

Inicio

Artículo ▼

**RESOLUCIÓN 4568 DE 2014**

(octubre 16)

Diario Oficial No. 49.325 de 4 de noviembre de 2014

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Por la cual se adopta el “Protocolo de Atención de Urgencias a Víctimas de Ataques con Agentes Químicos”.

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL,

en ejercicio de las facultades legales, en especial las conferidas por los numerales 2 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, 4 del artículo 2o del Decreto-ley 4107 de 2011 y en desarrollo de lo dispuesto en las Leyes 1438 de 2011 y 1639 de 2013, y

CONSIDERANDO:

Que mediante la Ley 1639 de 2013, el Congreso de la República adoptó algunas medidas para fortalecer la prevención, protección y atención integral a las víctimas de crímenes con ácidos, álcalis, sustancias similares o corrosivas que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano;

Que es así como la citada ley dispuso la creación de una ruta de atención integral para las víctimas, la cual fue reglamentada a través del Decreto número 1033 de 2014, estableciéndose como uno de sus componentes, la atención integral en salud, que incluye la atención de primeros auxilios;

Que con el propósito de garantizar que las víctimas de agresiones por agentes químicos reciban en cualquier institución de salud una atención oportuna, pertinente y con racionalidad científica, de manera que se logre reducir el daño físico y mental, así como, que se desarrollen las acciones que les garanticen el acceso a la justicia, a la protección y al restablecimiento de los derechos afectados, se estimó pertinente elaborar un protocolo de atención de urgencias a víctimas de agresiones con agentes químicos;

Que la Ley 1438 de 2011 reformó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y, al tenor de su artículo 53, prohibió limitaciones al acceso en salud con relación a los mecanismos de pago, de contratación de servicios, acuerdos o políticas internas que restrinjan el acceso al servicio de salud, su continuidad, oportunidad, calidad o que propicien la fragmentación en la atención de los usuarios;

Que dicha disposición fue adicionada mediante la mencionada Ley 1639 de 2013 incluyendo el artículo 53A, que dispone: *“Cuando las lesiones personales sean causadas por el uso de cualquier tipo de ácidos o sustancias similar o corrosiva que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano y generen algún tipo de deformidad o disfuncionalidad, los servicios, tratamientos médicos y psicológicos, procedimientos e intervenciones necesarias para restituir la fisionomía y funcionalidad de las zonas afectadas no tendrán costo alguno y serán a cargo del Estado”;*

Que con el fin de garantizar el restablecimiento efectivo de los derechos de las víctimas de ataques con agentes químicos que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano, a través de la atención integral de todos los sectores de manera articulada y coordinada, se hace necesario adoptar un protocolo de atención en salud;

Que la Dirección de Promoción y Prevención de este Ministerio, de manera conjunta con un grupo de expertos en cirugía plástica, atención prehospitalaria, medicina y salud mental de diferentes regiones del país, elaboró el Protocolo de Atención de Urgencias a Víctimas de Ataques con Agentes Químicos y lo socializó con un grupo de víctimas de crímenes con *ácido, álcalis o sustancias similares o corrosivas* quienes valoraron si las acciones contempladas corregían las deficiencias en la atención en salud que la mayoría de ellas había experimentado y si, además, ofrecía a los profesionales de la salud información suficiente acerca de sus necesidades específicas en la atención de urgencias de las víctimas de estos ataques;

Que a través del mencionado protocolo se busca garantizar que las víctimas de agresiones por agentes químicos, reciban en cualquier institución de salud una atención oportuna, pertinente y con racionalidad científica, de manera que se logre reducir el daño físico y mental, así como que se desarrollen las acciones que les garanticen el acceso a la justicia, a la protección y al restablecimiento de los derechos afectados;

Que en mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

ARTÍCULO 1o. OBJETO. La presente resolución tiene por objeto adoptar el "*Protocolo de Atención de Urgencias a Víctimas de Ataques con Agentes Químicos*" contenido en el anexo técnico que hace parte integral del presente acto administrativo.

✦ **ARTÍCULO 2o. ÁMBITO DE APLICACIÓN.** El protocolo adoptado mediante la presente resolución deberá ser observado y aplicado por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y las direcciones territoriales de salud.

✦ **ARTÍCULO 3o. VIGENCIA Y DEROGATORIAS.** La presente resolución rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 16 de octubre de 2014.

El Ministro de Salud y Protección Social,

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE.

ANEXO TÉCNICO.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE URGENCIAS A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS.

Octubre de 2014

TABLA DE CONTENIDO.

1. INTRODUCCIÓN
2. JUSTIFICACIÓN
3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

3.2. Objetivos Específicos

4. ALCANCE

5. METODOLOGÍA

5.1. Constitución del equipo técnico

5.2. Revisión bibliográfica

5.3. Integración

5.4. Socialización a expertos, expertas y víctimas

5.5. Correcciones y ajustes

6. MARCO NORMATIVO

6.1. Marco internacional

6.2. Marco nacional

6.2.1. Ley 1257 de 2008

6.2.2. Ley 1639 de 2013

6.2.3. Ámbito normativo en el SGSSS

7. ASPECTOS CONCEPTUALES DE LOS ATAQUES CON ÁCIDOS, ÁLCALIS O SUSTANCIAS SIMILARES O CORROSIVAS

7.1. Conceptos básicos de violencias de género

7.2. Magnitud de los ataques con agentes químicos

8. LAS QUEMADURAS POR AGENTES QUÍMICOS

8.1. Generalidades sobre los químicos utilizados en los ataques

8.2. Fisiopatología de las quemaduras por químicos

9. IMPACTO PSICOLÓGICO

10. IMPACTO SOCIOFAMILIAR

11. ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

11.1. Lugar de la agresión

11.1.1. Primeros auxilios – (Comunidad)

11.1.2. Atención Prehospitalaria (Ambulancias)

11.1.3. Primeros auxilios psicológicos

11.2. Servicio de urgencias

11.2.1. Triage

11.2.2. Evaluación inicial

11.2.3. Irrigación, lavado y curación inicial

11.2.4. Manejo de quemadura en ojos

11.2.5. Evaluación de las quemaduras

11.2.6. Apoyo sociofamiliar inicial

11.2.7. Recolección de evidencia forense

11.2.8. Notificación en Sivigila y Registro en el RIPS

11.2.9. Articulación intersectorial

11.3. Referencia a unidad de quemados

11.3.1. Cómo solicitar la remisión

11.3.2. Cuándo hacer el traslado

11.3.3. Qué documentos anexar

11.3.4. Cómo realizar el traslado

11.3.5. Aspectos normativos a tener en cuenta para el traslado

11.4. Unidad de quemados

11.4.1. Manejo interdisciplinario

11.4.2. Manejo por especialista en salud mental

11.4.3. Atención sociofamiliar

11.4.4. Rehabilitación física

11.5. Ambulatorio

11.5.1. Controles por cirugía plástica y curaciones

11.5.2. Seguimiento por salud mental y trabajo social

11.5.3. Atención sociofamiliar

12. CUADROS, FIGURAS Y FORMATOS

12.1. Marco normativo internacional sobre violencias contra las mujeres

12.2. Clasificación de químicos según su acción

12.3. Clasificación de ácidos según su mecanismo de lesión

12.4. Clasificación de álcalis según su mecanismo de lesión

12.5. Químicos FRECUENTEMENTE usados en agresiones

12.6. Derechos de las mujeres víctimas de violencias

12.7. Atención en salud mental

- 12.8. Ficha de notificación de violencias de Sivigila
 - 12.9. Diagrama corporal para registro de quemaduras (Corpograma)
 - 12.10. Rótulo para el embalaje de elemento material probatorio y evidencia física
 - 12.11. Formato de cadena de custodia (1 hoja: anverso y reverso)
 - 12.12. Unidades de quemados por departamento y municipio
 - 12.13. Bancos de piel
13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INTRODUCCIÓN.

El presente *Protocolo de Atención de Urgencias a Víctimas de Ataques con Agentes Químicos* busca garantizar que las víctimas de estos ataques, principalmente mujeres, reciban en cualquier institución de salud una atención oportuna, pertinente y con racionalidad científica, de manera que se logre reducir el daño físico y mental y se desarrollen las acciones que les garanticen el acceso a la justicia, a la protección y al restablecimiento de los derechos afectados.

El Protocolo incluye de manera concreta y práctica la evidencia científica y normatividad vigente para que, desde el primer contacto con la víctima, las y los profesionales de salud y personal de apoyo conozcan e implementen las intervenciones en salud física y mental pertinentes.

El Protocolo fue elaborado el segundo semestre del 2013, en el marco del Convenio entre el Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Ministerio de Salud y Protección Social número 036 de 2013, por un equipo técnico altamente calificado y socializado a un grupo de expertos y expertas en cirugía plástica, atención prehospitalaria, medicina y salud mental de diferentes regiones del país para que evaluaran su claridad y pertinencia técnica. El documento se presentó asimismo a un grupo de víctimas para que valoraran si las acciones contempladas corregían las deficiencias en la atención en salud que la mayoría de ellas había experimentado y si, además, ofrecía a los profesionales de salud información suficiente acerca de las necesidades específicas de estas víctimas.

Es importante resaltar que es la primera vez que se realiza un protocolo de atención integral en salud para esta forma de violencia de género que, si bien es reciente en Colombia, desafortunadamente ha alcanzado el nivel de prevalencia más alto del mundo.

2. JUSTIFICACIÓN.

Las violencias son fenómenos sociales complejos que surgen en el contexto de culturas que crean jerarquías entre las personas estableciendo a unas en posición de dominio y a otras en la de sometimiento. Cuando esta jerarquización social establece al hombre -o todo lo masculino- como superior a la mujer -o lo femenino- se generan las condiciones para las violencias denominadas “de género” cuyas manifestaciones incluyen las agresiones físicas, verbales, psicológicas y económicas, entre otras.

Si bien es cierto que los hombres también son víctimas de los ataques con químicos, este tipo de violencia es una clara expresión de las violencias de género, no solo porque en términos cuantitativos afecta de manera desproporcionada a las mujeres, sino que se genera por prejuicios y estereotipos de género arraigados en la sociedad y tiene como propósito controlar o castigar a las mujeres.

Desde hace dos décadas se viene observando una modalidad de violencia que ha ido en incremento: los ataques con ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas. Es así como de un caso reportado en 1997, se pasó a 91 casos en 2012 y 69 en 2013^[1], por lo que Colombia empieza a ser referenciado mundialmente como un país de alta incidencia de estos ataques, incluso en un nivel superior al de Bangladesh, Tanzania e India^[2].

Reconociendo las graves implicaciones de esta forma de violencia en la vida y la salud de las víctimas, en julio de 2013, el Estado colombiano expidió la Ley 1639, “*por medio de la cual se fortalecen las medidas de protección a la integridad de las víctimas de crímenes con ácido y se adiciona el artículo 113 de la Ley 599 de 2000*”. Aunque esta norma visibiliza la importancia de estas agresiones y establece las obligaciones de los sectores de salud y justicia, aún falta que estas medidas se implementen. Específicamente en salud, los retos son grandes, toda vez que para reducir el daño físico y mental se debe garantizar a las víctimas una atención temprana, integral y de calidad por parte del talento humano entrenado en el manejo inmediato de estas quemaduras, así como por profesionales de salud mental y social capacitados en la atención a víctimas de violencias de género.

Dando respuesta a estas necesidades, el *Protocolo de Atención de Urgencias a Víctimas de Ataques con Agentes Químicos* presenta los lineamientos que garantizan una atención oportuna e integral –física, mental y social– por parte del sector salud acorde con los compromisos del país en la eliminación de toda forma de violencia de género. Así mismo, está fundamentado en el respeto de los derechos humanos, en el enfoque diferencial y de género.

3. OBJETIVOS.

3.1. Objetivo General Ofrecer a los equipos de salud, el conjunto de pautas asistenciales en urgencias necesarias para la atención de las víctimas de ataques con agentes químicos, de manera que reciban una atención oportuna, adecuada e integral en urgencias y se oriente la referencia a otros niveles de atención.

3.2. Objetivos Específicos

-- Establecer las acciones médicas, psicológicas y sociofamiliares que deben ofrecerse a las víctimas de ataques con agentes químicos, en el marco de una atención de urgencias, así como lineamientos acerca de la atención hospitalaria y seguimiento ambulatorio.

-- Indicar las responsabilidades legales del sector salud frente a las acciones inmediatas, simultáneas y coordinadas de los distintos sectores ante los ataques con ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas.

4. ALCANCE.

El *Protocolo de Atención de Urgencias a Víctimas de Ataques con Agentes Químicos* contiene las acciones que los equipos de salud deben realizar para la atención a estas víctimas desde el primer contacto con los servicios de urgencias, hasta la remisión a otro nivel de atención o al seguimiento ambulatorio, de acuerdo con cada caso.

El presente Protocolo está dirigido a los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) quienes deben implementarlo de acuerdo con sus competencias, lo que implica la verificación de la disponibilidad de recursos e insumos, para garantizar la atención integral y continua que requieren las víctimas, tal como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1- Elementos a verificar para implementar el protocolo

Integrante del SGSSS	Elementos a verificar
Ministerio de Salud y Protección	-- Rectoría del SGSSS

Social.

Superintendencia Nacional de Salud y Direcciones Territoriales de Salud. -- Realizar acciones de inspección, vigilancia y control (IVC) en EAPB e IPS.

Direcciones Territoriales de Salud- Red vigente de:
DTS, en su función de aseguradora y Empresas Aseguradoras de Planes de Beneficios (EAPB).

- Atención de urgencias.
- Transporte de pacientes.
- Institución y/o unidad especializada en atención de quemados.
- Prestación de servicios de salud mental, hospitalarios y ambulatorios.

Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) de -- Disponibilidad del talento humano y los recursos técnicos e insumos necesarios para implementar los pasos que le corresponden según el nivel de atención.

- Procesos y procedimientos definidos para la atención en urgencias.
- Procesos y procedimientos estandarizados para la referencia de las víctimas a unidades especializadas en quemados u otras instituciones donde reciba atención especializada.

5. METODOLOGÍA.

La construcción del *Protocolo de Atención de Urgencias a Víctimas de Ataques con agentes químicos* se realizó de la siguiente manera:

5.1. Constitución del equipo técnico

Se contrató a un equipo técnico liderado por Sinergías –Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social– conformado por especialistas de cirugía plástica, salud mental, enfermería de unidad de quemados y trabajadora social del Hospital Simón Bolívar y la Fundación del Quemado, que cuentan con una amplia trayectoria en la atención a las víctimas de ataques con ácido, álcalis, sustancias similares y corrosivas.

Para la coordinación del trabajo general, el equipo contó también con salubristas públicos y una especialista en calidad en salud de manera que el protocolo se ajustara a los requisitos actuales del SGSSS.

5.2. Revisión bibliográfica

La revisión bibliográfica incluyó las bases de datos ScienceDirect, WHOLIS, BIREME, Scielo y RedAlyC, así como literatura gris (información obtenida en foros, congresos, encuentros de víctimas, páginas web, entre otras) y las fuentes epidemiológicas del país (DANE, Sivigila e Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses). Debido a la escasez de la información específica a estas quemaduras como modalidad de violencia, la búsqueda se amplió a los últimos diez años.

5.3. Integración

A partir de la revisión bibliográfica y de la experiencia del equipo técnico, se definieron los aspectos indispensables para el manejo médico-quirúrgico, psicológico y sociofamiliar de las víctimas de ataques con ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas. Para evitar el fraccionamiento en la atención, se organizó la información por etapas cronológicas. Así mismo, el Protocolo se construyó teniendo en cuenta que fuera comprensible por cualquier profesional de la salud (medicina, enfermería, psicología) de los servicios de urgencias. Por ello, se incluyeron esquemas y material gráfico de rápida consulta y fácil entendimiento.

5.4. Socialización a expertos, expertas y víctimas

Se realizaron dos procesos de socialización: el primero con expertas y expertos en la atención médica, psicológica e intersectorial de Bogotá, D. C., y de otras ciudades. Se incluyeron expertos de cirugía plástica, oftalmología, atención prehospitalaria y hospitalaria (medicina general y enfermería) y también con estudiantes de las ciencias de la salud con el fin de evaluar la claridad del protocolo. Cada una de las personas expertas recibió el documento previo a la reunión para su análisis. Durante el encuentro se hizo una presentación general del protocolo y las y los expertos trabajaron por mesas temáticas.

El segundo proceso de socialización se realizó con un grupo de víctimas con quienes, a través de un grupo focal, se identificaron las falencias en la atención de urgencias que recibieron por parte del sector salud, así como las acciones que valoraron como positivas en el proceso de recuperación de su salud física y mental. De igual manera, las víctimas hicieron recomendaciones para mejorar la atención en salud y garantizar la restitución de sus derechos. Estas propuestas hechas por las víctimas se tuvieron en cuenta en el desarrollo de los contenidos del Protocolo, particularmente en los primeros auxilios, la atención médica en urgencias, el sistema de referencia, la activación de procesos intersectoriales, la atención en salud mental y sociofamiliar.

5.5. Correcciones y ajustes

Con base en las dos reuniones de socialización se realizaron las correcciones y ajustes pertinentes siempre bajo el principio de lograr un Protocolo que pueda implementarse en los servicios de urgencias de las diferentes regiones del país donde pueda llegar una víctima de ataque con ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas.

Tanto en la conformación del equipo técnico como en la integración, socialización y correcciones se contó con el acompañamiento del equipo del Ministerio de Salud y Protección Social y del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

6. MARCO NORMATIVO.

6.1. Marco internacional

Diferentes instrumentos internacionales de Derechos Humanos se constituyen en cartas de derechos comunes que parten del reconocimiento de la igualdad entre hombres y mujeres y de las garantías inherentes al ser humano. La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Convención Americana sobre Derechos Humanos, son un buen ejemplo de ello.

Así mismo, Colombia ha firmado, adoptado e incorporado a la legislación interna pactos, declaraciones y convenciones internacionales que abordan los derechos de las mujeres, algunos de los cuales se refieren a su protección frente situaciones concretas de violencia. Estos instrumentos, sumados a las plataformas de acción de las conferencias mundiales^[3], definen las obligaciones que el Estado colombiano tiene en cuanto al respeto, protección y garantía de los derechos de las mujeres, creando mandatos en materia de atención de las que son, o han sido, víctimas de violencias basadas en género. Este conjunto de normas obligan a Colombia a prevenir y condenar la discriminación y la violencia contra la mujer, a crear las condiciones para identificar, atender, rehabilitar y proteger a las víctimas integralmente y con enfoque diferencial, a generar los mecanismos para documentar y monitorear la problemática y a la verdad, la justicia, la reparación y la garantía de no repetición de los hechos constitutivos de violencia. Los mandatos que surgen de estos instrumentos a propósito de la atención de las mujeres víctimas de ataques con ácido se encuentran en el punto 12.1 y forman parte del bloque de constitucionalidad en los términos del artículo 93 de la Constitución Política.

6.2. Marco nacional De conformidad con la norma antes mencionada, la Constitución Política dispone que los instrumentos internacionales de derechos humanos ratificados por el Congreso de la República prevalecen en el orden interno y convierten sus mandatos en una obligación de primer orden para el Estado sobre garantía y protección de los derechos de las mujeres.

Así mismo, dicho ordenamiento señala, en el artículo 43, que la mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades. Adicionalmente, establece que la mujer no podrá ser sometida a ninguna discriminación. Por su parte, el artículo 13 consagra el derecho a la igualdad, estableciendo que esta debe ser real y efectiva. En consecuencia, el Estado podrá adoptar medidas en favor de grupos discriminados o marginados.

Las normas que a continuación se describen, se encuentran insertas en un marco amplio y garantista en el que no es admisible ninguna limitación que atente contra la máxima realización de los derechos humanos, imponiendo al Estado y a sus funcionarias y funcionarios importantes obligaciones en materia de prevención, atención y sanción de las violencias contra las mujeres, así como en la protección y restablecimiento de los derechos de las víctimas.

6.2.1. Ley 1257 de 2008

La Ley 1257 de 2008, “*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 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones*” amplió la conceptualización de las violencias contra las mujeres, estableciendo definiciones de daño físico, psicológico, sexual y patrimonial padecido por las mujeres tanto en el ámbito público como privado y determinó claramente los derechos de las mujeres víctimas de violencia (Tabla 2).

Tabla 2. Derechos de las mujeres víctimas de violencia (Ley 1257, artículo 8o)

TODA MUJER VÍCTIMA DE VIOLENCIA (física, psicológica, sexual y/o patrimonial)

TIENE DERECHO A:

1. Recibir atención integral a través de servicios con cobertura suficiente, accesible y de la calidad.
2. Recibir orientación, asesoramiento jurídico y asistencia técnica legal con carácter gratuito, inmediato y especializado desde el momento en que el hecho constitutivo de violencia se ponga en conocimiento de la autoridad.
3. Recibir información clara, completa, veraz y oportuna en relación con sus derechos con los mecanismos y procedimientos contemplados en la Ley 1257 y normas concordantes
4. Dar su consentimiento informado para los exámenes médico-legales en los casos de violencia sexual y escoger el sexo del facultativo para la práctica de los mismos dentro de las posibilidades ofrecidas por el servicio.
5. Recibir información clara, completa, veraz y oportuna en relación con la salud sexual y reproductiva
6. Ser tratada con reserva de identidad al recibir la asistencia médica, legal, o asistencia social.
7. Recibir asistencia médica, psicológica, psiquiátrica y forense especializada e integral.
8. Acceder a los mecanismos de protección y atención para ellas, sus hijos e hijas
9. La verdad, la justicia, la reparación y garantías de no repetición frente a los hechos constitutivos de violencia.

10. La estabilización de su situación conforme a los términos previstos en la ley.

11. Decidir voluntariamente si puede ser confrontada con el agresor en cualquiera de los espacios de atención y en los procedimientos administrativos, judiciales o de otro tipo.

Dicha ley establece, asimismo, las medidas que deben implementar los sectores salud y protección social, educación, laboral y justicia y protección para garantizar la prevención, la atención oportuna e integral y la protección de las víctimas de violencias basadas en género.

En la Tabla 3 se especifican algunos aspectos de estas medidas.

Tabla 3. Medidas de la Ley 1257 para garantizar prevención, atención y protección de víctimas de VBG

Tipo	Descripción
Medidas de sensibilización y prevención	El Ministerio de Salud y Protección Social debe elaborar protocolos y guías de atención para los casos de violencia teniendo <i>“especial cuidado en la atención y protección de las víctimas”</i> .
Medidas de protección	Las Comisarías de Familia y jueces deben: <ul style="list-style-type: none"> -- Garantizar que el agresor no pueda acercarse a la víctima. -- Definir asuntos relacionados con la custodia de hijas e hijos, asistencia especializada y necesidad de traslado según el tipo de violencia infligida. -- Otorgar cualquier medida necesaria para la garantía y restablecimiento de los derechos afectados.
Medidas de Atención	El SGSSS debe garantizar: <ul style="list-style-type: none"> -- La habitación, alimentación y transporte de las mujeres víctimas, de sus hijas e hijos hasta por 6 meses prorrogables por seis meses más. -- La prestación de servicios de asistencia médica, psicológica y psiquiátrica a las mujeres víctimas, a sus hijas e hijos. -- El sistema de referencia y contrarreferencia asegurando siempre <i>“la guarda de su vida, dignidad e integridad”</i> (artículo 19.a) Los criterios para entregar los subsidios monetarios y la ruta que debe activarse en caso de que la mujer víctima no esté afiliada al SGSSS están reglamentados por el Decreto número 4796 de 2011. Por otro lado, el Decreto número 2734 de 2012 ha establecido los criterios, condiciones y procedimiento para el otorgamiento de las medidas de atención.

6.2.2. Ley 1639 de 2013 La Ley 1639 de 2013, *“por medio de la cual se fortalecen las medidas de protección a la integridad de las víctimas de crímenes con ácido y se adiciona el artículo 113 de la Ley 599 de 2000”* busca *“fortalecer las medidas de prevención, protección y atención integral a las víctimas de crímenes con ácido, álcalis o sustancias similares o corrosivas que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano”*.

Como elementos característicos de esa ley están el aumento de la pena para el delito de lesiones personales^[4] establecido en el Código Penal colombiano para el caso específico de las lesiones producidas con ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas, las medidas de control y comercialización de estas sustancias y las medidas de protección integral para las víctimas de este ataque.

En lo relacionado con las obligaciones del sector salud, dicha ley establece:

-- Atención gratuita y a cargo del Estado: *“Cuando las lesiones personales sean causadas por el uso de cualquier tipo de ácido o sustancia similar o corrosiva que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano y generen algún tipo de deformidad o disfuncionalidad,*

los servicios, tratamientos médicos y psicológicos, procedimientos e intervenciones necesarias para restituir la fisionomía y funcionalidad de las zonas afectadas, **no tendrán costo alguno y estarán a cargo del Estado**[5]” (artículo 5o, resaltado fuera del texto).

-- **Registro y reporte a las autoridades competentes:** “Los prestadores de los servicios médicos tienen la obligación de llevar un registro y reportar a las autoridades competentes sobre las personas atendidas en casos de lesiones corporales causadas por ácidos o sustancia similar o corrosiva que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano. En cualquier momento la policía o las autoridades competentes podrán solicitar el registro correspondiente a los prestadores de los servicios de salud” (artículo 5o, parágrafo).

6.2.3. Ámbito normativo en el SGSSS

Aunque las normas antes mencionadas tienen apartes que se refieren a la atención en salud, es importante destacar que en el marco del SGSSS, se encuentran explícitamente consignados los derechos para garantizar la atención oportuna e integral a las víctimas, sin imponer barreras de ningún orden.

Es así como la **Ley 1438 de 2011**, por medio de la cual se reformó el SGSSS, dispone la gratuidad e integralidad de los servicios que permitan el restablecimiento de derechos de las víctimas incluyendo la salud:

-- **Artículo 19. Restablecimiento de la salud de niños, niñas y adolescentes cuyos derechos han sido vulnerados.** Los servicios para la rehabilitación física y mental de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato, que estén certificados por la autoridad competente, serán totalmente gratuitos para las víctimas, sin importar el régimen de afiliación. Serán diseñados e implementados garantizando la atención integral para cada caso, hasta que se certifique médicamente la recuperación de las víctimas.

-- **Artículo 54. Restablecimiento de la salud de las mujeres víctimas de la violencia.** La prestación de los servicios de salud física y mental para todas las mujeres víctimas de la violencia física o sexual, que estén certificados por la autoridad competente, no generará cobro por concepto de cuotas moderadoras, copagos u otros pagos para el acceso sin importar el régimen de afiliación. La atención por eventos de violencia física o sexual será integral, y los servicios serán prestados hasta que se certifique médicamente la recuperación de las víctimas.

La misma ley contempla también la prohibición de limitaciones al acceso a los servicios de salud:

Artículo 53. Están prohibidos aquellos mecanismos de pago, de contratación de servicios, acuerdos o políticas internas que limiten el acceso al servicio de salud o que restrinjan su continuidad, oportunidad, calidad o que propicien la fragmentación en la atención de los usuarios.

Esta norma fue adicionada por la Ley 1639 de 2013, con el artículo **53A**.

Por otro lado, la **Resolución número 5521 de 2013**, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud, ofrece herramientas para gestionar oportunamente la atención, medicamentos, insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de curación y, en general, los dispositivos médicos y/o quirúrgicos, requeridos para la atención de urgencias, atención ambulatoria o atención con internación.

Adicionalmente, en los casos de atención a víctimas, es de gran relevancia la Sentencia T-760 de 2008 de la Honorable Corte Constitucional, pues en sus decisiones adoptadas incluye:

-- **Acceso a servicios.** Toda persona tiene derecho a que la entidad encargada de garantizarle la prestación de los servicios de salud, EPS, autorice el acceso a los servicios que requiere y aquellos que requiere con necesidad, incluso si no se encuentran en el plan obligatorio de salud; obstaculizar el acceso en tales casos implica irrespetar el derecho a la salud de la persona. El acceso a los servicios debe ser oportuno, de calidad y eficiente.

-- **Acceso con continuidad a la salud.** El acceso a un servicio de salud debe ser continuo, no puede ser interrumpido súbitamente; irrespetar el derecho a la salud una EPS que suspende un servicio de salud que se requiere, antes de que este haya sido efectivamente asumido por otro prestador.

7. ASPECTOS CONCEPTUALES DE LOS ATAQUES CON ÁCIDOS, ÁLCALIS O SUSTANCIAS SIMILARES O CORROSIVAS.

Los ataques con ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas (en adelante Agentes Químicos) no son un evento aislado, sino una de las manifestaciones de las Violencias de Género (VG); esto es que son ejercidas principalmente contra las mujeres por el solo hecho de ser mujeres. No obstante, a diferencia de otras modalidades, esta agresión es particular en cuanto al medio utilizado y la calidad de daño que pretende el agresor.

7.1. Conceptos básicos de violencias de género

La OMS ha definido la violencia como: “El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”^[6]. En otras palabras, la violencia no es algo inherente a la especie humana sino una conducta adquirida mediante el aprendizaje social en el hogar, escuela, barrio, trabajo, medios de comunicación y otros, manteniéndola vigente a través de las generaciones.

Uno de los principales elementos que influyen o determinan la forma en que se relacionan las personas, es el género, es decir “*la red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, valores, conductas y actividades que diferencian a mujeres y a hombres [...] producto de un largo proceso histórico de construcción social, que no solo produce diferencias entre los géneros femenino y masculino, sino que, a la vez, estas diferencias implican desigualdad de y jerarquías entre ambos*”. En otras palabras, no es el reconocimiento de la diferencia lo que genera una relación desigual, sino la sobrevaloración de un género sobre el otro. Históricamente, las mujeres y lo denominado como femenino han sido establecidos como inferiores y situados bajo la dominación de los hombres o de lo considerado como masculino.

Es importante entender que si bien el género se basa en atributos físicos, no es algo biológico o genético sino una construcción social. Como lo señala Marcela Rodríguez “*el género es una cuestión de desigualdad de poder, no de diferencias. El punto en el cual la biología de un sexo constituye una desventaja social y la de otro no, implica una diferencia de poder*”ⁱⁱ.

Esta diferencia de poder impregna no solo al individuo sino a todas las relaciones sociales, ya sea en un contexto de pareja o en contextos más amplios como el trabajo o la política.

La distorsión relacional que genera la diferencia de poder basada en el género afecta el desarrollo individual y la autoestima de la mujer y genera además en la sociedad ideas erradas de dominio sobre el cuerpo y mente femeninos, desconociendo así su dignidad humana^[7]. En la relación de familia y de pareja esta falta de reconocimiento de la mujer como sujeto de derechos termina justificando que el hombre (padre o esposo) exprese conceptos como “*ella es mía*”, o que se sienta con el “*derecho*” para “*disciplinarla*” o “*hacerla pagar*” cualquier acción que ella haga y que él perciba como un acto de desobediencia o humillación a su virilidad.

Buscando mantener el estado de sometimiento facilitado por el constructo social del género, un hombre agresor utilizará la fuerza (física, psicológica, económica, simbólica) volviendo visible la violencia que ya existía desde la jerarquización del género.

Es de destacar que en la génesis de relaciones violentas intervienen otros factores además del género como son el déficit en el agresor de habilidades de comunicación y de manejo de conflictos, la tolerancia social de las violencias, entre otras, pero indudablemente el género es uno de los elementos fundamentales. Del mismo modo, conductas o situaciones como el estrés, embriaguez o los celos no son las causas de las violencias contra las mujeres, sino que en algunos casos podrían ser factores precipitantes de las mismas.

Frente a la violencia siempre se requiere la intervención de un tercero que ayude a la víctima a entender que es posible salir de esa situación y le ayude en su proceso de recuperación (teoría del *relais*)ⁱⁱⁱ. En este rol de tercero que informa y ayuda a la víctima, es donde el sector salud tiene un espacio a desarrollar por medio de la detección y oferta de servicios de atención integral.

7.2. Magnitud de los ataques con agentes químicos

En países en vía de desarrollo como Bangladesh, India o Camboya, el ataque con químicos – particularmente ácidos– se utiliza como mecanismo de control, venganza o castigo contra mujeres y niñas; de ahí que se le catalogue como “crimen de género”^{iv,v,vii,viii}. Las investigaciones mundiales sitúan estas agresiones en países con altos niveles de pobreza, cultura machista, sistemas judiciales débiles con altos niveles de impunidad y discriminación de género^{vi}.

Lamentablemente esta modalidad de violencia se ha extendido globalmente –posiblemente debido al efecto *copycat*^{ix}– y de ahí la importancia de la preservación de la información sobre identidad, gravedad de la lesión, evolución o manejo médico de una víctima a los medios de comunicación^{vii,viii,ix}.

En Colombia, el primer caso de agresión por químicos registrado data de 1997 y fue atendido en el Hospital Simón Bolívar^x. Desde entonces se han presentado cientos de casos con una frecuencia que varía según la fuente consultada.

Según los datos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), entre enero de 2008 y julio del 2013, se evaluaron en el país 366 mujeres por lesiones secundarias a agresión por químicos, con un pico en el 2012^{xi} (Figura 1).



Figura 1. Mujeres víctimas de lesiones con Agentes Químicos, 2008-2013. INMLCF.

Por su lado, los datos del Hospital Simón Bolívar^{xii}, centro de remisión y referente en esta atención, señalan un incremento de casos desde 2007 con un pico en 2012 (Figura 2).

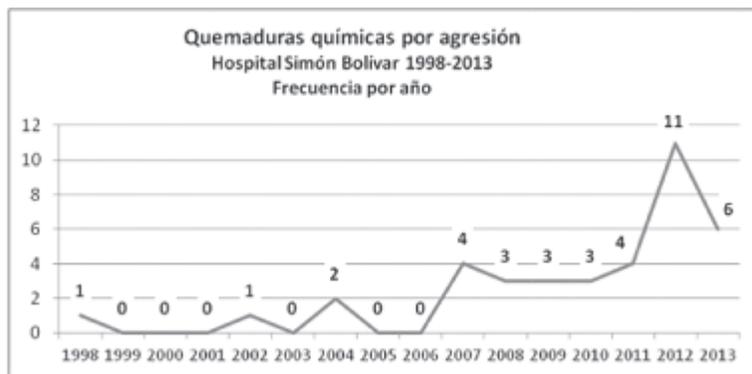


Figura 2. Víctimas de ataques por químicos - Hospital Simón Bolívar 1998-2013.

Para comprender la magnitud de esta violencia en Colombia, conviene comparar los datos con aquellos de dos países con alta prevalencia de estos ataques: Pakistán y Bangladesh. Aunque en números absolutos tienen más casos que Colombia, la relación de casos por población de mujeres sitúa a Colombia con la tasa más alta (Tabla 4)^{xii,xiii}.

Tabla 4. Tasa de mujeres víctimas de ataques por químicos - 3 países-2011-2012

País	# Ataques a mujeres	Población estimada mujeres		Tasa de ataques por millón de	
		2011	2012	2011	2012
COLOMBIA	45	91	91	22.819.750	1,97 3,98
Pakistán	84	93	93	87.114.370	0,96 1,06
Bangladesh	150	71	71	84.834.950	1,77 0,83

Fuente: feminicidio.net.

Entrando en mayor detalle, los datos del Hospital Simón Bolívar muestran que las víctimas han sido mayoritariamente mujeres (Figura 3), con edad promedio de 25,8 años (Figura 4) y con lesiones localizadas principalmente en cara y cuello (82%), extremidades, tórax y abdomen. La mitad de las víctimas requirió cirugías reconstructivas de párpados y 31% sufrió ceguera de al menos un ojo.



Figura 3. Distribución por sexo.



Figura 4. Distribución por edad.

Con base en las entrevistas que el Hospital Simón Bolívar y la Fundación del Quemado han realizado a las víctimas de ataques por agentes químicos, se han establecido otras características de esta violencia (Tabla 5).

Tabla 5. Características de los ataques con ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas en Colombia

¿Quiénes son Las mujeres. Los datos recopilados muestran que la mayoría son las principales mujeres jóvenes, de baja escolaridad, con clara dependencia económica y emocional de sus parejas, lo cual no excluye que estas agresiones se puedan presentar en mujeres con mayor escolaridad y autonomía económica.

¿Quiénes son Las entrevistas a víctimas señalan como principal agresor a la los principales pareja actual o pasada que previamente las había violentado de agresores? forma física y psicológica en un patrón de incremento progresivo en el ciclo de la violencia. Varios de estos ataques ocurrieron en un contexto de ruptura reciente de la relación. Se ha encontrado que el antecedente de vínculo afectivo previo se relaciona con la persistencia de las amenazas luego de la agresión y es una importante barrera para que la víctima denuncie y se aleje del agresor, dificultando su recuperación.

¿Cómo ocurren estos ataques? Por lo general son atacadas en la calle de forma inesperada. Sin ningún tipo de advertencia. Estas mujeres sienten que alguien les lanza a la cara, de frente o por la espalda, un líquido que las enceguece y les produce un dolor tan intenso que les impide identificar al agresor, usualmente un tercero contratado por el agresor principal. El dolor las paraliza y quedan inermes frente al desconcierto de las demás personas, que si bien presenciaron la agresión, no saben qué hacer.

¿Por qué o para qué esta violencia? La intención del agresor principal –que no siempre es quien arroja el ácido– es desfigurar, mutilar, torturar o asesinar a la víctima con el fin de “castigarla”. El químico es lanzado generalmente hacia la cara de la víctima y, por escurrimiento, genera quemaduras del cuello y tórax. A diferencia de otros países, en Colombia se han presentado casos de ácido lanzado hacia la zona genital generando quemaduras en áreas adyacentes del vientre y miembros inferiores. Quemar la cara, zona de reconocimiento social, o los genitales, espacio relacionado con el placer sexual, señala la intención de

marcar y dañar permanentemente la identidad y el placer de la otra persona. Se trata entonces de una conducta planificada frente a la cual el o los agresores no refieren sentimientos de culpaxiv. Se trata entonces de una violencia instrumental^[9] y no una conducta impulsiva.

8. LAS QUEMADURAS POR AGENTES QUÍMICOS.

8.1. Generalidades sobre los químicos utilizados en los ataques

Las quemaduras químicas representan del 3% al 10% de todas las quemaduras en humanos y presentan hasta un 30% de mortalidad^{xv}. Existen más de 25 mil químicos utilizados en la industria, agricultura, limpieza del hogar, entre otros, que pueden causar quemaduras^{xvi,xvii}.

Por lo general, se clasifican en cuatro categorías: ácidos, bases, soluciones orgánicas y soluciones inorgánicas (punto 12.2). Según el mecanismo de lesión, los ácidos se clasifican en seis categorías: oxidación, reducción, corrosión, veneno protoplasmático, vesicante y desecante (punto 12.3), y los álcalis en tres: saponificación de grasas, acción higroscópica y necrosis de licuefacción (punto 12.4).

Las características de los principales químicos utilizados en las agresiones se describen en el punto 12.5^{xviii}. En Colombia, los químicos más utilizados son los ácidos y entre ellos, el ácido sulfúrico, nítrico, muriático y ácido clorhídrico. También se han utilizado los álcalis, como la cal, el hidróxido de sodio y el hidróxido de potasio –presentes en soluciones de limpieza doméstica– aunque el uso más frecuente es con fines suicidas.

8.2. Fisiopatología de las quemaduras por químicos

Las quemaduras químicas difieren de otros tipos de quemaduras (térmicas, eléctricas o por radiación) principalmente por su tiempo de exposición que puede llegar a ser de días, por el tipo de desnaturalización proteica que provoca (hidrólisis y necrosis de licuefacción) y porque se asocia a otros efectos como la toxicidad sistémica y la quemadura térmica secundaria a la reacción exotérmica^{ix,xix,xx}.

La severidad de la quemadura por agentes químicos está determinada por cinco elementos^{xx}:

1. Cantidad
2. Concentración
3. Duración de contacto
4. Penetración
5. Mecanismo de acción del agente.

Los principales órganos afectados en las agresiones con agentes químicos son aquellos de contacto directo: la piel y los ojos.

-- **Lesión cutánea:** Si el agente es un ácido, la necrosis dérmica inicia tan pronto la sustancia entra en contacto con la piel y puede llegar a comprometer incluso los tejidos más profundos.

Estudios realizados *in vitro* determinaron que en 5 minutos el ácido es capaz de producir una lesión irreversible, una rápida penetración y un severo daño de las capas profundas de la piel^{xxi}.

-- **Lesión ocular:** el contacto con el químico genera un daño importante del epitelio superficial, la córnea y la cámara anterior del ojo que pueden causar pérdida unilateral o bilateral de la visión. La lesión ocular por químicos ocurre por fases. La fase aguda o inmediata ocurre en el momento del ataque y se caracteriza por necrosis del epitelio corneal y conjuntival con invasión química de las estructuras profundas. Las fases más tardías, mediata y crónica, se presentan en los días siguientes e incluso semanas, y debe ser manejado por el servicio de oftalmología_{xix}. Otras complicaciones frecuentes en la lesión ocular son simbléfaron, entropión, ectropión y catarata_{xx}. Las lesiones más severas se presentan con los álcalis observándose hiperemia conjuntival, edema, quemosis, y opacificación de la córnea por lo que la víctima experimenta dolor severo, epífora y fotofobia_{xxii,xxiii}. Si la agresión es por un ácido se producen lesiones más focales y menos severas debido a que el ácido produce una necrosis de coagulación con precipitación de las proteínas hacia la superficie creando una barrera al daño de los tejidos profundos.

Las lesiones oculares por agentes químicos se dividen en 4 grados según la gravedad del efecto cáustico_{xx,xxiv,xxv} (Tabla 6).

Tabla 6. Quemaduras oculares

Lesión Daño tisular

Grado I	Lesión del epitelio corneal	Conjuntiva no isquémica
Grado II	Córnea deslustrada Detalles del iris visibles	Isquemia del limbo: < 33%
Grado III	Pérdida epitelial total Estroma borroso Detalles del iris poco visibles	Isquemia del limbo: 33 a 50%
Grado IV	Opacidad de la córnea	Isquemia del limbo: > 50%

9. IMPACTO PSICOLÓGICO.

Sufrir una agresión por un agente químico es un evento traumático que involucra cambios corporales permanentes, así como la experiencia de agresión por una persona conocida. El daño en la piel, barrera que establece el límite entre lo que es propio y lo que está afuera, genera sentimientos de desintegración y confusión, con gran dificultad para la contención de las emociones y una ansiedad desbordante por la alteración de la imagen corporal, que es mayor cuando el compromiso es a nivel facial. Se trata de una crisis emocional cuyos principales síntomas se presentan en la Tabla 7_{xxvi}.

Tabla 7. Síntomas asociados a la crisis psicológica

Área	Síntomas	
Emocional	Choque	Desesperación
	Miedo	Ansiedad anticipatoria
	Rabia	Ansiedad generalizada
	Rencor	Reacciones de pánico
	Tristeza	Sensación de perder el control
	Depresión	Sentimientos de culpa
Cognitiva	Confusión	Sensación de impotencia
	Bloqueo mental	Sensación de extrañeza o irrealidad
	Amnesia	Desorientación tiempo-espacio
	Negación	Dificultades de atención
	Culpa	Dificultades de concentración
	Alteraciones de conciencia	Dificultad para tomar decisiones

Conductual	Inhibición	Hiper o hipoactividad
	Desconfianza	Verborrea o mutismo
	Aislamiento	Trastornos de la alimentación
	Fatiga	Alteraciones del sueño
	Agresividad	Abuso de tóxicos (alcohol, SPA)
	Llanto, Gritos	Actos antisociales
	Hipocondriasis	Cambio o pérdida del rol social
Fisiológica	Hipersudoración	Midriasis
	Palpitaciones	Sensación de ahogo
	Taquicardia	Mareos
	Hiperventilación	Náuseas
	Opresión torácica	Malestar general
	Tensión muscular	Parestesias
	Cefalea	Escalofríos y temblores

Es importante iniciar una intervención en salud mental que ayude a la víctima a manejar la crisis y permita afrontar la situación y sus implicaciones, como dependencia de terceros, rechazo social y familiar. Se debe trabajar intensamente para que la víctima pueda recuperar su calidad de vida^{xxvii,xxviii}.

Además de la crisis psicológica, las víctimas de ataques por agentes químicos presentan un cuadro de reacción a estrés agudo caracterizado por ansiedad, episodios de reexperimentación y gran temor de volver a ser agredidas, que debe ser reconocido y manejado de forma precoz, durante la hospitalización y de preferencia por psiquiatras.

La experiencia ante un evento traumático como es la agresión por agentes químicos, se suele dividir en cuatro fases de reacción:^{xxix}

-- **Fase aguda:** Período inmediato a la agresión. La principal preocupación es la supervivencia. La víctima puede presentar estados de confusión como el delirium, fenómenos de despersonalización, trastornos del sueño como insomnio de múltiples despertares y pesadillas, irritabilidad e hiperalertamiento. Esta fase puede durar varias semanas.

-- **Fase de reacción:** Comienza cuando se ha logrado estabilizar a la víctima (hacia la 6^a semana). Ya no hay peligro vital y la víctima comienza a reconocer el daño. Los sentimientos reprimidos o negados pueden salir a flote. Son sentimientos dolorosos abrumadores, hay temor a que se repita el evento, pesadillas, ansiedad, tensión muscular, aumento de la irritabilidad. Esta fase puede durar varias semanas o meses, según la extensión de la quemadura y las lesiones subsecuentes. Suele observarse dificultad para adaptarse a las rutinas de la hospitalización (curaciones, alimentación, entre otras) y se evidencian alteraciones emocionales, entre las más frecuentes están los trastornos de ansiedad y de depresión.^{xxx}

-- **Fase de reparación:** inicia en las últimas semanas de estancia hospitalaria y continúa luego del alta. Puede durar de uno a seis meses con reacciones menos intensas, sentimientos de dolor más o menos intensos. Se vuelve a sentir interés por los hechos cotidianos. La víctima empieza a prepararse para enfrentar el mundo exterior.

-- **Fase de reorientación:** Salir del ámbito protector del hospital y enfrentar la propia deformidad corporal suele generar depresión y ansiedad. Pueden presentarse recaídas con síntomas depresivos y ansiosos. Si bien algunas víctimas pueden haber asimilado el trauma a los 6 meses de ocurrido, en otros casos, este periodo puede ser de varios años. Depende de la intensidad del daño y de la forma en que fue tratada la agresión y las secuelas que presentó.

Luego de la fase aguda, las víctimas pasan por un **proceso de duelo** relacionado con la pérdida de su integridad corporal, así como de lo que eran antes de que ocurriera la agresión (autoimagen e identidad social). Las fases del duelo por las que atraviesa la víctima son las siguientes:^{xxxi}

-- **Fase de Negación:** no se acepta la pérdida. Se niega a sí misma/o y/o al entorno que ha ocurrido la agresión o el daño corporal.

-- **Fase de Enfado:** La víctima se siente enojada con todo, con todos y con ella misma por no haber evitado la agresión o el daño que le provocó la quemadura.

--**Fase de Negociación.** Intenta negociar alguna curación milagrosa que le devuelva su aspecto anterior.

-- **Fase de Dolor Emocional.** Se experimenta tristeza y dolor por la pérdida.

-- **Fase de Aceptación.** Se asume la pérdida. No hay olvido pero se empieza a vivir con la historia de haber sido víctima de un ataque por químicos.

Una atención en salud mental que inicie prontamente, que reconozca a las víctimas como sujetos de derechos, que las acompañe en el proceso de reconocerse y que les brinde herramientas para lidiar con el día a día después del trauma, es lo que permitirá que puedan restablecer su equilibrio emocional, construir resiliencia y llevar adelante un nuevo proyecto de vida. De lo contrario, tendrá menos posibilidades de afrontar el estrés postraumático, lo que puede hacer que los síntomas se conviertan en mucho más lesivos emocionalmente.

10. IMPACTO SOCIOFAMILIAR.

La agresión por agentes químicos afecta no solo a la víctima sino también a las personas con las que se relaciona y los contextos donde interactúa (Figura 5).

La respuesta que tengan estas personas va a favorecer u obstaculizar el proceso de recuperación de la víctima por lo cual su atención se contempla en el presente Protocolo.

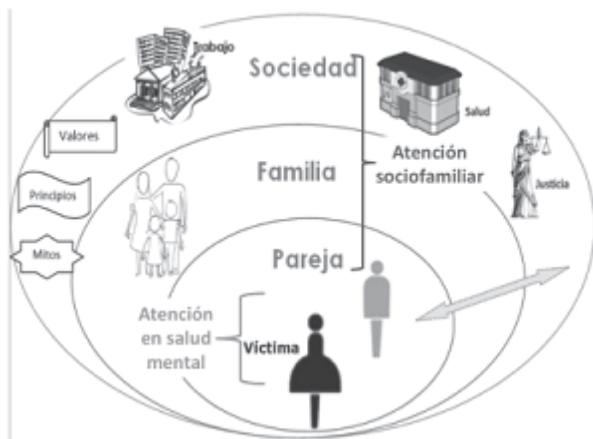


Figura 5. Contexto sociofamiliar.

Si la pareja no es el agresor, es importante vincularla junto con la familia para que puedan convertirse en la red de apoyo primario o soporte principal de la víctima.

Reconocer la importancia de la pareja no agresora y la familia en la recuperación de la víctima, no significa desconocer que ellas y ellos también se encuentran bajo estrés emocional relacionado con la transformación física de su familiar, los gastos médicos continuos y los periodos de hospitalización y la transformación en su vida cotidiana, así como la elaboración del

duelo y la reestructuración de las dinámicas familiares, roles, autoridad, procesos de crianza y demás actividades que se ven alteradas por esta situación. Todas estas circunstancias, muy frecuentes en los ataques con agentes químicos, suelen impedir que la familia brinde un apoyo emocional adecuado para la recuperación de la víctima y, por ello, se les debe ofrecer acompañamiento y apoyo emocional durante todo el tiempo que la víctima requiera atención.

11. ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD.

La atención a una víctima de agresión por agentes químicos incluye además de salvar su vida, lograr la mejor recuperación posible de las funciones físicas y mentales así como de su participación social. Esto requiere que se ofrezca una atención integral desde el momento de la agresión hasta la recuperación y rehabilitación. Por lo tanto, bajo el término de atención integral se consideran los componentes de atención médica, psicológica, sociofamiliar de la víctima, así como la activación de las redes de justicia y protección.

Para facilitar la implementación de las acciones descritas en el presente Protocolo, se ha dividido el proceso de atención en cuatro momentos o lugares: 1. Lugar de la agresión. 2.

Servicio de urgencias, y 3. Centro de atención especializada^[10], y 4. Atención ambulatoria para el seguimiento (Figura 6).

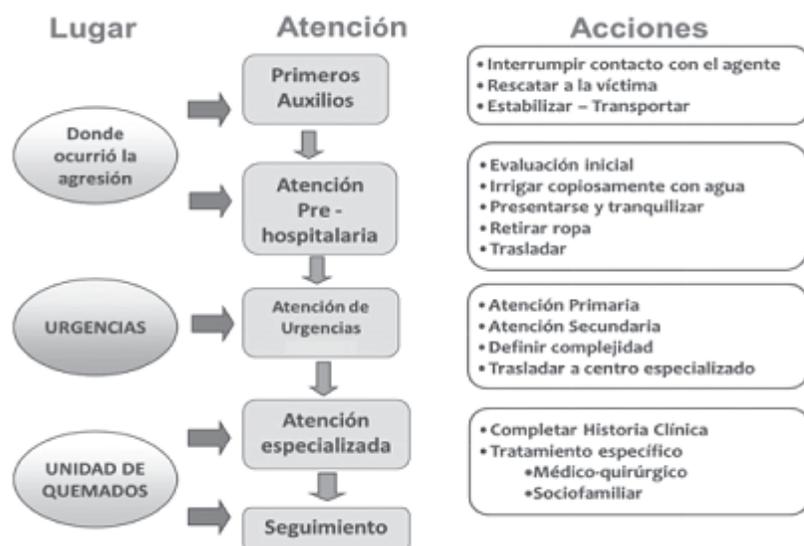


Figura 6. Proceso de atención a víctimas de ataques con ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas.

11.1 Lugar de la agresión

La atención en el lugar de la agresión –Primeros Auxilios– se describe a continuación con el fin de garantizar que los equipos de salud conozcan los pasos a seguir en el lugar de los hechos, conocimiento útil en los casos en que se tengan que brindar recomendaciones desde el sector salud (por ejemplo vía telefónica) a las personas que ayudan a la víctima antes de que esta sea llevada a un servicio de urgencia o que sea atendida por el Sector Salud conforme a lo descrito en el presente Protocolo (Figura 7 – Tabla 8).

11.1.1. Primeros auxilios – (Comunidad)

1. Avise

– Quien tenga conocimiento del hecho deberá llamar a la línea 123 o a la línea o medio que cumpla con la misma finalidad en cada municipio o distrito, con el fin de activar los sistemas de atención de emergencias disponibles, a la Policía Nacional o a los Bomberos. En la llamada

deberá indicar el sitio de ocurrencia del evento, dando un punto de referencia fijo para facilitar la llegada de las autoridades, indicar brevemente la situación indicando tiempo, personas afectadas y estado de las mismas (inconsciente, no respira, no se mueve, etc.), y esperar las instrucciones del operador de la línea de emergencias.

2. Proteja – Evalúe las condiciones de seguridad de la situación antes de intervenir, tales como presencia aún del agresor, vehículos en la vía pública que supongan un riesgo para la víctima y el auxiliador, entre otras situaciones amenazantes.

– No toque ninguna superficie o el cuerpo de la víctima sin protección. Tome las medidas de precaución necesarias para su protección. Póngase guantes de nitrilo, bata y gafas (si llega a contar con estos).

3. Atienda – Preséntese ante la víctima, diga su nombre y el de la institución a la cual pertenece (en caso de que pertenezca a Policía, Bomberos, Defensa Civil) y exprésele que está para ayudarlo.

Actúe con calma. Prepárese para el evento de que la víctima quiera salir corriendo ya que el dolor, la angustia y el temor pueden impulsarla a hacerlo.

– El paciente debe ser retirado del lugar donde ocurrió la emergencia.

– Se retiran los objetos metálicos y las prendas de vestir, excepto las que estén adheridas a la piel, teniendo precaución de no dispersar el agente químico en partes del cuerpo que no han sido afectadas.

– Se debe considerar la intimidad y pudor de la persona al retirar las prendas, al igual que la preservación de las mismas para las investigaciones de las autoridades judiciales.

– Si se cuenta con la disponibilidad lavar las heridas con abundante agua limpia y cubrir las mismas con una prenda limpia en el momento del traslado.

11.1.2. Atención Prehospitalaria (Ambulancias)

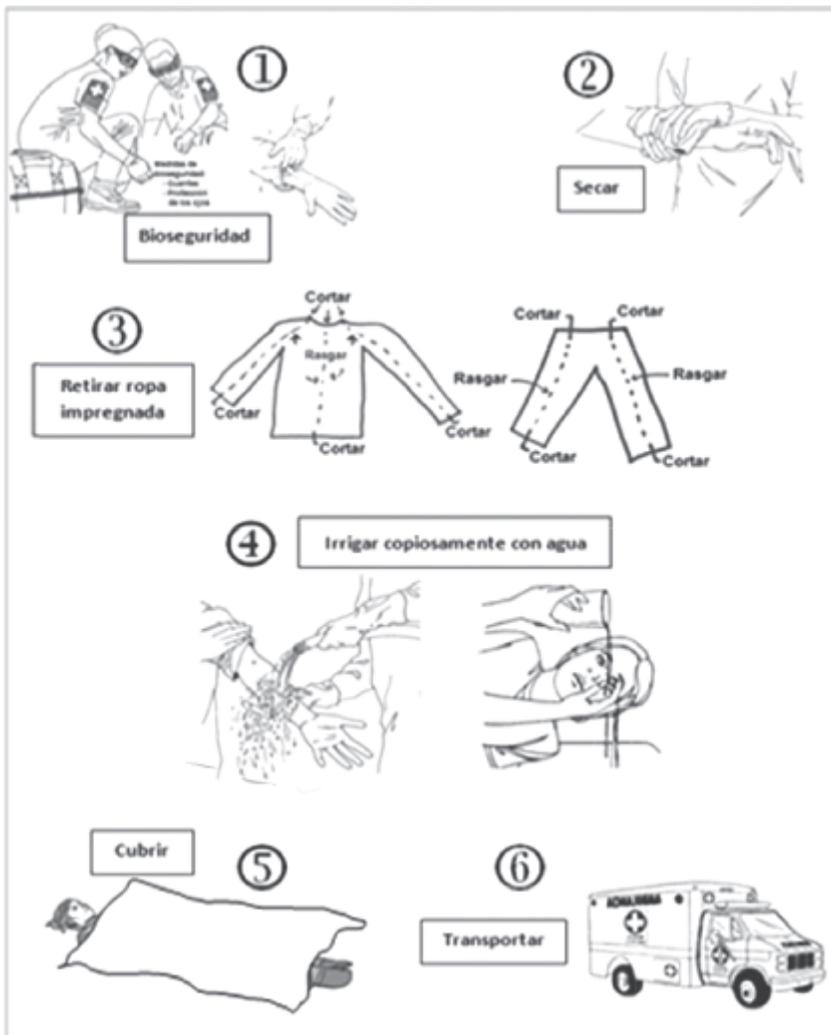


Figura 7. Atención prehospitalaria en ataques con ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas.

Tabla 8. Atención Prehospitalaria

PASO	ACCIONES
1 Evaluación inicial	Realizar una evaluación inicial del paciente e identificar las lesiones que pongan en riesgo la vida aplicando al ABCDE. Importante verificar el estado de la vía aérea y en caso de requerirse tomar las medidas necesarias de acuerdo al entrenamiento y recursos disponibles para garantizar su permeabilidad.
2 Fuente de agua	Comprobar si dispone de una llave o una ducha de agua potable para realizar el lavado. Dependiendo del lugar de la agresión, puede ser la ducha del hogar de la víctima, de un vecino o de un establecimiento cercano.

Si no cuenta con un lugar adecuado, exija a la gente que se retire y ubique a la víctima en un lugar limpio.

Para este paso es útil haber activado a bomberos ya que ellos pueden asegurar un volumen adecuado y constante de agua así como el manejo y disposición de las sustancias químicas.

3 Presentarse y tranquilizar Preséntese ante la víctima, diga su nombre y el de la institución a la cual pertenece (en caso de que pertenezca a Policía, Bomberos, Defensa Civil) y exprésele que está para ayudarlo. Actúe con calma. Prepárese para el evento de que la víctima quiera salir corriendo ya que el dolor, la angustia y el temor pueden impulsarla a hacerlo.

Verifique: Las lesiones más graves son aquellas extensas presentadas en áreas especiales como los ojos, cara, cuello, manos, axilas, codos, muñecas y genitales.

Las del ojo son las más urgentes.

4 Protegerse Tome las medidas de precaución necesarias para su protección. Póngase guantes de nitrilo, bata y gafas (si llega a contar con estos). No toque ninguna superficie o el cuerpo de la víctima sin protección.

5 Secar (si es posible) Si la situación lo permite, seque rápidamente las áreas lesionadas con toallas absorbentes teniendo la precaución de no esparcir el químico a áreas corporales no comprometidas ni lesionar la piel.

6 Retirar ropa Corte con tijeras y retire la ropa contaminada con el químico para evitar que la quemadura siga propagándose. Retire también todas las pertenencias –como cartera y demás objetos– y guárdelas en bolsa negra adecuadamente rotulada para entregar al familiar. Es importante retirar anillos, pulseras, aretes y collares ya que perpetúan el contacto del químico con la piel y pueden además provocar compresión de los tejidos quemados.

Es importante preservar las prendas y conservar la cadena de custodia, para el análisis por parte del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, que es solicitado por las autoridades competentes.

7 Irrigar y lavar Irrigue con agua, de inmediato, en forma copiosa y continua, las áreas corporales afectadas por un período de 20 a 30 minutos, para diluir y eliminar el químico.

Si es posible, aplique jabón (Clorhexidina en solución acuosa al 0.2%, syndet_[11] o jabón líquido de tocador) deje 20 minutos y lave con abundante agua sin frotar.

Procure que el agua esté ligeramente tibia, para evitar la hipotermia.

Tenga cuidado de no involucrar las áreas sanas. Las quemaduras poco extensas pueden ser lavadas durante más de 2 horas sin riesgo de producir hipotermia₁.

Debe continuarse el lavado hasta que disminuya el dolor.

No sumerja en tinas, piletas, piscinas ya que el químico se disuelve en el agua y puede seguir quemando otras partes del cuerpo.

8 Lavado Si la víctima tiene compromiso de los párpados y/o del ojo, inicie

- ocular** prioritariamente el lavado del ojo idealmente con lactato de Ringer o con agua sin retrasar el lavado de las otras áreas (lavado simultáneo).
- 9 Cubrir** Cubra a la víctima con una bata cuando haya finalizado el lavado continuo (mínimo tres ciclos de irrigación, jabón, irrigación) o cuando llegue la ambulancia para transportar la víctima al centro de atención médica. No deje a la víctima desnuda.
- 10 Traslado** Traslado de la víctima. Llevar a la víctima al hospital más cercano de la zona para que reciba la atención de urgencias y, si la lesión lo amerita, de allí debe ser trasladada a un Centro Hospitalario de mediana o alta complejidad que cuente con profesionales con experiencia en la atención de quemaduras, para tratamiento especializado.

Se debe tener en cuenta:

-- **Cuando el agente químico no es líquido:** Aunque los ataques suelen realizarse con químicos líquidos, debe tenerse en mente el manejo a realizar si se trata de una presentación diferente:

-- **Inhalación:** Una vez en la ambulancia, adicionalmente ponga oxígeno húmedo al 100%.

-- **Ingesta:** No inducir el vómito, no dar agua ni ninguna otra bebida. Se puede realizar el lavado dentro de la boca, haciendo buches con jabón y agua, SIN deglutir. Repita este procedimiento por 20 minutos.

-- **Químico en polvo:** Retire todas las partículas o fragmentos de la sustancia química, con un cepillado suave ya que estas pueden tener una reacción de calor al contacto con agua y producir mayor lesión. Una vez retire estas partículas inicie el lavado como ya se explicó.

-- **Cuando no se dispone de medios de bioseguridad:** En consenso de expertos la recomendación es que actúe con la máxima precaución para no convertirse en otra víctima más.

Al no tener los guantes de nitrilo, evite tocar a la víctima indicándole que se retire la ropa de la zona afectada y si es posible que seque la zona rápidamente sin frotar. De inmediato, inicie la irrigación de las manos de la víctima (por el contacto con el químico) así como de las otras zonas afectadas.

-- **Qué no hacer:**

NO SE DEBE HACER

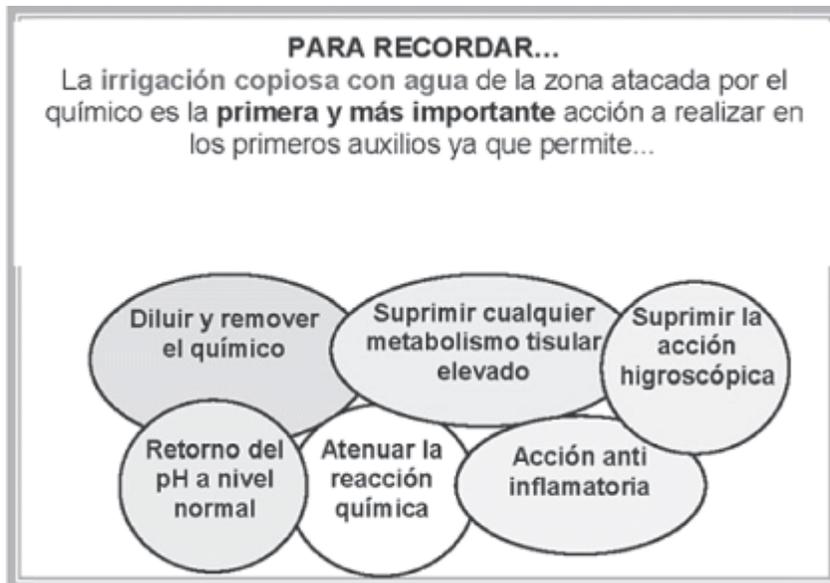
-- NO se contamine con el químico. -- NO frote o "refriegue" la herida. Evite ser una segunda víctima.

-- NO permita que la víctima se frote los
-- NO sumerja a la víctima en agua párpados.

(piletas, tanques o recipientes llenos de agua), pues la sustancia se -- NO suministre ningún medicamento, ni puede mezclar y continuar cremas como sulfaplata, ni proporcione quemando. alimentos o bebidas.

-- NO utilice jabones con -- NO toque ni reviente las ampollas. blanqueador.

- NO utilice agua sucia.
- NO utilice soluciones diferentes al agua como: leche, sábila, yogurt, huevos, vinagre, alcohol, bicarbonato de sodio.
- NO arranque la prendas de vestir.
- NO olvide retirar todos los accesorios que esté utilizando la víctima: collares, reloj, anillos, pulseras, etc.
- NO ponga papa, panela, café, cebolla, miel, mantequilla, aceite vegetal o aceite de oliva ni de remedio casero.
- NO se altere ni exprese la gravedad de la lesión ante la víctima.
- NO utilice hielo.



11.1.3. Primeros auxilios psicológicos (PAP)

Con base en las entrevistas realizadas a víctimas del Hospital Simón Bolívar y la Fundación del Quemado y las recomendaciones de Expertos, Expertas y Víctimas, los principales elementos a tener en cuenta al atender a una víctima de agresión por agente químico son los siguientes:

- Actuar con serenidad y transmitir calma: se trata de una persona en estado de estrés agudo. Por lo general, en ese momento sienten gran temor por su propia seguridad y la de las personas cercanas.
- Generar cierta privacidad creando una atmósfera de confianza y confidencialidad, respetando la dignidad personal (alejar curiosos, verificar que esté cubierta).
- Saludar y presentarse: diga su nombre, su profesión y cómo le va a ayudar (*"Soy..., estamos aquí para ayudarla... lo primero que vamos a hacer es lavar con agua el lugar donde le cayó el químico y, para ello, vamos a quitar la ropa de esa zona..."*, *"vamos a llamar a sus familiares, por favor dígame el nombre y el teléfono..."*, *"estamos esperando a la ambulancia, tan pronto llegue iremos al hospital..."*).
- Identificar con la víctima qué es lo que más la afecta: dolor de la quemadura, miedo o ansiedad por otras personas, etc.
- Buscar una solución al problema en consenso con la víctima (analgésico, llamar a familiares) y establecer acuerdos sobre lo que ha de hacerse a partir de ese momento (a quién avisar, quién la va a acompañar, etc.).

- Hablar con amabilidad y delicadeza reconociendo su estado de estrés agudo.
- Ganar su confianza (tono de voz, actitud, proximidad física) para que descargue su angustia y exprese sus sentimientos.
- Mantener una comunicación verbal y no verbal (palabras, gestos, ademanes) que tengan en cuenta su cultura, edad y género.
- Evitar toda comunicación verbal y no verbal, que la revictimice. Evite preguntas como “¿qué hizo para que la atacaran?” o frases como “tranquila que no fue nada” u otras similares.
- Escucharla si desea hablar y no forzarla si no desea hacerlo.
- Observar su respuesta emocional para definir si la ayuda está siendo efectiva.
- Proporcionar acompañamiento de un familiar o persona allegada si la víctima lo desea.
- Servir de enlace con otros profesionales (personal de atención prehospitalaria o de urgencias) u otras personas (familiares, policía, etc.).

Es crucial tener en mente lo que **NO SE DEBE HACER** en la atención psicológica.

NO SE DEBE HACER

- NO subestime su situación y dolor (“no se queje que no fue nada...”).
- NO comente con otras personas la historia de la víctima.
- NO haga falsas promesas (“los médicos la van dejar como antes”).
- NO juzgue a la víctima por sus acciones o sentimientos.
- NO indague por qué o cómo ocurrió el ataque (“¿qué hizo para que la atacaran?”).
- NO utilice términos peyorativos.
- NO haga gestos o expresiones que inquieten a la víctima.
- NO obligue a hablar a la víctima si ella no lo desea.
- NO crea que usted es responsable de solucionar todos los problemas.

Los componentes de los primeros auxilios psicológicos en las víctimas de ataques con agentes químicos se presentan en la Figura 8.

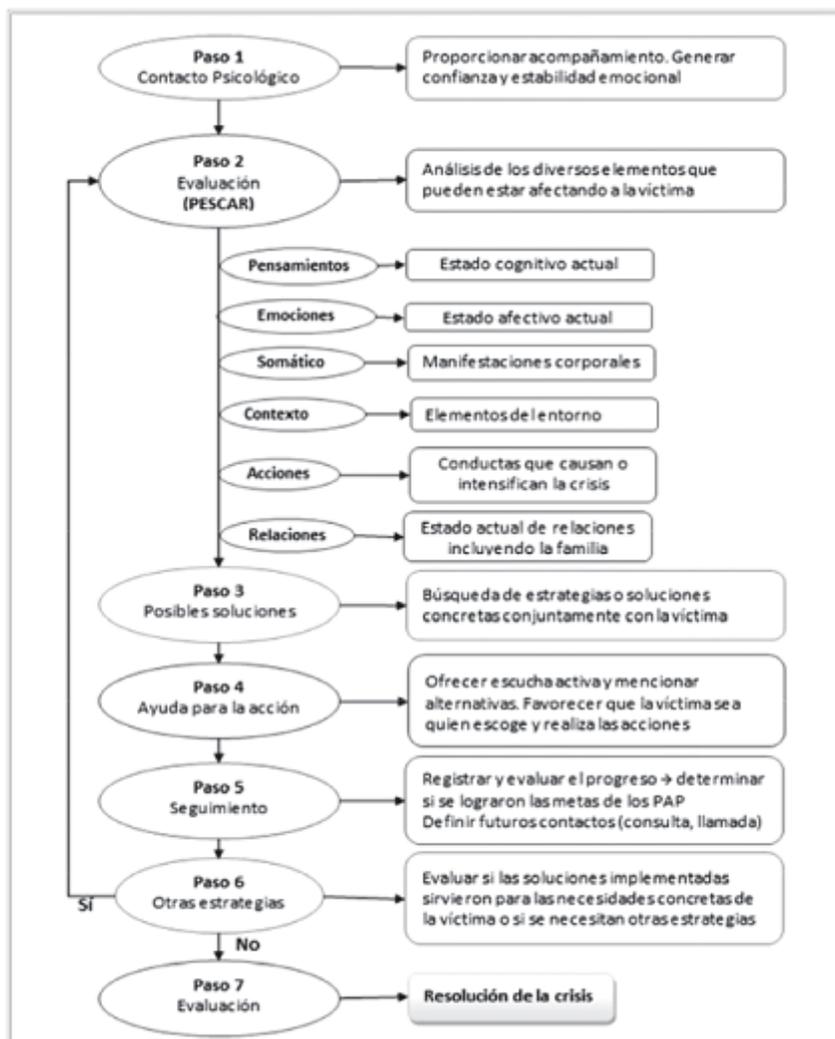


Figura 8. Primeros Auxilios Psicológicos (PAP).

Generalmente, los primeros auxilios psicológicos en el lugar de los hechos llegan hasta el paso 4. Los otros pasos se llevan a cabo casi siempre en el servicio de urgencias.

11.2. Servicio de urgencias

La atención en urgencias implica un cierto número de acciones que se dan de forma simultánea y que involucran a los profesionales y personal de apoyo que se encuentran en un servicio de urgencias.

11.2.1. Triage



Las víctimas de ataques con agentes químicos deben ser clasificadas como de **MÁXIMA PRIORIDAD** (triage I) y ser ingresadas para evaluación y lavado en forma inmediata en la institución que brinda la atención médica de urgencias.

11.2.2 Evaluación inicial

Al llegar a urgencias, toda víctima de agresión por químicos debe



VÍA AÉREA

(AIRWAY)

evaluarse
rápidamente
siguiendo la
secuencia ABCDE
(términos en
inglés).

B**VENTILACIÓN (BREATH)****C****CIRCULACIÓN (CIRCULATION)****D****DÉFICIT NEUROLÓGICO (DISABILITY)****E****EXPOSICIÓN Y CONTROL (EXPOSURE)
DE HIPOTERMIA****A****VÍA AÉREA**

-- Las lesiones en la vía aérea son causa inmediata de amenaza vital aunque rara vez se presenta en ataques con químicos excepto si se trata de agresión con químicos en aerosol o con polvo o en accidentes industriales con fertilizantes como el amonio anhidro.

– Sospechar alteración de la vía aérea:

– Si hay quemaduras de la cara y el cuello con gran edema orofaríngeo.

– Si la víctima presenta ronquera, estridor, tos.

-- Siempre observar a la víctima con quemaduras porque en cualquier momento se puede producir obstrucción de la vía aérea por edema, el cual puede persistir hasta 48 horas después de la quemadura, por lo tanto, una víctima con una vía aérea inicialmente viable puede sufrir deterioro progresivo.

Manejo:

– Inmovilizar columna cervical si se sospecha trauma asociado.

– Levantar mentón.

– Despejar vía aérea y proporcionar buen flujo de oxígeno.

– Administrar O2 a alto flujo_[12] por 45 minutos para lograr saturación de 100%.

Intubación:

Los criterios para intubación orotraqueal son los siguientes:

– Paciente inconsciente – Sospecha de inhalación – Insuficiencia respiratoria – Quemaduras muy extensas con afectación de cara y cuello – Trauma asociado que compromete la vía aérea o mecánica respiratoria.

Si hay sospecha de compromiso de la vía aérea se debe hacer una endoscopia

nasotraqueal con planes de intubación si es necesario.

VENTILACIÓN

- Comprobar frecuencia y calidad de la respiración.
- Las quemaduras profundas y circulares de tórax restringen la ventilación en forma mecánica; la piel quemada (escara) se forma muy rápidamente comprometiendo la necesaria expansión de la reja costal para la ventilación. Si la víctima no tiene compromiso de la vía aérea y tiene signos de dificultad para respirar es probable que tenga restricción por la escara circular del tórax; esta restricción debe tratarse.
- Considerar realizar incisión lateral del tórax sobre la escara (escarotomía^[13]) para descomprimirla y mejorar la ventilación.

CIRCULACIÓN

- Evaluar el color de la piel, sensibilidad, observar pulsos periféricos, llenado capilar y estado de mucosas.
- La hidratación inmediata en pacientes con quemaduras extensas mejora la perfusión y previene la insuficiencia renal.

Manejo:

- Establecer acceso intravenoso canalizando 2 vías periféricas de grueso calibre, idealmente en zona no quemada.
- Calcular rápidamente la extensión de la quemadura (SCQ) utilizando la regla de la palma de la mano en donde la superficie que corresponde a la palma de la víctima equivale al 1% de su superficie corporal.
- Calcular el volumen de líquidos a administrar (VLA) según la fórmula:

$$\text{VLA} = 4 \text{ cc} \times \text{Kg} \times \% \text{ de superficie corporal quemada (SCQ)}$$

- Utilizar Lactato de Ringer administrando:
- La mitad del VLA en las primeras **8 horas** posquemadura – La otra mitad en las siguientes **16 horas**
 - Controlar diuresis asegurando 0,5 a 1 cc x kg x hora.
 - Aumentar o disminuir goteo de líquidos según diuresis.



DÉFICIT NEUROLÓGICO

-- Rara vez hay compromiso neurológico en las víctimas de agresión por químicos.

Sin embargo, siempre se debe evaluar su estado de conciencia.



EXPOSICIÓN Y CONTROL DE HIPOTERMIA

-- Si la víctima ingresa a urgencias con la ropa impregnada de químico, se le debe retirar de inmediato para interrumpir el contacto, examinar todas las áreas comprometidas y realizar de inmediato la irrigación.

-- Si las prendas están profundamente adheridas al tejido quemado, se debe intentar retirarlas en forma suave, pero si no desprenden fácilmente, se debe recortar lo que ya ha desprendido, dejar el pedazo adherido y realizar la irrigación y lavado. La adherencia de la prenda en esa zona señala que es un área gravemente comprometida por el químico, razón por la cual se debe aplicar el jabón, dejarlo por 20 a 30 minutos y luego lavar. Repetir cada hora hasta que la víctima refiera alivio del dolor, o al menos se haya lavado durante 2 horas.

El fragmento de prenda que no caiga con el lavado, será retirado durante la cirugía.

-- El examen de la quemadura debe incluir siempre el cuero cabelludo ya que pueden existir lesiones ocultas por el pelo.

-- Al quitar las prendas, queda expuesta el área de la quemadura química pero también zonas adyacentes, con riesgo de provocar hipotermia, peligro que también se da durante la irrigación y el lavado. Por ello es indispensable controlar la temperatura del medio ambiente y del agua de la irrigación (28 a 31oC)xix.

Durante todo el proceso de evaluación médica es importante ofrecer a la víctima los primeros auxilios psicológicos incluyendo la información de sus derechos (Tabla 9).

Tabla 9. Derechos de las víctimas de violencias

Toda mujer víctima de violencia tiene derecho a (Ley 1257 de 2008):

1. Recibir una atención integral.
2. Ser tratada con reserva de su identidad.
3. La activación de los mecanismos de protección y atención necesarios para protegerla a ella, sus hijos e hijas en caso de riesgo para su vida y seguridad.
4. Acceder a la justicia, para lo cual el sector salud tiene la obligación de avisar a las autoridades competentes.
5. Contar con un abogado o abogada de forma gratuita e inmediata por parte de la Defensoría del Pueblo en caso de no tener recursos económicos.

Toda víctima de ataques con agentes químicos tiene derecho a (Ley 906 de 2004, 1448 de 2011, 1639 de 2013):

6. La dignidad, la intimidad y la privacidad en el desarrollo de la atención, así como durante los procedimientos administrativos y judiciales que se desplieguen conforme a la ley.
7. La verdad, la justicia, la reparación integral y las garantías de no repetición.
8. A ser informadas/os sobre los derechos, procedimientos, autoridades competentes y demás aspectos que faciliten el ejercicio de los derechos.
9. A recibir asistencia legal.
10. A que se garantice la adopción de medidas para su recuperación, estabilización y asistencia.

RECUERDE

Circular 16 de 2014. Establece que estarán exentas de pago de cuotas moderadoras y copagos entre otras, las víctimas de ácido, álcalis o sustancias similares o corrosivas (Ley 1438 de 2011, artículo 53A, adicionado por el artículo 5° de la Ley 1639 de 2013).

Ley 1639 de 2013. Artículo 5°. Medidas de protección en salud. Créese el artículo 53A en la Ley 1438 de 2011 del siguiente tenor:
Cuando las lesiones personales sean causadas por el uso de cualquier tipo de ácidos o sustancia similar o corrosiva que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano y generen algún tipo de deformidad o disfuncionalidad, los servicios, tratamientos médicos y psicológicos, procedimientos e intervenciones necesarias para restituir la fisonomía y funcionalidad de las zonas afectadas, no tendrán costo alguno y serán a cargo del Estado.

Es deber del equipo de salud asegurarse de que la víctima comprende que tiene derechos y que se van a realizar las acciones necesarias para garantizarlos y para protegerla.

Mientras se presta la atención médica y psicológica, el personal administrativo de urgencias estará realizando la recopilación de documentos necesarios para su atención en esa institución o para la remisión (ver más adelante), el aviso a la familia de la víctima, y la notificación a las autoridades competentes, de manera que el trámite administrativo no se convierta, en ningún caso, en una barrera para la atención de urgencias.

11.2.3. Irrigación, lavado y curación inicial El lavado debe realizarse siempre en urgencias, independientemente de si se le llevó a cabo en el lugar de la agresión, con el fin de continuar la remoción del agente químico. Este paso es clave y debe realizarse lo más pronto posible, de ahí que la evaluación inicial y el lavado son simultáneos y depende del criterio médico priorizar su orden.

Para realizar el lavado, el equipo de salud deberá:

-- **Evitar la hipotermia.** El lavado debe ser realizado en un lugar con temperatura ambiente controlada (puertas y ventanas cerradas), utilizando agua a temperatura corporal y protegiendo su intimidad de la mirada de personas que no estén directamente involucradas en el procedimiento.

-- **Utilizar jabón adecuado.** La recomendación es Clorhexidina en solución acuosa al 0.2% o syndet.^[14] NO utilice jabón con yodopovidona.

-- **Monitorizar acidez de las áreas quemadas:** de preferencia se debe evaluar con tirillas de pH^[15] con el fin de establecer hasta qué momento se continúa con el lavado para lograr un pH neutro.

-- **Utilizar el equipo adecuado.** La institución debe contar con equipo de bioseguridad y el instrumental adecuado para realizar el lavado (Tabla 10).

Tabla 10. Equipos para baño y curaciones

Equipo	Componentes
Bioseguridad	<ul style="list-style-type: none"> - Bata- Gorro - Tapabocas - Gafas protectoras - Guantes de nitrilo
Baño	<ul style="list-style-type: none"> - Un (1) Platón en acero inoxidable - Una (1) sábana - Campos y Bata - Una (1) Riñonera - Apósitos, gasas y compresas

-- **Asegurar adecuada analgesia.** Las quemaduras químicas son **muy dolorosas** y deben ser manejadas con opioides. Se recomienda utilizar uno de los siguientes (Tabla 11), siendo la morfina la sustancia más recomendada:

Tabla 11. Manejo analgésico en quemadura por agente químico

Analgésico	Presentación	Dosis
Morfina	ampolla por 10 mg	0,05 a 0,1 mg x kg diluido cada 4 a 6 horas
Meperidina	ampolla por 100 mg	1 mg x kg diluido cada 6 horas.
Tramadol	ampolla por 50 mg	1 mg x kg cada 6 horas.

-- **Los antibióticos NO deben iniciarse** de manera rutinaria o “profiláctica” **en urgencias a menos que haya una clara indicación para su prescripción.** Deben administrarse, de preferencia, en la institución que cuente con especialistas en manejo de quemados o en la unidad de quemados de acuerdo con los criterios que para tal fin estén establecidos en dichos lugares.

El proceso a seguir para la irrigación y curación de urgencias se explica en la Figura 9.

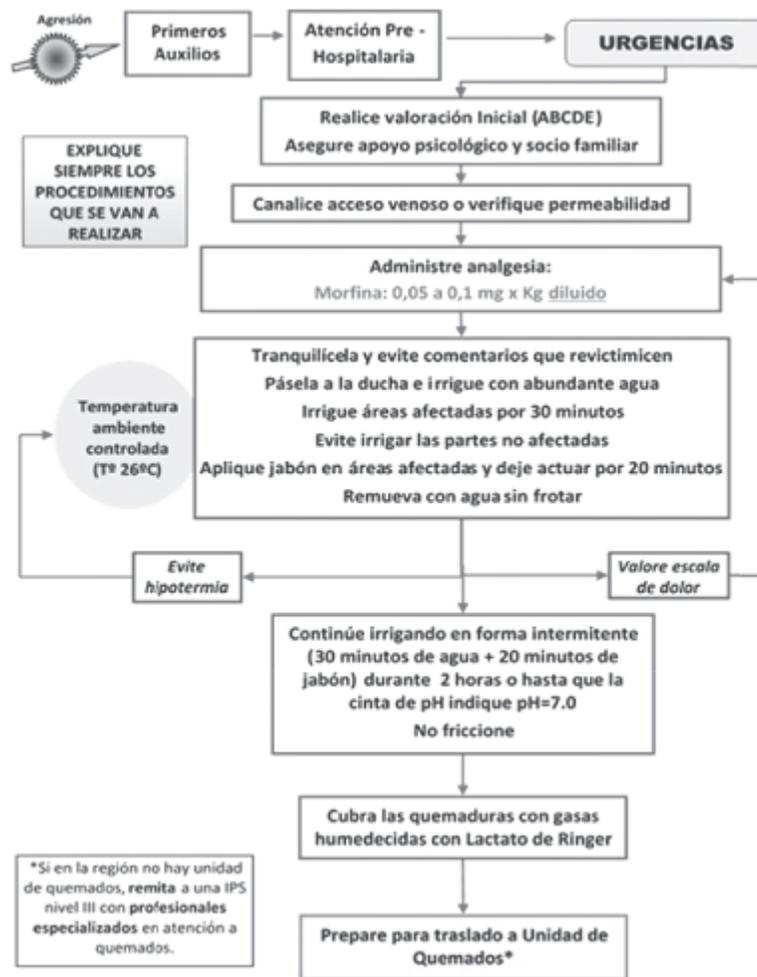


Figura 9. Manejo inicial en servicio de urgencias

Víctima de agresión por agente químico.

Es importante que mientras se realice el lavado, se esté gestionando la remisión a una unidad de quemados idealmente o, en su defecto, a una IPS con profesionales especializados en atención a quemados.

11.2.4 Manejo de quemadura en ojos Los ataques con agentes químicos suelen dirigirse hacia la cara afectando con frecuencia los ojos (30-50%)^{xii}.

El manejo ocular debe iniciarse en el lugar de la agresión y continuarse en urgencias mediante irrigación continua con Lactato de Ringer (Figura 10) por periodos de 30 minutos evaluando el pH entre cada irrigación en caso de que se cuente con la cinta para medir el pH.

Las que se utilizan en los laboratorios clínicos para los análisis de orina pueden servir para este fin. (Figura 11). Si no se cuenta con la cinta continuar la irrigación ocular hasta la remisión a un nivel de complejidad mayor o hasta que el concepto del oftalmólogo indique lo contrario si se cuenta con este.

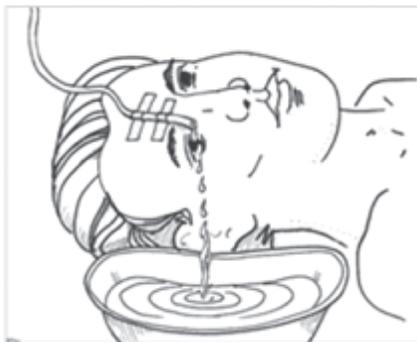


Figura 10- Irrigación ocular (urgencias)[16]

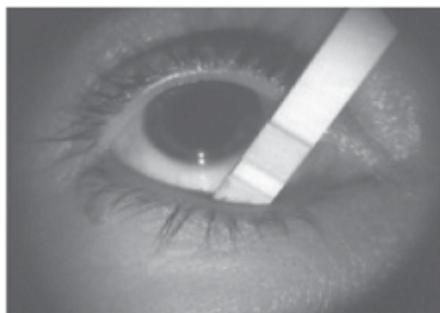


Figura 11- Medición pH ocular[17]

El lavado debe prolongarse por 30 minutos más después que el pH llegue a 7,0 (pH neutro) xxxiii.

Si la institución cuenta con algún producto del tipo solución acuosa con sales anfóteras[18], se debe aplicar directamente sobre el globo ocular para neutralizar el agente químico.

Aunque en la literatura se describe el uso de solución salina hipertónica, el consenso de Expertos[19] recomienda usar lactato de Ringer o en su defecto solución salina normal, ya que la evidencia no es lo suficientemente fuerte para las soluciones hipertónicas.

Si la institución cuenta con especialista en oftalmología se debe solicitar de inmediato valoración que incluye, entre otras, evaluación con lámpara de Wood, medición de la presión intraocular y el examen con fluoresceína. Debido al dolor intenso que provocan estas quemaduras puede ser necesario utilizar un anestésico local (**proparacaina al 0,5%**)_{xxiii}. Si no se dispone de este, se puede utilizar lidocaína al 2% sin epinefrina. Si el dolor es intenso puede adicionarse un analgésico oral o parenteral para realizar la evaluación ocular. Si a pesar del anestésico y analgésico, la víctima no consigue abrir los párpados será necesario utilizar **retractores palpebrales**, para realizar la irrigación y evaluación_{xx}.

Si durante el examen se encuentran partículas extrañas, el especialista deberá removerlas utilizando un hisopo o aplicador con punta de algodón (figura 12). Está **CONTRAINDICADO** el uso de **fenilefrina** (blanqueadores del ojo) porque aumenta la lesión isquémica de las estructuras profundas.



Figura 12[20]

Si la institución no cuenta con especialista en oftalmología, deberá registrarse en la historia clínica y en el resumen de remisión, para que la evaluación pertinente se realice tan pronto llegue la víctima a la unidad especializada.

11.2.5. Evaluación de las quemaduras Una evaluación adecuada de la lesión implica determinar: 1) la profundidad o grado, 2) la extensión y 3) el patrón de las quemaduras_{xix}.

El **grado de la quemadura** se determina utilizando los criterios descritos en la Tabla 12 y en la Figura 13.

Tabla 12. Clasificación de la profundidad de la quemadura

Grado	Profundidad	Hallazgos
--------------	--------------------	------------------

I	Epidermis	<ul style="list-style-type: none"> - Eritema - Sequedad 	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor - Edema
II	Epidermis y parte de la dermis	<ul style="list-style-type: none"> - Eritema - Edema - Ampollas 	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor - Pérdida de piel - Sensibilidad al aire
III	Epidermis y dermis. Nervios, músculos y hueso	<ul style="list-style-type: none"> - Blanco y carbonizado - Grasa expuesta 	<ul style="list-style-type: none"> - Edema - Indolora

En cuanto al patrón de la quemadura, se describen tres tipos que dependen de la cantidad de químico arrojado y de la distancia entre el atacante y la víctima (Tabla 13).

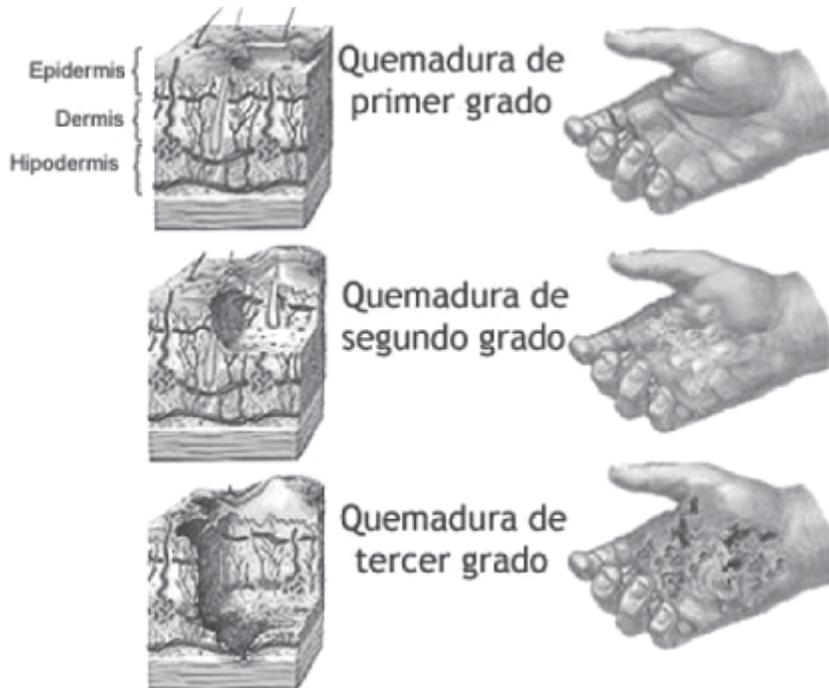


Figura 13- Clasificación de las quemaduras por su grado

Para calcular la **extensión de la quemadura** se utiliza la “regla de los 9” y el “método de la palma” en la cual toda la palma de la víctima es igual a 1% de su superficie corporal (Figura 14).

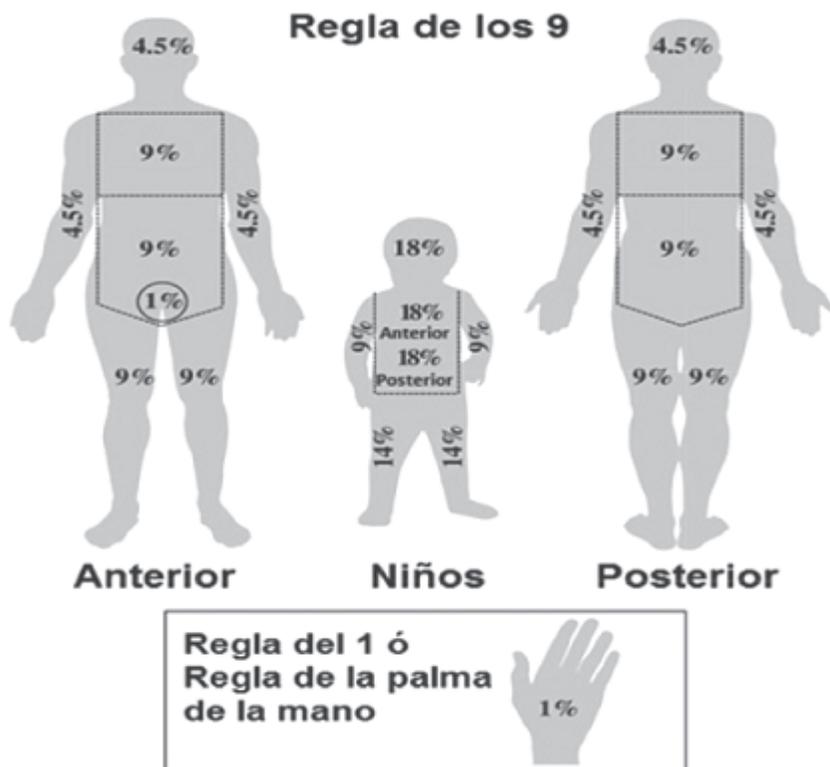


Figura 14. Cálculo de la superficie corporal quemada.

Tabla 13. Evaluación del patrón de la quemadura por agente químico

Patrón	Descripción
Continuo	-- Una o varias áreas corporales lesionadas en continuidad sin áreas no quemadas entre ellas con líneas verticales que evidencian el escurrimiento del líquido.

-- Ocurre cuando se arroja gran cantidad del químico a corta distancia.

En gotas -- Múltiples quemaduras pequeñas diseminadas en diferentes áreas.
diseminadas

-- Se produce cuando el químico es arrojado a mayor distancia y solo salpica.

Mixto -- Combinación de los dos patrones anteriores.

-- Es clásico el compromiso de cara, ojos, cuello y casi siempre región anterior del tórax.

Aunque no influye directamente en el tratamiento, es importante describir siempre el **aspecto** de las lesiones encontradas ya que algunas características de la quemadura pueden orientar a identificar los agentes químicos utilizados (Tabla 14)^{xxxiv, xxxv}.

Tabla 14. Características de la quemadura según agente químico

Agente químico Características de la quemadura

Ácido sulfúrico Escara negra, seca y muy adherida. El ácido reacciona con la piel generando gran cantidad de calor lo que causa, además de la

quemadura química, una lesión térmica y un dolor intenso.

Ácido Nítrico Escara de color amarillo-naranja. Es una quemadura muy profunda.

Ácido fórmico Escara café oscura.

11.2.6. Apoyo sociofamiliar inicial Aunque la víctima esté recibiendo toda la atención médica que requiere, su estado emocional sigue siendo de crisis y los profesionales que la atienden deben ser conscientes de las dificultades emocionales y cognitivas que experimenta la víctima, debido al trauma y evitar conductas que puedan revictimizarla.

Es importante tener presente:

NO SE DEBE HACER

-- NO la regañe (*"a ver si deja de llorar que eso no va a quitarle las quemaduras..."*). -- NO comente con otras personas la historia de la víctima.

-- NO cuestione su relato (*"pero... ¿usted sí está segura de que no hizo algo para merecerse esto?"*). -- NO haga gestos o expresiones que inquieten a la víctima.

-- NO utilice términos peyorativos -- NO haga comentarios inoportunos (*"la última víctima que atendimos, pobre, quedó tan terrible que por poco se suicida..."*). (*"la quemada del 405..."*).

Como tal, la intervención sociofamiliar en el servicio de urgencias es muy puntual: informarle a la familia la situación de salud de la víctima de una manera adecuada, haciendo énfasis en el apoyo que le deben brindar.

11.2.7. Recolección de evidencia forense

La recopilación de evidencia médica legal es necesaria desde el primer contacto con las víctimas, tal como se explicó en la atención en el sitio de la agresión. De manera particular, el personal de los servicios de salud es responsable de la recolección, preservación y entrega a la autoridad competente de los Elementos Materiales Probatorios^[21] (EMP) y Evidencia Física (EF) de la que tenga conocimiento en razón de la atención brindada a las víctimas^{xxxvi} así como de dar inicio a la cadena de custodia^[22].

En el caso de la ropa contaminada por el químico, el embalaje se realiza de la siguiente manera:

Obtenga un fragmento patrón:

-- Ubique una porción de la prenda que no se encuentre impregnada con la sustancia utilizada en el evento y recorte un fragmento de 3 cm por 3 cm.

-- Seque el fragmento en caso de que se encuentre húmedo.

-- Empaque el fragmento en papel tipo kraft o similar. Nunca utilice papel que contenga impresiones.

-- Embale el empaque en una bolsa plástica, preferiblemente transparente.

-- Selle la bolsa con cinta de seguridad u otro medio que brinde seguridad al embalaje y su contenido.

-- Rotule indicando claramente que se trata del "*Fragmento Control*".

Obtenga el material para análisis:

-- Seque el resto de la prenda en caso de que se encuentre húmeda.

-- Empaque el resto de la prenda en papel tipo kraft o similar. Nunca utilice papel que contenga impresiones.

-- Embale el empaque en una bolsa plástica, preferiblemente transparente.

-- Selle la bolsa con cinta de seguridad u otro medio que brinde seguridad al embalaje y su contenido.

-- Rotular el EMP (elemento material probatorio).

-- Genere y diligencie el registro de cadena de custodia.

-- Entregue al funcionario de la Policía Judicial el EMP quien lo debe remitir de inmediato al Laboratorio de Evidencia Traza del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (que tiene su sede en la ciudad de Bogotá), solicitando la identificación de la sustancia que se sospecha fue utilizada para la agresión.

Diligenciar el rótulo con marcador permanente, letra clara y legible y sin tachaduras anotando: el nombre de la víctima, el número de identificación, el número de la Historia Clínica, fecha, hora, nombre del médico o médica que embala y descripción de las prendas embaladas.

Adherir el rótulo a la bolsa. Si la institución cuenta con el formato de rótulo de la Fiscalía (punto 12.10) puede utilizarlo. Llenar el registro de cadena de custodia (punto 12.11). Entregar el paquete a la Policía Judicial.

Es importante anotar en la historia clínica los elementos que fueron embalados y entregados a la Policía Judicial con fecha, hora, nombre e identificación del funcionario que recibe y de quien entrega^[23].

Mientras se hace entrega a la Policía Judicial, la IPS es responsable de la custodia de estos EMP y EF, garantizando condiciones de seguridad y preservación necesarias, previamente embalados, rotulados y con el registro de cadena de custodia.

11.2.8. Notificación en Sivigila y Registro en el RIPS Las violencias contra la mujer, intrafamiliar y sexual son eventos de vigilancia y control en salud pública, por lo que deben ser reportadas obligatoriamente al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila). La Ficha de notificación del Sivigila se encuentra en el punto 12.8.

Actualmente, mediante la ficha de notificación del Sivigila versión 1 del año 2014, para el caso de las víctimas de ataques con ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas (que pueden ser mujeres y hombres), la ficha cuenta con un ítem en el segmento "Datos del Hecho" (#13) que permite identificar dichos ataques para ambos sexos (Figura 15). Para dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 14 del Decreto número 1033 de 2014, a partir del 2015, el evento se notifica por tipo o naturaleza de la violencia en: violencia física y se diligencian todas las variables frente a: actividad de la víctima, grupo de vulnerabilidad al que pertenece, tipo de agresor, bien sea familiar o no familiar, o si está dentro del marco del conflicto armado. En el punto de mecanismos utilizados para la agresión se busca en las variables de: quemadura por ácidos, álcalis y corrosivos. Apenas se introduzca esta variable, se activará sitio comprometido por la quemadura, más grado y extensión.

8. Datos del hecho			
8.1 Armas y otros mecanismos utilizados para la agresión			
<input type="radio"/> 1. Ahorcamiento / estrangulamiento / sofocación	<input type="radio"/> 4. Cortante / cortopunzante / Punzante	<input type="radio"/> 7. Inmersión / Sumersión	<input type="radio"/> 10. Mordedura
<input type="radio"/> 2. Caídas	<input type="radio"/> 5. Electrocuación y electrofulguración	<input type="radio"/> 8. Intoxicación	<input type="radio"/> 11. Proyectil arma fuego
<input type="radio"/> 3. Contundente / corioconduyente	<input type="radio"/> 6. Explosivos	<input type="radio"/> 9. Minas antipersona	<input type="radio"/> 12. Quemadura por fuego
			<input type="radio"/> 13. Quemaduras por químicos
			<input type="radio"/> 14. Quemadura por soldos, líquidos o gases
			<input type="radio"/> 15. Otro
8.1.1 Nombre de la sustancias que produjo la intoxicación		8.1.2 ¿Cuál otra arma o mecanismo utilizado?	
8.1.3 Otros mecanismos		8.2 Fecha del hecho (dd/mm/aaaa)	
<input type="radio"/> 1. Insultos	<input type="radio"/> 3. Amenazas	[] [] / [] [] / [] [] [] []	
<input type="radio"/> 2. Humillaciones	<input type="radio"/> 4. Otro	8.2.1 Hora del hecho	
8.1.4 ¿Cuál otro mecanismo utilizado para la agresión?		[] [] : [] [] ^{HH:MM}	
8.2.2 Escenario		8.2.2.1 ¿Cuál otro escenario?	
<input type="radio"/> 1. Vía pública	<input type="radio"/> 3. Escuela	<input type="radio"/> 5. Sitio de diversión	
<input type="radio"/> 2. Casa	<input type="radio"/> 4. Lugar de trabajo	<input type="radio"/> 7. Otro	
	<input type="radio"/> 6. Deportivo	8.2.2.2 Dirección del hecho	
8.3 ¿Hecho violento relacionado con el conflicto armado? <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No			

Figura 15. Identificación de ataques con ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas en la Ficha de notificación Sivigila F875.

Una vez se realice el registro de la información en la ficha del Sivigila, se debe notificar de manera inmediata a las Secretarías de Salud Municipales y Distritales, quienes a su vez reportarán a las Secretarías de Salud Departamentales. Esta notificación hace parte de las violencias de género priorizadas que producen una alerta inmediata para la respuesta intersectorial de salud, justicia y protección.

El reporte al RIPS se debe realizar identificando en Causa Externa: Lesión por agresión.

Posteriormente, se registra el diagnóstico principal con base en la acción corrosiva de los agentes químicos que pueden ser ácidos o básicos, de acuerdo con los códigos del CIE 10.

- T20** Quemadura y **T204** Corrosión de la cabeza y del cuello, grado no corrosión de la especificado
cabeza y cuello
- T205** Corrosión de la cabeza y del cuello, de primer grado
- T206** Corrosión de la cabeza y del cuello, de segundo grado
- T207** Corrosión de la cabeza y del cuello, de tercer grado
- T21** Quemadura y **T214** Corrosión del tronco, grado no especificado
corrosión del tronco
- T215** Corrosión del tronco, de primer grado
- T216** Corrosión del tronco, de segundo grado
- T217** Corrosión del tronco, de tercer grado
- T22** Quemadura y **T224** Corrosión del hombro y miembro superior, grado no especificado, excepto de la muñeca y de la
corrosión del hombro y del y de la mano
miembro superior, excepto de la muñeca y de la mano
- T225** Corrosión del hombro y miembro superior, de primer grado, excepto de la muñeca y de la mano
- T226** Corrosión del hombro y miembro superior, de

- segundo grado, excepto de la muñeca y de la mano
- T227** Corrosión del hombro y miembro superior, de tercer grado, excepto de la muñeca y de la mano
- T23** Quemadura y **T234** Corrosión de la muñeca y de la mano, grado
corrosión de la no especificado
muñeca y de la
mano
- T235** Corrosión de la muñeca y de la mano, de primer grado
- T236** Corrosión de la muñeca y de la mano, de segundo grado
- T237** Corrosión de la muñeca y de la mano, de tercer grado
- T24** Quemadura y **T244** Corrosión de la cadera y del miembro inferior,
corrosión de la grado no especificado, excepto tobillo y pie
cadera y miembro
inferior, excepto
tobillo y pie
- T245** Corrosión de la cadera y del miembro inferior, de primer grado, excepto tobillo y pie
- T246** Corrosión de la cadera y del miembro inferior, de segundo grado, excepto tobillo y pie
- T247** Corrosión de la cadera y del miembro inferior, de tercer grado, excepto tobillo y pie
- T25** Quemadura y **T254** Corrosión del tobillo y del pie, grado no
corrosión del tobillo especificado
y del pie
- T255** Corrosión del tobillo y del pie, de primer grado
- T256** Corrosión del tobillo y del pie, de segundo grado
- T257** Corrosión del tobillo y del pie, de tercer grado
- T26** Quemadura y **T265** Corrosión del párpado y área periocular
corrosión limitada al
ojo y sus anexos
- T266** Corrosión de la córnea y saco conjuntival
- T267** Corrosión con ruptura y destrucción resultantes del globo ocular
- T268** Corrosión de otras partes del ojo y sus anexos
- T269** Corrosión del ojo y anexos, parte no especificada
- T27** Quemadura y **T274** Corrosión de la laringe y de la tráquea
corrosión de las
vías respiratorias
- T275** Corrosión que afecta la laringe y la tráquea con el pulmón
- T276** Corrosión de otras partes de las vías respiratorias
- T277** Corrosión de las vías respiratorias, parte no especificada
- T28** Quemadura y **T285** Corrosión de la boca y de la faringe
corrosión de otros
órganos internos

T286	Corrosión del esófago
	T287 Corrosión de otras partes del tubo digestivo
	T288 Corrosión de órganos genitourinarios internos
T289	Corrosión de otros órganos internos y de los no especificados
T29 Quemadura y corrosión de múltiples regiones del cuerpo	T294 Corrosiones de múltiples regiones, grado no especificado
	T295 Corrosiones múltiples, mencionadas como de no más de primer grado
T296	Corrosiones múltiples, mencionadas como de no más de segundo grado
T297	Corrosiones múltiples, con mención al menos de una quemadura de tercer grado
T30 Quemadura y corrosión, región del cuerpo no especificada	T304 Corrosión de región del cuerpo y grado no especificados
T305	Corrosión de primer grado, región del cuerpo no especificada
T306	Corrosión de segundo grado, región del cuerpo no especificada
T307	Corrosión de tercer grado, región del cuerpo no especificada
T32 Corrosiones clasificadas según la extensión de la superficie del cuerpo afectada	T320 Corrosiones que afectan menos del 10% de la superficie del cuerpo
T321	Corrosiones que afectan del 10% al 19% de la superficie del cuerpo
T322	Corrosiones que afectan del 20% al 29% de la superficie del cuerpo
T323	Corrosiones que afectan del 30% al 39% de la superficie del cuerpo
T324	Corrosiones que afectan del 40% al 49% de la superficie del cuerpo
T325	Corrosiones que afectan del 50% al 59% de la superficie del cuerpo
T326	Corrosiones que afectan del 60% al 69% de la superficie del cuerpo
T327	Corrosiones que afectan del 70% al 79% de la superficie del cuerpo
T328	Corrosiones que afectan del 80% al 89% de la superficie del cuerpo
T329	Corrosiones que afectan del 90% o mas de la superficie del cuerpo

Fuente: Clasificación del CIE 10.

Y, por último, se registra el diagnóstico secundario de acuerdo con la siguiente tabla:

VIOLENCIA FÍSICA

- Y080** Agresión por otros medios especificados, ocurrida en una vivienda
- Y081** Agresión por otros medios especificados, ocurrida en una institución residencial
- Y082** Agresión por otros medios especificados, ocurrida en una escuela, en otra institución, o en un área administrativa pública
- Y083** Agresión por otros medios especificados, ocurrida en un área de deporte o atletismo
- Y084** Agresión por otros medios especificados, ocurrida en una calle o carretera
- Y085** Agresión por otros medios especificados, ocurrida en un comercio o en un área de servicios
- Y086** Agresión por otros medios especificados, ocurrida en un área industrial o de la construcción
- Y087** Agresión por otros medios especificados, ocurrida en una granja (o predio agrícola)
- Y088** Agresión por otros medios especificados, ocurrida en otro lugar especificado
- Y089** Agresión por otros medios especificados, ocurrida en un lugar no especificado

11.2.9. Articulación intersectorial

Cualquier agresión cometida en contra de una persona es una violación a sus derechos humanos y, como tal, involucra una responsabilidad estatal de respeto, garantía y protección, que se refuerza e implica una máxima diligencia en la atención de cualquier caso de violencia.

En este sentido, los funcionarios y funcionarias del sector salud tienen responsabilidades en el restablecimiento de los derechos de las víctimas de ataques con agentes químicos, que no se limitan al tratamiento médico, en la medida en que el derecho a la salud tiene una dimensión más amplia y las situaciones de violencia vulneran otros derechos que de la misma forma imponen actuaciones inmediatas e integrales.

En cumplimiento de estas obligaciones, el personal de salud debe **dar aviso de manera inmediata a las autoridades competentes, tanto del sector Justicia como del sector Protección**, y recolectar los elementos materiales probatorios, así como informar el derecho que tiene la víctima a su protección integral y a la de sus hijos e hijas.

Para garantizar la articulación intersectorial las instituciones de salud deben identificar en su región:

– **Entidades para garantizar el acceso a la justicia:** teniendo en cuenta que una vez la víctima ingrese a la institución de salud pública o privada se debe dar aviso a las autoridades con funciones de policía judicial, se debe identificar las entidades con dichas funciones, tales como el Cuerpo Técnico de Investigación (CTI), SIJÍN, Policía de Infancia y Adolescencia o quien haga sus veces, de acuerdo con el artículo 218 del Código de Procedimiento Penal (CPP).

– **Entidades para garantizar seguridad y protección:** dependiendo del contexto en el que ocurra la violencia o si se trata de algunas personas en particular, las autoridades competentes son:

-- Violencia intrafamiliar: Comisaría de Familia o en su lugar los Juzgados Civiles Municipales.

Si el caso ya está en conocimiento de la Fiscalía esta deberá adelantar la petición de protección ante los Juzgados de Control de Garantías (Leyes 294 de 1996 y 1257 de 2008).

-- Violencia intrafamiliar contra mujeres indígenas: autoridades indígenas de la comunidad a la que pertenece la mujer víctima, salvo que ella manifieste su voluntad de acudir a las autoridades estatales o que la autoridad indígena esté en imposibilidad de garantizar su protección.

-- Violencia contra niños, niñas y adolescentes: Defensorías de Familia – ICBF o, en su lugar, Comisarías de Familia o Inspecciones de Policía.

-- Conflicto armado y violencia sociopolítica: Ministerio del Interior y la Unidad Nacional de Protección a través del Programa de Prevención y Protección (Decreto número 4912 de 2011 y la Resolución número 805 de 2012). En los municipios la autoridad competente para recibir la solicitud es la Secretaría de Gobierno de las Alcaldías o Gobernaciones, valorando en todo caso la conveniencia de activarlas por esta vía por motivos de seguridad y por capacidad para otorgar medidas adecuadas.

-- Contextos diferentes a los anteriores: Fiscalía General de la Nación quien solicitará las medidas de protección ante los Juzgados de Control de Garantías (Ley 1257 de 2008) o a través del Programa de Protección a Víctimas y Testigos (Resolución número 501 de 2008).

Asimismo, cada institución debe establecer los procesos y procedimientos para avisar a las autoridades competentes. Tener en cuenta que en algunos casos y de acuerdo con el contexto, esto será posible a través de llamadas telefónicas, comunicación por fax o correos electrónicos y escritos, en otros será incluso necesaria una comunicación personal.

Cada IPS debe contar en el servicio de urgencias con un directorio telefónico que incluya, como mínimo, los datos correspondientes en su región y localidad de las autoridades competentes.

Agotar estas acciones es un primer paso para la atención integral a la que tienen derecho las víctimas de violencia. En cualquier caso, activar los mecanismos acordados es una obligación de cada uno de los funcionarios y las funcionarias que brindan atención, incluso desde el primer contacto con las víctimas.

RECUERDE

Sin importar el momento en el que haya intervenido, si usted tiene conocimiento de un caso de agresión con agentes químicos, debe inmediatamente DAR AVISO A LAS AUTORIDADES COMPETENTES

Este aviso es obligatorio porque es un deber legal y constitucional de todas las personas actuar con solidaridad y colaborar con el buen funcionamiento de la administración de justicia^{xxxvii} informando a las autoridades cuando tienen conocimiento de la ocurrencia de un delito. Además, no hacerlo es un delito sancionado con multa y en algunos casos con pena de prisión. En particular, es una obligación del personal de salud dar aviso a las autoridades competentes en los casos destacados en las figuras 16 y 17.

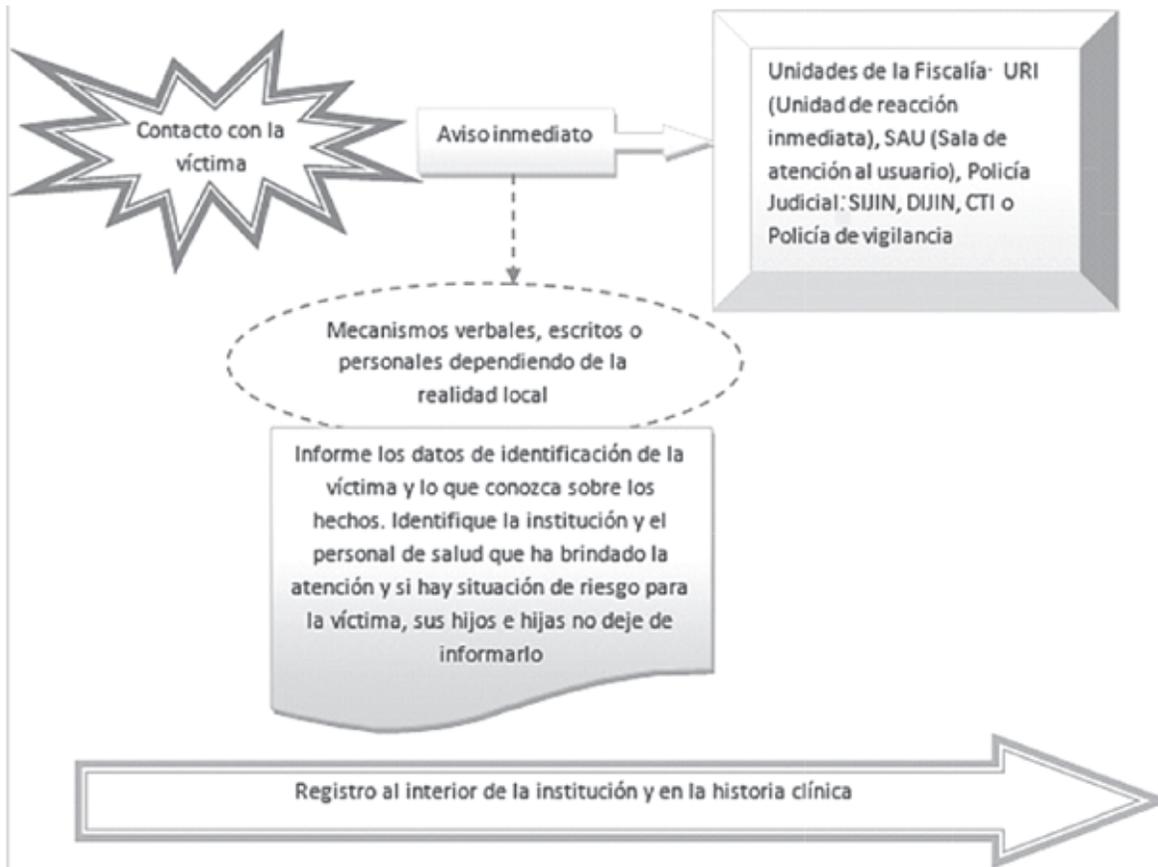


Figura 16. Aviso a las autoridades competentes.

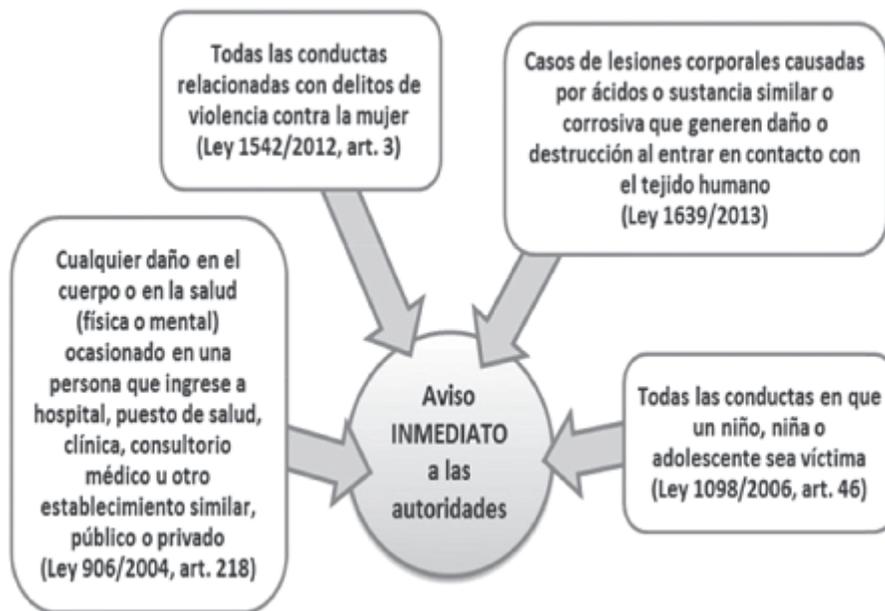


Figura 17. Notificación obligatoria.

11.3. Referencia a unidad de quemados

Una vez se realice la atención de urgencias y conforme al criterio del médico tratante, las víctimas de quemaduras químicas deben ser remitidas a la unidad de quemados o a la IPS de alta complejidad más cercana, que cuente con profesionales especializados en atención a quemados, para asegurar el tratamiento adecuado y minimizar la morbilidad asociada a estas agresiones.

Aquellas víctimas que presentan alguna condición clínica que implique alto riesgo para su vida, como sospecha de lesión de la vía aérea, quemadura extensa, alteración electrolítica refractaria o síntomas sistémicos tóxicos asociados al químico, deben ser llevadas **de inmediato**, desde el sitio de la agresión a la institución donde se encuentre la unidad de quemados, con el fin de asegurar que se le presta una atención especializada desde el momento de su ingreso a urgencias.

Si bien en Colombia existen pocas unidades de quemados^[24] (punto 12.12), el total anual de las víctimas de ataques con agentes químicos son remitidas a estas unidades. No obstante, si no es posible conseguir una cama en una unidad de quemados, la opción es remitir a la víctima a una IPS que cuente con un equipo multidisciplinario con especialistas quirúrgicos (cirugía general o cirugía plástica) formados en la atención de quemados.

RECUERDE
Toda quemadura por agentes químicos debe ser evaluada por profesionales especializados, ya sea en una unidad de quemados o en una institución especializada en esta atención.

11.3.1. Cómo solicitar la remisión

La referencia es realizada por las Centrales de Referencia de la institución donde está siendo atendida la víctima. La central de referencia de la IPS debe contactar a la aseguradora de la víctima para informarle el estado de salud y la prioridad de la remisión. En caso de que la víctima no esté afiliada o se desconozca su estado de afiliación, se deberá informar a la Dirección Territorial de Salud (DTS), toda vez que es la instancia competente y garante de la atención de la población pobre, vulnerable sin capacidad de pago y sin afiliación al SGSSS, sin perjuicio de lo previsto en el artículo 32 de la Ley 1438 de 2011. No obstante, cabe recordar que la Ley 1639 de 2013 establece que la atención necesaria para restituir la fisionomía y funcionalidad de las zonas afectadas no tendrá costo alguno y será a cargo del Estado.

El proceso de referencia debe quedar registrado en los formatos correspondientes de la institución de salud, conforme a la Resolución número 3047 de 2008 modificada por las Resoluciones números 416 de 2009 y 4331 de 2012, y debe incluir: las instituciones contactadas, hora de la llamada y respuestas recibidas.

Para solicitar el traslado se debe contar con la siguiente información:

- Edad y sexo
- Tiempo de duración y tipo de trauma
- Detalles breves del evento
- Extensión de la quemadura
- Lesiones asociadas
- Estado general de salud de la víctima

11.3.2. Cuándo hacer el traslado

El traslado se debe realizar únicamente cuando:

- Se haya notificado a la institución receptora y esta acepte.
- La víctima esté hemodinámicamente estable.

-- La vía aérea esté asegurada. En caso de sospecha de compromiso de la vía aérea, puede ser necesaria la intubación endotraqueal previa al traslado.

11.3.3. Qué documentos anexar

Con el fin de evitar barreras de acceso y demoras en la atención en la institución receptora, se recomienda que en el momento del traslado se verifique que se anexan los siguientes documentos, así como el cumplimiento de lo establecido en la Resolución número 3047 de 2008:

- Confirmación de aceptación de la IPS receptora: nombre del funcionario y hora de aceptación.
- Copia de la impresión del comprobador de derechos que indica si está activa en alguna aseguradora.
- Copia del documento de identidad y del carné de la EPS (si lo tiene).
- Resumen de historia clínica que incluya:
 - Descripción breve de los hechos de la agresión: causal si se conoce (tipo, hora de comienzo y tiempo de exposición), lugar donde sucedió el evento y circunstancias del mismo, si se pudo identificar al agresor.
 - Valoración inicial de profundidad y extensión de las quemaduras mediante corpograma (punto 12.9).
 - Procedimientos realizados (lavado, analgésicos, recolección de muestras con fines forenses, denuncia, etc.) y hora en que se realizaron.

11.3.4. Cómo realizar el traslado

Para minimizar las complicaciones, durante el traslado se debe garantizar:

- Cabecera elevada a 30° para limitar la formación de edema facial.
- Todas las áreas quemadas cubiertas con gasas humedecidas con Lactato de Ringer.
- En las quemaduras en manos y pies se deben separar los dedos con gasas, manteniendo elevado el miembro afectado para disminuir el edema.
- Extremidades quemadas elevadas por encima del tórax.
- Protección contra la hipotermia cubriendo a la víctima con sábana y cobija y controlar, asimismo, la temperatura del medio de transporte.

Del mismo modo, se debe realizar un monitoreo constante de los siguientes parámetros:

- Vía aérea: garantizar oxigenoterapia si lo requiere.
- Circulación: asegurar dos (2) vías periféricas de grueso calibre manteniendo la infusión de líquidos previamente calculados (Lactato Ringer: 4 cc x kg x % de SCQ).
- Diuresis: la infusión de líquidos debe asegurar una diuresis mayor a 0,5 ml/kg/hora. Para poder asegurar este monitoreo debe colocarse sonda vesical.
- Monitorización electrocardiográfica.
- Monitorización de presión arterial.

11.3.5. Aspectos normativos por tener en cuenta para el traslado Recuerde que la normatividad del SGSSS y la jurisprudencia de la Corte Constitucional brindan herramientas para hacer efectivo el derecho a la salud y en particular el acceso oportuno a los servicios:

-- Resolución número 5521 de 2013:

Artículo 28. "Atención con internación. El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención en salud con internación en los servicios y unidades habilitadas según la normatividad vigente. [...] **Parágrafo 3o.** El Plan Obligatorio de Salud cubre la internación en las unidades de cuidados intensivos, intermedios y de quemados de conformidad con el criterio del médico responsable de la unidad o del médico tratante".

Artículo 124. "Transporte o traslados de pacientes. El Plan Obligatorio de Salud cubre el traslado acuático, aéreo y terrestre (en ambulancia básica o medicalizada) en los siguientes casos:

Movilización de pacientes con patologías de urgencias desde el sitio de ocurrencia de la misma hasta una institución hospitalaria, incluyendo el servicio pre hospitalario y de apoyo terapéutico en unidades móviles.

Entre instituciones prestadoras de servicio de salud dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remitora. Igualmente para estos casos está cubierto el traslado en ambulancia en caso de contrarreferencia.

El servicio de traslado cubrirá el medio de transporte disponible en el medio geográfico donde se encuentre el paciente, con base en su estado de salud, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión, de conformidad con la normatividad vigente.

Asimismo, se cubre el traslado en ambulancia del paciente remitido para atención domiciliaria si el médico así lo prescribe."

-- Sentencia T-760 de 2008 (Corte Constitucional): Dentro de las consideraciones que dieron lugar a solicitar una serie de acciones en torno a la estructura del SGSSS, se encuentra la siguiente:

viii) *Acceso con continuidad a la salud.* El acceso a un servicio de salud debe ser continuo, no puede ser interrumpido súbitamente; irrespeta el derecho a la salud una EPS que suspende un servicio de salud que se requiere, antes de que este haya sido efectivamente asumido por otro prestador.

11.4. Unidad de quemados^[25] Dentro de las acciones que realiza el equipo de salud de estas unidades, se encuentran las siguientes:

1. Nueva evaluación de las circunstancias de la agresión (mecanismo y momento).
2. Identificación de factores de riesgo tanto en los antecedentes como en las circunstancias de la agresión.
3. Examen físico completo, de cabeza a pies, reevaluando permanentemente el ABCDE y valorando la presencia de otras lesiones no detectadas en la atención en urgencias.
4. Evaluación de las quemaduras estableciendo su grado de profundidad (Tabla 12), su extensión (figura 13). La distribución y localización de las áreas quemadas deben quedar registradas en un nuevo diagrama corporal diferente al realizado en urgencias (punto 12.9).
5. Identificación del compromiso ocular y valoración por oftalmología.

6. Evaluaciones paraclínicas pertinentes según los estándares de la Unidad de Quemados.

7. Definición del lugar de tratamiento: con base en la valoración clínica y paraclínica el equipo especializado define si la víctima se hospitaliza o si puede recibir un tratamiento ambulatorio (Tabla 15).

Tabla 15. Criterios para orientar el lugar de tratamiento

ATENCIÓN HOSPITALARIA

- Quemadura en cara, cuello, manos, pies, genitales y pliegues de flexión disperso, poco extenso (áreas especiales)
- Signos de toxicidad sistémica
- Compromiso de vía aérea
- Quemaduras de espesor parcial profundo o de espesor total (Grado II o Grado III- Tabla 8) -- Quemadura de patrón continuo
- Edad en extremos de la vida
- Comorbilidades
- Riesgo de una nueva agresión

ATENCIÓN AMBULATORIA

- Quemadura con patrón de salpicadura, disperso, poco extenso
- Quemadura GI o GII superficial
- Sin compromiso de áreas especiales
- Sin compromiso de vía aérea

Si se establece que la quemadura puede ser tratada de forma ambulatoria, es importante que la víctima y sus familiares tengan claro con qué frecuencia y en dónde deben realizarse estas curaciones. La primera curación debe ser siempre realizada en la unidad de quemados.

RECUERDE

Sobre los materiales para curación

Resolución 5521 de 2013 Art. 58: “En desarrollo del principio de integralidad establecido en el numeral 1 del artículo 3° del presente acto administrativo, las Entidades Promotoras de Salud deben garantizar los insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación, y en general, los dispositivos médicos o quirúrgicos, sin excepción, necesarios e insustituibles para la realización o utilización de las tecnologías en salud cubiertas en el Plan Obligatorio de Salud, en el campo de la atención de urgencias, atención ambulatoria o atención con internación, salvo que exista excepción expresa para ellas en este acto administrativo”.

Realizar los procedimientos e intervenciones necesarias para restituir la fisionomía y funcionalidad de las zonas afectadas (Ley 1639 de 2013). La descripción a profundidad de los procesos quirúrgicos no se incluye en este protocolo ya que va más allá de su alcance.

RECUERDE

Tener en cuenta lo dispuesto en la **Resolución 5521 de 2013**:

- **Artículo 39:** “En el POS están cubiertos los tratamientos reconstructivos definidos en el anexo 02 que hace parte integral de este acto administrativo, en tanto tenga una finalidad funcional de conformidad con el criterio del profesional en salud tratante”.
- **Artículo 40:** El Plan Obligatorio de Salud cubre la realización de una segunda intervención que esté relacionada con la primera, conforme a la prescripción del profesional tratante, sin trámites adicionales en las siguientes condiciones:
 - a. Que el procedimiento inicial o primario haga parte del Plan Obligatorio de Salud, y
 - b. Que la segunda intervención esté incluida en el Plan Obligatorio de Salud.

De igual forma, la resolución establece dentro de los principios para la prestación de servicios del POS (artículo 3º numeral 1):

“1. Integralidad. Toda tecnología en salud contenida en el Plan Obligatorio de Salud para la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, debe incluir lo necesario para su realización de tal forma que se cumpla la finalidad del servicio, según lo prescrito por el profesional tratante”.

11.4.1. Manejo interdisciplinario

El tratamiento integral hospitalario debe incluir siempre la atención por profesionales de cirugía plástica, salud mental (psiquiatría y/o psicología), trabajo social, de rehabilitación (fisiatría, fisioterapia, terapia ocupacional) quienes constituyen el **equipo multidisciplinario básico** para la atención de víctimas de ataques con agentes químicos.

No obstante, según la localización de la quemadura y las características de la víctima, puede ser necesaria la intervención de otros profesionales. Las especialidades que con mayor frecuencia participan en la atención de estas víctimas son:

-- **Oftalmología:** Siempre que haya sospecha de compromiso del globo ocular y/o de las estructuras perioculares como párpados, conducto y glándula lacrimal.

-- **Pediatría:** En todos los casos en los que la víctima sea menor de 15 años, sin importar la extensión o profundidad. Es muy importante que el pediatra en conjunto con otros profesionales encargados determine si el caso está o no asociado a maltrato infantil. La atención de niñas y niños está fuera del alcance del presente protocolo.

-- **Cirugía General:** En casos donde la agresión estuvo asociada a ingesta de agentes químicos o si existe sospecha de compromiso de la vía digestiva. El/la cirujano /a general definirá si se requiere endoscopia digestiva y gastrostomía para alimentación enteral para evitar la perforación de la vía digestiva y/o vía aérea. El apoyo de cirugía general también se requiere en los casos severos con compromiso vascular periférico y lesiones de las estructuras profundas de cuello.

-- **Otorrinolaringología:** Cuando hay compromiso del conducto auditivo externo y del oído medio, y/o cuando el paciente presenta compromiso severo de la estructura nasal.

-- **Medicina interna:** En casos que exista comorbilidad previa a la agresión, como por ejemplo, hipertensión arterial, diabetes, cardiopatías, etc., se recomienda la intervención de los

subespecialistas (neumólogo, gastroenterólogo, cardiólogo y otros) si la institución cuenta con ese recurso humano.

-- **Cirugía de mano:** En casos de lesiones profundas de mano.

-- **Urología:** En casos en donde la víctima presenta lesiones en genitales.

-- **Microcirugía:** Cuando se requiere realizar una cirugía reconstructiva en la cual la junta médico- quirúrgica de cirugía plástica considera que esta es la mejor opción.

11.4.2. Manejo por especialista en salud mental

Teniendo en cuenta todas las particularidades emocionales y sociales de la víctima de ataques con agentes químicos (ver impacto emocional y sociofamiliar), la atención en salud mental debe ser permanente, iniciando en el lugar de la agresión y continuando luego de la primera hospitalización.

A continuación, algunas recomendaciones generales para esta atención:

– Evitar las etiquetas de diagnósticos psiquiátricos, recordando que muchas de las manifestaciones emocionales y conductuales que presentan las víctimas, deben ser entendidas en un contexto psicosocial amplio, más que como un proceso patológico individual.

– Limitar el uso de psicofármacos a las víctimas que persistan con sintomatología psíquica intensa y/o prolongada y que posiblemente requerirán una atención psiquiátrica. Sin embargo, en casos de sintomatología severa que no permite ninguna intervención psicoterapéutica es importante la utilización de psicofármacos de acción ansiolítica inmediata como las benzodiacepinas y/o algunos antipsicóticos^{xxx,xxxviii}.

– Considerar diferentes tipos de intervenciones según las necesidades de la víctima. Puede requerirse intervenciones individuales, de pareja, familiares o grupales.

En cada encuentro con una víctima de violencia se debe:

-- Garantizar un espacio de privacidad, comodidad y confidencialidad.

-- Ser prudente con el lenguaje verbal y no verbal.

-- Evitar un tono de voz fuerte.

-- Evitar el contacto visual en el estado de crisis pero buscarlo y mantenerlo en las consultas de seguimiento.

-- Respetar los tiempos de su relato que le permita gestionar sus emociones.

-- Evitar la reexperimentación del trauma ahondando en el relato de la agresión o de su relación con el agresor.

– Nunca culpar a la víctima por su condición o por la agresión recibida, ni subestimar sus capacidades de recuperación.

Durante la estancia en la unidad de quemados, toda víctima de agresión requiere una valoración por psiquiatría que evalúe su capacidad para afrontar la situación y las posibles dificultades que ameriten un seguimiento a mediano o largo plazo. En esta valoración se busca prevenir la aparición y/o exacerbación de enfermedades mentales que empeoren el manejo médico de la quemadura y que dificulten la posibilidad de volver a retomar las actividades de la vida diaria.

Las intervenciones quirúrgicas recurrentes generan con frecuencia la reexperimentación del trauma inicial, así como un nuevo estrés frente a los cambios que se generen con el procedimiento.

Dentro de los trastornos mentales más frecuentemente asociados a víctimas de ataques con agentes químicos se encuentran la depresión mayor, los trastornos de personalidad con rasgos impulsivos, el consumo de sustancias psicoactivas, siendo la más prevalente el consumo de alcohol, los intentos de suicidio (hasta 10%) y los trastornos de ansiedad, la mayoría precedidos de duelos patológicos^{xxxix,xl}.

Es por lo tanto importante, informar ampliamente a la víctima acerca de todo procedimiento que se le realice, incluyendo los cambios esperados, posibles complicaciones y modificaciones corporales, como por ejemplo los cambios en el aspecto de las zonas corporales donantes de injertos.

11.4.3. Atención sociofamiliar

La atención sociofamiliar debe ser realizada por un equipo interdisciplinario conformado por profesional de salud mental (psicólogo/a o psiquiatra) y trabajador/a social con el objetivo de brindar acompañamiento e intervención a la víctima y sus allegados de acuerdo a sus condiciones y procurando contribuir a una inserción social lo menos difícil posible.

Durante la hospitalización en la unidad de quemados, esta atención se enfoca en brindar a la familia (padres, hijas e hijos, pareja no agresora) orientación y apoyo facilitando el contacto con entidades o sectores que hacen parte de la atención integral de estas víctimas. Se recomienda que se desarrolle en paralelo con las acciones de salud mental (intervención psicológica) otorgándole así un sentido integral a la atención y, simultáneamente, a la promoción de salud y la rehabilitación.

El tiempo de la hospitalización también permite que la víctima entre en contacto con otras víctimas de estas agresiones ya sea porque se encuentran también hospitalizadas o a través del contacto con organizaciones de víctimas, lo que fortalece sus redes sociales.

11.4.4. Rehabilitación física

La rehabilitación de la víctima se inicia en la fase posaguda, cuando la víctima y su familia ya han pasado el shock y están viviendo la crisis frente a los cambios corporales de la víctima.

Los elementos básicos de esta rehabilitación son: el ejercicio, el acomodamiento, el control del edema y la órtesis.

Es importante tener presente y explicar a la familia, que el proceso de recuperación si bien inicia durante la hospitalización, puede prolongarse por años, adaptándose a las necesidades relacionadas con los procesos quirúrgicos y los de la propia cicatrización.

RECUERDE**Cuando se requieran prótesis y órtesis**

La Resolución 5521 de 2013, en su artículo 62, incluye endoprótesis ortopédicas para los procedimientos POS, exoprótesis de miembros superiores e inferiores, órtesis ortopédicas y otras estructuras de soporte para caminar (muletas, caminadores y bastones).

Si la víctima requiere de otra tecnología no contemplada, se pueden gestionar haciendo uso de lo establecido en el Decreto 1033 de 2014:

"Artículo 13. Tecnologías en salud no incluidas en el plan de beneficios. La aprobación de las tecnologías en salud requeridas por las víctimas de que trata la Ley 1639 de 2013, que no se encuentren incluidas en el plan obligatorio de salud, serán tramitadas por el médico tratante de la víctima ante el Comité Técnico Científico de la EPS, siguiendo el procedimiento señalado en la Resolución 5395 de 2013 o la norma que la modifique, adicione o sustituya.

Para el recobro ante el FOSYGA o la entidad territorial, según corresponda, el Comité Técnico Científico de la EPS o de la EPS-S, deberá informar en el acta del CTC el carácter de víctima de ataque con ácido, álcalis o sustancia similar o corrosiva y la relación de la tecnología en salud a recobrar con la afectación física y mental derivada del ataque, conforme a lo establecido en el artículo 10 de la Resolución 5395 de 2013 y el artículo 3° de la Resolución 5073 de 2013 respectivamente, o las normas que las modifiquen o sustituyan, de acuerdo al régimen al que pertenezcan.

Parágrafo. En caso que las víctimas de ataque con ácido, álcalis o sustancia similar o corrosiva que generen daño, se encuentren en una situación en la que a criterio del profesional de la salud que brinde la atención médica, se ponga en riesgo su vida o su integridad personal y requieran una tecnología en salud no POS, se deberá surtir el proceso definido en el parágrafo del artículo 10 de la Resolución 5395 de 2013 y artículo 3° de la Resolución 5073 de 2013 respectivamente, o las normas que las modifiquen o sustituyan, de acuerdo al régimen al que pertenezcan".

El plazo que establece la **Ley 1438 de 2011**, para que se pronuncien los comités técnico científicos (CTC) de las EPS no debe ser mayor dos (2) días calendario desde la solicitud del concepto.

11.5. Ambulatorio

Aunque el manejo ambulatorio excede el alcance del presente protocolo, es necesario tener en cuenta que la atención multidisciplinaria va más allá de la primera hospitalización e incluye atención por cirugía plástica como por salud mental.

RECUERDE**Para dar continuidad al tratamiento**

Al dar el alta al paciente, la continuidad en el tratamiento está debidamente asegurado por lo contemplado en la Resolución 5521 de 2013, en su **Art. 50**: Garantía de continuidad a los medicamentos. Las EPS deberán garantizar al paciente ambulatorio de forma continua e ininterrumpida la continuidad del tratamiento hospitalario como el ambulatorio, según criterio del profesional tratante y la cobertura del Plan Obligatorio de Salud.

Para el suministro de protectores solares y otros tratamientos que requieran las víctimas para su tratamiento posterior, dando cumplimiento al principio de integralidad (artículo 3° numeral 1), recordar que se debe señalar claramente en la prescripción a qué fase de atención corresponde lo prescrito (promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad), para evitar que se pudiera interpretar como "cosmético" y pudiera ser negado.

11.5.1. Controles por cirugía plástica y curaciones

Una vez la víctima haya sido dada de alta se realizan controles periódicos por consulta externa. Generalmente, en los primeros tres meses son semanales o quincenales, los siguientes 3 meses mensuales y posteriormente cada 2 o 3 meses. Esta frecuencia se repite después de cada procedimiento quirúrgico. Por lo general se requieren controles durante varios años debido a las secuelas y la dificultad del tratamiento. Estos seguimientos pueden tardar muchos años y es importante que este hecho sea conocido por la víctima y su familia.

Para evitar las demoras y reprocesos en la atención ambulatoria especializada recordar y hacerle saber a la víctima que la **Resolución 5521 de 2013, en su artículo 12 dispone que:** *"Cuando la persona ha sido diagnosticada y requiere periódicamente de servicios especializados, podrá acceder directamente a dicha consulta especializada sin necesidad de remisión por el médico u odontólogo general."*

El mecanismo para autorización de los servicios NO POS, son el Comité Técnico Científico (CTC) de las EPS, respecto a los cuales la Ley 1438 de 2011 dispone que deben pronunciarse en un plazo no mayor de dos días calendario desde la solicitud del concepto.

11.5.2. Seguimiento por salud mental y trabajo social

El seguimiento psicológico individual, de pareja y/o sociofamiliar, debe ser realizado por un equipo interdisciplinario (salud mental y trabajo social) con experiencia en el manejo de estas víctimas. Dicho seguimiento se considera como una Intervención Terciaria que busca atenuar los efectos del trauma y de la hospitalización, ayudar a recuperar el eficiente desempeño de las víctimas en la comunidad, reparar el daño hecho por crisis circunstanciales y por trastornos mentales y emocionales que están en recuperación.

La literatura consultada y la experiencia del equipo técnico señalan que es frecuente observar en estas víctimas periodos de buen estado de ánimo, con aceptación de su situación, que se alternan con periodos de ansiedad o tristeza que exigen manejo profesional. Esta recurrencia sintomática se relaciona con la desfiguración corporal que las expone a múltiples intervenciones quirúrgicas, así como con la frecuente victimización que experimentan luego de su alta (respuestas inapropiadas de las personas que dificultan su socialización, barreras en la consecución de los tratamientos que necesitan, discriminación en la consecución de empleo, burlas, comentarios, entre otras).

Sea cual sea el momento en que consulte una víctima de ataques con químicos, debe brindarse un espacio de catarsis y de elaboración^{xlii}. El tipo de psicoterapia elegida y el profesional que la realiza (psiquiatría y/o psicología) varía según cada caso en particular.

Además de la intervención individual se recomienda realizar terapia grupal con la familia o con víctimas que hayan sufrido un trauma similar.

Para la atención en salud mental se debe tener en cuenta que la **Resolución 5521 de 2013**, incluye medidas específicas para las mujeres víctimas de diferentes formas de violencia:

Artículo 66. "Psicoterapia ambulatoria para mujeres víctimas de violencia. Para las mujeres víctimas de violencia física, sexual o psicológica, cuando ello sea pertinente a criterio del profesional tratante, en sustitución de lo dispuesto en el artículo 65, la cobertura del POS será así:

- 1, Hasta sesenta (60) sesiones de psicoterapia individual en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.
- 2, Hasta sesenta (60) terapias grupales, familiares y de pareja en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

Artículo 68. Atención con internación en salud mental para mujeres víctimas de violencia. Para las mujeres víctimas de violencia física, sexual o psicológica, cuando ello sea pertinente a criterio del médico tratante, en sustitución de lo dispuesto en el artículo 67 de este acto administrativo, la cobertura del POS será así:

En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 180 días, continuos o discontinuos por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes. Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin".

11.5.3. Atención sociofamiliar

El abordaje sociofamiliar ambulatorio contempla la rehabilitación social de estas víctimas, lo que implica no solo la consecución de una fuente de ingresos sino el reconocimiento social de su victimización. La experiencia de la Fundación del Quemado es que las víctimas solicitan que se haga justicia –no venganza– garantizando la efectiva penalización del delito y que se generen medidas que eviten que otras personas lleguen a ser víctimas de este tipo de violencia.

En cuanto a la reincorporación de la víctima en la sociedad, debe tenerse presente que es un proceso complejo y muy necesario ya que la autonomía y la participación social son principios básicos para la recuperación. Cuando la víctima logra reintegrarse a su vida habitual o cotidiana en el menor tiempo posible, se generan las condiciones para un buen estado de salud mental, mientras que cuando el reintegro se dilata se crea un estado de desadaptación con compromiso de la salud mental e incluso física.

En el caso que la víctima de agresión o sus hijos requieran las medidas de atención debido a que se encuentre en "situación especial de riesgo:

1. **La Ley 1257 de 2008**, en su artículo 8º literal h), establece como derecho de las víctimas de violencia entre otros: "Acceder a los mecanismos de protección y atención para ellas, sus hijos e hijas".
2. **La Ley 1438 de 2011**, en su artículo 54, contempla la prestación de los servicios de salud física y mental para todas las mujeres víctimas de la violencia física o sexual, sin cobros de valores por concepto de cuotas moderadoras o copagos y la habitación provisional.
3. **El Decreto 2734 de 2012**, en el artículo 2º Define la situación especial de riesgo y en el artículo 12, establece que las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud, pagarán el costo generado por la prestación de las medidas de atención a que refiere este decreto a las EPS y en su párrafo además consigna la prohibición a las EPS de negar o condicionar la prestación y continuidad de las medidas de atención. El artículo 3º establece que los criterios para otorgar las medidas de atención son la afectación para la salud física y/o mental de la mujer víctima, de acuerdo con lo consignado en el resumen de la historia clínica, y la situación especial de riesgo en la que se encuentre la víctima.
5. **La Resolución 5521 de 2013**, para los grupos etarios: Etapa de gestación hasta menores de 6 años (Art. 85), desde 6 a menores de 14 años (Art. 101) y desde 14 a menores de 18 años (Art.116), *víctimas de violencia física, sexual o psicológica, cobertura de las evaluaciones y atenciones interdisciplinarias pertinentes.*

A continuación se ilustran las acciones que se deben realizar en salud física (Figura 18), salud mental (Figura 19) y atención psicológica y social (Figura 20) para garantizar una atención integral desde el sector salud para las víctimas de ataques con ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas.

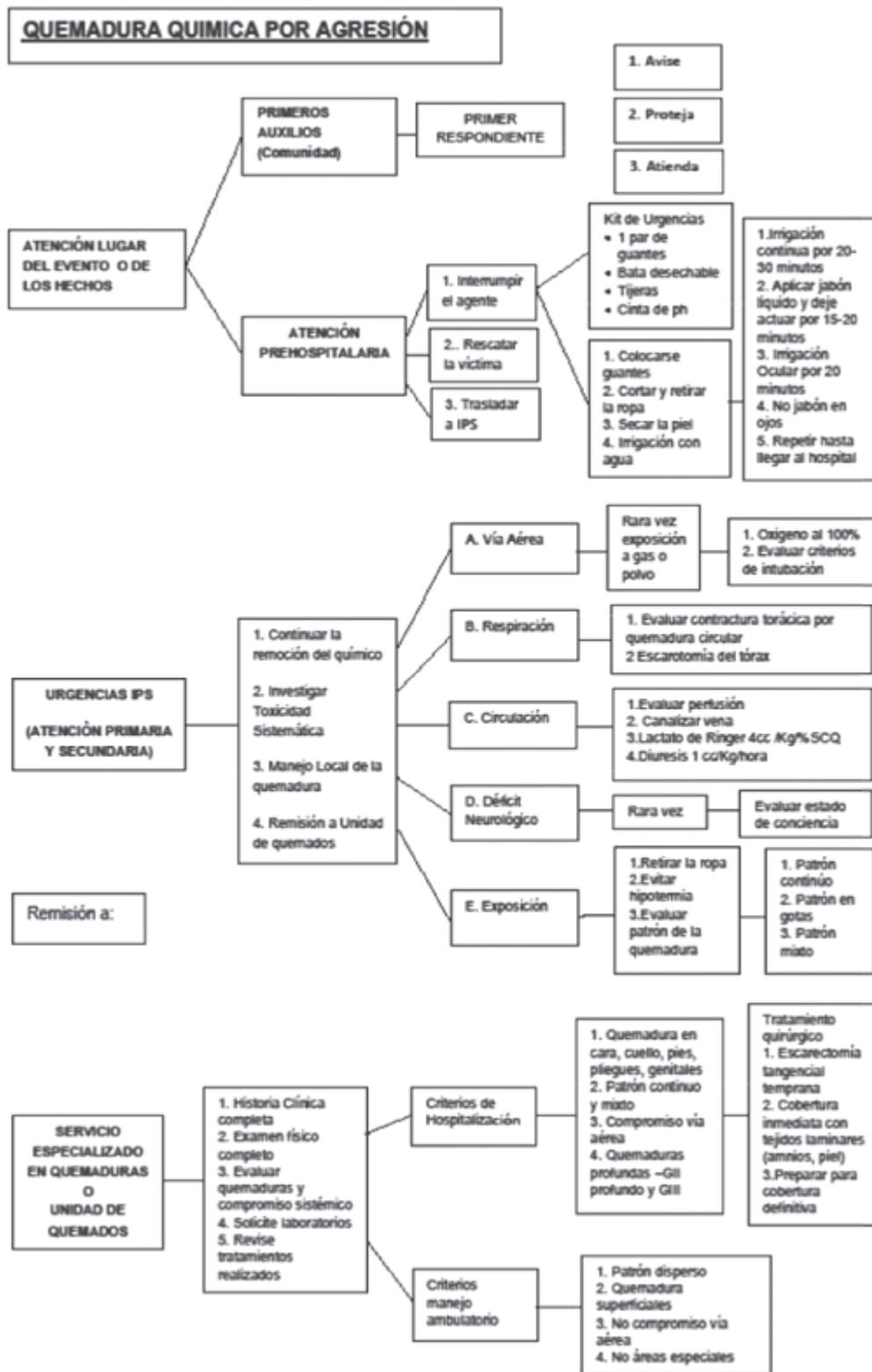


Figura 18. Atención a Víctimas de Ataques con Químicos (Salud Física)

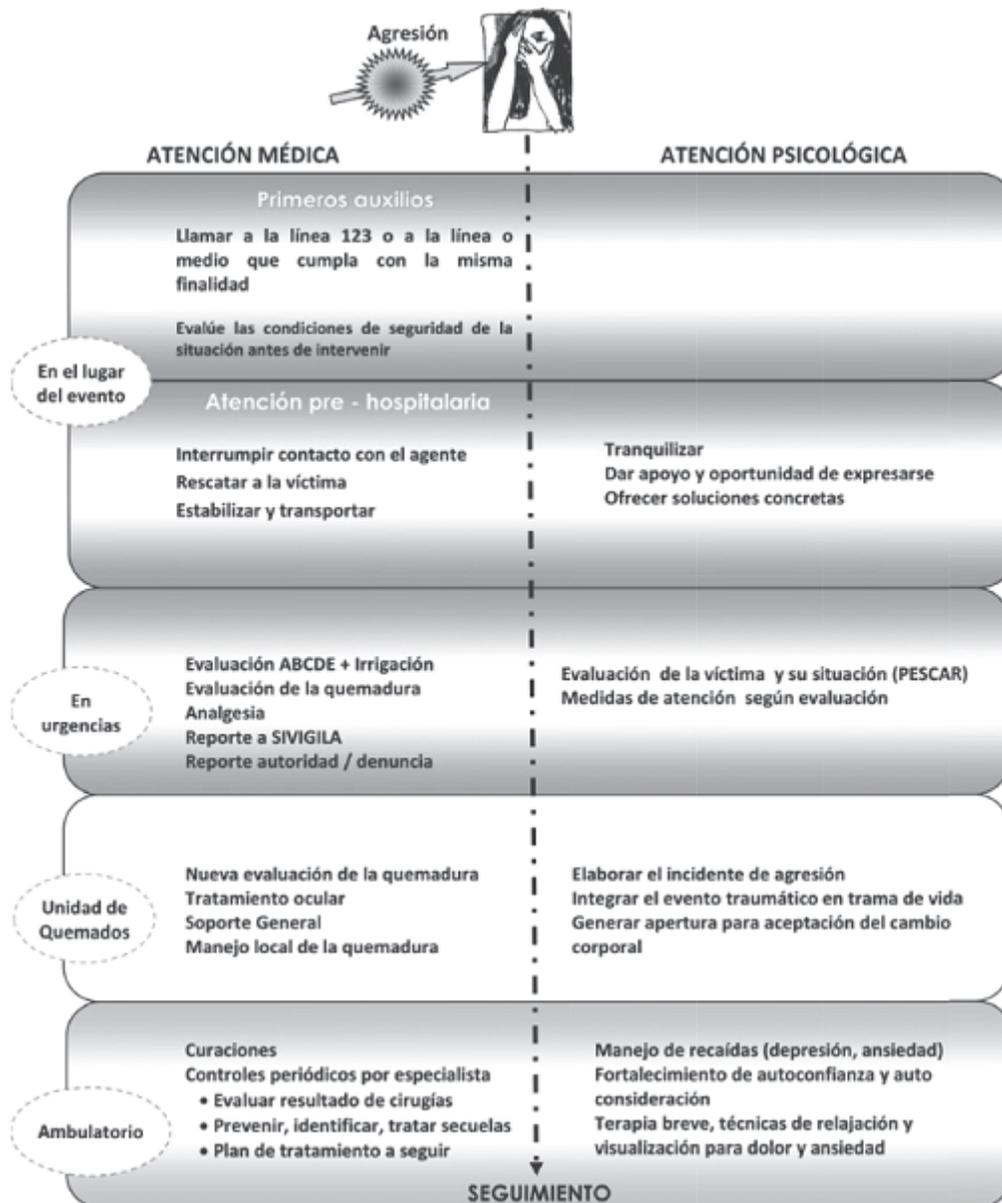


Figura 19. Atención médica y psicológica según momento.

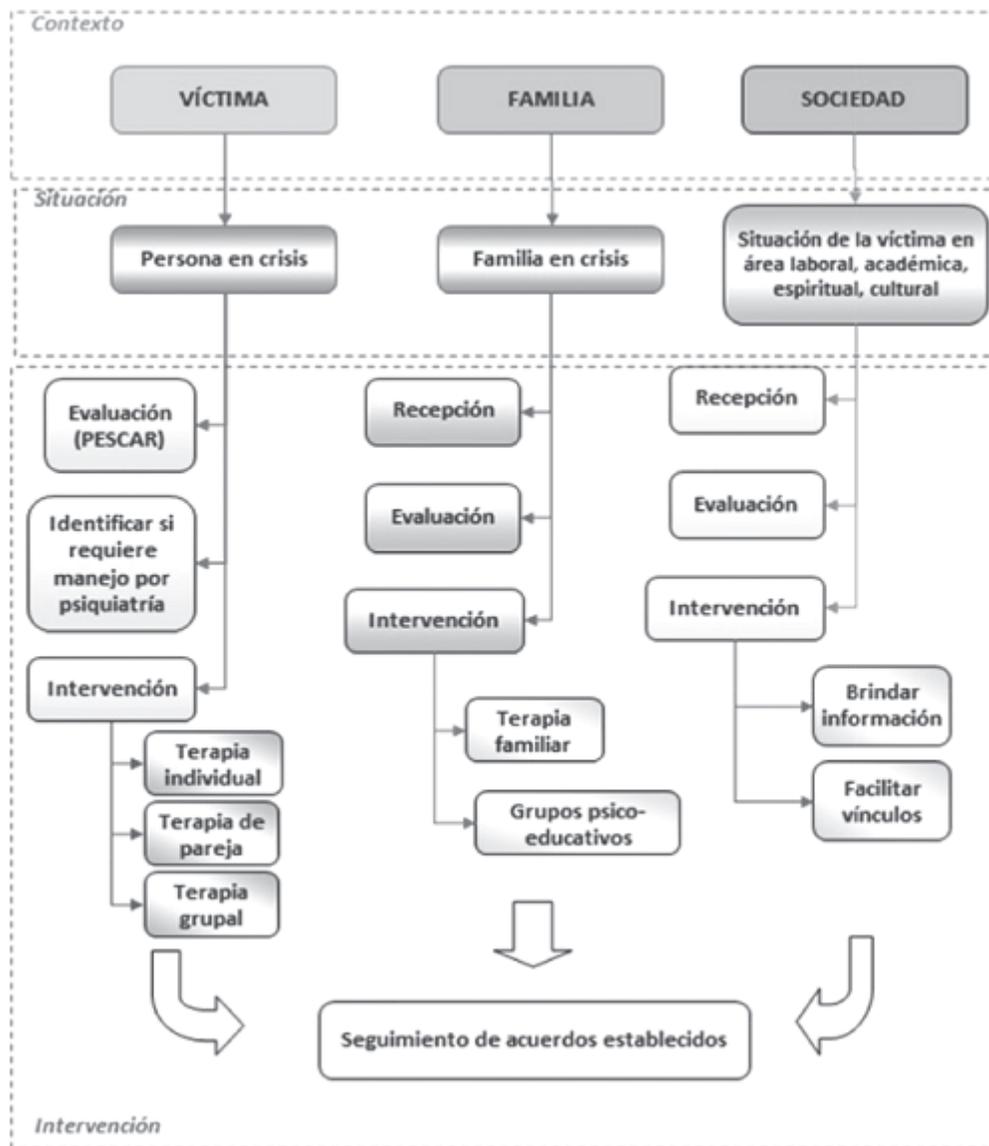


Figura 20. Atención psicológica y social según momento.

12. CUADROS, FIGURAS Y FORMATOS.

12.1. Marco normativo internacional sobre violencias contra las mujeres

(Subrayado fuera del texto original)

Instrumento internacional

Contenido de interés para las agresiones con químicos

Programa de acción de la Segunda Conferencia Mundial sobre la Mujer (Copenhague, 1980)

De acuerdo con las medidas previstas a favor de la mujer, se adopta la resolución *La Mujer Maltratada y la Violencia en la Familia* y se establece como una de las esferas de actuación “la atención a la salud de las mujeres”xlii.

Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Ley 51 de 1981)

Los Estados Partes condenan la discriminación contra la mujer en todas sus formas y convienen en seguir, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, una política encaminada a eliminar tal discriminación.

Declaración sobre Establece que la violencia contra las mujeres constituye una

la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer violación de derechos humanos y una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre hombres y mujeres.
(adoptada en diciembre de 1993)

Define violencia contra la mujer: *"...como todo acto de violencia basado en la diferencia de género que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive la amenaza de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como privada"*.

Conferencia Mundial de los Derechos Humanos (Viena, junio 1993) Reconoció que los derechos de la mujer y la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales e instó a sociedad y Estado a intensificar esfuerzos a favor de su protección y promoción^{xlili}.

Organización Panamericana de la Salud (OPS), Programa Mujer, Salud y Desarrollo (PWD)- 1994 Incorpora como tema prioritario el de la violencia contra la mujer a la que consideran como una causa significativa de la morbilidad femenina.

Declaración y Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) Se identifican 12 principales obstáculos para el avance de la mujer^[26], constituyéndose en esferas de preocupación, entre ellas "Mujeres y Salud".

A los 5 años de seguimiento de esta Plataforma, tuvo lugar Beijing +5 (año 2000) en la que se determinaron algunas medidas que los Estados deben adoptar, entre ellas (Punto 69):

i) Promover el bienestar mental de mujeres y niñas, integrar los servicios de salud mental en los sistemas de atención primaria, elaborar programas de apoyo que tengan en cuenta las cuestiones de género y capacitar a los trabajadores sanitarios para que reconozcan los casos de violencia basada en el género y presten asistencia a las niñas y mujeres de todas las edades que hayan experimentado cualquier forma de violencia.

j) Adoptar y promover un enfoque integrado para responder a todas las formas de violencia y de abusos contra las niñas y mujeres de todas las edades, incluidas las niñas y las mujeres con discapacidades, así como las mujeres y niñas vulnerables o marginadas, a fin de satisfacer sus diferentes necesidades, incluidas la educación, la prestación de servicios adecuados de atención médica y de servicios sociales básicos.

Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer Primer instrumento en la región que reconoce la violencia contra las mujeres como una violación a los derechos humanos y establece la obligación de los Estados de "Suministrar los servicios especializados apropiados para la

“Convención de Belém do Pará” (Ley 248 de 1995) *atención necesaria a la mujer objeto de violencia, por medio de entidades de los sectores público y privado, inclusive refugios, servicios de orientación para toda la familia, cuando sea del caso, y cuidado y custodia de los menores afectados”.*

En el artículo 9o se señala: *“Para la adopción de las medidas a que se refiere este capítulo”, establece que “los Estados Partes tendrán especialmente en cuenta la situación de vulnerabilidad a la violencia que pueda sufrir la mujer en razón, entre otras, de su raza o de su condición étnica, de migrante, refugiada o desplazada. En igual sentido se considerará a la mujer que es objeto de violencia cuando está embarazada, es discapacitada, menor de edad, anciana, o está en situación socioeconómica desfavorable o afectada por situaciones de conflictos armados o de privación de su libertad”.*

Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura

Define la tortura como *“todo acto realizado intencionalmente por el cual se inflijan a una persona penas o sufrimientos físicos o mentales, con fines de investigación criminal, como medio intimidatorio, como castigo personal, como medida preventiva, como pena o con cualquier otro fin. Se entenderá también como tortura la aplicación sobre una persona de métodos tendientes a anular la personalidad de la víctima o a disminuir su capacidad física o mental, aunque no causen dolor físico o angustia psíquica”.*

Recomendaciones en el Sistema Universal e Interamericano de Derechos Humanos Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW):

La recomendación 19 señala que *en virtud del Derecho Internacional y de pactos específicos de derechos humanos, los Estados también pueden ser responsables de actos privados si no adoptan medidas con la diligencia debida para impedir la violación de derechos o para investigar y castigar los actos de violencia y proporcionar indemnización.*

También plantea que:

“Las actitudes tradicionales, según las cuales se considera a la mujer como subordinada o se le atribuyen funciones estereotipadas perpetúan la difusión de prácticas que entrañan violencia o coacción, como la violencia y los malos tratos en la familia, los matrimonios forzosos, el asesinato por presentar dotes insuficientes, los ataques con ácido y la circuncisión femenina. Esos prejuicios y prácticas pueden llegar a justificar la violencia contra la mujer como una forma de protección o dominación. El efecto de dicha violencia sobre su integridad física y mental es privarla del goce efectivo, el ejercicio y aun el conocimiento de sus derechos humanos y libertades fundamentales. Si bien en esta observación se hace hincapié en la violencia real o las amenazas de violencia, sus consecuencias básicas contribuyen a mantener a la mujer subordinada, a su escasa participación en política y a su nivel inferior de educación y capacitación y de oportunidades de empleo”.

La Recomendación 24 obliga en su literal k) que *“Los Estados Partes establezcan o apoyen servicios destinados a las víctimas de violencia en el hogar, violaciones, violencia sexual y otras formas de violencia contra la mujer, entre ellos refugios, el*

empleo de trabajadores sanitarios especialmente capacitados, rehabilitación y asesoramiento”.

12.2. Clasificación de químicos según su acción

Tipo	Mecanismo de acción
Ácidos	-- Dadores de protones -- Liberan iones de hidrógeno y reducen el pH por debajo de 7 -- Si $pH < 3 \rightarrow$ necrosis de coagulación
Bases (álcalis)	-- Receptores de protones -- Si $pH > 11,5 \rightarrow$ necrosis de licuefacción
Soluciones orgánicas	-- Disuelven membrana lipídica celular -- Producen disrupción de la estructura proteica celular
Soluciones inorgánicas	-- Daño tisular por unión directa y formación de sales -- La lesión se acompaña de exotermia (liberación de calor)

12.3. Clasificación de ácidos según su mecanismo de lesión

Mecanismo de acción	de Efecto	Ejemplos
Oxidación	Añade a la proteína un átomo de oxígeno, sulfuro o un átomo halógeno ^[27]	-- Hipoclorito de sodio -- Permanganato de potasio -- Ácido crómico
Reducción	Une electrones libres a la proteína Generalmente causa calor: efecto mixto	-- Ácido clorhídrico -- Ácido nítrico -- Ácido crómico
Corrosión	Al contacto causa desnaturalización de las proteínas	-- Fenoles -- Hipoclorito de sodio -- Fósforo blanco
Veneno protoplasmático	Formación de ésteres con la proteína	-- Ácido fórmico -- Ácido acético Unión o inhibición del calcio u otros iones orgánicos -- Ácido oxálico -- Ácido hidrofluórico
Vesicante	Isquemia y necrosis anóxica en sitio de contacto	Gas mostaza DMSO- Dimetil sulfóxido
Desecante (absorben agua)	Deshidrogenación de los tejidos de calor (reacción exotérmica)	-- Ácido sulfúrico -- Ácido muriático

12.4. Clasificación de álcalis según su mecanismo de lesión^[27]

Mecanismo de Acción	de Características
Saponificación de grasas	Destruye la barrera natural que los lípidos proveen y causan reacciones exotérmicas.
Acción	Extracción del agua de las células lesionadas causando daño y

higroscópica muerte celular

Necrosis de licuefacción Disuelven las proteínas de los tejidos y forman proteinasas alcalinas, formando iones hidroxilo que causan necrosis de licuefacción en los tejidos.

12.5. Químicos frecuentemente usados en agresiones

Nombre	pH	Procedencia	Características clínicas
Ácido Sulfúrico	ácido	Ácido de Baterías Talleres	-- Quemadura GIII -- Escaras por necrosis de coagulación con formación de trombos en la microvasculatura -- Escara blanca violácea negra -- Escara muy adherida y seca
Ácido muriático, hidrocórico y clorhídrico	ácido	Producto de limpieza de fachadas. Distribuidora de productos químicos	-- Quemadura GII profundo -- Quemadura GIII -- Escara blanca que se torna parda o café oscuro -- Si inhalado edema de vía aérea superior y daño pulmonar
Hidróxido de sodio	de álcali	Soda cáustica, lejía Supermercados y tiendas Distribuidora de productos químicos	-- Escara superficial (color pardo) y blanda, profunda y muy dolorosa. -- Quemaduras: GII superficial con presencia de ampollas, GII Profundo, y GIII -- Daño severo en ojos y mucosas -- Córnea opaca y ulcerada -- Alopecia temporal o definitiva
Hidróxido de potasio	de álcali	Limpiador de hornos Supermercados y tiendas	-- Escara superficial (color pardo), y generalmente blanda. -- Quemaduras: GII superficial con presencia de ampollas, GII Profundo, y GIII -- Daño severo en ojos y mucosas -- Córnea opaca y ulcerada
Ácido nítrico	ácido	Distribuidora de productos químicos	-- Tiñe la piel de amarillo -- Quemaduras de color amarillo de apariencia superficial que luego se tornan naranja oscuro -- Son quemaduras profundas GII profundo y GIII.
Ácido fluorhídrico	ácido	Distribuidora de productos químicos	-- Escara blanca -- Produce quemadura durante 7 días -- Quemadura GIII - - Descalcificación ósea local y corrosión ósea. -- Hipocalcemia
Ácido fosfórico	ácido	Distribuidora de productos químicos	-- Corrosión en membranas mucosas de la boca, garganta y esófago -- Dolor inmediato y disfagia. -- Áreas necróticas al principio blanco grisáceo y adquieren una coloración negra, con textura encogida y arrugada necrosis de coagulación

12.6. Derechos de las mujeres víctimas de violencias

LEY 906 DE 2004

Artículo 11. *Derechos de las víctimas.*

El Estado garantizará el acceso de

las víctimas a la administración de justicia en los términos establecidos en este código. En desarrollo de lo anterior, las víctimas tendrán derecho:

LEY 1257 DE 2008

Artículo 8o. *Derechos de las víctimas de violencia.*

Toda víctima de alguna de las formas de violencia previstas en la presente ley, además de los contemplados en el artículo 11 de la Ley 906 de 2004^{xliv} y el artículo 15 de la Ley 360 de 1997^{xlv}, tiene derecho a:

Atención integral

a) Recibir atención integral a través de servicios con cobertura suficiente, accesible y de la calidad.

Dignidad, intimidad, seguridad

a) A recibir, durante todo el procedimiento, un trato humano y digno.

f) Ser tratada con reserva de identidad al recibir la asistencia médica, legal, o asistencia social respecto de sus datos personales, los de sus descendientes o los de cualquiera otra persona que esté bajo su guarda o custodia.

b) A la protección de su intimidad, y a la garantía de su seguridad, y a la atención para ellas, sus hijos e hijas.

la de sus familiares y testigos a favor.

k) A decidir voluntariamente si puede ser confrontada con el agresor en cualquiera de los espacios de atención y en los procedimientos administrativos, judiciales o de otro tipo.

Verdad, justicia, reparación y garantía de no repetición

c) A una pronta e integral reparación de los daños sufridos, a cargo del autor o partícipe del injusto o de los terceros llamados a responder en los términos de este código.

i) La verdad, la justicia, la reparación y garantías de no repetición frente a los hechos constitutivos de violencia.

Participación

d) A ser oídas y a que se les facilite el aporte de pruebas.

f) A que se consideren sus intereses al adoptar una decisión discrecional sobre el ejercicio de la persecución del injusto.

Información

e) A recibir desde el primer contacto con las autoridades y en los términos establecidos en este código, información pertinente para la protección de sus intereses y a conocer la verdad de los

c) Recibir información clara, completa, veraz y oportuna en relación con sus derechos y con los mecanismos y procedimientos contemplados en la presente ley y demás normas concordantes.

hechos que conforman las circunstancias del injusto del cual han sido víctimas.

g) A ser informadas sobre la decisión definitiva relativa a la persecución penal; a acudir, en lo pertinente, ante el juez de control de garantías, y a interponer los recursos ante el juez de conocimiento, cuando a ello hubiere lugar.

Asistencia técnica

h) A ser asistidas durante el juicio y el incidente de reparación integral, por un abogado que podrá ser designado de oficio.

b) Recibir orientación, asesoramiento jurídico y asistencia técnica legal con carácter gratuito, inmediato y especializado desde el momento en que el hecho constitutivo de violencia se ponga en conocimiento de la autoridad. Se podrá ordenar que el agresor asuma los costos de esta atención y asistencia.

Corresponde al Estado garantizar este derecho realizando las acciones correspondientes frente al agresor y en todo caso garantizará la prestación de este servicio a través de la Defensoría Pública.

Recuperación, estabilización, asistencia

i) A recibir asistencia integral para su recuperación en los términos que señale la ley.

g) Recibir asistencia médica, psicológica, psiquiátrica y forense especializada e integral en los términos y condiciones establecidos en el ordenamiento jurídico para ellas y sus hijos e hijas.

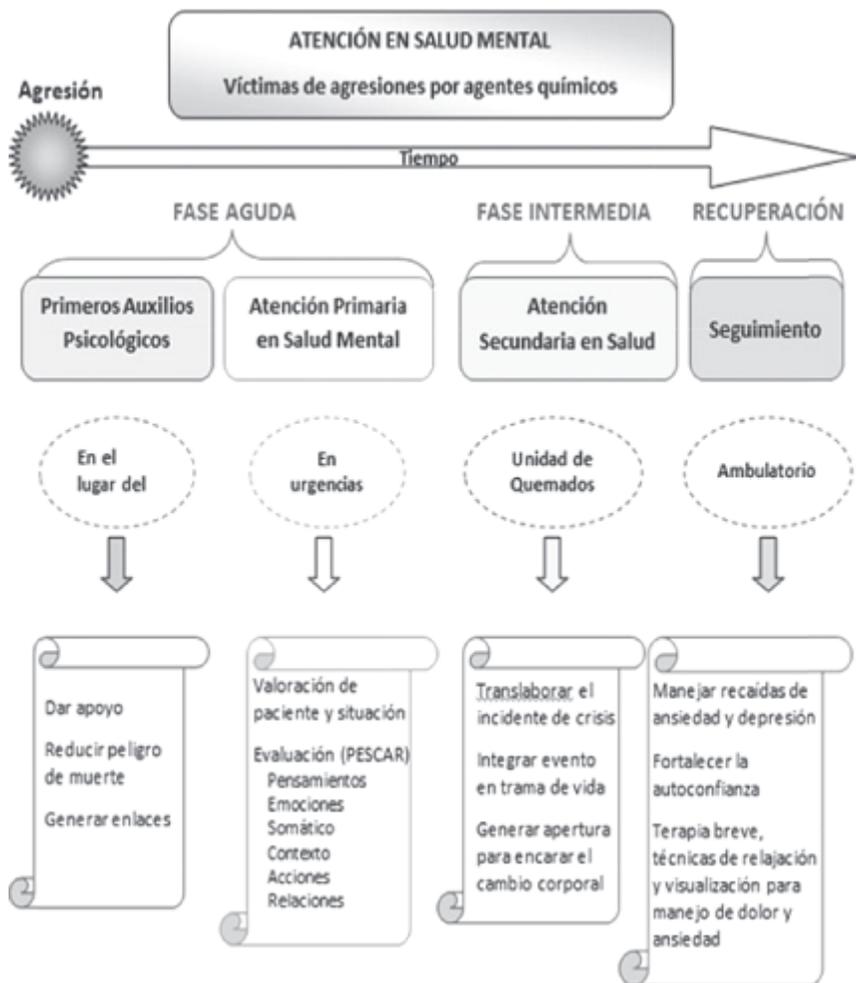
j) La estabilización de su situación conforme a los términos previstos en esta ley.

Traducción e interpretación

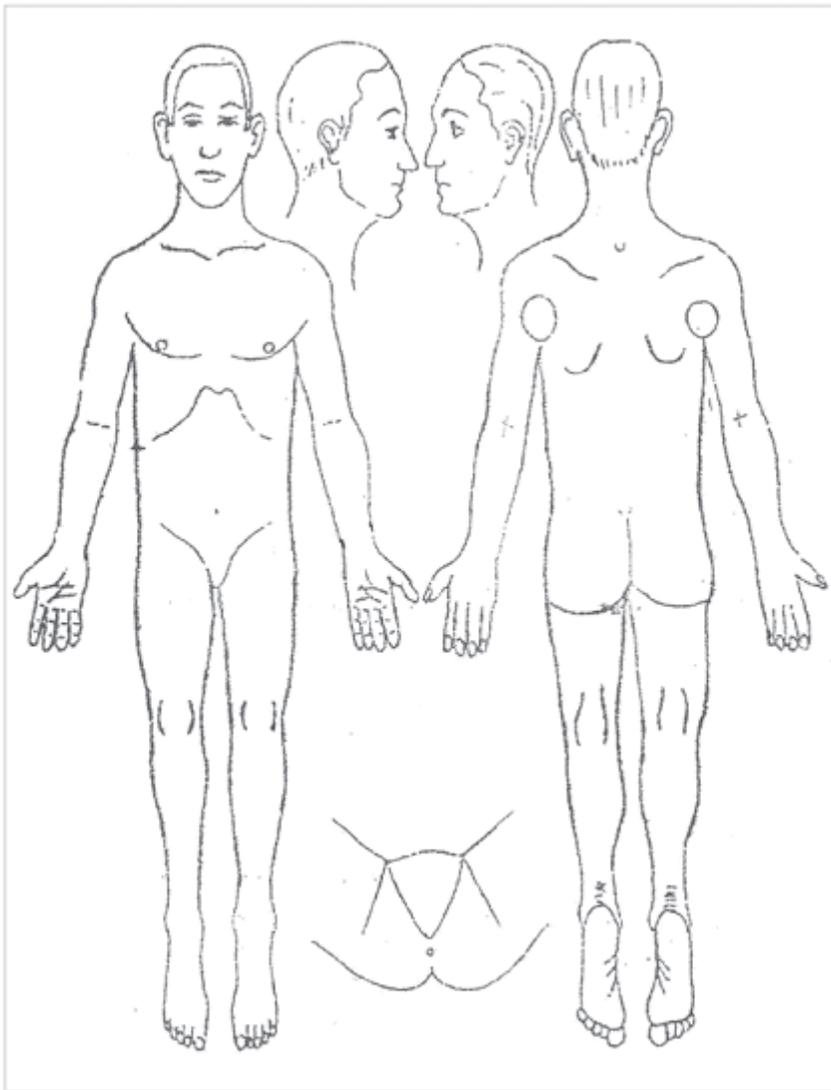
j) A ser asistidas gratuitamente por un traductor o intérprete en el caso de no conocer el idioma oficial, o de no poder percibir el lenguaje por los sentidos.

Se garantizará a través de los medios necesarios que las mujeres víctimas de violencia con discapacidad, que no sepan leer o escribir, o aquellas que hablen una lengua distinta al castellano, tengan acceso integral y adecuado a la información sobre los derechos y recursos existentes (artículo 20).

12.7. Atención en salud mental



12.8. Ficha de notificación de violencias de Sivigila



12.10. Rótulo para el embalaje de elemento material probatorio y evidencia física

 ROTULO ELEMENTO MATERIA DE PRUEBA O EVIDENCIA FISICA Versión 2 - Resolución F.G.N.																	
1. CODIGO UNICO DE CASO				2. FECHA Y HORA RECOLECCION													
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>DPTO</td><td>MUNICIPIO</td><td>ENTIDAD</td><td>UNIDAD</td><td>AÑO</td><td>CONSECUTIVO</td> </tr> </table>										DPTO	MUNICIPIO	ENTIDAD	UNIDAD	AÑO	CONSECUTIVO	D O M N V A S A FORMATO MILITAR	
DPTO	MUNICIPIO	ENTIDAD	UNIDAD	AÑO	CONSECUTIVO												
3. MUESTRA		4. SITIO O LUGAR DE HALLAZGO DEL ELEMENTO MATERIA DE PRUEBA O EVIDENCIA FISICA															
NUMERO DE HALLAZGO _____ CANTIDAD _____ UNIDAD DE MEDIDA _____	DESCRIPCION _____ _____		NOMBRES Y APELLIDOS DE LA PERSONA A QUIEN SE LE ENCONTRO EL ELEMENTO _____ DELITO A INVESTIGAR: _____														
5. DESCRIPCION DEL ELEMENTO MATERIA DE PRUEBA O EVIDENCIA FISICA																	
_____ _____ _____																	
6. RECOLECCION DEL ELEMENTO MATERIA DE PRUEBA O EVIDENCIA FISICA																	
NOMBRES Y APELLIDOS		CECULA CIUDADANA	ENTIDAD	CARGO	FIRMA												
_____		_____	_____	_____	_____												

12.11. Formato de cadena de custodia (1 hoja: anverso y reverso)



REGISTRO DE CADENA DE CUSTODIA
Versión 2 - Resolución F.G.N.

UBICACION EN LA BOBIDA (*)

Numero	_____
--------	-------

1. CODIGO UNICO DE CASO

_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
DPD	MUNICIPIO	ENTIDAD	UNIDAD	ANO	CONSEJO/PSO	

2. HISTORIA CLINICA ()**

Numero

3. DOCUMENTACION DEL ELEMENTO MATERIA DE PRUEBA O EVIDENCIA FISICA

H	R	E	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA DE CIUDADANA	ENTIDAD	CARGO	FIRMA

4. TIPO DE EMBALAJE

Bolsa	Cantidad _____	Cantidad _____	Otro <input type="checkbox"/> Cantidad _____
Plástica	<input type="checkbox"/> _____	Frasco <input type="checkbox"/> _____	Cual ? _____
De papel	<input type="checkbox"/> _____	Caja <input type="checkbox"/> _____	_____

5. DESCRIPCION DEL ELEMENTO MATERIA DE PRUEBA O EVIDENCIA FISICA

Convenciones:
 (*) Para ser diligenciado exclusivamente por la Sección General de Evidencias de la Fiscalía General de la Nación, con la posición que le corresponde a la evidencia, al interior de la Sección.
 (**) Para ser diligenciado por la Entidad Proveedor de Salud que recibió el Elemento Materia Probatorio o Evidencia Física.
 *** Marque con una "X" si corresponde a qué TRILLO el Elemento Materia de Prueba o Evidencia Física.
 **** Marque con una "X" si corresponde a qué RECOLECTO el Elemento Materia de Prueba o Evidencia Física.

6. REGISTRO DE CONTINUIDAD DE LOS ELEMENTOS MATERIA DE PRUEBA O EVIDENCIA

FECHA	HORA	NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO MATERIA DE PRUEBA O EVIDENCIA FISICA	CEDULA DE CIUDADANA	ENTIDAD	CALIDAD EN LA QUE ACTUA (Custodio, Puerto, Transportador)	PROPOSITO DEL TRASPASE O TRASLADO (Entrega Almacén, Almacenamiento, Análisis, Presentación, Audiencia, Consulta, Depósito Final)	OBSERVACIONES AL ESTADO EN QUE SE RECIBE EL EMBALAJE O CONTENEDOR DEL ELEMENTO MATERIA DE PRUEBA O EVIDENCIA FISICA	FIRMA

7. PARA SER DILIGENCIADO POR EL TECNICO EN PRUEBA DE IDENTIFICACION PRELIMINAR HOMOLOGADA "PIPH"

PRACTICO PRUEBA PRELIMINAR ?	CANTIDAD DE MUESTRAS TOMADAS	ROTULOS Nos.:
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	_____

NOTA:
 1) NUNCA INTERRUPTA EL REGISTRO DE CADENA DE CUSTODIA.
 2) EL REGISTRO DE CADENA DE CUSTODIA SIEMPRE DEBE ACOMPAÑAR AL ELEMENTO MATERIA DE PRUEBA O EVIDENCIA FISICA.
 3) SI ESTA HOJA NO ALUNDEA PARA DILIGENCIAR LOS REGISTROS DE CONTINUIDAD DE CADENA DE CUSTODIA, SE PUEDE UTILIZAR TANTAS HOJAS ADICIONALES SEAN NECESARIAS DE SER ASÍ EN LA PARTE SUPERIOR DERECHA DE CADA HOJA SE INDICARA EL NUMERO UNICO DEL CASO Y EL DE LA HOJA A QUE CORRESPONDE DEL TOTAL DE HOJAS QUE CONFORMAN EL REGISTRO DE CONTINUIDAD.

12.12. Unidades de Quemados por departamento y municipio

Departamento	Municipio	Población	Institución	Dirección	Teléfonos
Antioquia	Medellín	Adulto y pediátrico	FUNDACIÓN HOSPITALARIA SAN VICENTE DE PAÚL	Calle 64 # 51D-154Medellín	(574) 444 1333 Adultos: Ext. 3211 y 2803.(574) 5167410 Hospital Infantil: Ext. 3354 y 3376. (574) 516 7413
Atlántico	Barranquilla	Adulto y pediátrico	ORGANIZACIÓN CLÍNICA GENERAL DEL NORTE S. A.	Calle 70 # 48-35Barranquilla	(575) 356 4455 (575) 358 2160Ext. 1056 -1150-1220
Atlántico	Barranquilla	Adulto y pediátrico	CLÍNICA REINA CATA-LINA & CÍA. LTDA.	Calle 82 No 47-12Barranquilla	(575) 378 4013Ext.: 514

Atlántico	Barranquilla	Adulto y pediátrico	FUNDACIÓN HOSPITAL UNIVERSITARIO ME- TROPOLITANO	Carrera #75B- 18Barranquilla	42F (575) 356 5109 (575) 358 7275
Atlántico	Barranquilla	Pediátrico	IPS DE SALUD UNIVER- SIDAD DE ANTIOQUIA IPS UNIVERSITARIA	Calle 16 No 47B- 06Barranquilla	(575) 3708793 (575) 3790119
Bogotá, D.C.	Bogotá	Adulto y pediátrico	E.S.E. HOSPITAL SI- MÓN BOLÍVAR	Calle 165 #7-6 Bogotá	(571) 676 7940 Ext214 -215
Bogotá, D.C.	Bogotá	Pediátrico	FUNDACIÓN HOSPITAL DE LA MISERICORDIA	Av. Caracas # 1 -13Bogotá	018000912094 (571) 381 1970
Cundinamarca	Girardot	Adulto y pediátrico	ESE HOSPITAL UNI- VERSITARIO DE LA SAMARITANA - UNI- DAD FUNCIONAL GI- RARDOT	Carrera 5 22Girardot	Calle (571) 835 1020
Caldas	Manizales	Pediátrico	HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO RA- FAEL HENAOTORO	Carrera 23 # 49- 30Manizales	(576) 881 0023 (576) 881 0200
Cauca	Popayán	Adulto y pediátrico	HOSPITAL UNIVERSI- TARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E.	Carrera 6 # 10N -142 Popayán	(572) 823 4508
Magdalena	Santa Marta	Adulto	HOSPITAL UNIVER- SITARIO FERNANDO TROCONIS	Carrera 14 #23 - 42Santa Marta	(575) 435 8191 (575) 431 5430 (575) 421 3698
Risaralda	Pereira	Adulto y pediátrico	E.S.E. HOSPITAL UNI- VERSITARIO SAN JOR- GE DE PEREIRA	Carrera 4 #24 - 88Pereira	018000966949 (576) 335 6333 (576) 335 6341.
Santander	Bucaramanga	Adulto y pediátrico	E.S.E. HOSPITAL UNI- VERSITARIO DE SAN- TANDER	Carrera No.28- 126Bucaramanga	33 (577) 634 6110 (577) 632 2222 (577) 634 2738Ext 338
Valle Cauca	del Cali	Adulto y pediátrico	E.S.E. HOSPITAL UNI- VERSITARIO DEL VA- LLE EVARISTO GARCÍA	Calle 5 #36 - 08Cali	(572) 620 6000 (572) 620 6275
Bolívar	Cartagena	HOSPITAL TARIO DEL CARTAGENA	UNIVERSI- CARIBE EN 50Cartagena	Calle 29 #50- 50Cartagena	(575) 669 7200 (575) 672 4340

(575) 672 6017

(575) 672 6016

N. Santander Cúcuta Pediátrico E.S.E. Av. 11E # 5AN- (577) 574 6888
 HOSPITAL UNI- 71Cúcuta
 VERSITARIO
 ERASMO MEOZ

12.13. Bancos de piel

CIUDAD	NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONOS
BOGOTÁ	Banco Distrital de Hemocentro Piel	DistritalCarrera No. 12-81Bogotá D.C.	(571) 364 96 12 32 (571) 364 90 90Ext.: 9745-9577-9612- 9591
MEDELLÍN	Banco de Tejidos	Hospital Universitario SanVicente FundaciónCalle 64 # 51D - 38	(574) 444 1333 Ext. 2566 y 2558

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

i Burin M., & Meler I. Género y Familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad. Paidós, Buenos Aires. 1998.

ii Rodríguez M.V. (editora). Violencia contra las mujeres y Políticas públicas. Tendiendo un puente entre la teoría y la práctica. Centro Municipal de la Mujer de Vicente López. Programa de Gestión Urbana Programa Mujer y Hábitat, Unifem y Campaña de las Naciones Unidas por los Derechos Humanos de las Mujeres. 1ª edición. Argentina. 2001.

iii Perrone R. & Nannini M. Violencia y abusos sexuales en la familia. Una visión sistémica de las conductas sociales violentas. 2ª edición. Paidós Terapia Familiar. 2007.

iv Faga A, Scevola D, Mezzetti MG, Scevola S. Sulphuric acid burned women in Bangladesh: a social and medical problem. Burns 2000;26:701-9.

v Malic, C.C., Karoo, R.O.S., Austin, O., & Phipps, A. Burns inflicted by self or by others—an 11 year snapshot. Burns 2007; 33(1), 92-97.

vi Manna A, Ghani S, Clarke A, Butler P: Cases of chemical assault worldwide: a literature review. Burns 2007; 33:149-1542001; 22.

vii Acid Survivors Trust International [en línea] <http://www.acidviolence.org/> (septiembre 2013).

viii Cambodian Acid Survivors Charity. Breaking the Silence: Addressing Acid Attacks in Cambodia.2010. Documento disponible en: http://www.cambodianacidurvivorscharity.org/docs/breaking_the_silence.pdf ix Noguera, M. & Verástegui, D. Ataques con ácido a mujeres: ¿crímenes por imitación contagiosa?. Febrero 3 de 2013. [En línea] <http://www.razonpublica.com/index.php/economy-sociedad-temas-29/3536-ataques-con-acido-a-mujeres-icrimenes-por-imitacion-contagiosa.html> (septiembre 2013).

x Guerrero L. Burns Due to Acid Assaults in Bogotá, Colombia. Burns 2013; 39:1018-1023.

xi Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia, GCRNV. Sistemas de Información para el Análisis de la Violencia y Accidentalidad en Colombia (SIAVAC) y Sistema de Información de Clínica y Odontología Forense (SICLICO). 2008- julio 2013.

xii Gaviria Jorge Luis. Experiencia en Quemaduras Químicas por Agresión en el Hospital Simón Bolívar, en Bogotá, Colombia. *Revista Brasileira de Cirugía Plástica*. Octubre 2013 (en prensa).

xiii *Feminicidio.net*. Colombia: País con el índice más elevado del mundo en ataques a mujeres con ácido. [En línea] <http://www.feminicidio.net/noticias-de-asesinatos-de-mujeres-en-espana-y-america-latina/redaccion-propia-de-noticias-sobre-violencia-de-genero/2802-colombia-el-pais-con-el-indice-mas-elevado-del-mundo>. 2012.

xiv Echeburúa, E. *Manual de violencia familiar*. Siglo veintiuno editores, Madrid. 1998.

xv Robson MC, Smith Jr DJ. In: Jurkiewicz, et al., editors. *Plastic surgery: principles and practice*. St Louis: CV Mosby; 1990. p. 1355-410.

xvi Sawhney CP, Kaushish R. Acid and alkali: considerations in management. *Burns* 1989;15:132-4.

xvii Sandford AP, Herndon DN. Chemical burns. In: Herndon DN, editor. *Total Burn Care*. 2nd ed., WB Saunders Company; 2002. p. 475-80.

xviii Dorn TW, Still JM, Law E. Assault by burning a retrospective reviewed with focus on legal outcomes. *Burn Care rehab* 2001;22: 334-6.

xix Palao R., Monge I., Ruiz M. Barret J.P. Chemical burns: Pathophysiology and treatment. *Burns* 2010; 36:295-304.

xx Iribarren O & Gonzalez C. Quemaduras por agentes químicos. *Cuad. cir. (Valdivia)* 2001; 15(1):61-69.

xxi Burgher, F., Mathieu, L., Lati, E., Gasser, P., Peno-Mazzarino, L., Blomet, J., & Maibach, H. I. Experimental 70% hydrofluoric acid burns: histological observations in an established human skin explants ex vivo model. *Cutaneous and ocular toxicology* 2011, 30(2), 100-107.

xxii Wagoner, M. D. Chemical injuries of the eye: current concepts in pathophysiology and therapy. *Survey of ophthalmology* 1997; 41(4), 275-313.

xxiii Spector, J., & Fernández, W. G. (2008). Chemical, thermal, and biological ocular exposures. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 26(1), 125-136.

xxiv Merle, H., Donnio, A., Ayeboua, L., Michel, F., Thomas, F., Ketterle, J. & Gerard, M. (). Alkali ocular burns in Martinique (French West Indies): evaluation of the use of an amphoteric solution as the rinsing product. *Burns* 2005; 31(2): 205-211.

xxv Centro oftalmológico de alta complejidad. Cómo proceder ante una urgencia. [En línea] <http://www.oftalmologia.com.py/urgencias.php> (octubre 2013).

xxvi Benveniste, D. Intervención en Crisis Después de Grandes Desastres. *Trópicos: La Revista del Sociedad Psicoanalítica de Caracas* 2000. Año VIII, Vol. I [Traducción de Adriana Prengler]. Documento disponible en: http://www.thecjc.org/pdf/benveniste_intervencion.pdf xxvii De los Santos, C. E. *Guía Básica para el Tratamiento del Paciente Quemado*. Editor Alfa y Omega. 2004.

xxviii Franco, L. & Rivera, S. La Función de la Piel y de las Modificaciones Corporales en la Constitución del Yo. *Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá (Colombia)*. 2012; 30(1):159-169.

xxix Fernández Márquez L.M. modelo de intervención en crisis: En busca de la resiliencia personal. Master en terapia para adultos del grupo Luria 2009/2010. Junio 2010. Documento disponible en: <http://www.luriapsicologia.com/mediateca/TRAB%20MODELO%20DE%20>

INTERVENCION%20EN%20CRISIS%20-Lourdes%20Fernandez.pdf xxx Loeyl, V. N. Psychopathology and Psychological Problems in Patients with Burn Scars. Epidemiology and Management. Am J Clin Dermatol 2003; 4 (4): 245-272.

xxxi Kübler-Ross E & Kessler D. Sobre el duelo y el dolor. Editorial Luciérnaga. 2006.

xxxii Chou, T. D., Lee, W. T., Chen, S. L., Lee, C. H., Chen, S. G., Chen, T. M., & Wang, H. J. Split calvarial bone graft for chemical burn-associated nasal augmentation. Burns 2004, 30(4), 380-385.

xxxiii Wagoner, M. D. Chemical injuries of the eye: current concepts in pathophysiology and therapy. Survey of ophthalmology 1997; 41(4), 275-313.

xxxiv Das, K. K., Khondokar, M. S., Quamruzzaman, M., Ahmed, S. S., & Peck, M. Assault by burning in Dhaka, Bangladesh. Burns 2013, 39(1), 177-183.

xxxv Karunadasa, K. P., Perera, C., Kanagaratnum, V., Wijerathne, U. P., Samarasingha, I., & Kannangara, C. K. Burns due to acid assaults in Sri Lanka. Journal of Burn Care & Research 2010, 31(5), 781-785.

xxxvi Artículo 255 del Código de Procedimiento Penal (Ley 906 de 2004).

xxxvii Constitución Política, art. 95.

xxxviii Ilechukwu, S.T. Psychiatry of the Medically Ill in the Burn Unit. The Psychiatric Clinics of North America. 2002;25(1):129-147.

xxxix Loeyl, V. N. Psychopathology and Psychological Problems in Patients with Burn Scars. Epidemiology and Management. Am J Clin Dermatol 2003; 4 (4): 245-272.

xl Ilechukwu, S.T. Psychiatry of the Medically Ill in the Burn Unit. The Psychiatric Clinics of North America. 2002;25(1):129-147.

xli Slaikeu, K.A. Intervención en crisis. Manual Moderno. 1984. México.

xlii <http://www.un.org/es/globalissues/women/historia.shtml>

xliii <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G93/142/36/PDF/G9314236.pdf?OpenElement> xlv Ley 906 de 2004- art. 11. [En línea] http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2004/ley_0906_2004.html#11 xlv Ley 360 de 1997- artículo 15. [En línea] http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1997/ley_0360_1997.html#15

* * *

1. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (GCRNV). Sistemas de Información para el Análisis de la Violencia y Accidentalidad en Colombia (SIIVAC) y Sistema de Información de Clínica y Odontología Forense (SICLICO). 2008- julio 2013.

2. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (GCRNV). Sistemas de Información para el Análisis de la Violencia y Accidentalidad en Colombia (SIIVAC) y Sistema de Información de Clínica y Odontología Forense (SICLICO). 2008- julio 2013. Acid Attacks are on the Rise Globally. Exploring Global Health. September 21, 2013. <http://sites.tufts.edu/tugh/2013/09/21/acid-attacks-are-on-the-rise-globally/> (nov. 8/2013). Acid attacks in Colombia reflect rage. The Washington Post. August 3, 2012. http://www.washingtonpost.com/world/the_americas/acid-attacks-rising-in-

colombia/2012/08/03/e8c85528-c843-

11e1-9634-0dcc540e7171_story.html?

Post+generic=%3Ftid%3Dsm_twitter_washingtonpost (nov.8/2013).

3. En particular la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo realizada en El Cairo (1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer realizada en Beijing (1995).

4. Lesiones Personales: "Cualquier daño en el cuerpo o la salud causado a una persona con la consecuencia de una incapacidad para trabajar o enfermedad, deformidad física transitoria o permanente, perturbación psíquica o funcional de un órgano o miembro, así como su pérdida anatómica o funcional" Código Penal, artículo 111 (Ley 599 de 2000).

5. Por no estar reglamentado este artículo a la fecha de esta publicación, se debe hacer uso para su cobro de la reglamentación vigente del SGSSS.

6. OMS Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Washington 2003, página 5.

7. Solo hasta 1993, en la Conferencia de Naciones Unidas de Derechos Humanos celebrada en Viena, se reconoció públicamente que los derechos de las mujeres también eran derechos humanos (más información en: http://www.americalatinagenera.org/es/documentos/tematicas/tema_derechos_humanos.pdf)

8. *Copycat*: imitación de conductas violentas luego de ser presentadas por medios masivos de comunicación.

9. Echeburúa distingue la violencia que ocurre en el ámbito doméstico en 2 modalidades: violencia expresiva en donde la conducta de agresión está motivada por sentimientos de ira reflejando dificultades en el control de los impulsos o en la expresión de los afectos y violencia instrumental en donde hay una planificación de la agresión (ref. 19).

10. IPS con profesionales especializados en atención a quemados o, de preferencia, una unidad de quemados teniendo en cuenta los requerimientos de infraestructura e insumos para una adecuada atención.

11. La palabra syndet procede de la contracción de "synthetic detergent". Técnicamente es la unión de distintos detergentes, llamados también tensoactivos o surfactantes. Los syndets están recomendados para la higiene de pieles sensibles ya que son mucho más suaves con la piel que un jabón tradicional.

12. Esto se logra por medio de dispositivos respiratorios que permiten calentar y humidificar flujos de aire para su administración a través de una cánula nasal permitiendo utilizar flujos de hasta 6 litros/minuto.

Estos dispositivos aportan una fracción más constante y elevada de oxígeno, reducen el espacio muerto, generan presión positiva y son más cómodos y tolerables que una máscara con efecto Venturi.

13. La escarotomía es una incisión de toda la piel quemada (escara) hasta el tejido celular subcutáneo que se realiza a lado y lado del tórax y se extiende hasta medio centímetro de piel sana. Inmediatamente se descomprime el tórax y mejora la ventilación.

14. La palabra syndet procede de la contracción de "synthetic detergent". Técnicamente es la unión de distintos detergentes, llamados también tensoactivos o surfactantes. Los syndets están recomendados para la higiene de pieles sensibles ya que son mucho más suaves con la piel que un jabón tradicional.

15. Se pueden utilizar las tirillas que los laboratorios tienen para evaluar el pH en las muestras de orina.

16. Mountain Eagle Illustration. Tomada de la página web: https://www.flickr.com/photos/27569452@_N07/2571453129/sizes// (Fecha de consulta: 11 de septiembre de 2014)
17. Tomada de la página web: <http://www.torrecardenas.eloculista.es/index.php/oftalmologia/articulosugc-oftalmologia/19-articulos-de-polo-anterior/65-quemaduras-oculares-termicas-y-quimicas> (Fecha de consulta: 11 de septiembre de 2014).
18. Este tipo de soluciones son utilizadas en muchos países para el primer manejo de lesión ocular con agentes químicos.
19. Mesa de expertos realizada el 22 de octubre de 2013.
20. Tomada de la página web: http://www.seg-social.es/ism/gsanitaria_es/ilustr_capitulo7/cap7_9_cuerpos_extr.htm (Fecha de consulta: 11 de septiembre de 2014)
21. El Código de Procedimiento Penal (Ley 906 de 2004) en su artículo 275 describe con detalle los elementos que se constituyen como elementos materiales probatorios y evidencia física. De forma resumida son aquellos objetos relacionados con una conducta punible, que pueden servir para determinar la verdad en una actuación penal.
22. La cadena de custodia es el mecanismo para garantizar la autenticidad de los elementos susceptibles de prueba, correspondientes al caso en investigación sin que haya lugar a duda o confusión, adulteración, ni sustracción alguna.
23. El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), como entidad rectora del Sistema Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, cuenta con los reglamentos técnicos para la realización de valoraciones medicolegales y la recolección de elementos materiales probatorios. Los reglamentos, guías, protocolos y manuales del INMLCF se pueden consultar en: <http://www.medicinalegal.gov.co/index.php/instituto/normatividad/guias-y-reglamentos>
24. A noviembre 2013 las ciudades con unidad de quemados son: Bogotá, Cali, Medellín, Bucaramanga y Pereira.
25. Si en la región no hay unidad de quemados, esta atención se puede realizar en una institución con profesionales especializados en manejo de quemaduras.
26. La mujer y la pobreza, el acceso desigual a la educación, la falta y el acceso desiguales a los sistemas de salud, la violencia contra la mujer, los diversos aspectos de la vulnerabilidad de la mujer en conflictos armados, la desigualdad en las estructuras económicas, la desigualdad en el poder y la toma de decisiones, los mecanismos institucionales para mejorar el adelanto de la mujer, la falta de respeto y la protección inadecuada en cuanto a los derechos humanos, la subrepresentación de la mujer en los medios de comunicación, la desigualdad en la gestión de los recursos naturales y en la salvaguardia del medioambiente, y la discriminación y violación de niñas.
27. Hace referencia al flúor, bromo, cloro y yodo los cuales reaccionan con el H₂ para formar los correspondientes hidrácidos.



Compilado por:

Disposiciones analizadas por Avance Jurídico Casa Editorial Ltda.©

"Derecho del Bienestar Familiar"

ISBN [978-958-98873-3-2]

Última actualización: 30 de septiembre de 2018

Las notas de vigencia, concordancias, notas del editor, forma de presentación y disposición de la compilación están protegidas por las normas sobre derecho de autor. En relación con estos valores jurídicos agregados, se encuentra prohibido por la normativa vigente su aprovechamiento en publicaciones similares y con fines comerciales, incluidas -pero no únicamente- la copia, adaptación, transformación, reproducción, utilización y divulgación masiva, así como todo otro uso prohibido expresamente por la normativa sobre derechos de autor, que sea contrario a la normativa sobre promoción de la competencia o que requiera autorización expresa y escrita de los autores y/o de los titulares de los derechos de autor. En caso de duda o solicitud de autorización puede comunicarse al teléfono 617-0729 en Bogotá, extensión 101. El ingreso a la página supone la aceptación sobre las normas de uso de la información aquí contenida.