

Protocolo de atención médica para casos de violencia sexual

2ª edición
2014¹

Grupo de trabajo de salud reproductiva y violencia sexual de MSF²
Aprobado por DirMed (BD, JH) Mayo 2014

Este documento ofrece un panorama general de la atención médica necesaria en el cuidado de víctimas de violencia sexual incluyendo recomendaciones específicas para mujeres/niñas y hombres/niños. *(Dado que la inmensa mayoría de víctimas son mujeres/niñas, en este documento nos referiremos a ellas como “las pacientes”)*

Cada recomendación médica tiene un protocolo de tratamiento, que destaca las indicaciones, contraindicaciones, dosis y otras consideraciones.

Los principales cambios introducidos en la revisión de 2014 están relacionados con la profilaxis VIH post-exposición-PEP (Hoja 1), profilaxis de enfermedades de transmisión sexual-ETSs (Hoja 2), interrupción voluntaria del embarazo-IVE (Hoja 5), vacunación (Hojas 6 y 7) y cuidado general de heridas (Hoja 8).

Aparte de los tratamientos médicos descritos en este documento, la atención médica proporcionada por MSF a las víctimas de violencia sexual incluye salud mental y certificado médico-legal

Existen otras guías complementarias disponibles para el cuidado de las víctimas de violencia sexual, dependiendo de los diferentes centros operacionales (OCs) de MSF: implementación de la respuesta a la violencia sexual y específicamente a temas tales como el consentimiento para exámenes médicos, confidencialidad, recolección de datos, gestión del certificado médico, flujo de pacientes, búsqueda activa de víctimas e involucración de la comunidad.

Para comentarios y preguntas, por favor contacte al referente de salud reproductiva y violencia sexual en uno de los centros operacionales de MSF

¹ Texto original Julio 2011

² En colaboración con los grupos de trabajo HIV/SIDA, pediatría, vacunación y la red de farmaceutas, coordinado con la Guía clínica y terapéutica.

Hojas	Intervenciones	Detalles
1	Profilaxis VIH	Sí dentro de las primeras 72 horas
2	Profilaxis de ETSs	Sí
3	Embarazo	Embarazo potencial en todas las niñas/mujeres. Proveer prueba de embarazo y opciones relacionadas.
4	Anticonceptivos de Emergencia	Administrar dentro de 72 horas tras una violación a niñas/mujeres para evitar un embarazo no deseado.
5	Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)	Aconsejar, discutir opciones. Ofrecer o referir IVE. Ofrecer anticonceptivos post IVE.
6	Profilaxis de tétanos	Según el riesgo y estatus de vacunación pre-exposición.
7	Profilaxis de Hepatitis B	Vacunación según protocolo.
8	Lesiones físicas	Examen físico (asegurar consentimiento del paciente). Limpiar/reparar heridas. Para fístulas traumáticas, ofrecer medidas simples de tratamiento o referir al cuidado de un especialista.

Nota:

Incluso si las pacientes llegan meses después de la agresión, la vacunación propuesta y el tratamiento de ETSs debe ser provisto hasta 6 meses de la misma .

Logística:

Los medicamentos y diagnósticos propuestos como parte de las arriba mencionadas intervenciones pueden ser pedidos como parte del “kit post violación” (intervención para 35 adultos y 15 niños), un módulo de MSF **KMED parte 3: Kit hospitalario modular / DIFERENTES**

MÓDULOS HOSPITALARIOS

KMEDMHMI13A (mod hospital divers) MEDICINES RAPE MANAGEMENT, 50 part A

KMEDMHMI13B (mod hospital divers) MEDICINES RAPE MANAGEMENT, 50 C-CHAIN

Hoja 1: PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN VIH (PPE)

La violación, en comparación con la relación sexual consentida, presenta un mayor riesgo de transmisión de ETSs y VIH, porque el uso de la violencia puede involucrar lesiones traumáticas de las membranas y mucosas anales, vaginales y/u orales. Lesiones genitales pre-existentes (úlceras genitales, ETSs) o la presencia de menstruación pueden aumentar el riesgo de transmisión de VIH.

1.1 Evaluación del riesgo de transmisión de VIH³

No todos los tipos de violencia sexual requieren PPE. Según los datos epidemiológicos disponibles, el riesgo estimado de adquirir una infección VIH por un episodio único de relación sexual receptiva consentida es entre 0.1% (1 en mil) y 1% (1 en 100) y, de episodio único de sexo anal receptivo consentida, es entre 1% y 5% (1 a 5 en 100). La provisión de PPE es recomendada según una evaluación de riesgo/no-riesgo:

No hay riesgo de transmisión ⇒ No se recomienda PPE

- Besos
- Penetración digital o penetración vaginal, anal u oral con cuerpo extraño (sin lesión)
- Eyaculación sobre piel intacta

Riesgo de transmisión ⇒ recomendación de PPE⁴

- Penetración vaginal, anal u oral
- Mordedura que involucra sangrado : la víctima ha mordido al agresor o fue mordida por él
- Acto violento desconocido

1.2 Consideraciones previas a la prueba de VIH

Si la profilaxis recomendada por MSF no está disponible, el régimen dependerá de las pautas locales y la disponibilidad.

La violación es un evento traumático. Tratar el riesgo de infección de VIH, sea como condición pre-existente o como resultado del ataque sexual requiere un enfoque cuidadoso, asesoramiento sobre la pertinencia de la prueba VIH y demás implicaciones

Se recomienda una prueba VIH pero NO es un requisito para comenzar la PPE.

Los beneficios de conocer el estatus de VIH antes de comenzar la PPE son:

- Evitar PPE innecesaria si la paciente ya es VIH positivo
- Referir para una mejor cuidado si se diagnostica VIH
- Confirmación del estatus VIH negativo puede ser una motivación para tomar y completar la PPE

Si la **paciente se presenta dentro de las primeras 72 horas** tras el incidente y está demasiado traumatizada para discutir una prueba de VIH, no es necesario presionarla para realizar la prueba durante el primer encuentro. En lugar de ello, debe ser realizada durante la próxima oportunidad razonable. En todos los casos, si está indicada, la PPE debe ser iniciada *lo más pronto posible* dentro

³ El relato de violencia sexual de un niño puede no reflejar detalles que permitan una evaluación adecuada de infección de VIH. Al tener dudas, ofrezca pruebas de VIH y PPE.

⁴ Si la profilaxis recomendada por MSF no está disponible, el régimen dependerá de las pautas locales y la disponibilidad.

de las primeras 72 horas. La prueba VIH debe ser ofrecida y discutida durante la primera visita de seguimiento.

Si el **paciente se presenta después de las primeras 72 horas**, se debe ofrecer la prueba VIH, con una explicación cuidadosa de que la PPE no será administrada, ya que no resulta efectiva después de las primeras 72 horas.

Resultados de prueba diagnóstica de VIH y recomendaciones de PPE	
NO se hizo prueba de VIH	PPE por 28 días
Prueba de VIH esta realizada	
Resultado de prueba negativo	PPE por 28 días
Resultado de prueba positivo	<ul style="list-style-type: none"> • No se realiza PPE • Si se inició PPE antes de los resultados de la prueba, abandono de la PPE. • Discutir el resultado con la paciente e informarle sobre el cuidado médico recomendado. • Ofrecer cuidado de VIH o referir según sea necesario y factible dentro del contexto.
Resultado de prueba indeterminado	PEP hasta que haya un resultado concluyente

1.3 Pruebas de laboratorio de rutina

No se necesita pruebas de laboratorio para comenzar la PPE⁵.

⁵ Si están disponibles, las siguientes pruebas pueden ser útiles:

- zidovudina (AZT) – nivel de hemoglobina para detectar anemia
- inhibidores de proteasa (PI) – ALAT para evaluar sospecha clínica de hepatitis
- tenofovir (TDF) – liberación de creatinina en pacientes con diabetes, hipertensión, disfunción renal o pacientes que reciben drogas nefrotóxicas (incluyendo antiinflamatorios no esteroideos).

1.4 Guía de tratamiento de PPE

PPE para ADULTA/O y NIÑA/O > 35 kg				
Peso	Producto	Dosis por comprimido	Dosis	Duración
> 35 kg	TDF*/3TC	300 mg/300 mg	1 comp x 1/día	28 días
	----- + ----- atazanavir/ritonavir**	300 mg/100 mg	1 comp x 1/día	
* Si TDF no disponible: AZT/3TC		300 mg/150 mg	1 comp x 2/día	
** Si atazanavir/ritonavir nodisponible: lopinavir/ritonavir		200 mg/50 mg	2 comp x 2/día	

Comp=comprimido/s

Efectos adversos

- Nauseas, vómitos, dolores de cabeza. Aunque son comunes, no son muy serios, pero estos efectos pueden comprometer la adherencia al tratamiento. Informe a la persona que pueden ocurrir y enfatice la importancia de continuar el tratamiento.
- Atazanavir puede causar ictericia; esto no se debe a hepatitis y se puede continuar con el tratamiento.
- Tenofovir (TDF) está contraindicada si la persona tiene una lesión renal pre-existente (aclaramiento de creatinina inferior a 50 ml/min). Sin embargo, es poco probable que la administración a corto plazo (28 días) cause una toxicidad renal significativa. Si no está disponible la prueba de creatinina, evite el uso en caso de diabetes, hipertensión y en pacientes que reciben medicamentos nefrotóxicos.
- Evite la zidovudina (AZT)/lamivudina (3TC) si hay señales clínicas de anemia y/o si la hemoglobina es inferior a 8 g/dl.

Otras consideraciones

- El mayor desafío es la adherencia: se debe asegurar el asesoramiento respecto de ART
- Está reconocido que las víctimas de ataques sexuales tienen una mayor probabilidad de abandono de la terapia que los pacientes VIH que reciben ART.
- Si la paciente no puede decidir sobre PPE, ofrezca las primeras dosis de medicamento y abra nuevamente la discusión sobre tratamiento dentro de las siguientes 24 horas.
- En caso de cualquier duda sobre el régimen de PPE a ser usado, contacte a su asesor de VIH PERO es mejor iniciar la primera dosis de PPE TAN PRONTO COMO SEA POSIBLE. Si el régimen indicado en estas pautas no está disponible inmediatamente, comience con medicamentos que estén inmediatamente disponibles. Idealmente, esto debería ser 2 inhibidores de transcriptasa nucleótida inversa (NRTIs) + 1 inhibidor de proteasa (PI). Si no hay PI disponible, comience con 2 NRTIs + efavirenz (EFV).

PPE para NIÑOS < 35 kg							
Dosis por régimen y categoría de peso							
Peso	Mañana / noche	AZT/3TC 60 mg/30 mg	LPV/r comp 100 mg/25 mg		LPV/r jarabe 80 mg/ml/20 mg/ml		AZT/3TC 300mg/150mg
3-3.9 kg	☼	1 comp			+	1 ml	
	☾	1 comp			+	1 ml	
4-5.9 kg	☼	1 comp			+	1.5 ml	
	☾	1 comp			+	1.5 ml	
6-9.9 kg	☼	1½ comp			+	1.5 ml	
	☾	1½ comp			+	1.5 ml	
10-13.9 kg	☼	2 comp	+	2 comp	or	2 ml	
	☾	2 comp	+	1 comp	or	2 ml	
14-19.9 kg	☼	2½ comp	+	2 comp	or	2.5 ml	
	☾	2½ comp	+	2 comp	or	2.5 ml	
20-24.9 kg	☼	3 comp	+	2 comp	or	3 ml	
	☾	3 comp	+	2 comp	or	3 ml	
25-34.9 kg	☼			3 comp			+ 1 comp
	☾			3 comp			+ 1 comp

Consideraciones especiales para niños

Si un niño/a vomita dentro de los primeros 30 minutos tras la administración del medicamento, administre la misma dosis de nuevo.

- Las tabletas de AZT/3TC para niños/as pueden ser disueltas en agua y pueden ser partidas. Pueden ser disueltas en un volumen pequeño de agua o molidas y mezcladas con comida.
- Las tabletas de Lopinavir/ritonavir (LPV/r) no pueden ser molidas ni partidas y pueden ser difíciles de tragar.
- Actualmente hay Lopinavir/ritonavir (LPV/r) disponible en jarabe para niños de menos de 10 kg. También estará disponible en “pellets”. Los pellets serán la formulación preferida ya que son más fáciles de administrar y tienen un sabor menos amargo.
- El personal clínico debe ser consciente de las dificultades del consentimiento de niños/as y los problemas específicos de los mismos para seguir el tratamiento, y por ello debe tomarse el tiempo para asesorar cuidadosamente a los niños/as y sus padres/cuidadores.

1.5 Seguimiento

Si es factible, las pacientes idealmente deben ser sometidos nuevamente a pruebas VIH después de 3 meses para evaluar la sero-conversión. Si son positivos, deben ser referidos para el tratamiento y el cuidado adecuados.

Hoja 2: PROFILAXIS DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETSs)

Tan pronto como sea posible después de la violación, todos los pacientes deben recibir tratamiento profiláctico de rutina para las enfermedades de transmisión sexual (clamidia, gonorrea, sífilis, chancroide) y tricomoniasis.

Para pacientes que llegan hasta 6 meses después de la agresión :

- Si están asintomáticas: asegurar un tratamiento profiláctico completo
- Si están sintomáticas de una o más ETS: seguir protocolos estándar de tratamiento⁶
- Para sífilis: realizar una prueba si es factible

ADULTOS: tratamiento profiláctico de enfermedades de transmisión sexual⁷ (EST)		
	Producto	Dosis/Duración
Primera línea	Ceftriaxone 250 mg vial	250 mg IM dosis única
	+	+
	azithromycin 250 o 500 mg comp	2 g dosis única
Si no hay ceftriaxone	Sustituir con cefixime 200 mg comp	400 mg dosis única

ADULTOS: tratamiento profiláctico de tricomoniasis	
Producto	Dosis/Duración
tinidazole 500 mg comp	2 g dosis única
O si no hay tinidazole	
metronidazole 250 mg o 500 mg comp	2 g dosis única

⁶ Guía clínica de MSF o protocolo nacional correspondiente usado por MSF en el contexto.

⁷ Al usar 2 g azitromicina dosis única, la paciente está cubierto tanto para la sífilis en incubación como post-incubación. No hay necesidad de pruebas de sífilis para determinar si se requiere profilaxis o tratamiento. Si el paciente presenta úlceras genitales, debe recibir 2 g de azitromicina como dosis única independiente del número de horas transcurridas desde la violación (o, , benzatina benzilencillina intramuscular: 2.4 MUI como dosis única en segunda línea de tratamiento).

NIÑOS/AS: tratamiento profiláctico de ETSs (gonorrea, clamidia, sífilis)			
Tratamiento de primera línea			
Producto	5 to < 12 kg	12 to < 25 kg	25 to < 35 kg
Ceftriaxone 250 mg vial	125 mg dosis única	125 mg dosis única	125 mg dosis única
+	+	+	+
Azithromycin 200 mg/5 ml suspensión oral or 250 mg comp	20 mg/kg dosis única	500 mg dosis única	1 g dosis única
Si no hay ceftriaxone			
Producto	5 to < 12 kg	12 to < 25 kg	25 to < 35 kg
Cefixime 100 mg/5 ml suspensión oral or 200 mg comp	8 mg/kg dosis única	200 mg dosis única	400 mg dosis única
+	+	+	+
Azithromycin 200 mg/5 ml suspensión oral or 250 mg comp	20 mg/kg dosis única	500 mg dosis única	1 g dosis única

NIÑOS/AS: tratamiento profiláctico de tricomoniasis		
Peso	Producto	Dosis/Duración
< 35kg	Tinidazole 500 mg comp	50 mg/kg (max 2 g) dosis única
	Si no hay tinidazole	
	Metronidazole 250 o 500 mg comp or 125 mg/5 ml suspensión oral	15 mg/kg/ día en 3 dosis 7 día

Contraindicaciones

- Ceftriaxona y cefixima están contraindicadas en personas alérgicas a las penicilinas (alergia cruzada con las cefalosporinas en 5-10% de los casos).
- No hay contraindicación para cefalosporinas y azitromicina para mujeres embarazadas y lactantes.
- Para mujeres embarazadas y lactantes, el tinidazol o metronidazol deben ser divididos en dosis menores.

Efectos adversos

- Molestias gastrointestinales, especialmente vómitos; dolores de cabeza, mareos, reacciones alérgicas (erupciones, prurito, fiebre).

Precauciones

- La PPE tiene prioridad. Si el paciente vomita dentro de 2 horas tras recibir el tratamiento, la dosis debe ser repetida.
- Si la paciente está tomando AE y PPE, aconseje tomar los medicamentos de ETSs con la próxima comida para evitar las náuseas.
- Es común que la dosis de 2 g de azitromicina provoque vómitos; si no es tolerada el primer día junto con la PPE y AE, considere retrasar el tratamiento de ETSs por algunas horas o días.

Hoja 3: MANEJO DE EMBARAZO NO DESEADO

La violación puede tener por resultado un embarazo. Una niña/mujer que ha sido víctima de violencia sexual puede querer saber si el embarazo es consecuencia de la violación o si ya estaba embarazada antes, especialmente si está considerando una interrupción del embarazo o una adopción posterior.

Sin embargo la determinación de un embarazo **NO es un pre-requisito para:**

- Usar **anticonceptivos de emergencia**, ya que no dañarán un embarazo pre-existente (Hoja 4).
- Una **interrupción de embarazo** solicitado por la mujer; ya que es administrado independientemente de si el embarazo es resultado de la violación o no (Hoja 5).

En ausencia de señales clínicas de embarazo, se puede indicar una prueba de embarazo, pero ésta es limitada en su capacidad para predecir si un embarazo es resultado de la violación o no.

Resultado de prueba de embarazo	Momento de la prueba	Conclusión e información a la paciente
Positivo	< 2 semanas después de la violación	¿Está embarazada? SI ¿El embarazo es resultado de la violación? NO Lo más probable es que el embarazo no sea resultado de la violación.
	> 2 semanas después de la violación	¿Está embarazada? SI ¿El embarazo es resultado de la violación? DESCONOCIDO En una paciente sexualmente activa, no es posible determinar si el embarazo es resultado de la violación o no.
Negativo	2 semanas después de la violación	¿Está embarazada? DESCONOCIDO Repetir la prueba 2 y 6 semanas después.

Los profesionales médicos deben tener consciencia de que el estar embarazada en este momento, y decidir qué hacer con ello, puede ser emocionalmente muy difícil para la paciente y puede necesitar apoyo y asesoramiento:

- Si la paciente desea continuar su embarazo, el cuidado pre-natal y obstétrico debe seguir su curso usual.
- Si la paciente desea interrumpir el embarazo: ofrezca información sobre criterios y posibles métodos para la interrupción según su situación (Hoja 5).
- Si la paciente no desea quedarse con el recién nacido ni interrumpir el embarazo: asegure el seguimiento del embarazo en ANC y refiera a la paciente a una organización (religiosa, grupo de mujeres, ONG, orfanato) con opción a una posterior adopción.

Hoja 4: PREVENCIÓN DEL EMBARAZO – ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA (AE)

Los AE NO son un método abortivo y están permitidos en prácticamente todos los países.

Los AE deben ser discutidos con todas las niñas/mujeres en edad reproductiva, desde las primeras señales de la pubertad o el inicio del primer período menstrual en adelante.

4.1 Métodos

Hay dos tipos de anticonceptivos de emergencia:

- **Píldora anticonceptiva de emergencia (PAE)**
- **Dispositivos intrauterinos (DIUs)**

Antes de tomar una decisión sobre el método de AE, es útil determinar si la paciente ya estaba embarazada (Hoja 3). Si no es posible determinar un embarazo:

- La PAE NO dañará un embarazo establecido.
- Los DIUs están contraindicados, ya que pueden dañar un embarazo establecido.

La paciente debe ser aconsejada volver a la clínica si tiene cualquier consulta sobre AE, necesita tiempo para pensar o si no recibe su período menstrual dentro de 21 días después de tomar PAE. Esto último podría significar que está embarazada y requerirá otros cuidados médicos.

Si la paciente opta por AE, su deseo de un embarazo en un futuro próximo y la potencial anticoncepción necesitan ser discutidos y tratados.

4.2 Píldora anticonceptiva de emergencia

PAE puede prevenir de manera efectiva un embarazo dentro de las primeras 72 horas tras una relación sexual sin protección. Cuando se tome entre 72 y 120 horas (5 días) la efectividad se ve reducida a menos del 50%.

Píldoras anti-ceptivas de emergencia					
Producto ⁸	Marcas	Potencia	Dosis	Duración	Cantidad de comprimidos
Levonorgestrel	Levonelle, Norlevo, PlanB, Postinor-2, Vikela	0,75 mg	1,5 mg	Dosis única (o 2 x 1 comp 12 h aparte)	2*

⁸ Hay productos que están especialmente envasados para anticoncepción de emergencia, pero no están disponibles en todos los países.

Consideraciones

- Las dosis se aplican a mujeres con un peso corporal $\leq 75\text{kg}$.
- Se recomienda una dosis doble de AE (3 mg levonorgestrel) en pacientes que toman medicamentos inductores de enzimas: por ej., ARVs como efavirenz (EFZ) o rifampicina.
- Si la paciente recibe PPE, también se recomienda una dosis doble de AE (3 mgr levonorgestrel). Es mejor administrar las píldoras de AE 2 horas antes de comenzar PPE.

Asesoramiento y seguimiento para PAE

- No hay contraindicaciones para el uso de PAE.
- Discuta posibles efectos adversos y el efecto de las píldoras sobre su siguiente período menstrual. AE no previene el embarazo de relaciones sexuales posteriores. Ofrezca a la paciente anticonceptivos de su preferencia y condones para uso en el futuro inmediato para una protección doble.
- AE puede ser usada una segunda vez en el mismo ciclo menstrual. No hay límite para el número de veces que una mujer puede tomar AE en su vida.

PAE alternativa

Si no hay PAEs pre-envasados disponibles en su entorno, se puede ofrecer anticoncepción de emergencia usando **píldoras anticonceptivas orales regulares**:

- Régimen sólo de Levonorgestrel (mayor eficacia y menores efectos adversos, pero una alta carga de píldoras)
 - o
- Régimen combinado de estrógeno y progesterona (Yuzpe), 2 dosis con intervalo de 12 horas.

Anticonceptivos orales regulares para uso como anticonceptivos de emergencia			
Producto	Nombre comercial	Potencia	Cantidad de comprimidos
levonorgestrel (progesteron)	Microlut, Microval, Norgeston	3 mg	50 dosis única
	Ovrette	37.5 μg	40 dosis única
Combinado (Estrógeno – progesterona)	Eugynon 50, Fertilan, Neogynon, Noral, Nordiol, Ovidon, Ovral, Ovran, Tetragynon/PC-4, Preven, E- Gen-C, Neo-Primovlar 4	EE 50 μg + LNG 250 μg or EE 50 μg + LNG 500 μg	2 (+ 2 adicionales después de 12 horas)
	Lo/Femenal, Microgynon, Nordete, Ovral L, Rigevidon	EE 30 μg + LNG 150 μg or EE 30 μg + LNG 300 μg	4 (+ 4 adicionales después de 12 horas)
EE = Ethinylestradiol LNG = Levonorgestrel			

Efectos adversos

- Náuseas: para reducir el riesgo de náuseas, sugiera que la paciente coma algo antes de tomar las píldoras.
- Vómitos: si la mujer vomita dentro de 2 horas tras tomar ECP, debe tomar otra dosis (y considerar agregar un anti-emético). Si los vómitos ocurren más de 2 horas después de tomar ECP, no necesita tomar píldoras extra.
- Informe a la paciente que su próximo período menstrual puede comenzar varios días antes o después de lo esperado. Si su próximo período es muy diferente de lo normal, debe volver a la consulta.
- Discuta las opciones de un posible embarazo si no hay menstruación dentro de 21 días, o dentro de 5 a 7 días después de la fecha esperada, si se conoce la fecha. Instruya a la paciente a volver si dolores de cabeza, mareos, o dolores abdominales continúan más de una semana después de tomar ECP.

4.3 Dispositivo intrauterino (DIU)

Los DIUs con contenido de cobre son efectivos inmediatamente tras su inserción. El método es altamente efectivo para prevenir embarazos, si la paciente se presenta **durante los primeros cinco días** después de la agresión, siempre que no hubiera un embarazo conocido antes de la violación.

Cuando el momento de la ovulación puede ser estimado, se puede insertar un DIU en la paciente hasta 5 días después de la ovulación (note que a veces la ovulación que lleva a un embarazo puede tener lugar *después* de la relación sexual).

Un proveedor de servicios de salud entrenado debe aconsejar a la paciente e insertar el DIU. Si se inserta un DIU, asegúrese de completar el tratamiento de ETSs (Hoja 2).

El DIU puede ser extraído durante el siguiente período menstrual o puede continuar para ser usado como anticonceptivo.

Contraindicaciones

- Embarazo conocido o sospechado previo a la violación
- Infección genital activa: endometritis post-parto, cervicitis purulenta con clamidia o gonorrea, etc.
- Aborto post-séptico inmediato
- Sangrado vaginal inexplicado
- Proceso neoplásico de origen ginecológico : cáncer cervical no tratado; cáncer endometrial, etc.
- Cavidad uterina distorsionada (cualquier anomalía que interfiera con la inserción del DIU)
- Actual enfermedad trofoblástica gestacional maligna

Efectos adversos

- Cambios en patrones de sangrado (especialmente durante los primeros 3 a 6 meses) incluyendo: sangrado mensual prolongado y fuerte, sangrado irregular, cólicos mayores y dolor durante menstruación mensual
- Aborto espontáneo, nacimiento prematuro o infección en el infrecuente caso de embarazo con DIU normo inserto Riesgo de perforación durante la inserción (escaso) y enfermedad inflamatoria pélvica (escasa).

Hoja 5: INTERRUPCION DEL EMBARAZO (IVE)

Las víctimas de violación pueden presentarse demasiado tarde para la anti-concepción de emergencia (más de 120 horas), o la misma puede fallar. Si la víctima está embarazada y solicita interrumpir el embarazo, infórmela sobre los diferentes criterios y métodos para la interrupción del embarazo (IVE).

La política de MSF incluye como parte del esfuerzo de reducir el sufrimiento y la mortalidad maternal, la provisión de IVE, o, como alternativa, la referencia⁹ de la mujer a un proveedor de servicios de salud de calidad. En sus proyectos, MSF asiste la interrupción voluntaria del embarazo hasta el fin del primer trimestre; IVE a una edad gestacional posterior puede ser considerada en casos excepcionales.

En contextos donde la legislación sobre IVE es restrictiva, la misión debe estar bien informada y tomar en consideración la ley, su interpretación habitual, y las potenciales implicaciones de la provisión de IVE –notablemente, con respecto a la seguridad de la paciente y del personal médico.

5.1 Métodos

Métodos	Período	Comentario	Ventajas/Desventajas
Médico (misoprostol, mifepristone)	≤ 12 semanas	Sensibilidad de la musculatura uterina al misoprostol aumenta progresivamente con la evolución del embarazo → riesgo de sangrado excesivo aumenta tras 9 semanas de gestación	<i>Ventajas:</i> procedimiento no invasivo, sin anestesia, menos dolor <i>Desventaja:</i> Sangrado, cólicos, náuseas, incertidumbre, visitas repetidas para seguimiento
Aspiración manual endouterina (AMEU)	9 a 12 semanas < 9 semanas	También tratamiento preferido para abortos espontáneos incompletos	<i>Ventajas:</i> más rápido, resulta más certero, anestesia regional <i>Desventaja:</i> invasivo
Dilatación y curetaje	Hasta 12 semanas	Sólo cuando otros métodos no son aplicables	<i>Ventajas:</i> más rápido, resultado más certero <i>Desventajas:</i> invasivo, anestesia general, necesita cirujano/obstetra entrenado, riesgo de perforación cérvico-uterina, riesgo de infección

5.2 Asesoramiento y seguimiento

- Explicar opciones y procedimientos de IVE (qué esperar, efectos negativos, etc.)¹⁰
- Se debe aconsejar a la paciente usar un condón con todas sus parejas sexuales por un período de 6 meses (o hasta que se haya determinado el estatus de sífilis/VIH).
- Se debe discutir y entregar un método anticonceptivo¹¹.

⁹ La referencia de pacientes a otro proveedor de salud involucra que MSF valide a dicho proveedor, asegure el acceso (incluyendo la cobertura de costos relacionados) y el seguimiento de la paciente.

¹⁰ Interrupción de embarazo, Feb 2008.

¹¹ DIUs pueden ser insertos inmediatamente tras interrupción médico o MVA.

Hoja 6: PROFILAXIS DE TÉTANOS

Todo paciente debe ser inmunizado contra el tétanos a menos que él o ella pueda demostrar que está totalmente inmunizado. Esto beneficiará su futura salud y, para las mujeres, evitará el riesgo de tétanos neonatal .

Indicación

La prevención del tétanos en el manejo de heridas depende del estatus de vacunación pre-exposición y del riesgo:

- **Vacuna contra el tétanos:** cualquier persona que se presente con roturas en la piel o mucosas, según el estatus de inmunización.
- **Inmunoglobulina humana del tétanos (HTIG):** toda herida sucia tiene un riesgo mayor de tétanos a menos que se esté totalmente inmunizado. Administre HTIG a pacientes no-inmunizadas o inmunizadas de manera incompleta o en pacientes cuyo estatus de inmunización es desconocido, en combinación con la vacuna del tétanos.

Dosis y calendario

Vacuna del tétanos: 0,5 ml/inyección intramuscular (adultos y niños)¹².

Las primeras dos dosis (Día 0 y Semana 4) son la prioridad, ya que ofrecen protección para las potenciales infecciones procedentes de la agresión . Sólo dos dosis, sin embargo, proveen una inmunidad de corta duración.

La paciente debe ser referida al centro de salud existente donde la vacunación contra el tétanos es administrada regularmente, para recibir las tres dosis adicionales (TV3, TV4 y TV5), requeridas para una protección de larga duración.

Calendario de vacunación del tétanos (adultos y niños)			
Dosis	Calendario	Efectividad de protección	Duración de protección
TT1	Día 0	0%	Ninguna
TT2	Día 30 (≥ 28 días después TT1)	80%	1 a 3 años
TT3	6 meses después TT2	95%	5 años
TT4	1 año después TT3	99%	10 años
TT5	1 year after TT4	99%	10 years

¹² Niños ≤ 6 años que recibieron la pentavalente DTP-Hib-HepB están cubiertos; no hace falta vacunación TT adicional.

HTIG: 250 unidades internacionales (IU) en 1 ml en inyección intramuscular en la región glútea o deltoide (adultos y niños). Si más de 24 horas han transcurrido entre la lesión y el cuidado médico, la dosis debe ser duplicada (500 IU). Si TV y HTIG son administradas al mismo tiempo, se debe usar diferentes agujas, diferentes jeringas y diferentes sitios de inyección.

Calendario de Vacuna del Tétanos y HTIG				
RIESGO	Vacunación completa (≥ 3 dosis)			Vacunación incompleta (< 3 dosis) O sin vacunación / estatus de vacunación desconocido
	Tiempo desde administración de última dosis:			
	< 5 años	5-10 años	> 10 años	
Heridas menores, limpias	Ninguno	Ninguno	TT: un refuerzo	Iniciar* o completar TT
Heridas mayores, sucias (heridas profundas, pérdida sustancial de tejido, cuerpos extraños, necrosis)	Ninguno	TT: un refuerzo	TT: un refuerzo	Iniciar* o completar TT Y administrar HTIG
* Por lo menos 2 dosis administradas con 4 semanas de intervalo. Para inmunidad duradera, agregar 3 dosis adicionales.				

Contraindicaciones, efectos adversos, precauciones

- Alergia conocida a vacuna del toxoide del tétanos y HTIG
- Reacción local leve y escasa: enrojecimiento y dolor en el sitio de la inyección
- Sin contraindicaciones en mujeres embarazadas y lactantes y en casos de infección VIH sintomática o asintomática

Almacenaje

- Entre 2 y 8°C (jamás congelar).
- Tras abrir, el frasco de 10 dosis de vacuna puede ser mantenido por 4 semanas¹³.

¹³ WHO Policy Statement: The use of opened multi-dose vials of vaccine in subsequent immunization sessions (2000). https://www.spc.int/phs/pphsn/Outbreak/Vaccine_Management/WHO-Multi_Dose_Vial_Policy.pdf

Hoja 7: PROFILAXIS DE HEPATITIS B

La transmisión de la hepatitis B es significativamente mayor que la del VIH. La profilaxis contra la hepatitis B se debe ofrecer a toda paciente tan pronto como sea posible tras el incidente, preferentemente dentro de las primeras 24 horas, y hasta 6 meses después de la agresión.

En adultos/as saludables menores de 40 años, la vacuna de la hepatitis B induce una respuesta de anticuerpos protectores en aproximadamente 30 a 55% después de la primera dosis, 75% después de la segunda dosis, y más de 90% después de la tercera dosis. La respuesta a la vacuna decae con la edad (aproximadamente 75% de respuesta de anticuerpos a los 60 años). La serie primaria de vacunación (3 dosis) puede evitar la infección por más de 20 años, por el momento no se recomienda una dosis de refuerzo.

La dosis recomendada varía según el producto, la edad del receptor y el estatus inmune. Pruebas de Hepatitis B no son una pre-condición para vacunar a los pacientes.

Dosis y calendario

La dosis usual es 20 µg para adultos y 10 µg para niños^{14, 15}. En la mayoría de los casos, niños y adolescentes reciben el 50% de las dosis adultas¹⁴. En gente VIH positiva, una serie de dosis dobles (40 µg) es necesaria para lograr buena protección.

La vacuna es administrada mediante inyección intramuscular en la zona anterolateral del muslo (niños/as menores de 2 años) o en el músculo deltoide (adultos/as y niños/as mayores). No se recomienda la administración en el glúteo, ya que la reacción inmune es insuficiente.

La vacuna no interfiere con la respuesta inmune a otras vacunas y puede ser administrada simultáneamente con otras vacunas. Puede ser administrada al mismo tiempo que la vacuna del tétanos, pero no se debe combinar las vacunas en la misma jeringa.

El calendario a continuación ofrece inmunidad de protección inicial, que dura hasta un año. Para protección de por vida, se debe administrar un refuerzo tras un año.

Si no se puede completar el calendario, la víctima debe ser adecuadamente asesorada y referida a una estructura conocida donde pueda recibir las dosis restantes requeridas para completar el calendario de vacunación y lograr una protección duradera.

¹⁴ Un/a paciente es considerada niña/o cuando es menor de 10 años en lo que se refiere a los requisitos de dosis para la vacunación de hepatitis B. Sin embargo, referirse a la información del producto para confirmar la información ya que existen diferencias entre productores.

¹⁵ Niños ≤ 6 años que recibieron la pentavalente DTP-Hib-HepB están cubiertos; no hace falta vacunación TT adicional.

Calendario de vacunación Hepatitis B (adultos y niños)	
HBs1	Día 0
HBs2	7 días después de HBs1
HBs3	4 semanas después de HBs2
HBs4	12 meses después de HBs3

Contraindicaciones, efectos adversos, precauciones

- Historia de reacción de hipersensibilidad a cualquier componente de la vacuna.
- Puede causar:
 - Reacciones menores locales o sistémicas: dolor o enrojecimiento en el lugar de la inyección, fiebre, dolor de cabeza, mialgia, etc;
 - Muy raramente: reacción anafiláctica, reacción similar a enfermedad serológica, linfadenopatía, neuropatía periférica.
- Evaluar riesgo/beneficio si se sabe que existe esclerosis múltiple.
- Sin contra-indicación en el embarazo y la lactancia, y en casos de infección de VIH sintomática o asintomática.

Almacenaje

- Entre 2 y 8°C (jamás congelar).
- Tras abrir, el frasco de 10 dosis de vacuna puede ser mantenido por 4 semanas¹⁶.

¹⁶ Referirse a la política vial abierta WHO (Pagina 15, nota del pie 13)

Hoja 8: LESIONES FÍSICAS

Las pacientes con frecuencia sufren lesiones, cortes y hematomas como consecuencia de la violencia.

Asegure el **consentimiento de las pacientes**¹⁷ antes de proceder con cualquier examen físico (incluyendo vaginal, anal, de pechos). Para menores, un representante legal puede dar el consentimiento, sin embargo, los niños/as no pueden ser examinados en contra de su voluntad; su aceptación también es requerida e indicada en el archivo médico.

8.1 Situación de riesgo vital

- Si hay hemorragia severa (incluyendo el tracto genital o del recto) después de la violación, el paciente debe ser estabilizado (para corregir choque hipovolémico) y, si es necesario, se debe realizar una transfusión.
- Para heridas severas del tracto genital, recto o boca, dependiendo de la estructura sanitaria, se puede realizar un examen bajo anestesia (Ketamina) rápidamente para detener el sangrado activo y para reparar la vagina y/o el recto.
- Si el sangrado persiste (después de este procedimiento, o si no es posible realizar el examen bajo anestesia), el daño probablemente será extenso y una vez estabilizado, el paciente debe ser referido inmediatamente para cirugía (con familiares como potenciales donantes de sangre, según contexto).

8.2 Cuidado general de lesiones¹⁸

El objetivo del tratamiento de lesiones es asegurar una cicatrización rápida de las lesiones y evitar infecciones, complicaciones y otros efectos posteriores. Se debe tratar estas lesiones según los principios quirúrgicos generales y el sentido común médico:

- Limpiar desgarros, cortes y abrasiones y remover polvo, heces, tejido dañado o muerto.
- Limpiar laceraciones con cloruro de sodio 0,9%, comenzando con el área más limpia de la lesión y progresando hacia la más sucia.
- Decidir si hay lesiones que requieren sutura.
 - Heridas limpias deben ser suturadas dentro de 24 horas, después de este tiempo, la cicatrización ocurre por segunda intención o por sutura en un segundo tiempo.
 - No suture heridas sucias o aquellas con más de 24 horas.
- Cambie los vendajes cada 3 días. Cambios más frecuentes son requeridos sólo con indicación médica (aumento de dolor o enrojecimiento alrededor de la herida; mal olor; herida supurante)
- Use antibióticos sólo si está indicado.
- Provisión de analgésicos de rutina. Si es necesario, ofrezca provisión adicional de analgésicos a demanda.
- Asegure la vacunación contra el tétanos (Hoja 6).

¹⁷ El consentimiento del paciente se nota en la ficha médica del paciente; puede ser una casilla o una declaración firmada.

¹⁸ Asegure el manejo del dolor para el examen físico, especialmente en el caso de niños.

8.3 Heridas vaginales

Heridas superficiales y no-penetrantes

Siga los mismos principios de cuidado de heridas indicados arriba. La vagina está altamente vascularizada. Sea cuidadoso con el desbridamiento (si necesario). Las heridas superficiales suelen cicatrizar bien bajo tratamiento tópico.

Heridas profundas

Irrigar extensamente con cloruro de sodio 0.9%.

Fístula recto-vaginal o véscico-vaginal

Son consecuencias severas como resultado de una violación violenta o de cuerpos extraños insertados en la vagina. Esto puede causar una fístula (uretra-) vesico--vaginal (VVF) , una fístula recto-vaginal (RVF) o una combinación de ambas.

En ausencia de un especialista con entrenamiento específico en cirugía de fístula, los equipos de terreno *sin* experiencia en fístulas pero con ciertas habilidades quirúrgicas básicas pueden tomar medidas simples de tratamiento que pueden ser *beneficiosas para algunas* pacientes con fístula génito-intestinal o génito-urinaria traumática no complicada.

Estas medidas son:

- Insertar un catéter interno para esperar el momento hasta que un cirujano especialista esté disponible (en centro de referencia o en equipo de fístula de MSF), mientras que la fístula parezca disminuir en diámetro. Revise esto semanalmente. En la práctica, esto no será por más de 4-6 semanas.
- Tratar la anemia, cualquier infección concurrente, y una mala condición nutricional ya que estas condiciones impedirán el proceso de sanación espontánea de la fístula.
- Facilitar un consumo oral de líquidos de 4-6 litros por día. La orina producida debe ser incolora e inodora.
- Promover la movilización del paciente con cualquier tipo de fístula ya que esto facilitará el drenaje de orina y heces.
- No se requiere de antibióticos de rutina a menos que sea indicado –por ejemplo en caso de sepsis o de posible inmuno-supresión.
- Si es posible, desbridar bajo anestesia general, siguiendo principios generales de cuidado de heridas –tomando en consideración lo delicado de las maniobras vaginales en las víctimas de violencia sexual.

8.4 Heridas Ano-rectales

Laceraciones y heridas superficiales

Laceraciones y heridas superficiales pueden ser limpiadas con cloruro de sodio 0,9%. No se requiere antibióticos. Provea analgésicos.

Heridas profundas con lesión del esfínter anal

Estas heridas son difíciles de evaluar. Si hay evidencia o sospecha de lesiones del esfínter anal, el paciente debe ser rápidamente referido a una instalación quirúrgica. Las heridas pueden ser limpiadas, analgésicos pueden ser administrados, no se indica tratamiento antibiótico.

Perforaciones Rectales

Las perforaciones del recto son una situación con riesgo de vida (que llevan al abdomen séptico agudo). Los pacientes deben ser referidos en emergencia tras la estabilización (reemplazo de fluidos por vía intravenosa) e antibioterapia (amoxicilina/ácido clavulánico + metronidazol + gentamicina).

Note que lesiones en el ano y recto son difíciles de evaluar para personal no-quirúrgico incluso bajo anestesia. En caso de dudas, siempre es mejor referir.

8.5 Heridas bucales

Laceraciones y heridas superficiales

Limpiar con cloruro de sodio 0.9%.

Heridas más profundas

Heridas más profundas pueden ser suturadas con material reabsorbible. Administre tratamiento antibiótico.