrita la anticoncepción de emergencia de tipo hormonal en todo caso de violencia sexual (asalto, abuso, ESCNNA u otros tipos) que involucre riesgo potencial de embarazo y que consulte durante las primeras 72 horas luego de la agresión sexual;
b) La anticoncepción de emergencia no se debe supeditar a los resultados de ningún examen paraclínico. Si bien es preferible que se cuente con el resultado de una prueba de embarazo negativa antes de prescribir Levonorgestrel, cuando no se cuenta con una prueba rápida de embarazo que resuelva la situación en el mismo sitio y momento de la consulta de urgencias, la ausencia del resultado de la prueba no debe ser un impedimento para proporcionar oportunamente esta anticoncepción a la víctima de violencia sexual. No hay ningún daño reportado en la mujer, o el feto, durante el embarazo, si se usan anticonceptivos de emergencia en mujeres que ya están embarazadas.

Esquema Anticoncepción de Emergencia Hormonal

Anticoncepción de Emergencia (AE) Profilaxis para Embarazo.	• Administrar Levonorgestrel en la dosis de 1500 microgramos (dos tabletas juntas). • La anticoncepción de emergencia con levonorgestrel se puede administrar dentro de las 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 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 µg de Levonorgestrel y 50 µg de Etinilestradiol) dentro de las 72 horas (tres días) siguientes de una relación sexual sin protección, seguidas de dos tabletas 12 horas más tarde. También se pueden utilizar anticonceptivos hormonales de menores dosis-30-35 µg de Etinilestradiol (usualmente 4 tabletas iniciales y 4 a las 12 horas). Lo importante es asegurar una dosis inicial de 100 µg de etinilestradiol y 500 µg de Levonorgestrel seguida por una dosis igual 12 horas después (Ver: Resolución 769 de 2008 del Ministerio de la Protección Social).

Después de 72 y antes de 120 horas de una agresión sexual:

Es indispensable que:

a) Cuando la consulta se realiza después de 72 y antes de 120 horas (5 días) de una agresión sexual que involucra riesgo de embarazo (asalto sexual, abuso sexual, ESCNNA u otros tipos de violencia sexual), puede efectuarse anticoncepción de emergencia con DIU, siempre que se cumpla con

los criterios clínicos para que este tipo de dispositivo pueda ser usado por la paciente (Ver: Resolución número 769 de 2008 del Ministerio de la Protección Social);

b) 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;

c) La información sobre el derecho a IVE debe darse desde el primer contacto de la víctima de violencia sexual, y continuarse dando siempre que esta acuda a los servicios de salud y durante todo el tiempo que la mujer esté en contacto con dichos servicios, en casos de: asaltos sexuales, abusos sexuales, ESCNNA, Trata de personas con fines de explotación sexual, y en otros tipos de violencia sexual que lo ameriten, según criterio médico.

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es una opción de las mujeres frente al embarazo resultante de violencia sexual y una intervención orientada a prevenir la morbi–mortalidad materna y los daños personales, familiares y sociales que genera. Su esquema de manejo debe ser integral y con perspectiva de género.

De acuerdo con la Sentencia C- 355 de 2006 de la Corte Constitucional colombiana, la IVE es un derecho de las víctimas de violencia sexual. No importa si el profesional de salud consultado es objetor de conciencia para este procedimiento; la víctima de violencia sexual tiene derecho a recibirlo oportunamente si esa es su decisión, de modo que debe ser derivada sin demora alguna hacia otro profesional que realice el procedimiento, lo antes posible. Si el profesional objetor de conciencia es el único disponible para realizar el procedimiento de IVE solicitado por la víctima de violencia sexual, y no se puede asegurar un mecanismo de referencia o este implicaría demoras y dilatación en la atención, prevalecerá el derecho de la mujer solicitante por sobre el del objetor, y este deberá realizar el procedimiento sin dilaciones.

Es constitucionalmente inaceptable que transcurran más de cinco 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.
Es una mera formalidad la solicitud de una denuncia por violencia sexual a cualquier mujer con 14 años o menos que solicite una IVE, pues se presume que fue víctima de violencia sexual. En estos casos NUNCA se debe retrasar la realización de la IVE solicitada en espera de una denuncia. Sentencia T-209 de 2008. La decisión de la niña prima sobre la de sus padres, en caso de que ellos no estén de acuerdo con la IVE, pero ella la solicite. Sentencias T-209 de 2008, T-388 de 2009, C-355 de 2006.

Los componentes para una atención adecuada de la IVE por violencia sexual se resumen en el cuadro incluido a continuación, y pueden ser consultados de manera extensa en el Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, versión 2010[18].

Se deben explicar todos los riesgos y beneficios del procedimiento, en el marco de la toma de consentimiento informado.

18 Op. Cit. MPS y UNFPA. 2010

Componentes para una atención adecuada de la IVE por violencia sexual	
Componente	**Descripción Mínima**
Recepción	Tiempo de espera breve incluso sin cita previa. Ausencia de interrogatorios más allá de la toma de datos establecidos para la identificación de la persona. Respeto a la intimidad de la consultante. No es necesario pedir a la víctima que relate lo que le sucedió.
Información inicial	Un profesional debe brindar a la mujer información sobre el procedimiento en condiciones de confidencialidad, con una actitud cálida, escucha activa, tiempo suficiente para atender sin prisa, transmisión de confianza y plena aceptación, transmisión de certeza de que la paciente será atendida en sus necesidades en esa u otra institución, explicación de pasos a seguir, programación de consulta médica y psicológica ese mismo día (si se trata de una víctima en crisis debe ser conducida primero a la valoración psicológica y desde allí, ser acompañada a la consulta médica). Definir qué tipo de ayuda ha pedido y de quién la ha recibido previamente.
Consulta médica	Requiere una duración mucho mayor que otras consultas médicas. Se debe saludar empáticamente y proporcionar el nombre. En privado preguntar a la víctima si desea que su acompañante (si lo tiene) esté presente en la valoración. No se debe permitir la presencia de personas extrañas o las interrupciones durante el examen, evitar hacer contar nuevamente todo lo sucedido. Preguntarle cómo se siente en ese momento. Efectuar una toma de antecedentes médicos relevantes. Revisar los exámenes médicos que traiga. Sostener una conversación tranquila con la víctima mientras se le atiende, repitiéndole constantemente que no es culpable por lo sucedido. Explicar desde el inicio el tipo de examen que se realizará así como el uso del especulo o del examen bimanual, si es necesario, indicar cómo acomodarse en la mesa de examen. Si acepta que se realice un examen ginecológico, ser especialmente cuidadoso. Tal examen está orientado primordialmente a establecer la edad gestacional para recomendar la técnica más apropiada, detectar la presencia de posibles infecciones genitales que deben ser tratadas antes del procedimiento para evitar complicaciones (sin embargo, es prioritaria la IVE, por lo cual este tipo de tratamiento no debe convertirse en un obstáculo de acceso), o establecer si debe ser derivada a otro tipo de prestador de servicios de salud. Si la víctima no desea un examen ginecológico no debe ser obligada pues este no es un prerrequisito para acceder a una IVE, se puede recurrir a la ecografía para establecer edad gestacional. Por otra parte, este tipo de negativa puede indicar que se ha de requerir sedación durante el procedimiento. Solicitar de rutina los siguientes exámenes: serología, títulos para VIH, anticuerpos para herpes tipo II, frotis vaginal, solo si es necesario. Al finalizar la consulta se debe explicar el procedimiento y los pasos a seguir.

Orientación por profesionales de salud mental o ciencias sociales	Esta orientación debe ser realizada por profesionales de trabajo social, psicología, psiquiatría y otros profesionales de la salud y las ciencias sociales, debidamente entrenados en el manejo de violencias sexuales y con experticia tanto en temas de salud sexual y reproductiva, como de derechos sexuales y reproductivos. Quien atiende debe ser una persona amable, cálida y empática. El espacio de la consulta debe ser agradable y confidencial, sin presencia de familiares al menos al inicio de la entrevista, luego si la paciente lo desea, puede permitirse el acceso de un acompañante que ella quiera tener cerca. En caso de niñas, niños y adolescentes en este segundo momento de entrevista debe involucrarse siempre un familiar protector (nunca el agresor, si ha sido violencia sexual intrafamiliar). La participación de una tercera persona en la entrevista siempre debe contar con el asentimiento informado de la niña, niño o adolescente. No se deben permitir las interrupciones. La actitud debe ser de escucha activa, respetando el ritmo narrativo de la víctima, desculpabilizando y sin ir más allá de lo que la consultante pueda manejar con facilidad. Debe familiarizarse a la víctima con posibles reacciones emocionales y su manejo acorde con recursos internos. Igualmente, se valorarán las redes de apoyo y los riesgos de revictimización. Debe informársele sobre sus derechos, en particular a la IVE, junto con otras posibilidades ante el embarazo, y respetar las decisiones de la víctima, sin tratar de influenciarla en ningún sentido.
Remisión y articulación interinstitucional	Si la víctima de violencia sexual no va a ser atendida para IVE en la misma institución donde fue valorada inicialmente, por requerir un mayor nivel de complejidad, se le deben facilitar todos los trámites administrativos, soportes de información y acompañamiento necesarios durante todo el proceso (por profesional en psicología o trabajo social). Debe evitarse cualquier retraso innecesario en el acceso a la IVE durante el proceso de remisión. La mujer debe conocer que su solicitud tiene que ser resuelta en los cinco días siguientes a la petición inicial y se debe hacer seguimiento continuo hasta asegurarse que ha recibido la atención solicitada.
Información, autonomía y consentimiento informado	Las mujeres víctimas de violencia sexual que solicitan una IVE deben recibir información completa, clara, oportuna y veraz sobre sus derechos, los procedimientos a realizar, riesgos y efectos para su salud y su vida. Esta es una condición irrenunciable para solicitar la firma del consentimiento informado.
Procedimientos de IVE	La guía de IVE construida por la OMS indica diferentes tipos de procedimientos recomendables según la edad gestacional. Los métodos preferidos según esa misma guía son la aspiración al vacío y los métodos farmacológicos, que pueden ser atendidos en el primer nivel por médicos generales. La dilatación y curetaje, lo que se conoce como "legrado uterino", no se considera un método de elección. Deben ofrecerse métodos para manejo del dolor acordes con las características clínicas de la paciente, operar la cadena de custodia sobre los tejidos obtenidos durante el procedimiento, brindar cuidados de recuperación posteriores al procedimiento durante 30 – 40 minutos, programar una cita post –procedimiento para 7-15 días después de este. Debe hacerse la notificación y reporte de los casos, acogiendo los lineamientos del Ministerio de la Protección Social. Como la violencia sexual es una urgencia médica, cuando se practique una IVE por causal de violencia sexual la provisión de servicios, procedimientos o medicamentos necesarios para brindar la atención NO ESTÁ RESTRINGIDA por el régimen de aseguramiento o el nivel de complejidad.

Control y seguimiento	El objetivo de este control es evaluar la salud general de la mujer, la ausencia de complicaciones que no hayan sido reconocidas a través de los signos de alarma durante los días posteriores al procedimiento, y el reforzamiento de los aspectos educativos y las acciones preventivas iniciadas durante la atención inicial. En el caso de IVE con medicamentos, el control también está encaminado a confirmar si el tratamiento fue exitoso. Cuando se sospeche una falla del tratamiento o un aborto incompleto, se debe confirmar. En caso de confirmarse, se debe realizar un procedimiento de evacuación uterina por aspiración. Si se detecta una complicación debe iniciarse inmediatamente el tratamiento. La visita de control y seguimiento es una oportunidad para hablar con la mujer de sus experiencias, si es necesario, así como de ofrecer asesoramiento adicional. La asesoría anticonceptiva es esencial en el seguimiento y siempre debe hacer parte de la atención. Si la mujer aún no ha iniciado un método anticonceptivo, debe ofrecérsele en este momento. La información detallada y completa sobre la atención se encuentra en el protocolo de prevención del aborto inseguro.

10.5 ANEXO 5

FORMATO DE SEGUIMIENTO DE USO DEL KIT PEP

IPS	Nombre de la IPS donde fue atendida la persona	MUNICIPIO	Municipio donde se ubica la IPS	TELÉFONO	Teléfono de la IPS
DEPARTAMENTO	Nombre del Departamento donde queda la IPS	DIRECCIÓN	Dirección Postal de la IPS		

Descripción nombre genérico	Descripción nombre comercial	CASA COMERCIAL	Unidad de medida	CANTIDAD	Fecha vencimiento	Número de lote	Registro INVIMA	Fecha de prescripción	# Historia clínica	EDAD	SEXO	Fecha de reposición del producto	Nombre de la persona que registra los datos	Firma
Diligencie una casilla cada vez que se utilice o se prescriba un ítem de los Kits de Profilaxis posexposición														
Escriba el nombre del ítem que quiere registrar, consigne el nombre genérico. Ejemplo: AZITROMICINA	Escriba el nombre del ítem que quiere registrar, consigne el nombre comercial. Ejemplo: AZITROBAC	Consigne el nombre del Laboratorio o casa comercial que produce o envasa el prod ucto	1. Frasco (susp. o jarabes). 2. Tabletas. 3. Vial (inyectable) 4. Unidad (pruebas rápidas, jeringas). 5. Ampolla (Inyectable)	Consigne la cantidad de ese ítem que ha sido prescrita	Escriba la fecha de vencimiento del producto	Escriba el número de Lote del Producto	Escriba el # de Registro de INVIMA	Escriba la fecha en la que ha sido prescrito el producto a el/la paciente	Escriba el número de historia clínica de la persona a la que se prescribió el producto.	Edad de la persona a la que se le prescribió el producto… En años y meses	Sexo de la persona atendida	Consigne la fecha en la que se realizó la reposición del producto	Escriba el nombre de la persona que registra los datos	Firma de la persona que registra los datos

Cra. 66 No. 24 - 09
PBX: 457 8000
www.imprenta.gov.co