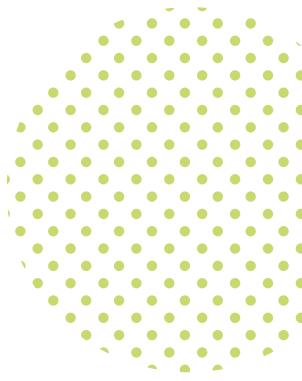




PROTOCOLO

De Atención a Niños, Niñas y Adolescentes. Víctimas de Abuso Sexual y/o Violaciones. (0-19 Años)

Noviembre 2021



Ministerio de Salud - Río Negro.

Ministro de Salud

Lic. Luis Fabián Zgaib.

Secretaría de Políticas Públicas

Dra. Mercedes Ibero.

Secretario de Relaciones Institucionales

Dr. Miguel Ledesma.

Coordinación Provincial de Salud Perinatal y Niñez

Coordinadora Dra. Elizabeth Mereles Morales.

Referente Técnica del Programa Provincial de S.P. y Niñez

Lic. Anabela Maglione.



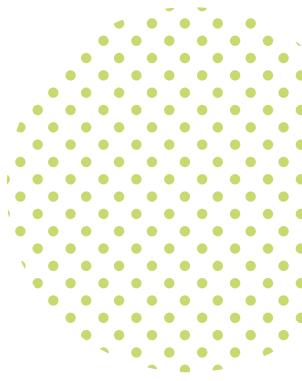
Colaboración / Agradecimientos :

Dirección de Investigación y Criminalística, Jefatura de la Policía de la Provincia de Río Negro.

Cuerpo de Investigación Forense, Defensoría General Provincial (Poder Judicial, Zona Atlántica).

SENAF.

Secretaría de Estado Seguridad y Justicia.



PROTOCOLO

De Atención a Niños, Niñas y Adolescentes. Víctimas de Abuso Sexual y/o Violaciones. (0-19 Años)

Índice

- 4** Recomendaciones de Atención en el Servicio de Salud a Niñas, Niños y Adolescentes (0-19 Años). Víctimas de Abuso Sexual.
- 5** ¿Qué debemos Reconocer en estos pacientes?.
- 6** Modelo de Atención.
- 7** Intervención de Emergencia.
- 9** Toma de Muestras.
- 12** Peinado de Vello Púbico.
- 14** Tratamiento.
- 15** Inhibidores de la Transferencia de Cadena Mediada por Integrasa.
- 18** Profilaxis para ITS.
- 20** Recomendaciones para Procedimientos Medicamentosos con Misoprostol.
- 21** Internación.
- 23** Algoritmo: Protocolo para la Atención Integral de Víctimas de Violaciones Sexuales.
- 24** Conclusiones.
- 25** Anexo N°1.
- 29** Planilla del Proceso de Intervención.

Recomendaciones de Atención en el Servicio de Salud a Niñas, Niños y Adolescentes (0-19 Años) Víctimas de Abuso Sexual

Las distintas definiciones coinciden en que los abusos sexuales hacia Niños, Niñas y/o Adolescentes, remiten a prácticas sexuales que pueden ir desde tocamientos, exposición de los órganos sexuales, masturbación frente a un niño, niña o adolescente hasta violaciones, impuestas por un adulto y/o pares independientemente de la forma en que se ejerza la coerción, violencia física, amenazas, abuso de confianza, etc.

Igualmente, coinciden en destacar tres factores útiles para diferenciar las prácticas sexuales abusivas:

- la asimetría de poder,
- la asimetría de conocimiento
- y/o la asimetría de gratificación.

El abuso sexual contra los NNyA⁽¹⁾ es una de las peores formas de violencia. Las víctimas sufren un daño irreparable a su integridad física, psíquica y moral. Se daña su derecho a la integridad, la intimidad, la privacidad y, principalmente, se vulnera el derecho a no ser expuesto a ningún tipo de violencia, abuso, explotación o malos tratos.

Siguiendo con la definición de términos, desde el Equipo de Salud nos referiremos a ellas indistintamente, sin tener presente las calificaciones que jurídicamente correspondan, debido a que nuestro interés es la atención integral de los N.NyA⁽¹⁾.

El Abuso Sexual Infantil⁽²⁾ es una problemática que incomoda. No sólo los NNyA⁽¹⁾ suelen guardar silencio frente a la dramática experiencia, sino que el Equipo de Salud tiende a evitar meterse en este tema. La detección de la situación de abuso depende en gran medida del espacio que se dé al paciente para ser escuchado, ya que en la mayoría de los casos no llega como motivo de consulta y no existe ningún signo al examen físico que pueda generar la sospecha ni la confirmación diagnóstica.

¿Cómo pueden presentarse estos niños en los servicios de guardia?

A) Con patología clínica que comprometa la vida (shock hemorrágico) por lesiones gravísimas, o sin compromiso vital como desgarros anogenitales, vulvovaginitis, uretritis, lesiones sospechosas de infecciones de ITS⁽³⁾ etc.

B) Con síntomas conversivos (movimientos extraños, seudoconvulsiones), autoagresiones y/o heteroagresiones, etc.

C) En otras oportunidades, consultan a raíz de la revelación de la situación de abuso, tanto en el ámbito familiar como en las instituciones sociales (clubes, parroquias) o en las escuelas.

D) Otra forma de llegar a la consulta puede ser el pedido, por vía judicial o a través de un Organismo de Protección de Derechos, de una evaluación interdisciplinaria del caso.

1. NNyA (Niñas, Niños y Adolescentes).

2. ASI (Abuso Sexual Infantil).

3. ITS (Infección de Transmisión Sexual)



Debemos reconocer en estos pacientes

Preescolares	<p>De retracción: no hablan, no se relacionan, depresivos.</p> <p>Regresión de fases de desarrollo ya adquiridas.</p> <p>De ansiedad: ansiedad de separación, llanto excesivo, trastornos del sueño, miedos excesivos.</p> <p>De imitación: imitación conductas sexuales, conocimiento de prácticas sexuales más allá de lo esperado.</p> <p>Enuresis. Encopresis.</p>
Escolares	<p>En el Área Social: ausencias frecuentes, miedo a volver a su casa o relacionarse con niños más pequeños, aislamiento de sus pares.</p> <p>En el Área Académica: alteración en el rendimiento escolar. Fallas en el aprendizaje.</p> <p>En el Área Personal: distorsión de la imagen corporal, pudor excesivo o exhibicionismo, cambios en los estados del humor (rabia o angustia extrema), trastornos de las conductas alimentarias, conocimientos sexuales avanzados.</p> <p>Enuresis. Encopresis</p>
Adolescentes	<p>La mayoría con conductas disruptivas.</p> <p>Trastornos de las conductas alimentarias.</p> <p>Aislamiento.</p> <p>Mala relación con sus pares.</p> <p>Fugas del hogar.</p> <p>Consumo de alcohol y/o drogas de abuso.</p> <p>Manifestaciones hetero o autoagresivas de distinto tipo.</p> <p>Intentos de suicidio.</p> <p>Comportamientos sexuales promiscuos.</p> <p>Conductas antisociales.</p> <p>Depresión severa.</p> <p>Trastornos en el rendimiento académico.</p>

Debemos **SIEMPRE**, pensar en un trabajo articulado desde la corresponsabilidad, que trasciende la enumeración de las diferentes acciones que realiza cada institución. Conlleva conocer los derechos de NNyA⁽¹⁾ (en el marco de la Ley Nacional 26061 y la Ley Provincial 4109) las vías formales para su garantía, los resortes institucionales para su defensa y comprender que la protección de derechos implica tomar decisiones que involucran a la totalidad de actores que integran el Sistema de Protección Integral de NNyA.⁽¹⁾ La intervención frente a los abusos sexuales demanda respuestas que tienen que ser interdisciplinarias e interinstitucionales.

Además del objetivo fundamental, que es la atención de cada una de las situaciones, hay otro objetivo, no menos importante, que es ir construyendo rutas de acción para mejores respuestas institucionales. También se deben implementar acciones de prevención tendientes a evitar la reiteración de episodios y el incremento de sufrimientos y daños de NNyA⁽¹⁾.

Será deber de los diferentes Equipos Intervinientes, brindar la contención y atención necesaria, tendientes a recuperar el estado de salud perdido por el daño físico, psíquico/emocional, ocasionado por la violencia interpersonal, en este caso abusos y/o, violaciones sexuales.

1. NNyA (Niñas, Niños y Adolescentes)



Modelo de Atención

Se le debe explicar claramente a la niña/o (teniendo en cuenta su edad) y/o adolescente y/o a los familiares (según corresponda y la edad), operadores, profesionales o adulto que lo acompañe, en qué consiste cada uno de los procedimientos a realizar y sus implicancias médico-legales y, obtener el consentimiento informado (Hoja de Ingreso).

Es la Declaración de voluntad suficiente efectuada por la persona y/o sus representantes legales, dependiendo del caso, emitida luego de recibir, por parte del Profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a su estado de salud, al procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; los beneficios esperados del procedimiento; los riesgos, molestias y efectos adversos predecibles; las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto de los alternativos especificados.

Es conveniente que el/la NNyA⁽¹⁾ siempre esté acompañado/a por una persona de su confianza que NNyA⁽¹⁾ elija, o en caso de requerirlo, convocar al Organismo Proteccional (SENAF), y de ser necesario solicitar Medidas de Protección, ya sea exclusión del hogar para resguardo de la integridad psico-física, como así también para reducir los temores del NNyA⁽¹⁾.

La atención del Equipo de Salud debe restituir y reparar la integridad de la persona afectada y por ello decimos que se realiza prevención secundaria, ofreciendo tratamientos luego de ocurrido el hecho.

Recordar que las prioridades son:

- ▶ Valorar el estado de salud
- ▶ Estabilizar a la víctima.
- ▶ Establecer un vínculo de confianza.
- ▶ Crear un ambiente seguro.
- ▶ Poder escuchar sin censurar y sin indagar en detalles innecesarios para la atención en Guardia.
- ▶ Identificar un referente.
- ▶ Evaluar si la NNyA⁽¹⁾ y el referente que acompaña, comprenden nuestro lenguaje de intervención. Evitar el lenguaje técnico.
- ▶ Evitar que los diversos Servicios que intervengan repregunten datos personales y familiares ya proporcionados.
- ▶ Obviar comentarios contenedores impropios (pobrecita/o, mi chiquita/o, esta asustada/o), así como comentarios al referente adulto en presencia del NNyA⁽¹⁾ sobre lo ocurrido.
- ▶ No consultar detalles del evento, que no sean necesarios y/o pertinentes, para evitar contaminar el relato.

1. NNyA (Niñas, Niños y Adolescentes)

Evitar preguntas como las siguientes:

¿Cómo fue?, ¿Dónde fue?, ¿Te vestís siempre así?, ¿Quién fue?, ¿Estás segura?, ¿Consumís? ¿Qué sentiste? ¿Te gustaba lo que te hacía? ¿Por qué no buscaste ayuda? ¿Por qué sí te hacía esas cosas, buscabas estar con esa persona? ¿Por qué no lo has contado antes? ¿Por qué lo contás ahora? ¿Por qué pensás que te lo hacía?.

RECORDEMOS QUE EL EXAMEN FÍSICO Y DE EVIDENCIA TIENE DOBLE PROPÓSITO



Valorar el estado de salud del NNyA y reparar el daño.

Reunir la evidencia que luego servira para el JUICIO.

Intervención de Emergencia:

► El examen físico lo debe llevar a cabo un profesional capacitado y con empatía (ESTO PERMITE NO REVICTIMIZAR AL N.NyA⁽¹⁾ o VOLVER A REPETIR LOS EXÁMENES), conjuntamente con un profesional de la salud de la Policía o Médico Forense, en caso de contar en su localidad y según necesidad. Si la situación amerita, evaluar la derivación a un hospital de mayor complejidad.

Exámen físico general:

► En situaciones agudas, el/la N.NyA⁽¹⁾ deberá desvestirse parado sobre una superficie de PAPEL BLANCO GRANDE (TIPO EL QUE USAN PARA ESTERILIZAR), POR SI CAE ALGÚN CABELLO O VELLO PUBIANO DE LAS ROPAS.

Buscar las lesiones externas: eritemas, abrasiones, equimosis, hematomas, marcas de dientes, quemaduras, fracturas, exantema, sugilaciones, mordeduras, excoriaciones (marca de dedos, en brazos, cuello, etc.). Asimismo se debe realizar descripción de lesiones corporales.

Examen ginecológico:

► Realizar el examen con el Médico Forense de contar con el mismo. Visualización directa / con colposcopio (consignar con precisión la presencia de lesiones y de ser posible dibujar en un gráfico u obtener imágenes fotográficas).

1. NNyA (Niñas, Niños y Adolescentes)

Examen genital en mujeres:

	NORMAL	ANORMAL	DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES
Periné			
Labios Mayores			
Labios Menores			
Clítoris			
Uretra			
Himen (Características del himen. Diámetro del orificio himenal)			
Zona Perineal			
Esfínter Anal (Presencia de materia fecal en recto)			
Otras lesiones			

Examen genital en varones:

► Circuncisión: No.....Sí.....

	NORMAL	ANORMAL	DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES
Pene			
Meato uretral			
Escroto			
Testículo			
Esfínter anal			
Otras Lesiones			



Toma de muestras: (Sólo ante la posibilidad o sospecha de violación o de contacto con secreciones del agresor)

Se puede categorizar al examen como emergencia, urgencia o no urgente. Un examen de emergencia debe hacerse sin demoras. Los urgentes y los no urgentes deben realizarse en el término de 1 a 7 días.

Las versiones anteriores de esta guía, recomendaban modificar la "regla de las 72 horas" para la recolección de rastros en menores prepúberes, por la "regla de las 24 horas".

Estudios posteriores han confirmado que el ADN se recupera predominantemente cuando los exámenes de estos niños y niñas prepúberes se realizan menos de 24 horas después del momento de la agresión.

La investigación en el uso de la amplificación de ADN en niños y niñas pequeños es limitada, pero se ha recuperado ADN específico del cromosoma Y, en mujeres jóvenes víctimas, que se presentaron 24 horas después del evento.

Es importante decir que la presencia de signos físicos relevantes, no predice la recuperación de ADN y no debe ser el fundamento para la recolección de rastros forenses. Además es posible recuperar ADN, después de la limpieza superficial genital, luego de un hecho de esta naturaleza. En este momento se recomienda la toma de rastros forenses, en casos de contacto que pudo provocar intercambio de material biológico dentro de las 24 horas en prepúberes y dentro de las 72 horas en adolescentes.

Algunos niños y niñas se beneficiarán si se toman muestras aún más allá de las 24 horas, especialmente si la amplificación de ADN como arte del laboratorio de análisis criminal. Algunas jurisdicciones han extendido el plazo para la toma de muestras forenses en la agresión sexual de adolescentes y adultos, en 5 a 7 días porque es posible recuperar espermatozoides del cuello del útero más de 72 horas después de un acto sexual.

A) Solicitar test de ELISA VIH de 4ta generación basal, si no estuviera disponible, test rápido para VIH. Si se realiza ELISA VIH de 4ta generación se realizará control en la visita inicial, entre las 4 a 6 semanas y a los 3 meses. Si se realizará otra metodología diagnóstica se solicitarán ELISA VIH al 6 mes.

B) Virus de Hepatitis C:

Realizar una determinación basal para VHC y repetir el estudio transcurrido los 3 meses.

Si Ac HCV fuera positivo, se debe solicitar PCR VHC y derivar al especialista.

C) Se utilizarán Métodos treponémicos de diagnóstico rápido (PT) de estar disponibles, sino PNT. Si presentara una PT⁽⁴⁾ o PNT⁽⁵⁾ positiva para sífilis, debe recibir tratamiento con penicilina y luego confirmar con algoritmos diagnósticos vigentes.

D) En niños o niñas sintomáticos o con secreciones se recomienda cultivo de N. gonorrhoeae a partir de muestras recolectadas de la faringe y el ano en niños y niñas, la vagina en niñas, y la uretra en los niños.

4. PT. (Pruebas treponémicas)

5. PNT. (Pruebas no treponémicas)

Las muestras cervicales no son recomendados para las niñas prepúberes. Para niños es útil la muestra para cultivo de secreción uretral.

Las muestras de la vagina, uretra, faringe o recto deben ser sembradas en medios selectivos para el aislamiento de *N. gonorrhoeae*.

La coloración de Gram es insuficiente para evaluar a los niños prepúberes para gonorrea y no debe utilizarse para diagnosticarla o excluirla.

E) En niños o niñas sintomáticos o con secreciones se recomienda cultivo para *C. Trachomatis* a partir de muestras recolectadas de ano tanto en niños como en niñas y desde la vagina en niñas.

También puede obtenerse una muestra de meato si hay secreción uretral.

Las muestras faríngeas para *C. trachomatis* no son recomendadas para niños de ambos sexos porque la probabilidad de recuperación es baja, la infección adquirida perinatal puede persistir más allá de la infancia, y los equipos para hacer cultivo en algunos laboratorios no distinguen entre *C. trachomatis* y *C. pneumoniae*.

Sólo deben ser usados los equipos de cultivo estándar para el aislamiento de *C. trachomatis*.

El aislamiento de *C. trachomatis* debe ser confirmado por identificación microscópica de inclusiones por tinción con anticuerpos monoclonales conjugados con fluoresceína específico para *C. trachomatis*. El cultivo sigue siendo el método preferido para sitios extragenitales.

(Ver cuadro en la página siguiente)

EXAMEN GENITAL PREPUBERAL		EXÁMEN ANAL PREPUBERAL	
Posición del examen	Supina de rana-olitotomía. Prono genupectoral	Posición del examen (en orden de preferencia)	Supino genupectoral Prono genupectoral Decúbito lateral.
Técnica del examen	Separación y tracción labial. Prono genupectoral con elevación de glúteos. Exámenes con espéculo (no indicado a menos que esté sedado).	Técnica del examen	Separación de glúteos Prono genupectoral con elevación de glúteos.
Técnica de confirmación	Himen flotante con agua o solución salina Prono genupectoral con elevación de glúteos.	Técnica de confirmación.	Volver a evaluar después de la evacuación intestinal, la angulación o en posición alternativa.
	Supina de litotomía Prono genupectoral.	Posición del examen (en orden de preferencia).	Supino genupectoral Prono genupectoral. Decúbito lateral.
	Separación y tracción labial. Prono genupectoral con elevación de glúteos. Exámenes con espéculo (no indicado a menos que esté sedado).	Técnica del examen.	Separación de glúteos lateral Prono genupectoral con elevación de glúteos.
	Seguimiento del borde himeneal con hisopo de punta de algodón Catéter Foley 58 Prono genupectoral con elevación de glúteos.	Técnica de confirmación	Volver a evaluar después de evaluación intestinal, la angulación o en posición alternativa.

Peinado de Vello Púbico



SANGRE Solicitar:

- ▶ Serología para VIH (ELISA), sífilis (VDRL), hepatitis B (IgM e IgG antiHBc) y Hepatitis C (Ig G antiHCV).
- ▶ Hemograma y hepatograma (en caso de tener que indicar tratamiento Antirretroviral).
- ▶ Cultivo de orina.
- ▶ Subunidad β -HCG en niñas posmenárquicas o en período puberal y niños trans postmenarca.

FLUJO VAGINAL

- ▶ Hisopado vaginal para extendido en fresco sobre portaobjeto.
- ▶ Hisopado vaginal en medio de Stuart para cultivo de flujo vaginal.
- ▶ Hisopado vaginal con hisopo y medio especial para Chlamydia trachomatis.
- ▶ Hisopado endocervical con medio adecuado (carbón) para Neisseria gonorrhoeae.

MUESTRAS DE SECRECIONES: (Realizarlas ante la posibilidad o sospecha de contacto de esas zonas con secreciones del agresor).

- ▶ ANALES.
- ▶ URETRALES.
- ▶ DE CAVIDAD ORAL.

MUESTRAS DE MANCHAS ORGÁNICAS:

- ▶ Recolección de superficies manchadas por raspado o hisopado con hisopo estéril embebido en solución fisiológica, secado y colocado en frasco estéril rotulado (conservación entre -20 y -70 °C).para búsqueda de espermatozoides y determinación de ADN. SE COLOCAN UNA VEZ SECOS, PREFERENTEMENTE EN SOBRE DE PAPEL MADERA.

Categorización de los Hallazgos:

- ▶ Examen normal. Sin signos físicos de AS.
- ▶ Hallazgos inespecíficos de AS (abuso posible o baja sospecha).
- ▶ Hallazgos específicos de AS (abuso probable o alta sospecha).
- ▶ Hallazgos de certeza de AS (evidencias definitivas de AS).

Iniciar Historia Clínica:

Completar la Hoja de Ingreso, consentido informado.

Iniciar Historia Clínica, colocar Hoja de Ingreso y foliar.

Entrega de cartilla (con intervenciones realizadas, tratamientos a seguir e información para NNyA,⁽¹⁾ familiares, Operadores, Profesionales o adulto que lo陪伴e).

1. NNyA (Niñas, Niños y Adolescentes)

TRATAMIENTO



INICIAR TRATAMIENTO ORAL CON ANTIRRETROVIRALES, ANTIBIOTICOTERAPIA Y ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (según corresponda, se realizará únicamente en las situaciones que el caso lo justifique: violación o sospecha de contacto de riesgo con las secreciones del agresor).

El riesgo de adquirir VIH a través de un episodio de violencia sexual va a depender de múltiples factores: que el violador sea VIH con alta carga viral, o presencia de otras ITS, y/o usuarios de drogas; también si hubo penetración anal, vaginal y/u oral, recurrencia de episodios de violencia, presencia de lesiones genitales u orales.

La profilaxis para VIH se tiene que realizar **entre las 2 hs y las 72 hs del hecho**; siempre debe haber consentimiento a recibirla, previa explicación de los beneficios y efectos adversos probables. Requerirá de un seguimiento estricto por Infectología y laboratorio.

Se recomienda continuar con el tratamiento post-exposición durante 28 días. Si el ELISA VIH de la fuente resultara negativa, se podrá suspender la profilaxis anti-retroviral en los niños, niñas y adolescentes.

Si la persona fuente fuera VIH + conocida: No se recomienda indicar PPE en las exposiciones sexuales en que:

- ▶ la persona fuente reciba TARV⁽⁶⁾ efectivo y,
- ▶ tenga documentada la supresión virológica sostenida y,
- ▶ sea adherente al TARV⁽⁶⁾

En los casos, en que está disponible, se prefiere la realización de test rápidos. Si el test rápido no estuviera disponible, no debe esperarse el resultado de la serología para VIH para iniciar la PEP ("profilaxis posexposición").

El kit de PEP, debe de estar disponible las 24 horas, en un lugar de fácil acceso a las personas del Equipo de Salud que intervienen en el proceso.

Indicaciones de PPE

Adolescentes > 13 años	TENOFOVIR + EMTRICITABINA o TENOFOVIR + 3TC	+	DOLUTEGRAVIR Alternativo: DARUNAVIR RITONAVIR
NyN de 2 a 12 años	TENOFOVIR + EMTRICITABINA o TENOFOVIR + 3TC	+	DOLUTEGRAVIR (mayores de 6 años) o Raltegravir Alternativo: DARUNAVIR/RITONAVIR
	ZIDOVUDINA+3TC		LOPINAVIR/RITONAVIR o Raltegravir
NyN de 1 m a 2 años	ZIDOVUDINA+3TC	+	LOPINAVIR/RITONAVIR o Raltegravir

6. TARV (Tratamiento Antirretroviral)

Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa

ZIDOVUDINA

PRESENTACIÓN	DOSIS	INTERACCIONES
Jarabe: 10mg/ml o Cápsulas: 100 mg Combinados: ≥30 kg: c/12 hs. AZT 300 mg+ 3TC 150mg	Según peso: 4-9 kg: 12 mg/kg/dosis c/12 hs 9-30 kg : 9 mg/kg/dosis c/12 hs ≥30 kg: 300 mg cada 12 hs.	No debe coadministrarse con: • ganciclovir, valganciclovir, inter-ferón alfa • Ribavirina

TENOFOVIR

PRESENTACIÓN	DOSIS	INTERACCIONES
Comprimidos: 300 mg de Tenofovir Combinado ≥35 kg: c/24 hs. TDF 300mg + FTC 200 mg.	Niños/as 2 - 12 años: 8 mg/kg/dosis c/24 hs. Niños/as >12 años y >35 kg, 245 mg de TDF cada 24 horas.	<ul style="list-style-type: none"> Disminuye las concentraciones plasmáticas. Lopinavir/r aumentan las concentraciones plasmáticas de tenofovir, Analgésicos,

LAMIVUDINA

PRESENTACIÓN	DOSIS	INTERACCIONES
Solución oral: 10mg/ml. Comprimidos: 150 y 300mg. Combos: ≥30 kg.c/12 hs. AZT 300 mg + 3TC 150 mg.	<p>Lactantes y niños y niñas (≥4 semanas): 4 mg/kg/dosis c/12 hs.</p> <p>Según peso (para ≥14kg): 14-20 kg: 75 mg c/12 hs. o 150 mg c/24hs. 20-25 kg: 75 mg-150 mg c/12 hs. o 225 mg c/24hs. ≥25 kg: 150 mg c/12hs o 300 mg c/24hs</p>	<p>No se recomienda coadministrar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> Emtricitabina

LOPINAVIR/RITONAVIR

PRESENTACIÓN	DOSIS	INTERACCIONES
Solución oral: 80mg/20 mg/ml. Comprimidos: 100 mg/25 mg	Niños/as \geq 12 meses hasta 18 años según superficie corporal: Dosis habitual: 300 mg/75 mg/m ² /dosis c/12 hs Mayor a 18 años: 400/100 mg c/12 hs. o 800/200 mg c/24 hs.	No coadministrar con: • Rifampicina • Dextropropoxifeno • Fluticasona • Budesonide • Hierbas/Vitaminas

DARUNAVIR

PRESENTACIÓN	DOSIS	INTERACCIONES
Comprimidos: 150,600 y 800 mg. También aprobado para \geq 18 años: cada 24 hs. Comprimidos de DRV/r 800/100 mg	Niños/as < 3 años o < 15 kg: no aprobado. Niños/as \geq 3 años: En pacientes pediátricos y adolescentes se recomienda DRV potenciado con RTV. Peso(kg) Dosis (2 veces al día) 30-40 DRV 450 mg + RTV 100mg \geq 40 DRV 600 mg + RTV100mg Adolescentes (> 12 años) c/24 hs. 30-40 kg: DRV 675 mg + RTV 100 mg c/24hs. \geq 40 kg: DRV 800 mg + RTV 100 mg c/24hs.	No recomendado coadministrar con: • Rifampicina • Hierbas • Lopinavir/ritonavir

DOLUTEGRAVIR

PRESENTACIÓN	DOSIS	INTERACCIONES
Comprimidos: 50 mg	Niños > 6 años -12 años: Peso corporal (kg) Dosis 15 a menos de 20 20 mg una vez al día 20 a menos de 30 25 mg una vez al día 30 a menos de 40 35 mg una vez al día 40 o más 50 mg una vez al día Adolescentes \geq 12 años y \geq 40 kg: • Dosis habitual: 50 mg c/24hs.	No debe coadministrarse con: • Antiácidos.

El uso de **DOLUTEGRAVIR**, se considera una opción segura en personas con capacidad de gestar que empleen un método anticonceptivo efectivo y/o hayan recibido anticoncepción de emergencia dentro de las 24 horas del evento.

Recordar evitar el **DOLUTEGRAVIR**, durante la concepción y las primeras 8 semanas del embarazo.

En situaciones en las que está contraindicado el uso de **DOLUTEGRAVIR**, y de **DARUNAVIR/RITONAVIR**, se recomienda **RALTEGRAVIR** 400mg cada 12 horas.

En personas que no pueden recibir **TENOFOVIR DF**, emplear **ZIDUVUDINA 300 mg/ LAMIVUDINA 150 mg** cada 12 horas.

► **Inhibidores de la transferencia de cadena mediada por integrasa.**

RALTEGRAVIR

PRESENTACIÓN	DOSIS	INTERACCIONES
Comprimidos masticables: 100mg. Comprimidos: 400mg. Suspensión oral granulada: sobres de 100 mg de RAL en 10 ml de agua, concentración final 10 mg/m.	Lactantes >4 semanas (≥ 3 kg) y niños/as hasta 2 años: 5 a <6 semanas: 3 ml (30 mg) dos veces al día. 6 a <8 semanas: 4 ml (40 mg) dos veces al día. 8 a <11 semanas: 6 ml (60 mg) dos veces al día. 11 a <14 semanas: 8 ml (80 mg) dos veces al día. 14 a <20 semanas: 10 ml (100 mg) dos veces al día. Niños/as entre 2-12 años: Peso(kg) Dosis Número comp. 11-14 75 mg/dosisc/12hs. 3 x 25mg14-20 100 mg/dosisc/12hs. 1 x 100mg 20-28 150 mg/dosisc/12hs. 1,5 x 100mg 28-40 200 mg/dosisc/12hs. 2 x 100mg >40 300mg/dosisc/12hs. 3 x 100mg >6 años y >40 kg: 1 comp 400 mg c/ 12 hs. Adolescentes >12años: Comprimidos: 400 mg/dosis cada 12 horas.	No recomendado coadministrar con: • Antiácidos: reducen los niveles de RAL (hidróxido de magnesio, hidróxido de aluminio, carbonato cálcico).



Profilaxis para ITS

MICROORGANISMO	REGIMEN RECOMENDADO EN ADOLESCENTES Y JÓVENES	REGIMEN RECOMENDADO EN NIÑAS Y NIÑOS
Neisseria gonorrhoeae	Ceftriaxona 250 mg intramuscular (IM) o cefixima 400 mg via oral (VO)	Ceftriaxona 125 mg IM
Trichomonas spp	Metronidazol oral 2 g única dosis	Metronidazol 15 mg/k/día en 3 dosis/día VO x 7 días.
Chlamydia trachomatis	Azitromicina 1 gr VO UD o Doxiciclina 100 mg, 2 veces por día por 7 días.	Azitromicina 20 mg/ k UD VO.
Virus Hepatitis B (HB)	Pacientes no vacunados previamente o con vacunación desconocida se debe comenzar el esquema de vacunación para hepatitis B.	
	Si la fuente está infectada por HB o es de alto riesgo, debe indicarse concomitantemente Inmunoglobulina específica para HB.	

***Si se presentara intolerancia oral a la utilización simultanea del TARV⁽⁶⁾ y el metronidazol, se priorizará la indicación del TARV⁽⁶⁾ pudiéndose postponer el metronidazol a la finalización del TARV.⁽⁶⁾**

PROFILAXIS CONTRA HEPATITIS B

Evaluar inmunización.

Se administrará la 1ra. dosis de vacuna antihepatitis B el día de la primera consulta (si fuera posible), la 2da. al mes y 3ra. dosis a los tres meses de la primera respectivamente (si no recibió esquema para hepatitis B o está incompleto o se desconoce si tiene anticuerpos protectores específicos).

Está recomendada la gammaglobulina específica en caso que se desconozca el victimario si tiene AGS (+) "enfermedad aguda" o portador crónico, o no se pueda realizar la serología confirmatoria al victimario.

Recomendaciones para profilaxis contra hepatitis B después de exposición percutánea o permucosa.

(Ver cuadro en la siguiente página).

6. TARV (Tratamiento Antirretroviral)

PERSONA EXPUESTA	FUENTE HbsAg POSITIVA	FUENTE HbsAg NEGATIVA	FUENTE ESTUDIADA O DESCONOCIDAD
No vacunado o con esquema incompleto.	IgHB e iniciar o completar esquema de vacunación.	Iniciar o completar esquema de vacunación.	IgHB e iniciar o completar esquema de vacunación.
Con esquema completo y: Anticuerpos (AntiHBs) Protectores (≥ 10 mUI/ml)	No IgHB: 2 dosis con intervalo de 1 mes entre ellas o IgHB 1 dosis e iniciar revacunación.	No No	No Tratar como si la fuente fuera HbsAg positiva.
Anticuerpos negativos, no respondedores (< 10 mUI/ml)	Realizar AntiHBs al individuo expuesto y actuar según los títulos.	No	Realizar antiHBs al individuo expuesto y actuar según títulos.

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA:

Recomendaciones para brindar la Anticoncepción de Emergencia.

La anticoncepción de emergencia evita el embarazo **después** del episodio, **sin** la protección adecuada.

La anticoncepción de emergencia **NO** protege contra enfermedades de transmisión sexual. (VIH/ SIDA-ITS)

La Anticoncepción de Emergencia es un **RECURSO**

- No un método. Puede usarse hasta 5 días luego del episodio, pero cuanto antes se tome es más efectiva.(recomendable dentro de las 72 hs)

Tratamientos médicos:

- LEVONOGESTREL 1.5 mg. 1 comprimido, (única dosis).

EMBARAZO FORZADO

FRENTE A LA CONFIRMACIÓN DE UN EMBARAZO FORZADO SE DEBE CONSIDERAR:

- La posibilidad y el acceso a la interrupción legal del embarazo (IVE⁽⁷⁾/ ILE⁽⁸⁾).
- La atención del embarazo, que siempre es de alto riesgo.

En los casos en que la persona gestante opte por realizar la IVE⁽⁷⁾ el profesional interviniente deberá informar los métodos y valorar cuál es el procedimiento más apropiado, que dependerá de la edad gestacional, la decisión de la persona gestante, y las posibilidades de realizarlo en el Centro de Asistencia.

Los embarazos que son producto de abusos sexuales en niñas menores de 15 años encuadran en las causas que habilitan un aborto legal: violación y riesgo para la salud psicofísica.

Es importante respetar la decisión de la persona. La recolección de material genético como evidencia forense nunca podrá convertirse en una barrera o generar dilataciones en el acceso a la práctica.

Será relevante, que el MÉDICO tratante, en caso de ser OBJETOR DE CONCIENCIA, tiene el deber de brindar la información necesaria a la paciente y/o acompañantes, a fin de respetar derecho de decidir de la misma.

7. IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo)

8. ILE (Interrupción Legal del Embarazo)

RECOMENDACIONES PARA PROCEDIMIENTOS MEDICAMENTOSOS CON MISOPROSTOL

CIENTÍFICA	EDAD GESTACIONAL	DOSIS. VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y ESQUEMA
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD	Menor a 12 semanas (84 días)	Misoprostol 800 mcg vaginal y repetir dosis entre las 3 a 12hs (máximo 3 dosis).
		Misoprostol 800 mcg sublingual y repetir dosis a las 3 hs (máximo 3 dosis).
	Mayor a 12 semanas	Misoprostol 400 mcg vaginal o sublingual cada 3hs (sin máximo de dosis).
Federación Latinoamérica de Sociedades de Obstetricia Ginecología (FLASOG 2013)	Menor a 12 semanas	Misoprostol 400 a 800 mcg sublingual cada 4 hs hasta completar 3 dosis
		Misoprostol 400 a 800 mcg vaginal. Si no hay respuesta terapéutica, repetir dosis de 400 mcg cada 6 hs hasta completar 3 dosis consecutivas
	13 a 15 semanas	Misoprostol 400 mcg vaginal. Si no hay respuesta terapéutica, repetir dosis de 400 mcg a las 6 - 12 hs. Si persiste sin respuesta a las 24 hs, duplicar la dosis inicial, y repetir 12 hs después.
	16 a 18 semanas	Misoprostol 200 mcg vaginal. Si no hay respuesta terapéutica, repetir dosis 200 mcg a las 6-12 hs. Si persiste sin respuesta a las 24 hs, duplicar la dosis inicial, y repetir 12 hs después.
Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO 2012)	1° Trimestre	Misoprostol 800 mcg vaginal cada 3 hs (máximo 3 dosis).
		Misoprostol 800 mcg sublingual cada 3 hs (máximo 3 dosis).
	2° Trimestre	Misoprostol 400 mcg vaginal cada 3 hs (máximo 5 dosis) En casos con antecedentes de cesárea o cicatriz uterina, usar la mitad de la dosis.



INTERNACIÓN: se debe evaluar cada situación en particular, de ser necesaria la internación, en función su resguardo y cuidado, como medida excepcional. En particular, en aquellas zonas donde no contamos con Hogares dependientes del Organismo Proteccional Provincial o casa de resguardo.

ROL DEL SERVICIO SOCIAL

El Servicio Social, debe de intervenir SIEMPRE. Su función no es sólo de orientación, es el servicio que establece comunicación directa con la Fiscalía y remite copia de la hoja de atención en Guardia que tiene carácter de Denuncia.

Desde el Servicio Social, se debe trabajar a partir del asesoramiento a los progenitores, adultos responsables, referentes institucionales que acompañan al NNyA⁽¹⁾ respecto al proceso de intervención que se implementará a partir de ese primer contacto. Como así también, orientarlos con respecto a turnos y consultorios que corresponden al seguimiento de tratamientos.

Asimismo, se debe de evitar que NNyA⁽¹⁾ y sus referentes, deambulen por el Hospital y se produzca una nueva re-victimización y de esta manera se garanticen todos los derechos de NNyA⁽¹⁾.

Se interviene para que el hecho no suceda más y para garantizar la continuidad de los tratamientos adecuados y necesarios. Es fundamental vincular a los profesionales con las víctimas y también se deberá asesorar y completar la cartilla que se le entregará al paciente con respecto a los siguientes puntos:

- ▶ Vacunatorio para completar esquemas de Hepatitis B.
- ▶ Unidad o Referente de SIDA y ETS⁽⁹⁾ para consejería.
- ▶ Consultorio de Infectología. Evaluación de antirretrovirales y serología.
- ▶ Unidad o Referentes de Violencia Familiar para tratamientos.
- ▶ Médico/a de cabecera, (ginecólogo/a, urólogo, pediatra, generalista).

Se debe de tener presente, que cada caso es particular y singular, la presentación de los casos pueden ser AGUDOS o CRÓNICOS, y se debe de implementar un proceso de intervención diferente:

SITUACIONES DE ABUSOS AGUDOS: Los posibles escenarios de ingreso de un NNyA⁽¹⁾ a los servicios de guardia pueden ser:

- ▶ Una emergencia por inestabilidad hemodinámica (shock), en general por lesiones con sangrados profusos, donde se realizaron las medidas terapéuticas requeridas para su estabilización en guardia y luego se procederá a su internación en el área institucional más adecuada a su estado clínico.
- ▶ Otro cuadro puede ser una excitación psicomotriz, que deberá ser evaluada por personal idóneo y utilización de métodos de contención farmacológicos y/o físicos.

1. NNyA (Niños, Niñas y Adolescentes)

9. ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual)

Una urgencia, entendida como tal, es aquella que ingresa a guardia sin compromiso vital inmediato pero requiere asistencia a corto plazo (examen físico, profilaxis antirretroviral, prevención de ITS y prevención embarazo en púberes). Dentro de estas situaciones se hallan los pacientes con sospecha de abuso con contacto sexual y ocurrido

72 horas previas a la consulta, esto último en virtud del plazo máximo para comenzar la profilaxis antirretroviral.

Asimismo, se debe;

- ▶ Evaluar la necesidad de tomar MEDIDAS, para el resguardo psíquico y físico y factores de riesgo.
- ▶ Coordinar acciones/estrategias de contención con los diferentes Organismos y Servicios, y de esta manera promover el bienestar de NNyA.⁽¹⁾
- ▶ Evitar la interrogación, a fin de no contaminar el discurso de NNyA.⁽¹⁾
- ▶ Implementar la escucha activa, puesta en el discurso del niño, sin presionarle y respetando sus tiempos.

SITUACIONES CRONICAS:

- ▶ Garantizar el resguardo Psíquico y Físico, de NNyA.⁽¹⁾
- ▶ Asesorar y orientar sobre futuras entrevistas/turnos con el Área de Salud Mental u otro Servicio que amerite el contacto.
- ▶ Evaluar la necesidad de MEDIDAS DE PROTECCIÓN.

INTERVENCIONES DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL

- ▶ Realizar entrevista inicial con Servicio Social, de ser necesario y si el caso lo ameritara.
- ▶ Contener a la víctima y organización familiar.
- ▶ Asesorar sobre instancias legales.
- ▶ Acompañamiento, a fin de completar los tratamientos.

ENTREGA DE CARTILLA

Donde conste TODO lo que se ha realizado durante esta primera consulta y pasos a seguir; dado que ante el hecho ocurrido, frecuentemente hay alteración de su estado emocional y luego no recuerden ni las personas que han intervenido, ni las indicaciones posteriores, con respecto al seguimiento y tratamiento.

Completar esta cartilla por personal de Servicio Social o Salud Mental siendo los encargados de entregar esta información y ser referente para estas personas a fin dar continuidad a los tratamientos necesarios.

INDICACIONES IMPORTANTES:

- ▶ Escuchar, no interrogar.
- ▶ Creer en el relato de NNyA.⁽¹⁾
- ▶ Respetar sus silencios y reservas.
- ▶ Aceptar sus decisiones y sus dudas.
- ▶ Acompañamiento permanente de un referente significativo.
- ▶ No poner en duda la veracidad del relato.
- ▶ Guardar la ropa en una bolsa y entregarla a la policía.
- ▶ No permitir que se bañe, ni se lave las manos.

Algoritmo: Protocolo para la atención integral de víctimas de violaciones sexuales

EMERGENCIA: estabilización del Paciente. Equipo de Salud Mental (contención verbal, física, farmacológica)
Paciente estable- Sospecha de ASI.

RESTO DE CONSULTAS: registro de los datos Personales del paciente y de los adultos que lo traen (domicilio, teléfonos de contacto).

ENTREVISTAS CON EL EQUIPO DE SALUD MENTAL DE GUARDIA:
episodio agudo con sospecha de contacto sexual. Episodio agudo sin contacto sexual.
SITUACIÓN CRÓNICA

URGENCIA: episodio agudo y sospecha de contacto sexual.
Abuso crónico con episodio agudo previo a la consulta y contacto sexual.
Ambas situaciones ocurridas hasta 72 horas previas

NO URGENTE: situaciones crónicas, u ocurridas con más de 72 hs. previas a la consulta.
Resguardo con algún familiar o referente, de no haber, Internación. Derivar a Equipo Interdisciplinario.

LABORATORIO: hemograma, función hepática y renal. Orina. Serología: hepatitis B / C, ITS incluido VIH.

MUESTRAS MÉDICAS - LEGALES: pelos, manchas, prendas. El familiar las entregará a policía y/o legista (custodia y validez legal) según los acuerdos

MEDICACIÓN: anticoncepción de emergencia en púberes. Profilaxis post exposición para VIH y antibioticoterapia para otras ITS.
Inmunizaciones: antitetánica - hepatitis B (según corresponda)

INTERNACIÓN: por necesidad clínica para su tratamiento, o por resguardo se da Intervención del Organismo de Protección de Derechos.



Conclusiones:

El ASI⁽²⁾ es una situación de afectación de derechos gravísima en una de las poblaciones más vulnerables.

La asistencia de estos casos es interdisciplinaria y compete a las Áreas de Salud, Justicia, Desarrollo Social, Organismos de Protección de Derechos.

El ingreso de un NNyA⁽¹⁾ a la Guardia y al Sistema Judicial, con sospecha de ASI debe ser realizada por profesionales capacitados, evitar la revictimización, asegurar su resguardo y brindar los tratamientos médicos que requiera, teniendo en cuenta el factor tiempo en las decisiones relacionadas a la necesidad del examen físico inmediato, profilaxis para ITS⁽³⁾ incluido VIH, prevención de embarazo y recolección de pruebas médica legales.

De contar con algún referente familiar y si su cuadro clínico lo permite, podrá continuar su tratamiento en forma ambulatoria con seguimiento del Organismo de Protección de Derechos correspondiente que asegure el sostenimiento del resguardo y el cumplimiento de las medidas acordadas para llegar a la restitución de sus derechos.

De no haber un adulto responsable de su cuidado, quedará internado para resguardo hasta que los profesionales de la salud en conjunto con los Servicios Locales y/o Zonales de Protección de Derechos resuelvan el egreso hospitalario.

1. NNyA (Niños, Niñas y Adolescentes)

2. ASI (Abuso Sexual Infantil)

3. ITS (Infección de Transmisión Sexual)

ANEXO N° 1

HOJA DE INGRESO (Consentimiento Informado)

En caso de un NNyA, es importante obtener el consentimiento de adultos referentes, según la edad, ver el código civil. Asimismo, se les informa a los referentes adultos, sobre los análisis y observaciones que el NNyA requiere. Si los padres y/o referentes, se rehúsan puede solicitarse orden judicial.

PLANILLA DE INGRESO DE PACIENTES (NN Y A) VÍCTIMAS DE ABUSO Y/O VIOLACIÓN

La presente planilla tiene validez de CERTIFICADO (CODIFICAR: ejemplo: con numeraciones 119, 120, 107, a fin de NO EXPONER A LA VÍCTIMA).

HOSPITAL ÁREA PROGRAMA:.....

FECHA..... **HORA.....**

NOMBRE Y APELLIDO (siglas) **Edad**

D.N.I N.

Domicilio.....

Tel.

Escolaridad / Ocupación:

➤ **Organización Familiar conviviente**

NOMBRE Y APELLIDO DEL ACOMPAÑANTE

.....

Edad Vínculo Doc. Ident.....

Domicilio Tel.....

PROFESIONAL INTERVINIENTE.....

Título N° de Matrícula

RELATO DEL ACOMPAÑANTE..........
.....
.....
.....**RELATO DE N.N y A**..........
.....
.....**DATOS DEL SUPUESTO AGRESOR**

.....

Edad Vínculo con la niña /o adolescente.....

¿Convive?

FORMA DE LLEGADA A LA CONSULTA:

Demanda espontánea de la organización familiar

Justicia: Tribunal Causa N°.....

Derivación de la Escuela Otro.....

Profesional.....

Otras.....

.....

MOTIVO DE LA SOSPECHA DE ASI: (marcar lo que corresponda)

- Relato del/la NNyA de situación de abuso/violación de antigua/reciente data.
- Sospecha de un tercero de situación de Abuso Sexual.
- NNyA con sintomatología no específica y/o indicadores psicológicos de Abuso Sexual.

TIEMPO TRANSCURRIDO del último episodio:

menos de 72 hs..... más de 72 hs

• ¿Fue un episodio Único? ¿O reiterado?

• ¿Desde cuándo ocurren situaciones de Abuso Sexual?.....

ANTECEDENTES:

Clínicos.....

Quirúrgicos: Ginecológicos: Menarca RM

FUM Inicio Relaciones Sexuales (edad)

Método anticonceptivo (aclarar qué método utiliza)

SIGNOS Y SÍNTOMAS EMOCIONALES (¿Cómo se presenta el/la niño/a o adolescentes

.....

.....

- **EXAMEN FÍSICO GENERAL** (en presencia de familiar o de otro profesional, con el aval del paciente).

Descripción de lesiones corporales (eritemas, abrasiones, equimosis, hematomas, marcas de dientes, quemaduras, fracturas, etc.)

.....

.....

.....

(Conservarlos en bolsas de papel rotuladas) Peinado de vello púbico **SE LE HACE QUITAR LA ROPA PARADA/O SOBRE UN PAPEL BLANCO GRANDE (TIPO EL QUE USAN PARA ESTERILIZAR), POR SI CAE ALCÚN CABELLO O VELLO PUBIANO DE LAS ROPAS.**

► **EXAMEN GINECOLÓGICO** (en presencia de familiar o de otro profesional)

Realizado: con visualización directa / con colposcopio (Consignar con precisión la presencia de lesiones y de ser posible dibujar en un gráfico u obtener imágenes fotográficas)

► **EXAMEN GENITAL EN VARONES**

► **TOMA DE MUESTRAS**

(Sólo ante la posibilidad o sospecha de violación o de contacto con secreciones del agresor)

MUESTRAS DE MANCHAS ORGÁNICAS

Recolección de superficies manchadas por raspado o hisopado con hisopo estéril embebido en solución fisiológica, secado y colocado en frasco estéril rotulado (conservación entre -20 y -70 °C) para búsqueda de espermatozoides y determinación de ADN. SE COLOCAN UNA VEZ SECOS, PREFERENTEMENTE EN SOBRE DE PAPEL MADERA.

► **EXAMEN REGION PERIANAL** (hematomas, laceraciones, sangrados, fluidos, verrugas, ulceraciones, otras)

SANGRE: Solicitar:

Serología para VIH (ELISA), sífilis (VDRL), hepatitis B (IgM e IgG antiHBc) y hepatitis C (Ig G antiHCV).

Hemograma y hepatograma (en caso de tener que indicar tratamiento antirretroviral).

Cultivo de orina.

Subunidad βCG en niñas postmenárquicas o niños trans.

FLUJO VAGINAL

► Hisopado vaginal para extendido en fresco sobre portaobjeto.

► Hisopado vaginal en medio de Stuart para cultivo de flujo vaginal.

► Hisopado vaginal con hisopo y medio especial para Chlamydia trachomatis.

► Hisopado endocervical con medio adecuado (carbón) para Neisseria gonorrhoeae.

*REMITIR UNA COPIA (ANEXO 1) A COORDINACIÓN DE SALUD PERINATAL Y NIÑEZ.

*CARTILLA para entregar al PACIENTE (próximos turnos y/o entrevistas).

PLANILLA DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN

- MÉDICO/A DE GUARDIA..... Matrícula.....
- PEDIATRA..... Matrícula.....
- GINECÓLOGA/O..... Matrícula.....
- MÉDICO GENERALISTA..... Matrícula.....
- SALUD MENTAL..... Matrícula.....
- SERVICIO SOCIAL..... Matrícula.....

PÓXIMOS TURNOS: SE DEBERÁ RETIRAR DE LA CONSULTA CON LOS TURNOS OTORGADOS!

SERVICIO..... CONSULTORIO.....
PROFESIONAL.....
DÍA Y HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.....

SEGUIMIENTO DE CASOS AGUDOS (TABLA)

Salud Mental / servicio social/evaluación clínica según necesidad

A las 2 y las 4 semanas:

- Hemograma.
- Pruebas de función hepática y renal.
- VDRL.
- Test de embarazo.

A las 6 semanas:

- VIH.
- Serología VHB.

A las 12 semanas:

- Serología VIH.
- Serología VHB.
- Serología VHC.

A las 24 semanas:

- Serología VIH.
- Serología VHC.

