

# PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE URGENCIAS A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS

1

---

**Abril de 2014**



**Personas que participaron en el desarrollo del Protocolo**

## Ministerio de Salud y Protección Social

**Gloria I. Puerta Hoyos.** Profesional especializada. Psicóloga. Maestría en Educación.

**Margarita Bernal Vélez.** Consultora. Psicóloga. Maestría en Estudios de Género.

**Sofía Jaramillo Sandoval.** Consultora. Médica.

## Convenio 036 – Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA

**Ivonne Wilches Mahecha.** Consultora. Línea contra la Violencia. Psicóloga. Maestría en Estudios de Género.

## Sinergias – Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social

**Pablo Montoya Chica.** Director General. Médico. Salubrista Público.

**Eliane Barreto Hauzeur.** Asesora técnica. Médica especialista en Ginecología y Obstetricia. Especialista en Violencia Doméstica.

**Andrea Parra Fonseca.** Asesora técnica. Abogada. Maestría en Derecho.

**Karol Yohana Camargo Galindo.** Asesora técnica. Abogada. Especialista en Derecho Constitucional y en Derechos Humanos y Mujeres.

**Esmeralda Galeano Zabala.** Asesora técnica. Médica especialista en Salud Familiar y Comunitaria, Gerencia y Auditoria de Instituciones de Seguridad Social en Salud.

**Linda Guerrero Serrano.** Directora Fundación del Quemado. Directora Banco de Piel del Banco Distrital de Tejidos. Médica especialista en Cirugía Plástica, Reconstructiva y del Quemado.

**Clara Ospina de Vega.** Psicóloga Fundación del Quemado.

**Luisa Fernanda Peña Villa.** Trabajadora Social Fundación del Quemado.

**Jorge Luis Gaviria Castellanos.** Médico especialista en Cirugía Plástica, Reconstructiva y del Quemado. Hospital Simón Bolívar- Unidad de Quemados.

**Alba Viviana Gómez Ortega.** Médica especialista en Cirugía Plástica, Reconstructiva y del Quemado. Hospital Simón Bolívar- Unidad de Quemados

**Norberto Navarrete Aldana.** Médico especialista en Medicina de Emergencias. Hospital Simón Bolívar- Unidad de Quemados

**Adriana Vargas Rueda.** MD. Especialista en Psiquiatría. Hospital Simón Bolívar- Unidad de Quemados

**Angélica Lozano.** Enfermera profesional. Hospital Simón Bolívar- Unidad de Quemados

## Víctimas de Agresiones con Químicos

A las mujeres y el hombre, víctimas de agresiones con agentes químicos que compartieron con en el grupo que diseñó el protocolo sus historias de vida y la experiencia dolorosa de la agresión. Sus aportes en relación con las barreras, así como con los aspectos que contribuyeron a su recuperación, fueron muy importantes para el equipo técnico y en lo posible fueron incorporados al protocolo. Sus nombres se mantienen en reserva porque aún, años después de las agresiones, su integridad sigue amenazada.

## Tabla de contenido

I.	INTRODUCCIÓN.....	6
II.	JUSTIFICACIÓN .....	6
III.	OBJETIVOS.....	7
A.	Objetivo General.....	7
B.	Objetivos Específicos.....	7
IV.	ALCANCE.....	8
A.	Marco internacional.....	9
B.	Marco nacional.....	9
1.	Ley 1257 de 2008 .....	10
2.	Ley 1639 de 2013 .....	11
3.	Ámbito normativo en el SGSSS .....	12
VI.	ASPECTOS CONCEPTUALES DE LAS AGRESIONES CON AGENTES QUÍMICOS .....	13
A.	Conceptos básicos de violencias de género.....	14
B.	Agresiones con agentes químicos.....	15
VII.	LAS QUEMADURAS POR AGENTES QUÍMICOS.....	18
A.	Generalidades sobre los químicos utilizados en las agresiones.....	18
B.	Fisiopatología de las quemaduras por químicos.....	18
VIII.	IMPACTO PSICOLÓGICO .....	20
IX.	IMPACTO SOCIOFAMILIAR .....	22
X.	ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD .....	23
A.	LUGAR DE LA AGRESIÓN .....	24
1.	Primeros auxilios médicos.....	24
2.	Primeros auxilios psicológicos.....	29
B.	SERVICIO DE URGENCIAS .....	31
1.	Triage.....	31
2.	Evaluación inicial.....	31
3.	Irrigación, lavado y curación inicial .....	34
4.	Manejo de quemadura en ojos.....	37
5.	Evaluación de las quemaduras.....	38

6.	Apoyo socio familiar.....	41
7.	Reporte al SIVIGILA .....	41
8.	Recolección de evidencia forense.....	44
9.	Articulación intersectorial.....	45
C.	REFERENCIA A UNIDAD DE QUEMADOS .....	48
1.	Cómo solicitar la remisión.....	48
2.	Cuándo hacer el traslado .....	49
3.	Qué documentos anexar .....	49
4.	Cómo realizar el traslado .....	49
5.	Aspectos normativos a tener en cuenta para el traslado .....	50
D.	UNIDAD DE QUEMADOS .....	51
1.	Manejo interdisciplinario .....	54
2.	Manejo por especialista en salud mental .....	54
3.	Atención socio familiar.....	56
4.	Rehabilitación física.....	56
E.	AMBULATORIO.....	57
1.	Controles por cirugía plástica y curaciones.....	58
2.	Seguimiento por salud mental y trabajo social.....	59
3.	Atención socio familiar.....	60
	CONCLUSIONES.....	61
	Anexos.....	65

## I. INTRODUCCIÓN

El presente *Protocolo de Atención Integral en Urgencias a Víctimas de Agresiones con Agentes Químicos*, busca garantizar que las víctimas de agresiones por agentes químicos, 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 médicas y de salud mental pertinentes. Si bien está centrado en la atención en los servicios de urgencias, el protocolo ofrece elementos clave sobre la atención en las unidades especializadas y durante el seguimiento.

El protocolo fue elaborado 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 calidad, 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.

## II. JUSTIFICACIÓN

Las violencias son fenómenos sociales complejos que surgen en el contexto de culturas que establecen jerarquías entre las personas estableciendo a unas en posición de dominio y 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.

Aunque en Colombia las violencias de género tienen una alta frecuencia y sus manifestaciones son múltiples, solamente hace dos décadas se viene observando una modalidad particular que ha ido en incremento: las agresiones con agentes químicos. Es así como de un caso reportado en 1997, se pasó a 91 casos en 2012<sup>1</sup>, por lo que Colombia

empieza a ser referenciado mundialmente como un país de alta incidencia de estos ataques a las mujeres, incluso en un nivel superior al de Bangladesh, Tanzania e India.<sup>2,3</sup>

Reconociendo las graves implicaciones de esta forma de violencia en la vida y 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 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 Integral en Urgencias a Víctimas de Agresiones 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.

El Protocolo está fundamentado en el respeto de los derechos humanos, en el enfoque diferencial y de género. Aunque se centra en la atención inicial, ya sea en el sitio de la agresión o en los servicios de urgencias, ofrece también información sobre la atención en las unidades especializadas y el acompañamiento necesario luego de la hospitalización.

### III. OBJETIVOS

#### A. Objetivo General

Ofrecer a los equipos de salud, el conjunto de procedimientos técnico médicos necesarios para la atención de las víctimas de agresiones por agentes químicos, de manera que reciban una atención oportuna, adecuada e integral en urgencias y se facilite la implementación de los procedimientos que deben recibir en los otros niveles de atención.

#### B. Objetivos Específicos

- Contextualizar las agresiones por químicos como una de las manifestaciones más severas de las violencias basadas en género (VBG).
- Presentar el marco normativo nacional e internacional que reconoce, protege, garantiza y restituye los derechos de las víctimas de agresiones por químicos en Colombia.
- Establecer las acciones médicas, psicológicas y sociofamiliares que deben ofrecerse a las víctimas de agresiones por agentes químicos, en el marco de una atención integral

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 las agresiones por agentes químicos.

#### IV. ALCANCE

*El Protocolo de Atención Integral de Urgencias a Víctimas de Agresiones por Químicos*, contiene las acciones que los equipos de salud deben aplicar a víctimas de agresiones por agentes químicos desde el primer contacto, especialmente en los servicios de urgencias, así como las principales acciones que se realizan en los centros especializados en atención de quemaduras o en unidades de quemados. Por lo tanto, este protocolo puede considerarse como el paso siguiente en la atención de estas víctimas contemplada en la *“Guía de manejo inicial para primera o primer respondedor en casos de ataques con agentes químicos”*<sup>i</sup> de la Mesa Interinstitucional para la prevención, Protección, Atención y Restablecimiento de los Derechos de las Mujeres Sobrevivientes de Agresiones con Agentes Químicos.<sup>ii</sup>

Para garantizar la atención integral y continua que requieren las víctimas se hace necesario que en el momento de la implementación del protocolo, los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) hagan, los requerimientos respectivos de acuerdo a sus competencias lo que implica la verificación de la disponibilidad de recursos e insumos tal como se muestra en la tabla 1.

**Tabla 1- Elementos a verificar para implementar el protocolo**

Actor del SGSSS	Elementos a verificar
<b>Ministerio de Salud y Protección Social.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rectoría del SGSSS</li> </ul>
<b>Superintendencia Nacional de Salud y Direcciones Territoriales de Salud.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realizar acciones de inspección, vigilancia y control (IVC) en EAPB e IPS.</li> </ul>
<b>Direcciones Territoriales de salud-DTS, en su función de aseguradora y Empresas Aseguradoras de Planes de beneficios- EAPB.</b>	Red vigente de: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Atención de urgencias.</li> <li>▪ Transporte de pacientes.</li> <li>▪ Institución y/o unidad especializada en atención de quemados.</li> <li>▪ Prestación de servicios de salud mental, hospitalarios y ambulatorios.</li> </ul>

<sup>i</sup> Documento sin publicar.

<sup>ii</sup> La Mesa Interinstitucional para la Prevención, Protección, Atención y Restablecimiento de los derechos de las mujeres sobrevivientes de agresiones con agentes químicos es liderada por la Secretaría Distrital de la Mujer y la Secretaría Distrital de Salud. Está conformada por el Ministerio de Salud y Protección Social, Policía Metropolitana, SIJIN, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Fiscalía, Hospital Simón Bolívar – Unidad de Quemados, Universidad Los Andes – Programa de Acción por la Igualdad y la Inclusión Social - PAIIS y Departamento de Ingeniería Química y la Fundación Reconstruyendo Rostros.

Actor del SGSSS	Elementos a verificar
<b>Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Disponibilidad del talento humano y los recursos técnicos e insumos necesarios para implementar los pasos que le corresponden según el nivel de atención.</li> <li>▪ Procesos y procedimientos definidos para la atención en urgencias.</li> <li>▪ Procesos y procedimientos estandarizados para la referencia de las víctimas a unidades especializadas en quemados u otras instituciones donde reciba atención especializada.</li> </ul>

## V. MARCO NORMATIVO

### A. 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.

Colombia ha firmado y adoptado 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<sup>i</sup>, 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 agresiones con ácido se encuentran en el [Anexo 1](#).

### B. Marco nacional

La Constitución Política de Colombia, acoge directamente los instrumentos internacionales expuestos y los incluye en el ordenamiento jurídico interno, convirtiendo sus mandatos en una obligación de primer orden para el Estado sobre garantía y protección de los derechos de las mujeres.

<sup>i</sup> 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).

Así, 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.

### 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, art. 8)**

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.

Esta Ley establece, asimismo, las medidas que deben implementar los sectores salud, educación, laboral, 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
<b>Medidas de sensibilización y prevención</b>	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> .
<b>Medidas de protección</b>	Las comisarías de familia y jueces deben: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantizar que el agresor no pueda acercarse a la víctima</li> <li>• Definir asuntos relacionados con la custodia de hijas e hijos, asistencia especializada y necesidad de traslado según el tipo de violencia infligida</li> <li>• Otorgar cualquier medida necesaria para la garantía y restablecimiento de los derecho afectados</li> </ul>
<b>Medidas de Atención</b>	El SGSSS debe garantizar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• La habitación, alimentación y transporte de las mujeres víctimas, de sus hijas e hijos hasta por 6 meses prorrogables por seis meses más.</li> <li>• La prestación de servicios de asistencia médica, psicológica y psiquiátrica a las mujeres víctimas, a sus hijas e hijos.</li> <li>• El sistema de referencia y contrarreferencia asegurando siempre <i>“la guarda de su vida, dignidad e integridad”</i> (art. 19.a)</li> </ul> <p>Los criterios para entregar los subsidios monetarios y la ruta que debe activarse en caso de que la mujer víctimas no esté afiliada al SGSSS están reglamentados por el decreto 4796/2011. Por otro lado, el decreto 2734/2012 ha establecido los criterios, condiciones y procedimiento para el otorgamiento de las medidas de atención.</p>

## 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 esta Ley están: el aumento de la pena para el delito de lesiones personales<sup>i</sup> establecido en el Código Penal colombiano para el caso específico de las lesiones producidas con ácido, las medidas de control y

<sup>i</sup> **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).

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, esta 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**”* (art. 5).
- **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”* (Art. 5, parágrafo).

### 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 Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano (SGSSS), se encuentran explícitamente consignados los derechos en servicios, 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:

- **Art. 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.
- **Art. 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

---

<sup>i</sup> 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

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:

**Art. 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.

Por otro lado, la **Resolución 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.

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.
- (viii) **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 éste haya sido efectivamente asumido por otro prestador.

## VI. ASPECTOS CONCEPTUALES DE LAS AGRESIONES CON AGENTES QUÍMICOS

Las agresiones con agentes químicos no son un evento aislado, sino una de las manifestaciones de las violencias basadas en género (VBG); esto es que son ejercidas 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.

## A. Conceptos básicos de violencias de género

La violencia se debe entender como una forma de relacionarse en la que una persona busca que otra -u otras- se sitúe y mantenga en una posición subordinada, de acuerdo a patrones culturales que establecen jerarquías y relaciones de poder desiguales para mantener control y dominio. 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, 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 sólo produce diferencias entre los géneros femenino y masculino, sino que, a la vez, estas diferencias implican desigualdades y jerarquías entre ambos”*<sup>4</sup>. 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”*<sup>5</sup>. 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<sup>1</sup>. 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.

---

<sup>1</sup> 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.americlatinagenera.org/es/documentos/tematicas/tema\\_derechos\\_humanos.pdf](http://www.americlatinagenera.org/es/documentos/tematicas/tema_derechos_humanos.pdf))

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*)<sup>6</sup>. 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.

## B. Agresiones 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”.<sup>7,8,10,11</sup> 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<sup>9</sup>. Lamentablemente esta modalidad de violencia se ha extendido globalmente —posiblemente debido al efecto *copycat*<sup>i</sup>— 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.<sup>10,11,12</sup>

En Colombia, el primer caso de agresión por químicos registrado data de 1997 y fue atendido en el Hospital Simón Bolívar<sup>13</sup>. 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<sup>14</sup> (Figura 1).

---

<sup>i</sup> *Copycat*: imitación de conductas violentas luego de ser presentadas por medios masivos de comunicación



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

Por su lado, los datos del Hospital Simón Bolívar<sup>15</sup>, 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 agresiones 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 estas agresiones: 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).<sup>15,16</sup>

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

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

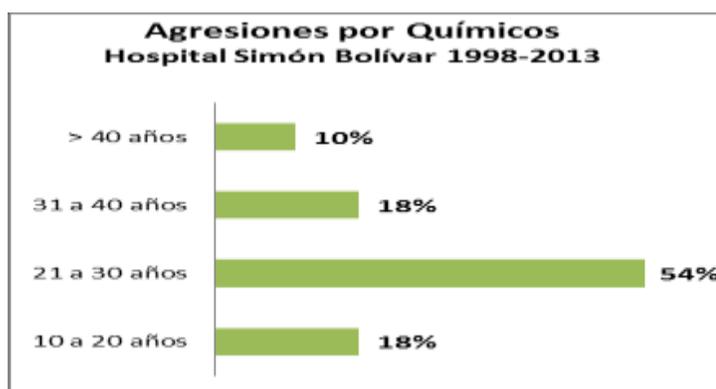


Figura 4-Distribución por edad

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

Tabla 5- Características de las agresiones por agentes químicos en Colombia

¿Quiénes son las principales víctimas?	Las mujeres. Los datos recopilados por muestran que la mayoría son 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 los principales agresores?	Las entrevistas a víctimas señalan como principal agresor a la pareja actual o pasada que previamente las había violentado de 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 estas agresiones?	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 engeuece 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 culpa<sup>17</sup>. Se trata entonces de una violencia instrumental<sup>i</sup> y no una conducta impulsiva.

## VII. LAS QUEMADURAS POR AGENTES QUÍMICOS

### A. Generalidades sobre los químicos utilizados en las agresiones

Las quemaduras químicas representan del 3% al 10% de todas las quemaduras en humanos y presentan hasta un 30% de mortalidad<sup>18</sup>. Existen más de 25 mil químicos utilizados en la industria, agricultura, limpieza del hogar, entre otros, que pueden causar quemaduras<sup>19,20</sup>. Por lo general se clasifican en cuatro categorías: ácidos, bases, soluciones orgánicas y soluciones inorgánicas ([Anexo 2](#)). Según el mecanismo de lesión, los ácidos se clasifican en seis categorías: oxidación, reducción, corrosión, veneno protoplasmático, vesicante y desecante ([Anexo 3](#)), y los álcalis en tres: saponificación de grasas, acción higroscópica y necrosis de licuefacción ([Anexo 4](#)).

Las características de los principales químicos utilizados en las agresiones se describen en el [Anexo 5](#)<sup>21</sup>. 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— sin embargo el uso más frecuente es con fines suicidas.

### B. 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<sup>22,23</sup>.

La severidad de la quemadura por agentes químicos está determinada por cinco elementos<sup>23</sup>:

- 1) Cantidad

<sup>i</sup> 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)

- 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<sup>24</sup>.
- **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.<sup>22,23,25,26</sup> 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<sup>22, Error! Marcador no definido.</sup>

Otras complicaciones frecuentes en la lesión ocular son simbléfaron, entropión, ectropión y catarata<sup>23</sup>. 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<sup>23 27 28</sup>. 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<sup>28</sup>.

Las lesiones oculares por agentes químicos se dividen en 4 grados según la gravedad del efecto cáustico<sup>23,29,30</sup> (Tabla 2)

Tabla 6-Quemaduras oculares

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

## VIII. 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<sup>31</sup>.

Tabla 7- Síntomas asociados a la crisis psicológica

Área	Síntomas	
<b>Emocional</b>	Choque	Desesperación
	Miedo	Ansiedad anticipatoria
	Rabia	Ansiedad generalizada
	Rencor	Reacciones de pánico
	Tristeza	Sensación de perder el control
	Depresión	Sentimientos de culpa
<b>Cognitiva</b>	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
<b>Conductual</b>	Inhibición	Híper o hipo actividad
	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	
<b>Fisiológica</b>	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 el mejor afrontamiento a 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.<sup>32,33</sup>

Además de la crisis psicológica, las víctimas de agresiones por agentes químicos presentan un cuadro de reacción a estrés agudo caracterizado por ansiedad, episodios de re

experimentación 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:<sup>34</sup>

- **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 6ª 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, etc.) y se evidencian alteraciones emocionales, entre las más frecuentes están los trastornos de ansiedad y de depresión<sup>35</sup>.
- **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.

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:<sup>36</sup>

- **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 una agresión por químicos.

Una atención en salud mental que inicie prontamente, que reconozca a las víctimas como sujetas de derechos, que las acompañe en el proceso de re-conocerse 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. Si no se le brinda apoyo psicológico inmediato, tendrá menos posibilidades de afrontar el estrés postraumático, lo que puede hacer que los síntomas se conviertan en mucho más lesivos emocionalmente.

## IX. 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.

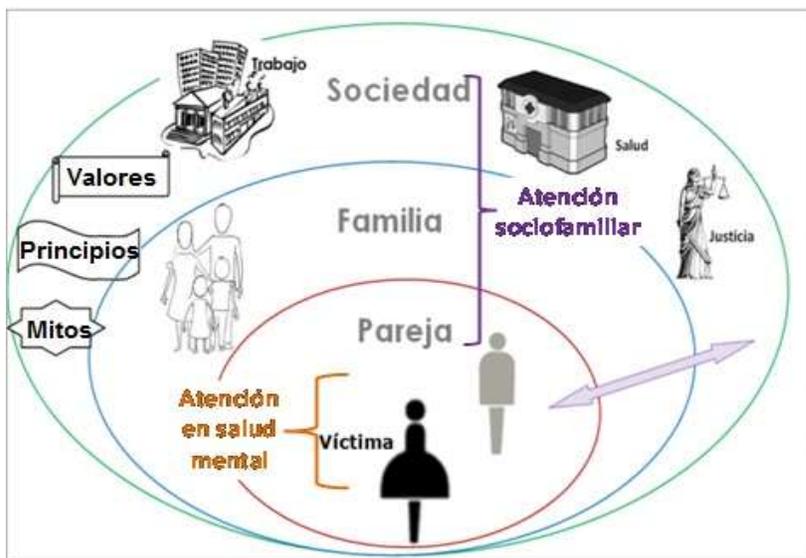


Figura 5- Contexto socio familiar

Si el agresor no es la pareja, 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 las agresiones por 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.

## X. 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, socio familiar 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<sup>i</sup> y 4) atención ambulatoria para el seguimiento. (Figura 6).

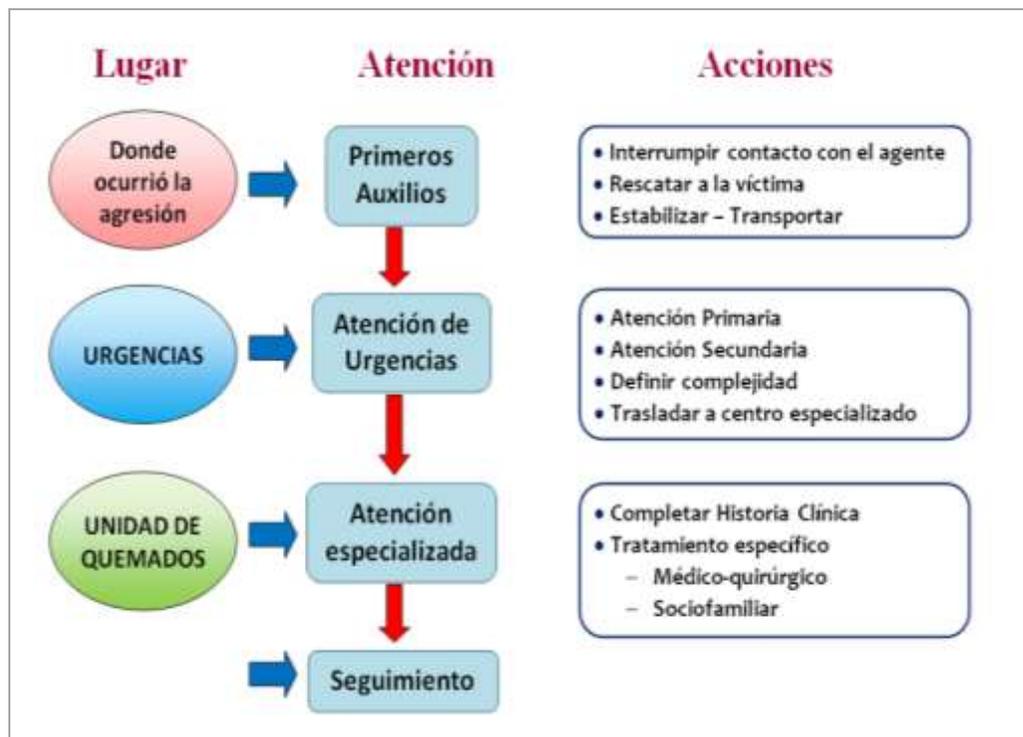


Figura 6- Proceso de atención a víctimas de agresiones por agentes químicos

<sup>i</sup> IPS nivel III 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

## A. LUGAR DE LA AGRESIÓN

La atención en el lugar de la agresión – Primeros Auxilios- está descrita con detalle en la “Guía de manejo inicial para primera o primer respondedor en casos de ataques con agentes químicos” de la Mesa Interinstitucional para la Prevención, Protección, Atención y Restablecimiento de los derechos de las mujeres sobrevivientes de agresiones con agentes químicos.

No obstante, con el fin de garantizar que los equipos de salud conocen los pasos a seguir en el lugar de los hechos, a continuación se presentan de forma esquemática los primeros auxilios médicos y psicológicos.

### 1. Primeros auxilios médicos

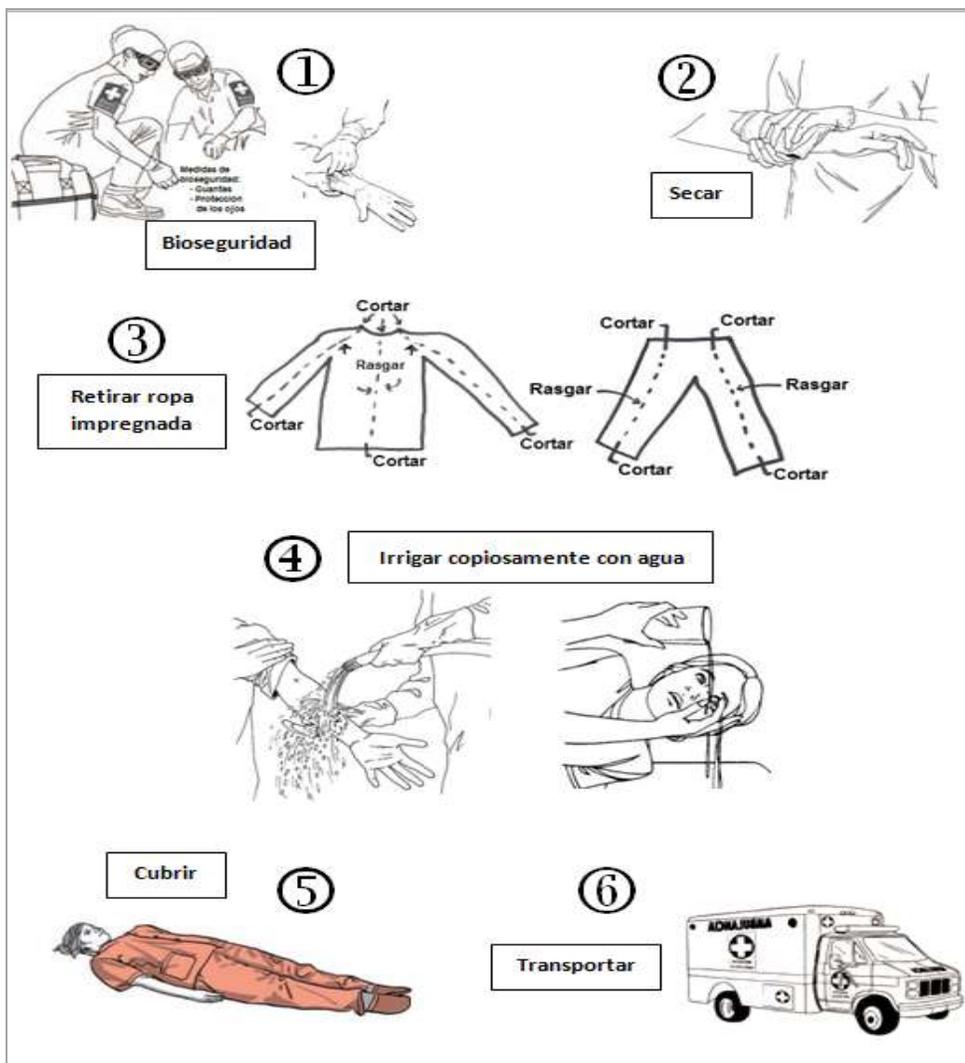


Figura 7- Primeros Auxilios-en Agresiones por Químicos

**PARA REVISAR IMÁGENES CON LA DISEÑADORA**

Tabla 8- Primeros auxilios médicos

PASO	ACCIONES
<b>1</b> <b>Activación sistema de emergencias</b>	<p>Pida a otra persona que active el sistema de emergencias llamando al 123 para dar aviso a Policía, Bomberos y Red de Salud.</p> <p>Si el municipio no tiene habilitado un número de emergencia, avise a la persona a cargo del Centro Regulador de Urgencias para activar el sistema de emergencia con <b>código rojo</b> y le den las indicaciones iniciales de acuerdo a lo establecido a la guía.</p>
<b>2</b> <b>Identificar víctima(s)</b>	<p>Determine quién o quiénes son las víctimas de la agresión. Si son varias, evalúe quién presenta las lesiones más graves y requiere con mayor urgencia la atención.</p>
<b>3</b> <b>Fuente de agua</b>	<p>Compruebe si dispone de una llave y/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.</p> <p>Si no cuenta con un lugar adecuado, exija a la gente que se retire y ubique a la víctima en un lugar limpio.</p> <p>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.</p>
<b>4</b> <b>Presentarse y tranquilizar</b>	<p>Preséntese ante la víctima, diga su nombre y el de la institución a la cual pertenece y exprésele que está para ayudarlo. Actúe con calma. Pregunte a la víctima si sabe quién es el agresor y si éste se encuentra cerca. Prepárese para el evento de que la víctima quiera salir corriendo ya que el dolor, la angustia y el temor pueden impulsarla a hacerlo.</p>
<b>5</b> <b>Protegerse</b>	<p>Tome las medidas de precaución necesarias para su protección. Póngase guantes de nitrilo, bata y gafas. No toque ninguna superficie o el cuerpo de la víctima sin protección. Si dispone de cinta de pH tome un segmento, aplíquelo en una de las zonas donde cayó el agente químico y mientras otra persona identifica el pH por el color obtenido, pase al siguiente paso.</p>
<b>6</b> <b>Secar</b> (si es posible)	<p>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.</p>
<b>7</b> <b>Retirar ropa</b>	<p>Corte con tijeras y retire la ropa contaminada con el químico para evitar que la quemadura siga propagándose. (Ver paso 11, respetando cadena de custodia).</p> <p>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.</p>
<b>8</b> <b>Irrigar y lavar</b>	<p>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.</p> <p>Si es posible, aplique jabón (Clorhexidina en solución acuosa al 0.2%, syndet<sup>i</sup> o jabón líquido de tocador) deje 20 minutos y lave con abundante agua sin frotar.</p> <p>Procure que el agua esté ligeramente tibia, para evitar la hipotermia.</p> <p>Tenga cuidado de no involucrar las áreas sanas. Las quemaduras poco extensas</p>

<sup>i</sup> 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.

PASO	ACCIONES
	<p>pueden ser lavadas durante más de 2 horas sin riesgo de producir hipotermia<sup>37</sup>. Debe continuarse el lavado hasta que disminuya el dolor.</p> <p>No sumerja en tinas, piletas, piscinas ya que el químico se disuelve en el agua y puede seguir quemando otras partes del cuerpo.</p>
<b>9</b> <b>Lavado ocular</b>	<p>Si la víctima tiene compromiso de los párpados y/o del ojo, inicie prioritariamente el lavado del ojo idealmente con lactato de Ringer (solución isotónica) sin retrasar el lavado de las otras áreas (lavado simultáneo). La irrigación debe hacerse mínimo por 30 minutos, o hasta que el pH se neutralice. Mida con un fragmento de cinta de pH cada 30 minutos para evaluar en forma precisa la efectividad de la irrigación. En ocasiones es necesario mantener una irrigación hasta por dos horas para lograr que se neutralice el pH ocular.</p>
<b>10</b> <b>Cubrir</b>	<p>Cubra a la víctima con una bata cuando haya finalizado el lavado continuo o cuando llegue la ambulancia para transportar la víctima al centro de atención médica. No deje a la víctima desnuda.</p>
<b>11</b> <b>Embalaje de ropa</b>	<p>No olvide embalar adecuadamente la ropa de la víctima que esté contaminada, (necesaria para el análisis por parte del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses) e iniciar el protocolo de cadena de custodia acorde con lo contenido en la Resolución No. 0-6394 del 22 de Diciembre de 2.004: “Por la cual se adopta el Manual Único para el Sistema de Cadena de Custodia”.</p> <p>Se debe embalar de la siguiente forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rotular la bolsa con el nombre de la víctima, número de identificación, fecha, hora y nombre del funcionario que embala.</li> <li>• Entregar el paquete a la Policía Judicial.</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuando finalice el lavado, haga el embalaje adecuado de la ropa impregnada con la sustancia química, pues es una evidencia necesaria para el proceso Judicial y deben cumplirse los lineamientos descritos en el Manual de cadena de custodia.</li> </ol> <p>El manejo de las prendas impregnadas con la sustancia empleada en el evento violento se hace de la siguiente manera:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <u>Obtenga un fragmento patrón:</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. 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.</li> <li>1.2. Seque el fragmento en caso que se encuentre húmedo.</li> <li>1.3. Empaque el fragmento en papel tipo kraft. Nunca utilice papel que contenga impresiones.</li> <li>1.4. Embale el empaque en una bolsa plástica, preferiblemente de color transparente.</li> <li>1.5. Selle la bolsa con cinta de seguridad u otro medio que brinde seguridad al embalaje y su contenido.</li> <li>1.6. Rotule indicando claramente que se trata del “<i>Fragmento Control</i>”.</li> </ol> </li> <li>2) <u>Obtenga el material para análisis.</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.7. Seque el resto de la prenda en caso de que se encuentre húmeda.</li> </ol> </li> </ol>

PASO	ACCIONES
	<p>1.8. Empaque el resto de la prenda en papel tipo kraft. Nunca utilice papel que contenga impresiones.</p> <p>1.9. Embale el empaque en una bolsa plástica, preferiblemente de color transparente.</p> <p>1.10. Selle la bolsa con cinta de seguridad u otro medio que brinde seguridad al embalaje y su contenido.</p> <p>1.11. Rotular el EMP (elemento material probatorio).</p> <p>1.12. Genere y diligencie el registro de cadena de custodia.</p> <p>1.13. 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 empleada.</p> <p>Si en la escena o en desarrollo de la investigación se recupera el recipiente en el que se encontraba la sustancia utilizada en el evento, se debe embalar y rotular siguiendo los lineamientos establecidos en el Manual de Cadena de Custodia<sup>i</sup> para embalaje de evidencias líquidas y entregar al funcionario de la Policía Judicial este EMP, quien lo debe remitir de inmediato al Laboratorio de Evidencia Traza del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.</p>
<p><b>12</b> <b>Traslado</b></p>	<p>Traslado inmediato a un servicio de urgencias.</p> <p><u>Si está en Bogotá, Cali, Medellín o una ciudad que cuente con unidad de quemados,</u> realizar el traslado inmediato a esa institución aun cuando en existan otras instituciones de salud cercanas al lugar de la agresión.</p> <p><u>En otras partes del país,</u> llevar a la víctima al hospital de mayor complejidad para que reciba la atención inicial de urgencias.</p> <p>En la ambulancia se debe aplicar sobre las lesiones gasas humedecidas en lactato Ringer cambiándolas cada vez que se sequen.</p>

Tenga en cuenta:

- **Cuando el agente químico no es líquido:** aunque las agresiones 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 induzca el vómito, no le de agua ni ninguna otra bebida. Puede realizar el lavado dentro de la boca, haciendo buches con jabón y agua, indicándole que no se lo trague. Repita este procedimiento por 20 minutos.

<sup>i</sup> Disponible en la siguiente dirección electrónica: <http://www.fiscalia.gov.co/colombia/wp-content/uploads/2012/01/manualcadena2.pdf>

- **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, paso a paso, lo que debe realizar: 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	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ NO se contamine con el químico. Evite ser una segunda víctima.</li> <li>▪ NO sumerja a la víctima en agua (piletas, tanques o recipientes llenos de agua), pues la sustancia se puede mezclar y continuar quemando.</li> <li>▪ NO utilice jabones con blanqueador.</li> <li>▪ NO utilice soluciones diferentes al agua como: leche, sábila, yogurt, huevos, vinagre, alcohol, bicarbonato de sodio.</li> <li>▪ NO ponga papa, café, cebolla, miel, mantequilla, aceite vegetal o aceite de oliva ni de cocina, vaselina, ni NINGÚN otro remedio casero.</li> <li>▪ NO utilice hielo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ NO frote o “refriegue” la herida.</li> <li>▪ NO permita que la víctima se frote los párpados.</li> <li>▪ NO suministre ningún medicamento, ni cremas como sulfaplata, ni proporcione alimentos o bebidas.</li> <li>▪ NO toque ni reviente las ampollas.</li> <li>▪ NO utilice agua sucia.</li> <li>▪ NO arranque la prendas de vestir.</li> <li>▪ NO olvide retirar todos los accesorios que esté utilizando la víctima: collares, reloj, anillos, pulseras, etc.</li> <li>▪ NO se altere ni exprese la gravedad de la lesión ante la víctima.</li> </ul>



## 2. Primeros auxilios psicológicos

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 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 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 qué 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**

### NO SE DEBE HACER

- NO subestime su situación y dolor (*“no*
- NO comente con otras personas la historia

**NO SE DEBE HACER**

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

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

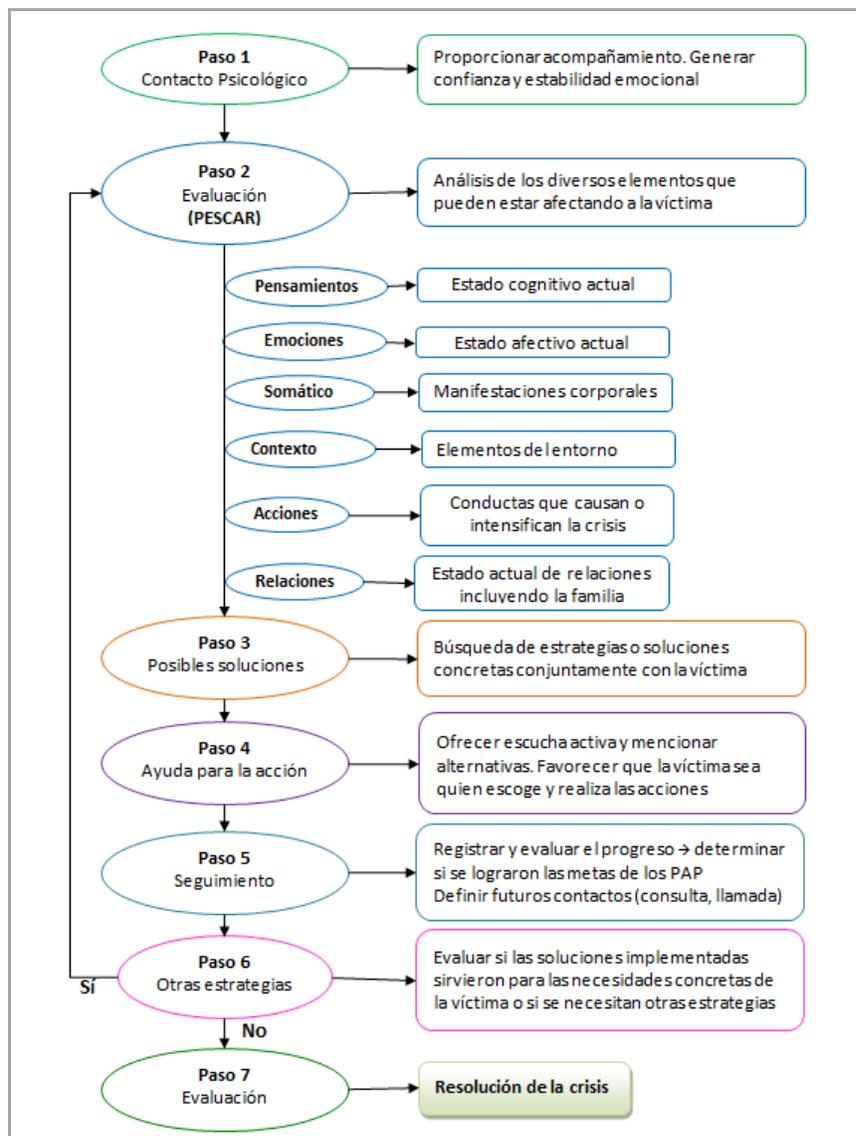


Figura 8- Primeros auxilios psicológicos

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.

## B. 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.

### 1. Triage



Las víctimas de agresiones por 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.

### 2. Evaluación inicial

Al llegar a urgencias, toda víctima de agresión por químicos debe evaluarse rápidamente siguiendo la secuencia ABCDE (términos en inglés).



- Las lesiones en la vía aérea son causa inmediata de amenaza vital aunque rara vez se presenta en agresiones por 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 O<sub>2</sub> a alto flujo<sup>i</sup> 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.



**RESPIRACIÓN**

- 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<sup>ii</sup>) 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.

---

<sup>i</sup> 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.

<sup>ii</sup> 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.

- 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** post quemadura
  - 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, por ser paciente traumatizada 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 las 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

31°C)<sup>22</sup>.

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 y [Anexo 6](#)).

Tabla 9- Derechos de las víctimas de violencias (Ley 1257 de 2008)

Toda víctima de violencia tiene derecho a:	
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

Es deber del equipo de salud asegurarse 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.

### 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.<sup>i</sup> No utilice jabón con yodopovidona.
- **Monitorizar acidez de las áreas quemadas:** debe contarse con tirillas de pH<sup>ii</sup> con el fin de evaluar hasta qué momento se continúa con el lavado (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	
<b>Bioseguridad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Bata</li> <li>✓ Gorro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tapabocas</li> <li>✓ Gafas protectoras</li> </ul>
<b>Baño</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Un (1) Platón en acero inoxidable</li> <li>✓ Una (1) Riñonera</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Una (1) sábana</li> <li>✓ Campos y Bata</li> <li>✓ Apósitos, gasas y compresas</li> </ul>

- **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
<b>Morfina</b>	ampolla por 10 mg	0,05 a 0,1 mg x Kg <u>diluido</u> cada 4 a 6 horas
<b>Meperidina</b>	ampolla por 100 mg	1 mg x kg <u>diluido</u> cada 6 horas.
<b>Tramadol</b>	ampolla por 50 mg	1 mg x kg cada 6 horas.

- **No utilizar antibiótico profiláctico.** Los antibióticos sólo deben administrarse en el centro especializado o unidad de quemados de acuerdo a las manifestaciones clínicas de infección y con base en los resultados de los cultivos y antibiogramas realizados.

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

<sup>ii</sup> 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.

<sup>ii</sup> Se pueden utilizar las tirillas que los laboratorios tienen para evaluar el pH en las muestras de orina.

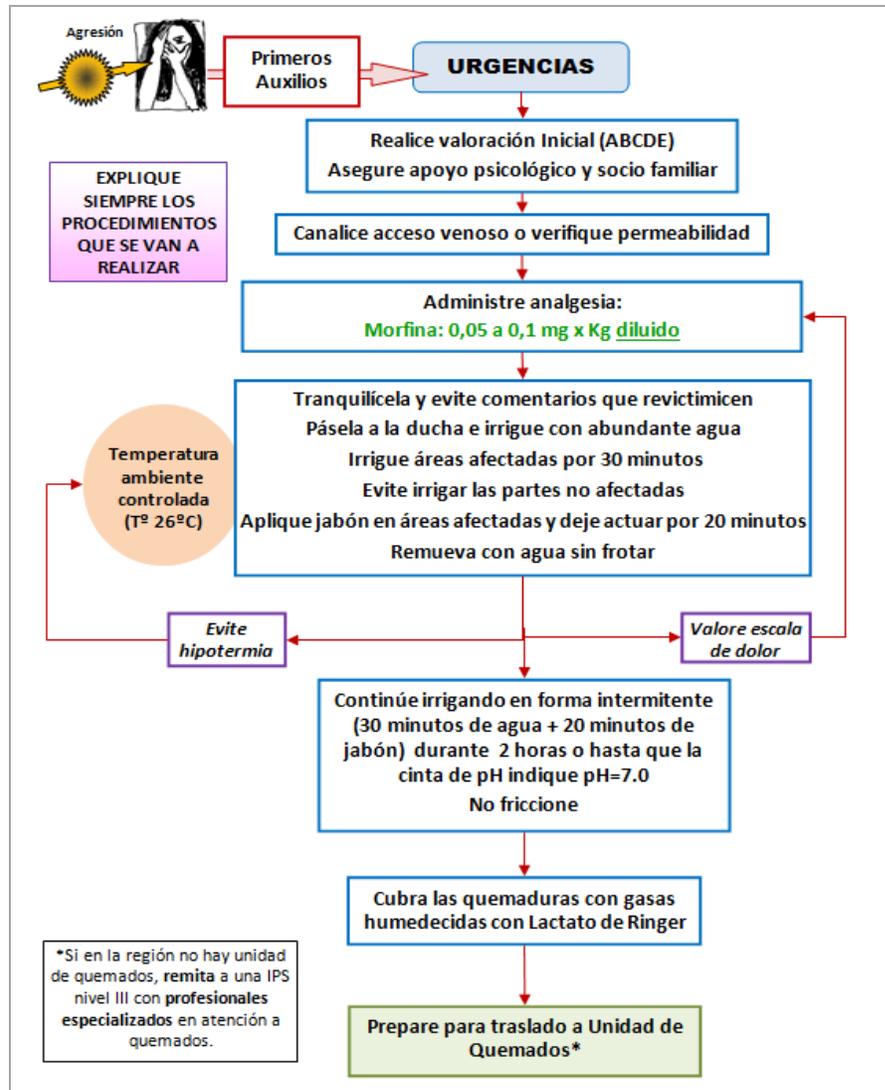


Figura 9- Manejo inicial en servicio de urgencias- Víctima de agresión por agente químico

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

## RECUERDE

El pago de la atención inicial de urgencias está a cargo del asegurador, de acuerdo a lo dispuesto en la **Resolución 5521** de 2.013:

**Artículo 24. Atención de urgencias.** *El Plan Obligatorio de Salud cubre las tecnologías en salud necesarias para la atención de urgencias del paciente, incluyendo la observación, teniendo en cuenta el resultado del Sistema de Selección y Clasificación de Pacientes en Urgencias, "triage", según la normatividad vigente.*

**Artículo 25. Atención inicial de urgencias.** *La cobertura de atención inicial de urgencias es obligatoria y su pago está a cargo de la Entidad Promotora de Salud cuando se trata de sus afiliados, aunque no exista contrato con el prestador de servicios de salud; La prestación oportuna es responsabilidad del prestador de servicios de salud al que el paciente demande el servicio, incluyendo la apropiada remisión cuando no cuente con las tecnologías necesarias para el caso. Incluye cobertura nacional y excluye autorización como requisito, para la atención.*

### 4. Manejo de quemadura en ojos

Las agresiones por agentes químicos suelen dirigirse hacia la cara afectando con frecuencia los ojos (30-50%)<sup>15</sup>.

El manejo ocular debe iniciarse en el lugar de la agresión y continuarse en urgencias mediante irrigación continua con Lactato de Ringer (figura10) por periodos de 30 minutos hasta utilizar 2 litros, evaluando la acidez ocular entre cada irrigación con una cinta de pH. El lavado debe prolongarse por 30 minutos más después que el pH llegue a 7,0 (pH neutro)<sup>38</sup>.



Figura 10- Irrigación ocular

Si la institución cuenta con algún producto del tipo solución acuosa con sales anfóteras<sup>i</sup>, 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<sup>ii</sup> 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

<sup>i</sup> Este tipo de soluciones son utilizadas en muchos países para el primer manejo de lesión ocular con agentes químicos.

<sup>ii</sup> Mesa de expertos realizada el 22 de octubre de 2013.

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%**)<sup>28</sup>. Si no se dispone de éste 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<sup>23</sup>.

Si durante el examen se encuentran partículas extrañas, el especialista deberá removerlas utilizando un hisopo o aplicador con punta de algodón (figura 11).



Figura 11

Está **CONTRAINDICADO** el uso de **fenilefrina** (blanqueadores del ojo) porque aumenta la lesión isquémica de las estructuras profundas.

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.

## 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<sup>22</sup>.

El **grado de la quemadura** se determina utilizando los criterios descritos en la tabla 12 y en la figura 12.

Tabla 12- Clasificación de la profundidad de la quemadura

Grado	Profundidad	Hallazgos	
I	Epidermis	- Eritema - Sequedad	- Dolor - Edema
II	Epidermis y parte de la dermis	- Eritema - Edema - Ampollas	- Dolor - Pérdida de piel - Sensibilidad al aire
III	Epidermis y dermis. Nervios, músculos y hueso	- Blanco o carbonizado - Grasa expuesta	- Edema - Indolora

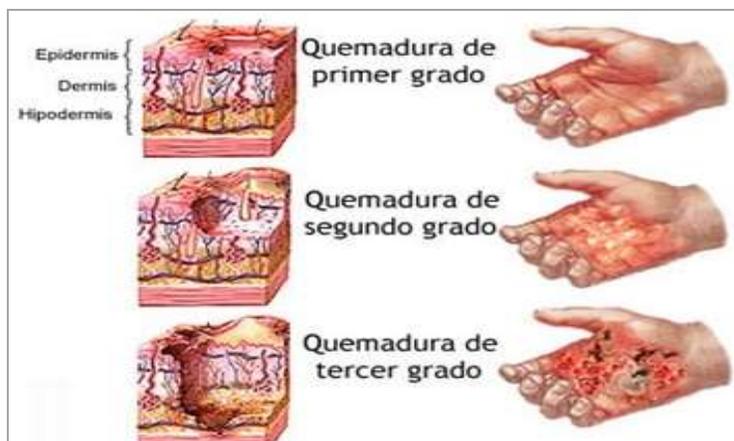


Figura 12 - Clasificación de las quemaduras por su grado

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 13)

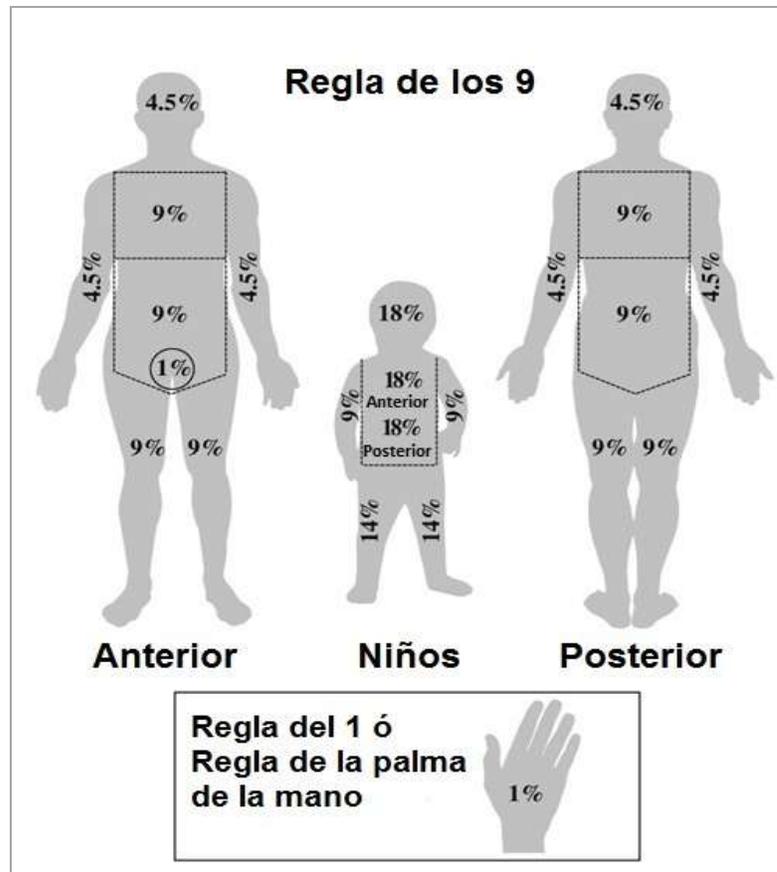


Figura 13- Cálculo de la superficie corporal quemada

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).

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

Patrón	Descripción
<b>Continuo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Una o varias áreas corporales lesionadas en continuidad sin áreas no quemadas entre ellas con líneas verticales que evidencian el escurrimiento del líquido.</li> <li>Se produce cuando se arroja gran cantidad del químico a corta distancia.</li> </ul>
<b>En gotas diseminadas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Múltiples quemaduras pequeñas diseminadas en diferentes áreas.</li> <li>Se produce cuando el químico es arrojado a mayor distancia y sólo salpica.</li> </ul>
<b>Mixto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Combinación de los dos patrones anteriores.</li> <li>Es clásico el compromiso de cara, ojos, cuello y casi siempre región anterior del tórax.</li> </ul>

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).<sup>39, 40</sup>

**Tabla 14- Características de la quemadura según agente químico**

Agente químico	Características de la quemadura
<b>Ácido sulfúrico</b>	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.
<b>Ácido Nítrico</b>	Escara de color amarillo-naranja. Es una quemadura muy profunda
<b>Ácido fórmico</b>	Escara café oscuro

## 6. Apoyo socio familiar

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 re victimizarla.

Es importante tener presente lo que **NO SE DEBE HACER:**

NO SE DEBE HACER	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ NO la regañe (“a ver si deja de llorar que eso no va a quitarle las quemaduras...”).</li> <li>▪ NO cuestione su relato (“pero... ¿usted sí está segura que no hizo algo para merecerse esto?”).</li> <li>▪ NO haga comentarios inoportunos (“la última víctima que atendimos, pobre, quedó tan terrible que por poco se suicida...”).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ NO comente con otras personas la historia de la víctima.</li> <li>▪ NO haga gestos o expresiones que inquieten a la víctima.</li> <li>▪ NO utilice términos peyorativos (“la quemada del 405...”)</li> </ul>

Como tal, la intervención socio familiar 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.

## 7. Reporte al SIVIGILA y al RIPS

Las violencias contra la mujer, intrafamiliar y sexual son eventos de vigilancia y control en salud pública por lo que deben ser reportados obligatoriamente al SIVIGILA. .

Para el caso de las víctimas de agresiones por agentes químicos, la ficha cuenta con un ítem en el segmento “Datos del Hecho” (#13) que permite identificar las agresiones por químicos (Figura 14).

8. Datos del hecho			
<b>8.1 Armas y otros mecanismos utilizados para la agresión</b>			
<input type="radio"/> 1. Ahorcamiento / estrangulamiento / sobacoación	<input type="radio"/> 4. Cortante / cortopunzante / Pícnante	<input type="radio"/> 7. Inmersión / Sumersión	<input type="radio"/> 10. Modestina
<input type="radio"/> 2. Gaijda	<input type="radio"/> 5. Electrocaución y electrohijunación	<input type="radio"/> 8. Intoxicación	<input type="radio"/> 11. Proyecto arma fuego
<input type="radio"/> 3. Contundente / cotocedandiente	<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 sólidos, líquidos o gases
			<input type="radio"/> 15. Otro
<b>8.1.1 Nombre de la sustancias que produjo la intoxicación</b>		<b>8.1.2 ¿Cuál otra arma o mecanismo utilizado?</b>	
<b>8.1.3 Otros mecanismos</b>		<b>8.1.4 ¿Cuál otro mecanismo utilizado para la agresión?</b>	
<input type="radio"/> 1. Insultos	<input type="radio"/> 3. Amenazas		
<input type="radio"/> 2. Humillaciones	<input type="radio"/> 4. Otro		
		<b>8.2 Fecha del hecho (dd/mm/aaaa)</b>	
		[ ] / [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
		<b>8.2.1 Hora del hecho</b>	
		[ ] : [ ] <sup>HH:MM</sup>	
<b>8.2.2 Escenario</b>		<b>8.2.2.1 ¿Cuál otro escenario?</b>	
<input type="radio"/> 1. Via 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		
		<b>8.2.2.2 Dirección del hecho</b>	
<b>8.3 ¿Hecho violento relacionado con el conflicto armado?</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No			

Figura 14- Identificación de Agresiones por Químicos en formato SIVIGILA

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 Departamental, las cuales realizarán la articulación intersectorial para coordinar una atención integral. 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.

T20	QUEMADURA Y CORROSION DE LA CABEZA Y CUELLO	T204	CORROSION DE LA CABEZA Y DEL CUELLO, GRADO NO ESPECIFICADO
		T205	CORROSION DE LA CABEZA Y DEL CUELLO, DE PRIMER GRADO
		T206	CORROSION DE LA CABEZA Y DEL CUELLO, DE SEGUNDO GRADO
		T207	CORROSION DE LA CABEZA Y DEL CUELLO, DE TERCER GRADO
T21	QUEMADURA Y CORROSION DEL TRONCO	T214	CORROSION DEL TRONCO, GRADO NO ESPECIFICADO
		T215	CORROSION DEL TRONCO, DE PRIMER GRADO
		T216	CORROSION DEL TRONCO, DE SEGUNDO GRADO
		T217	CORROSION DEL TRONCO, DE TERCER GRADO
T22	QUEMADURA Y CORROSION DEL HOMBRO Y DEL MIEMBRO SUPERIOR, EXCEPTO DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	T224	CORROSION DEL HOMBRO Y MIEMBRO SUPERIOR, GRADO NO ESPECIFICADO, EXCEPTO DE LA MUÑECA Y DE LA MANO
		T225	CORROSION DEL HOMBRO Y MIEMBRO SUPERIOR, DE PRIMER GRADO, EXCEPTO DE LA MUÑECA Y DE LA MANO
		T226	CORROSION DEL HOMBRO Y MIEMBRO SUPERIOR, DE SEGUNDO GRADO, EXCEPTO DE LA MUÑECA Y DE LA MANO
		T227	CORROSION DEL HOMBRO Y MIEMBRO SUPERIOR, DE TERCER GRADO, EXCEPTO DE LA MUÑECA Y DE LA MANO
T23	QUEMADURA Y CORROSION DE LA MUNECA Y DE LA MANO	T234	CORROSION DE LA MUÑECA Y DE LA MANO, GRADO NO ESPECIFICADO
		T235	CORROSION DE LA MUÑECA Y DE LA MANO, DE PRIMER GRADO
		T236	CORROSION DE LA MUÑECA Y DE LA MANO, DE SEGUNDO GRADO
		T237	CORROSION DE LA MUÑECA Y DE LA MANO, DE TERCER GRADO
T24	QUEMADURA Y CORROSION DE LA	T244	CORROSION DE LA CADERA Y DEL MIEMBRO INFERIOR, GRADO NO ESPECIFICADO, EXCEPTO TOBILLO Y PIE

	CADERA Y MIEMBRO INFERIOR, EXCEPTO TOBILLO Y PIE	T245	CORROSION DE LA CADERA Y DEL MIEMBRO INFERIOR, DE PRIMER GRADO, EXCEPTO TOBILLO Y PIE
		T246	CORROSION DE LA CADERA Y DEL MIEMBRO INFERIOR, DE SEGUNDO GRADO, EXCEPTO TOBILLO Y PIE
		T247	CORROSION DE LA CADERA Y DEL MIEMBRO INFERIOR, DE TERCER GRADO, EXCEPTO TOBILLO Y PIE
T25	QUEMADURA Y CORROSION DEL TOBILLO Y DEL PIE	T254	CORROSION DEL TOBILLO Y DEL PIE, GRADO NO ESPECIFICADO
		T255	CORROSION DEL TOBILLO Y DEL PIE, DE PRIMER GRADO
		T256	CORROSION DEL TOBILLO Y DEL PIE, DE SEGUNDO GRADO
		T257	CORROSION DEL TOBILLO Y DEL PIE, DE TERCER GRADO
T26	QUEMADURA Y CORROSION LIMITADA AL OJO Y SUS ANEXOS	T265	CORROSION DEL PÁRPADO Y ÁREA PERIOCLAR
		T266	CORROSION DE LA CORNEA Y SACO CONJUNTIVAL
		T267	CORROSION CON RUPTURA Y DESTRUCCION RESULTANTES DEL GLOBO OCULAR
		T268	CORROSION DE OTRAS PARTES DEL OJO Y SUS ANEXOS
		T269	CORROSION DEL OJO Y ANEXOS, PARTE NO ESPECIFICADA
T27	QUEMADURA Y CORROSION DE LAS VIAS RESPIRATORIAS	T274	CORROSION DE LA LARINGE Y DE LA TRAQUEA
		T275	CORROSION QUE AFECTA LA LARINGE Y LA TRAQUEA CON EL PULMON
		T276	CORROSION DE OTRAS PARTES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS
		T277	CORROSION DE LAS VIAS RESPIRATORIAS, PARTE NO ESPECIFICADA
T28	QUEMADURA Y CORROSION DE OTROS ORGANOS INTERNOS	T285	CORROSION DE LA BOCA Y DE LA FARINGE
		T286	CORROSION DEL ESOFAGO
		T287	CORROSION DE OTRAS PARTES DEL TUBO DIGESTIVO
		T288	CORROSION DE ORGANOS GENITOURINARIOS INTERNOS
		T289	CORROSION DE OTROS ORGANOS INTERNOS Y DE LOS NO ESPECIFICADOS
T29	QUEMADURA Y CORROSION DE MULTIPLES REGIONES DEL CUERPO	T294	CORROSIONES DE MULTIPLES REGIONES, GRADO NO ESPECIFICADO
		T295	CORROSIONES MULTIPLES, MENCIONADAS COMO DE NO MAS DE PRIMER GRADO
		T296	CORROSIONES MULTIPLES, MENCIONADAS COMO DE NO MAS DE SEGUNDO GRADO
		T297	CORROSIONES MULTIPLES, CON MENCION AL MENOS DE UNA QUEMADURA DE TERCER GRADO
T30	QUEMADURA Y CORROSION, REGION DEL CUERPO NO ESPECIFICADA	T304	CORROSION DE REGION DEL CUERPO Y GRADO NO ESPECIFICADOS
		T305	CORROSION DE PRIMER GRADO, REGION DEL CUERPO NO ESPECIFICADA
		T306	CORROSION DE SEGUNDO GRADO, REGION DEL CUERPO NO ESPECIFICADA
		T307	CORROSION DE TERCER GRADO, REGION DEL CUERPO NO ESPECIFICADA
T32	CORROSIONES CLASIFICADAS SEGUN LA EXTENSION 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

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

<b>VIOLENCIA FÍSICA</b>	
<b>Y080</b>	Agresión por otros medios especificados, ocurrida en una vivienda
<b>Y081</b>	Agresión por otros medios especificados, ocurrida en una institución residencial
<b>Y082</b>	Agresión por otros medios especificados, ocurrida en una escuela, en otra institución, o en un área administrativa pública
<b>Y083</b>	Agresión por otros medios especificados, ocurrida en un área de deporte o atletismo
<b>Y084</b>	Agresión por otros medios especificados, ocurrida en una calle o carretera
<b>Y085</b>	Agresión por otros medios especificados, ocurrida en un comercio o en un área de servicios
<b>Y086</b>	Agresión por otros medios especificados, ocurrida en un área industrial o de la

	construcción
<b>Y087</b>	Agresión por otros medios especificados, ocurrida en una granja (o predio agrícola)
<b>Y088</b>	Agresión por otros medios especificados, ocurrida en otro lugar especificado
<b>Y089</b>	Agresión por otros medios especificados, ocurrida en un lugar no especificado

## 8. 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<sup>i</sup> (EMP) y evidencia física (EF) de la que tenga conocimiento en razón de la atención brindada a las víctimas<sup>41</sup> así como de dar inicio a la cadena de custodia<sup>ii</sup>.

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

- Una vez las prendas estén secas (a temperatura ambiente), envolverlas por separado en papel Kraft.
- Colocar el paquete en una bolsa plástica de color rojo y sellarla.
- 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 ([Anexo 10](#)) puede utilizarlo.
- Llenar el registro de cadena de custodia ([Anexo 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.<sup>iii</sup>

<sup>i</sup> 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.

<sup>ii</sup> 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.

<sup>iii</sup> 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 médico legales 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>

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.

## 9. Articulación intersectorial

Cualquier agresión cometida en contra 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 contra las mujeres.

En este sentido, los funcionarios y funcionarias del sector salud tienen responsabilidades en el restablecimiento de los derechos de las víctimas de violencias de género, 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 a Justicia como a 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 deben identificar en su región:

- **Entidades para garantizar acceso a la justicia:** son competentes para recibir la denuncia las Unidades de la Fiscalía como URI (Unidad de reacción inmediata) y SAU (Sala de atención al usuario) en donde se encuentra los funcionarios de la Policía Judicial, SIJIN, CTI o Policía de vigilancia o Policía de infancia y adolescencia.
- **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 Juzgado de Control de Garantías (Ley 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 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 4912 de 2011 y Ley 1225 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 Juzgado de Control de Garantías (ley 1257 de 2008) o a través del Programa de Protección a víctimas y testigos (Resolución 501 de 2008)

- Así mismo 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 no sólo 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<sup>42</sup> informando a las autoridades cuando tiene conocimiento de la ocurrencia de un delito, sino porque además no hacerlo es un delito sancionado

---

<sup>i</sup> El Código Penal señala: "artículo 417. Abuso de autoridad por omisión de denuncia. El servidor público que teniendo conocimiento de la comisión de una conducta punible cuya averiguación deba adelantarse de oficio, no dé cuenta a la autoridad, incurrirá en multa y pérdida del empleo o cargo público.

con multa y en algunos casos con pena de prisión. En particular, tenga en cuenta que es una obligación del personal de salud dar aviso a las autoridades competentes en los casos destacados en la figura 15.

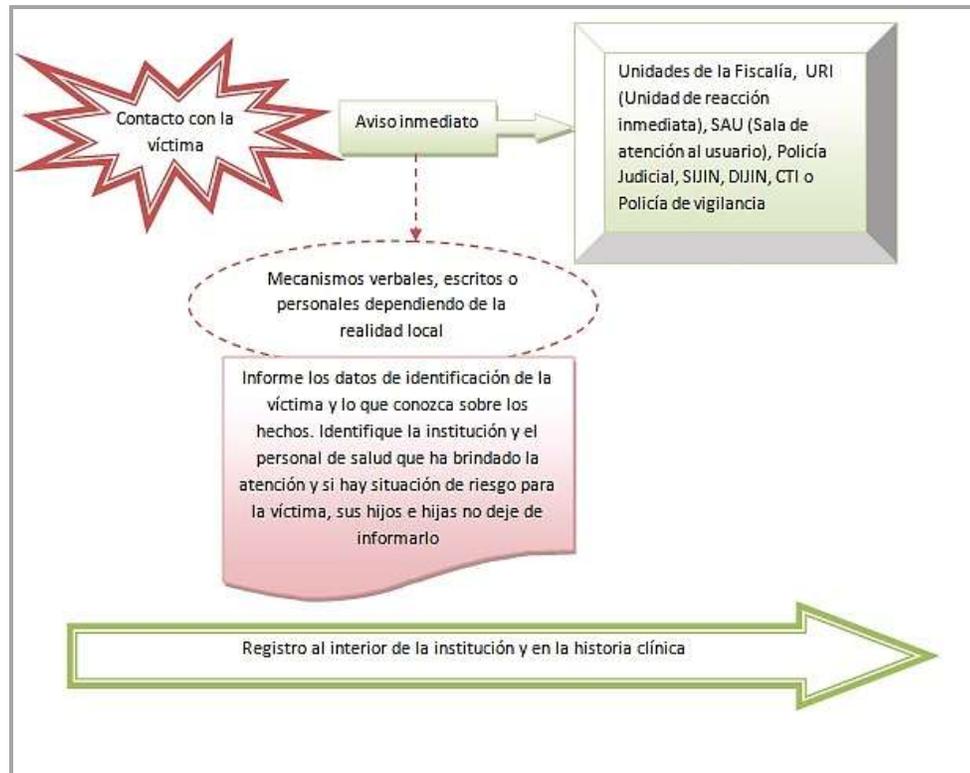


Figura 15- Aviso a las autoridades competentes

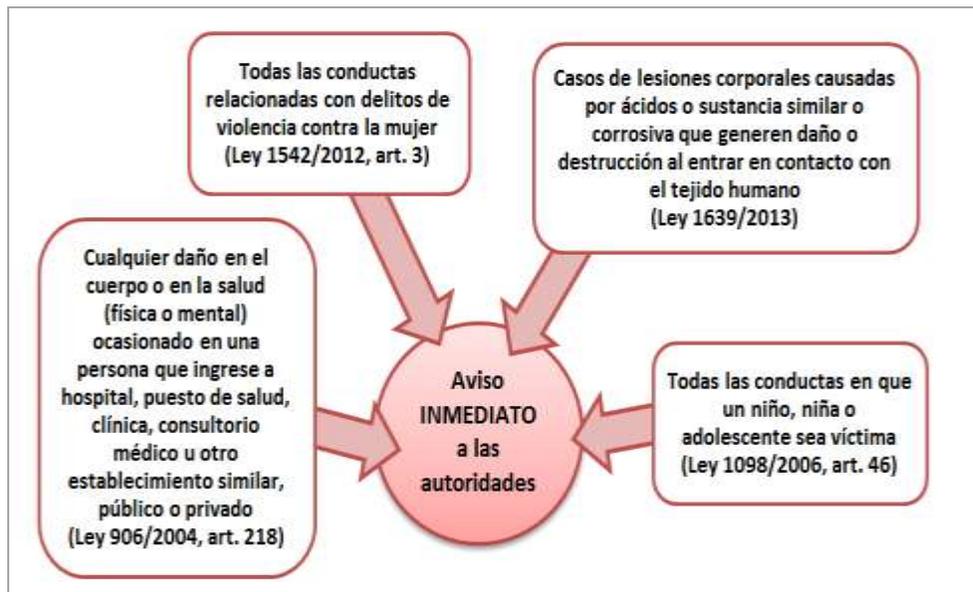


Figura 16- Notificación obligatoria

La pena será de dos (2) a cuatro (4) años de prisión si la conducta punible que se omitiere denunciar sea de las contempladas en el delito de omisión de denuncia de particular. ”

### C. REFERENCIA A UNIDAD DE QUEMADOS

Una vez se realice la atención de urgencias, todas las víctimas de quemaduras químicas deben ser remitidas a la unidad de quemados o a la IPS nivel III 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<sup>i</sup>, el total anual de las víctimas de agresiones por 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 nivel III que cuente con un equipo multidisciplinario con especialistas quirúrgicos (cirugía general o cirugía plástica) formados en la atención de quemados y guías y protocolos de manejo de estos casos.

#### RECUERDE

**Toda quemadura por agentes químicos debe ser evaluada por profesionales especializados ya sea en una unidad de quemados o en una institución de alta complejidad especializada en esta atención**

#### 1. Cómo solicitar la remisión

La referencia es realizada por las Centrales de Referencia de la institución donde está siendo atendida la víctima. Si bien 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. 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 que la víctima no esté afiliada o se desconozca su estado de afiliación

<sup>i</sup> A noviembre 2013 las ciudades con unidad de quemados son: Bogotá, Cali, Medellín, Bucaramanga y Pereira.

se deberá informar a la Dirección Territorial de Salud (DTS) ya que este ente es el responsable del aseguramiento y garantía de la atención de la población pobre, vulnerable sin capacidad de pago y sin afiliación al SGSSS.

El proceso de referencia debe quedar registrado en los formatos correspondientes de la institución de salud 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

## 2. Cuándo hacer el traslado

El traslado se debe realizar únicamente cuando:

- Se haya notificado a la institución receptora y ésta 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.

---

49

## 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:

- 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 carnet 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 (corpograma [Anexo 9](#))
  - ✓ Procedimientos realizados (lavado, analgésicos, recolección de muestras con fines forenses, denuncia, etc.) y hora en que se realizaron.

## 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 controlando 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.

## 5. Aspectos normativos a tener en cuenta para el traslado

Con el fin de evitar demoras en el inicio del manejo especializado de estos pacientes, no se debe posponer su traslado con el argumento de la no autorización de servicios. Recuerde que la normatividad del SGSSS, nos da herramientas para hacer efectivo el derecho a la salud:

- **Resolución 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 3°. 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.** Los servicios de transporte (incluye traslado primario e interinstitucional) debe estar a cargo del asegurador.

- **Sentencia T-760 de 2008** (Corte Constitucional): Dentro de la decisiones adoptadas se encuentran 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 éste haya sido efectivamente asumido por otro prestador.

#### D. UNIDAD DE QUEMADOS<sup>i</sup>

**Toda víctima de agresiones por químicos debe ser valorada por profesionales de salud formados en la atención de estas quemaduras.**

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 ([Anexo 9](#)).
5. Identificación del compromiso ocular y valoración por oftalmología.
6. Evaluación paraclínica que incluye: cuadro hemático, glucometría, pruebas de función renal (BUN, Creatinina, parcial de orina), electrolitos (sodio, potasio, calcio), pruebas de función hepática (transaminasas, bilirrubinas), albumina y gasimetría arterial.
7. Definición del lugar de tratamiento: con base en esta 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 definir lugar de tratamiento**

ATENCIÓN HOSPITALARIA	ATENCIÓN AMBULATORIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quemadura en cara, cuello, manos, pies, genitales y pliegues de flexión (áreas especiales)</li> <li>▪ Signos de toxicidad sistémica</li> <li>▪ Compromiso de vía aérea</li> <li>▪ Quemaduras de espesor parcial profundo o de espesor total (Grado II o Grado III- Tabla 8)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quemadura con patrón de salpicadura, disperso, poco extenso</li> <li>▪ Quemadura GI o GII superficial</li> <li>▪ Sin compromiso de áreas</li> </ul>

<sup>i</sup> Si en la región no hay unidad de quemados, esta atención se puede realizar en una institución de alta complejidad con profesionales especializados en manejo de quemaduras.

ATENCIÓN HOSPITALARIA	ATENCIÓN AMBULATORIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quemadura de patrón continuo</li> <li>▪ Edad en extremos de la vida</li> <li>▪ Comorbilidades</li> <li>▪ Riesgo de una nueva agresión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>especiales</li> <li>▪ Sin compromiso de vía aérea</li> </ul>

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 donde 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° de la misma, que las EPS deben garantizar los insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de curación, y en general los dispositivos médicos y/o quirúrgicos, sin excepción, necesarios e insustituibles para la realización y/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 el mismo acto administrativo

- Realizar los procedimientos e intervenciones necesarias para restituir la fisionomía y funcionalidad de las zonas afectadas (Ley 1639 de 20132). La descripción a **profundidad** de los procesos quirúrgicos no se incluye en este protocolo ya que va más allá de su alcance; **no obstante, conviene que las y los profesionales de salud tengan presente los siguientes elementos:**
  - Se ha demostrado que la escisión tangencial temprana y la cobertura inmediata disminuyen la morbilidad, el tiempo de hospitalización y mejora los resultados estéticos y funcionales.<sup>7,43,44</sup> La escarectomía permite remover el resto del químico que se encuentra en el tejido y evita su absorción sistémica<sup>2222</sup>.
  - El manejo según severidad de la quemadura que más se recomienda es el siguiente:
    - **Quemaduras Grado II superficial:** dermoabrasión mecánica bajo anestesia general en las primeras 48 horas, una vez la víctima se encuentre reanimada e hidratada, desbridando todo el tejido necrótico y continuándola hasta evidenciar un sangrado puntiforme y uniforme en las áreas quemadas. Posterior al procedimiento, realizar curación oclusiva con

apósito sintético o biológico que disminuyen el dolor a la víctima, son fáciles de aplicar y favorecen la epitelización<sup>45</sup>.

- **Quemaduras Grado II profundo y Grado III (de espesor total):** estas quemaduras, al igual que las localizadas en áreas especiales (cara, manos, cuello, pliegues de flexión y genitales) deben ser intervenidas quirúrgicamente tan pronto como sea posible, idealmente entre las primeras 72 horas o en la primera semana si las condiciones generales de la víctima lo permiten mediante escarectomía.<sup>45,46,47</sup> Es importante que durante la primera sesión quirúrgica se procure eliminar todo el tejido necrótico<sup>23</sup>. La escisión debe realizarse en forma tangencial y progresiva hasta identificar tejido sano. Si no existe seguridad de la viabilidad de los tejidos remanentes se debe cubrir la superficie con apósitos biológicos transitorios como, por ejemplo, la membrana amniótica que por su transparencia permite la observación de la lesión, o utilizar homoinjertos de piel de cadáver provenientes del banco de piel<sup>i</sup>. Tan pronto el lecho esté completamente limpio, se debe cubrir en forma definitiva, con autoinjertos o con colgajos.<sup>29,43, 48</sup> Un signo indirecto para asegurarse que ya no hay restos de sustancia química en un tejido que parece clínicamente sano, es la integración de los homoinjertos que se han colocado como apósitos biológicos transitorios. Si los homoinjertos no se integran significa que el lecho no está preparado y se deben colocar otros hasta que se integren.

---

<sup>i</sup> En Colombia existen dos bancos de piel en el país: el Banco de Tejidos Multipropósito del Hospital Universitario San Vicente de Paúl (Medellín), Banco Nacional de Piel de la Secretaría de Salud.

## RECUERDE

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

- **Artículo 39:** establece que el plan obligatorio de salud (POS) cubre los procedimientos reconstructivos con finalidad funcional
- **Artículo 40:** las reintervenciones que sean necesarias conforme a la prescripción del profesional tratante están cubiertas con dos limitantes:
  1. Que el procedimiento inicial o primario haga parte del Plan Obligatorio de Salud.
  2. 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, incluye lo necesario para su realización de tal forma que se cumpla la finalidad del servicio, según lo prescrito por el profesional"*

### 1. Manejo interdisciplinario

El tratamiento integral hospitalario (unidad de quemados o similar) 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 agresiones por agentes químicos en las unidades especializadas.

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 sub especialistas (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 ésta es la mejor opción.

## 2. Manejo por especialista en salud mental

Teniendo en cuenta todas las particularidades emocionales y sociales de la víctima de agresiones por agente químicos (ver impacto emocional y socio familiar), la atención en salud mental debe ser permanente, iniciando en el lugar de la agresión y continuando luego de la primera hospitalización ([Anexo 7](#)).

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 benzodiazepinas y/o algunos antipsicóticos<sup>35,49</sup>
- ✓ 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 re-experimentación 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 re experimentación 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 agresiones por 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.<sup>50,51</sup>

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.

### 3. Atención socio familiar

La atención socio familiar 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 (Tabla 17).

**Tabla 16- Organizaciones que trabajan con víctimas de agresiones por agentes químicos**

Nombre	Teléfono
Fundación Reconstruyendo Rostros	311 59 508 70
Fundación del Quemado	253 12 23 / 643 33 18

#### 4. Rehabilitación física

La rehabilitación de la víctima se inicia en la fase post-aguda, 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 ortesis.

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 ortesis

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

Si la víctima requiere de otra no contemplada, se pueden gestionar haciendo uso de:

1. La decisión de la Corte Constitucional dentro de su **Sentencia T-760 de 2008**:

(i) *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*.

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

## E. 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 3º 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.

### 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 paciente 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.*"

De igual forma cuando los servicios requeridos no estén dentro del plan obligatorio de salud, la Corte Constitucional dentro de su sentencia T760, dentro de las decisiones adoptadas incluye:

(i) **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*.

El mecanismo para autorización de los servicios NO POS, son los (CTC) comités técnico científicos de las EPS, respecto a los cuales la Ley 1438 de 2.011, dispone que deben pronunciarse en un plazo no mayor de dos días calendario desde la solicitud del concepto.

## 2. Seguimiento por salud mental y trabajo social

El seguimiento psicológico individual, de pareja y/o socio familiar, debe ser realizado por un equipo interdisciplinario (salud mental y trabajo social) con experiencia en el manejo de estas víctimas. Como tal, 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 agresiones por químicos, debe brindarse un espacio de catarsis y de elaboración<sup>52</sup>. 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 (ver tabla 17).

Para la atención en salud mental tener en cuenta que **la Resolución 5521 de 2.013**, hace una excepción en estos casos y dispone en sus **Art. 66 y 68**: Que el *“plan obligatorio de salud cubre la atención psicológica y psiquiátrica ambulatoria y con internación para las mujeres víctimas de violencia física, sexual o psicológica, cuando ello sea pertinente a criterio del médico tratante y adicionales a las coberturas establecidas en los artículos 65 y 67.”* Es decir en casos de víctimas de violencia, se incluye hasta 60 psicoterapias (individuales o grupales) al año en paciente ambulatoria o de 180 días de internación para atención hospitalaria. De igual forma hace la salvedad en pacientes desde: Etapa de gestación hasta menores de 6 años (Art. 91 y 93), desde 6 a menores de 14 años (Art. 107 y 108) y desde 14 a menores de 18 años (Art. 122 y 123), *víctimas de violencia física, sexual o psicológica, las coberturas especiales ya referidas y además en el caso en que el trastorno ponga en peligro la vida o la integridad del paciente, sus familiares o la comunidad, la cobertura de internación en salud mental será por el tiempo que consideren los profesionales tratantes.*

### 3. Atención socio familiar

El abordaje socio familiar 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 ellas 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 2.008**, 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. **El Decreto 4796 de 2.011**, en su artículo 7o lo contempla, estableciendo además los criterios para clasificar la situación especial de riesgo.

3. **La Ley 1438 de 2.011**, 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.

4. **El Decreto 2734 de 2.012**, 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.

5. **La resolución 5521 de 2.013**, 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.*

## CONCLUSIONES

El abordaje de las víctimas de agresiones por agentes químicos requiere un trabajo interdisciplinario de largo plazo, que se fundamente en el reconocimiento de estas agresiones como una de las manifestaciones de las violencias basadas en género.

La atención que reciban estas víctimas debe ser lo más pronta posible, idealmente desde el sitio donde ocurrió la agresión y debe incluir tanto el aspecto médico como sociofamiliar.

En las siguientes figuras se consolidan las acciones que se deben realizar desde el punto de vista de la salud física (**Figura 20**) como la mental (**Figura 21**) y la socio familiar (**Figura 22**).

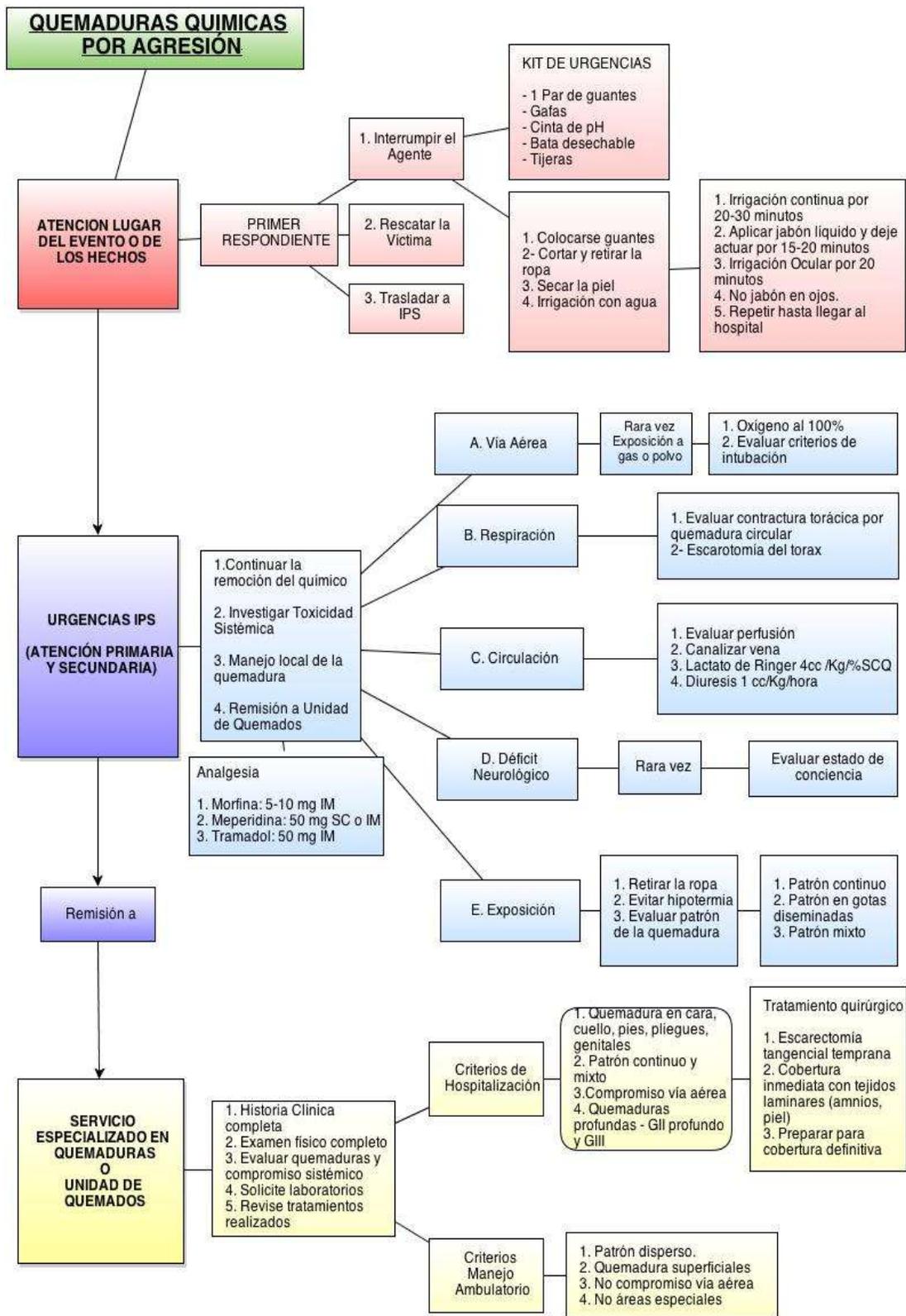


Figura 17- Atención a Víctima de Agresiones por Químicos (Salud Física)

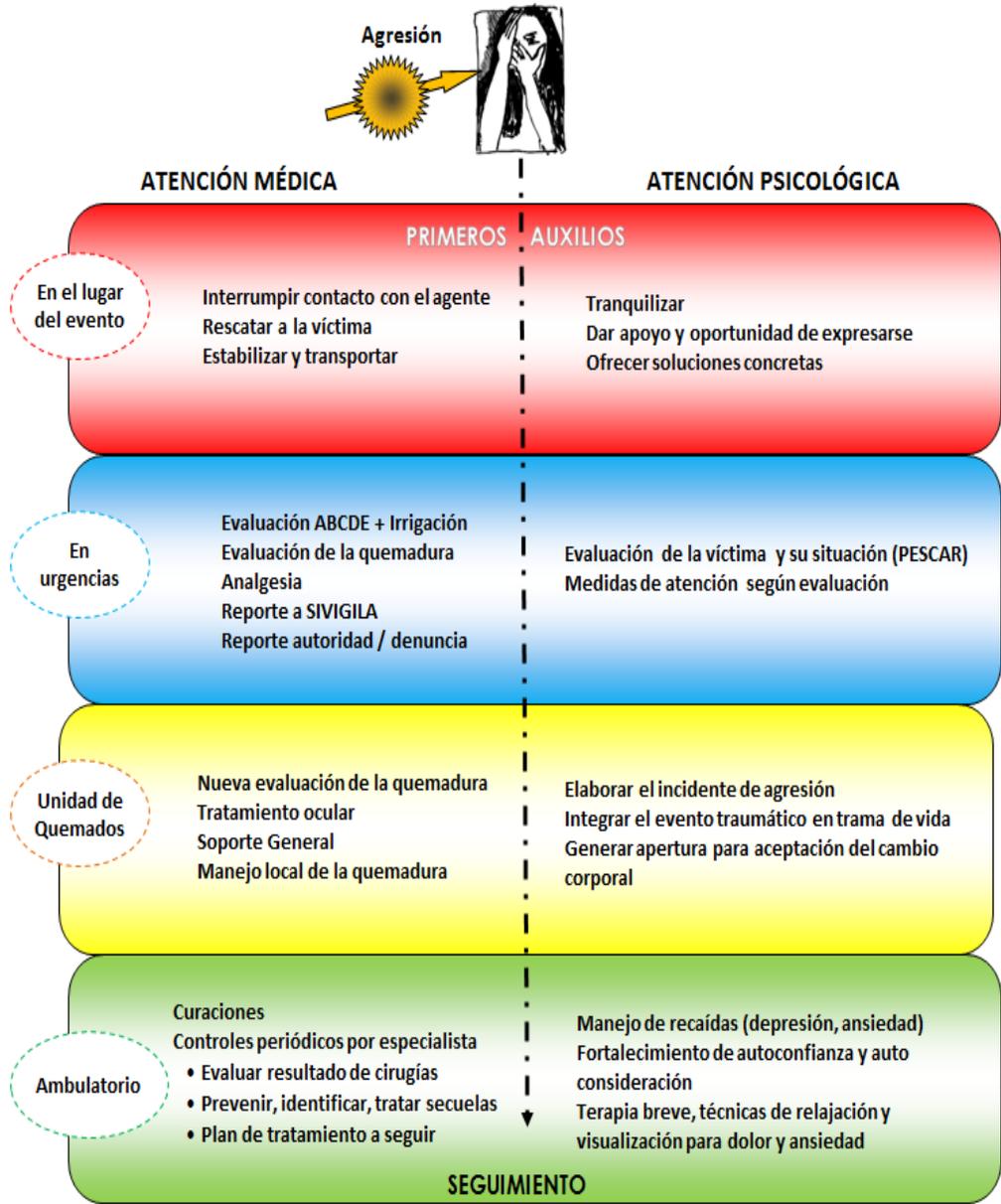
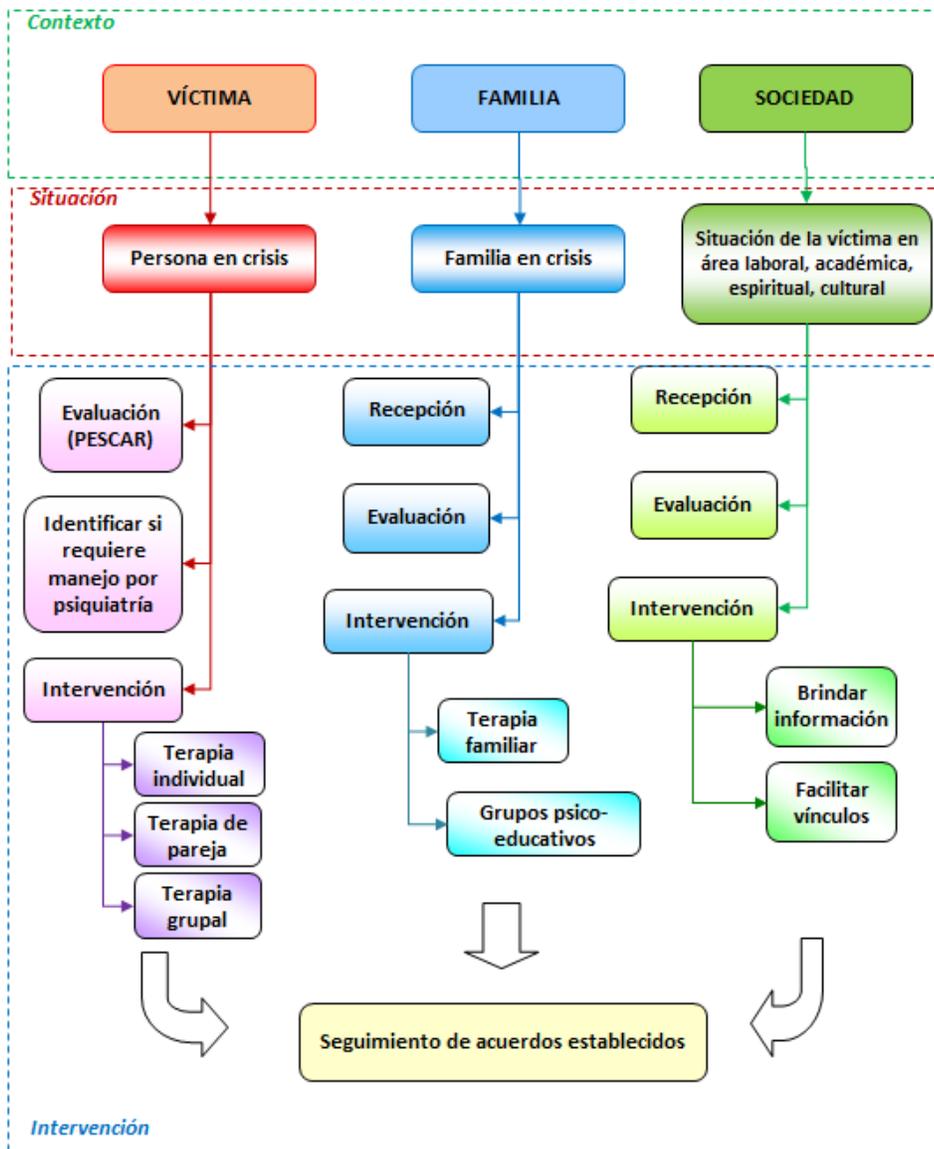


Figura 18- Atención médica y psicológicas según momento

ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y SOCIAL



## Anexos

### ANEXO 1- MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL RELACIONADO CON VIOLENCIAS CONTRA LAS MUJERES (SUBRAYADO FUERA DEL TEXTO ORIGINAL)

Instrumento internacional	Contenido de interés para las agresiones con químicos
<b>Programa de acción de la <i>Segunda Conferencia Mundial sobre la Mujer</i> (Copenhague, 1980)</b>	De acuerdo con las medidas previstas a favor de la mujer se adopta la resolución <i>La Mujer Maltratada y la Violencia en la Familia</i> y se establece como una de las esferas de actuación " <u>la atención a la salud de las mujeres</u> " <sup>53</sup> .
<b>Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Ley 51 de 1981)</b>	Los Estados Partes condenan la <u>discriminación contra la mujer</u> en todas sus formas y convienen en seguir, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, una política encaminada a eliminar tal discriminación
<b>Declaración sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer (adoptada en diciembre de 1993)</b>	Establece que la violencia contra las mujeres constituye una violación de derechos humanos y una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre hombres y mujeres.  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"
<b>Conferencia Mundial de los Derechos Humanos (Viena, junio 1993)</b>	Reconoció que los derechos de la mujer y la niña son parte de los <u>derechos humanos universales</u> e instó a sociedad y Estado a intensificar esfuerzos a favor de su protección y promoción <sup>54</sup> .
<b>Organización Panamericana de la Salud (OPS), Programa Mujer, Salud y Desarrollo (PWD)- 1994</b>	Incorpora como tema prioritario el de la <u>violencia contra la mujer</u> a la que consideran como una causa significativa de la morbilidad femenina
<b>Declaración y Plataforma de Acción de la <i>Cuarta Conferencia Mundial</i></b>	Se identifican 12 principales obstáculos para el adelanto de la mujer <sup>*</sup> , constituyéndose en esferas de preocupación, entre ellas " <u>Mujeres y Salud</u> ".

<sup>\*</sup> 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

Instrumento internacional	Contenido de interés para las agresiones con químicos
<b>sobre la Mujer (Beijing, 1995)</b>	<p>A los 5 años de seguimiento de esta Plataforma, tuvo lugar Beijing +5 (año 2000) en la que se determinaron algunas medidas que los Estado deben adoptar, entre ellas (Punto 69):</p> <p><i>i) Promover el <u>bienestar mental de mujeres y niñas</u>, integrar los servicios de salud mental en los sistemas de <u>atención primaria</u>, elaborar programas de apoyo que tengan en cuenta las cuestiones de género y <u>capacitar a los trabajadores sanitarios</u> 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.</i></p> <p><i>j) Adoptar y promover un <u>enfoque integrado</u> 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 <u>servicios adecuados de atención médica y de servicios sociales básicos</u>.</i></p>
<b>Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém do Pará” (Ley 248 de 1995)</b>	<p>Primer instrumento en la región que reconoce la violencia contras las mujeres como una violación a los derechos humanos y establece la obligación de los Estados de <i>“Suministrar los <u>servicios especializados apropiados</u> para la 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”.</i></p> <p>En el artículo 9 se señala: <i>“Para la adopción de las medidas a que se refiere este capítulo”, establece que “los Estados Partes tendrán especialmente en cuenta <u>la situación de vulnerabilidad</u> 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.”</i></p>
<b>Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura</b>	<p>Define la tortura como <i>“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”.</i></p>

respeto y la protección inadecuada en cuanto a los derechos humanos, la sub-representación 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.

Instrumento internacional	Contenido de interés para las agresiones con químicos
<p><b>Recomendaciones en el Sistema Universal e Interamericano de Derechos Humanos</b></p>	<p><b>Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW):</b></p> <p>La recomendación 19 señala que <i>en virtud del Derecho Internacional y de pactos específicos de derechos humanos, los Estados también pueden ser responsables de actos privados si no adoptan <u>medidas con la diligencia debida para impedir la violación de derechos</u> o para investigar y castigar los actos de violencia y proporcionar indemnización.</i></p> <p>También plantea que::</p> <p><i>“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, <u>los ataques con ácido</u> 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”.</i></p> <p>La Recomendación 24 obliga en su literal k) que <i>“Los Estados Partes establezcan o apoyen servicios destinados a las víctimas de violencia en el hogar, violaciones, violencia sexual y otras formas de <u>violencia contra la mujer</u>, entre ellos refugios, el empleo de trabajadores sanitarios especialmente capacitados, rehabilitación y asesoramiento”.</i></p>

## ANEXO 2- CLASIFICACIÓN DE QUÍMICOS SEGÚN SU ACCIÓN

Tipo	Mecanismo de acción
<b>Ácidos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dadores de protones</li> <li>• Liberan iones de hidrógeno y reducen el pH por debajo de 7</li> <li>• Si <math>\text{pH} &lt; 3 \rightarrow</math> necrosis de coagulación</li> </ul>
<b>Bases (álcalis)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Receptores de protones</li> <li>• Si <math>\text{pH} &gt; 11,5 \rightarrow</math> necrosis de licuefacción</li> </ul>
<b>Soluciones orgánicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disuelven membrana lipídica celular</li> <li>• Producen disrupción de la estructura proteica celular</li> </ul>
<b>Soluciones inorgánicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Daño tisular por unión directa y formación de sales</li> <li>• La lesión se acompaña de exotermia (liberación de calor)</li> </ul>

## ANEXO 3- CLASIFICACIÓN DE ÁCIDOS SEGÚN SU MECANISMO DE LESIÓN

Mecanismo de acción	Efecto	Ejemplos
<b>Oxidación</b>	Añade a la proteína un átomo de oxígeno, sulfuro o un átomo halógeno*	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipoclorito de sodio</li> <li>• Permanganato de potasio</li> <li>• Ácido crómico</li> </ul>
<b>Reducción</b>	Une electrones libres a la proteína Generalmente causa calor: efecto mixto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ácido clorhídrico</li> <li>• Ácido nítrico</li> <li>• Ácido crómico</li> </ul>
<b>Corrosión</b>	Al contacto causa desnaturalización de las proteínas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fenoles</li> <li>• Hipoclorito de sodio</li> <li>• Fósforo blanco</li> </ul>
<b>Veneno protoplasmático</b>	Formación de ésteres con la proteína	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ácido fórmico</li> <li>• Ácido acético</li> </ul>
	Unión o inhibición del calcio u otros iones orgánicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ácido oxálico</li> <li>• Ácido hidrofúrico</li> </ul>
<b>Vesicante</b>	Isquemia y necrosis anóxica en sitio de contacto	Gas mostaza DMSO- Dimetil sulfóxido
<b>Desecante (absorben agua)</b>	Deshidrogenación de los tejidos Producción de calor (reacción exotérmica)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ácido sulfúrico</li> <li>• Ácido muriático</li> </ul>

68

## ANEXO 4- CLASIFICACIÓN DE ÁLCALIS SEGÚN SU MECANISMO DE LESIÓN

Mecanismo de Acción	Características
<b>Saponificación de grasas</b>	Destruye la barrera natural que los lípidos proveen y causan reacciones exotérmicas.
<b>Acción higroscópica</b>	Extracción del agua de las células lesionadas causando daño y muerte celular
<b>Necrosis de licuefacción</b>	Disuelven las proteínas de los tejidos y forman proteinasas alcalinas, formando iones hidroxilo que causan necrosis de licuefacción en los tejidos.

\* hace referencia al flúor, bromo, cloro y yodo los cuales reaccionan con el H<sub>2</sub> para formar los correspondientes hidrácidos

**ANEXO 5: QUÍMICOS FRECUENTEMENTE USADOS EN AGRESIONES**

Frecuencia de uso en eventos de agresión	Nombre	pH	Procedencia	Características clínicas
	<b>Ácido Sulfúrico</b>	ácido	Ácido de Baterías Talleres	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quemadura GIII</li> <li>• Escaras por necrosis de coagulación con formación de trombos en la microvasculatura</li> <li>• Escara blanca → violácea → negra</li> <li>• Escara muy adherida y seca</li> </ul>
	<b>Ácido muriático o hidrocórico</b>	ácido	Producto de limpieza de fachadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quemadura GII profundo</li> <li>• Quemadura GIII</li> <li>• Escara blanca que se torna parda o café oscuro</li> <li>• Si inhalado → edema de vía aérea superior y daño pulmonar</li> </ul>
	<b>Hidróxido de sodio</b>	álcali	Soda cáustica, lejía Supermercados y tiendas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escara superficial (color pardo) blanda, profunda y muy dolorosa.</li> <li>• Quemaduras: GII superficial con presencia de ampollas, GII Profundo, y GIII</li> <li>• Daño severo en ojos y mucosas</li> <li>• Córnea opaca y ulcerada</li> <li>• Alopecia temporal o definitiva</li> </ul>
	<b>Hidróxido de potasio</b>	álcali	Limpiador de hornos Supermercados y tiendas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escara superficial (color pardo), generalmente blanda.</li> <li>• Quemaduras: GII superficial con presencia de ampollas, GII Profundo, y GIII</li> <li>• Daño severo en ojos y mucosas</li> <li>• Córnea opaca y ulcerada</li> </ul>
	<b>Ácido nítrico</b>	ácido	supermercados y almacenes de cadena	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiñe la piel de amarillo</li> <li>• Quemaduras de color amarillo de apariencia superficial que luego se tornan naranja oscuro</li> <li>• Son quemaduras profundas GII profundo y GIII.</li> </ul>
	<b>Ácido fluorhídrico</b>	ácido	supermercados y sitios de venta de productos de aseo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escara blanca</li> <li>• Produce quemadura durante 7 días</li> <li>• Quemadura GIII</li> <li>• Descalcificación ósea local y corrosión ósea.</li> <li>• Hipocalcemia</li> </ul>
	<b>Fenol</b>	ácido	laboratorios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quemadura GII p y GIII,</li> <li>• Intoxicación sistémica</li> <li>• Falla renal</li> </ul>

## ANEXO 6: Derechos de las mujeres víctimas de violencias

LEY 906 DE 2004	LEY 1257 DE 2008
<p><b>ARTÍCULO 11. DERECHOS DE LAS VÍCTIMAS.</b></p> <p>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:</p>	<p><b>ARTÍCULO 8º. DERECHOS DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA.</b> Toda víctima de alguna de las formas de violencia previstas en la presente ley, además de los contemplados en el art. 11 de la Ley 906 de 2004<sup>55</sup> y el art. 15 de la Ley 360 de 1997<sup>56</sup>, tiene derecho a:</p>
<b>Atención integral</b>	
	a) Recibir atención integral a través de servicios con cobertura suficiente, accesible y de la calidad
<b>Dignidad, intimidad, seguridad</b>	
a) A recibir, durante todo el procedimiento, un trato humano y digno	
b) A la protección de su intimidad, a la garantía de su seguridad, y a la de sus familiares y testigos a favor	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
	h) Acceder a los mecanismos de protección y atención para ellas, sus hijos e hijas
	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
<b>Verdad, justicia, reparación y garantía de no repetición</b>	
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 <sup>70</sup> y garantías de no repetición frente a los hechos constitutivos de violencia
<b>Participación</b>	
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 hechos que conforman las circunstancias del injusto del cual han sido víctimas

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

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

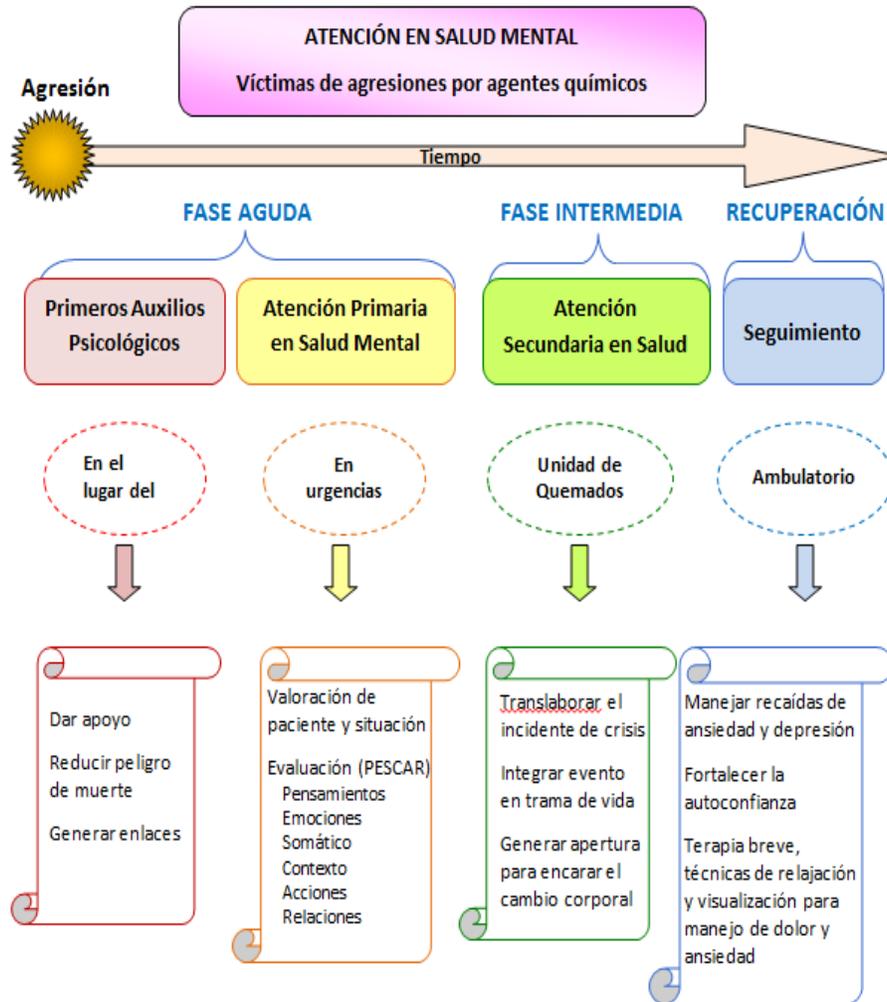
j) La estabilización de su situación conforme a los términos previstos en esta ley

**Traducción e interpretación**

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

Se garantizará a través de los medios necesarios <sup>71</sup> que las mujeres víctimas de violencia con discapacidad, que no sepan leer o escribir, o aquellas que hablen una lengua distinta al español, tengan acceso integral y adecuado a la información sobre los derechos y recursos existentes (artículo 20)

**ANEXO 7: ATENCIÓN EN SALUD MENTAL**



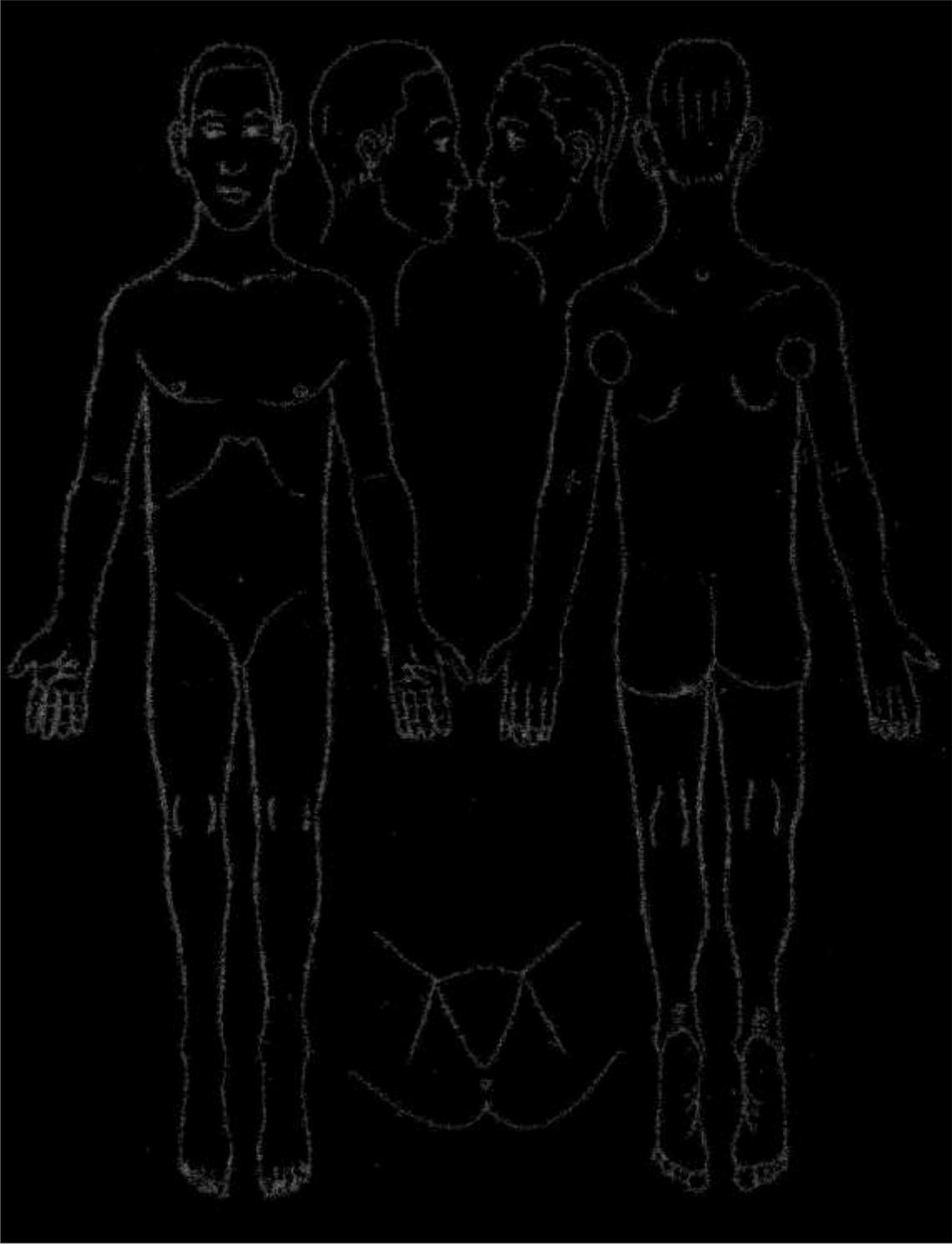
**ANEXO 8: FICHA DE NOTIFICACIÓN DE VIOLENCIAS DE SIVIGILA**

<b>SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA</b> Subsistema de Información SIVIGILA Ficha de notificación		 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD										
<b>Violencia contra la mujer, violencia intrafamiliar y violencia sexual (VCM, VIF, VSX) código INS 875</b>												
La ficha de notificación es para fines de Vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información. LEY 1273/09 y 1266/09												
<b>RELACION CON DATOS BÁSICOS</b>		FOR-R02.0000-053 V:01 AÑO 2014										
A. Nombres y apellidos del paciente		B. Tipo de ID* C. N° de identificación										
		<input style="width: 100%;" type="text"/>										
*TIPO DE ID: 1- RC: REGISTRO CIVIL   2- TI: TARJETA DE IDENTIDAD   3- CC: CÉDULA CIUDADANA   4- CE: CÉDULA EXTRANJERA   5- PA: PASAPORTE   6- MS: MENOR SIN ID   7- AS: ADULTO SIN ID												
<b>5. Modalidad de la violencia</b>												
<input type="radio"/> 1. Violencia física <input type="radio"/> 3. Privación y Negligencia <input type="radio"/> 5. Acoso sexual <input type="radio"/> 7. Explotación sexual comercial de niños niñas y adolescentes <input type="radio"/> 2. Violencia psicológica <input type="radio"/> 4. Abuso sexual <input type="radio"/> 6. Asalto sexual <input type="radio"/> 8. Turismo sexual <input type="radio"/> 10. Tráfico de personas para explotación sexual												
<b>6. Datos de la víctima</b>												
6.1 Escolaridad de la víctima <input type="radio"/> 1. Primaria <input type="radio"/> 2. Secundaria <input type="radio"/> 3. Técnica <input type="radio"/> 4. Universitaria <input type="radio"/> 5. Postgrado <input type="radio"/> 6. Sin escolaridad <input type="radio"/> 7. Analfabeta <input type="radio"/> 8. Sin dato												
6.2 Factor de la víctima que influyó en la ocurrencia del hecho violento												
<input type="radio"/> 1. Actividades sindicales o gremiales <input type="radio"/> 7. Población LGTBI <input type="radio"/> 13. Líderes cívicos <input type="radio"/> 19. Misión médica <input type="radio"/> 25. Mujer cabeza de familia <input type="radio"/> 2. Actividad política <input type="radio"/> 8. Reciclador <input type="radio"/> 14. Religioso (a) <input type="radio"/> 20. Funcionarios (as) judiciales <input type="radio"/> 26. Otro <input type="radio"/> 3. Campesino (a) <input type="radio"/> 9. Consumidor de sustancias psicoactivas <input type="radio"/> 15. Maestro (a) <input type="radio"/> 21. Tribus urbanas <input type="radio"/> 27. Ninguno <input type="radio"/> 4. Persona bajo protección sanitaria <input type="radio"/> 10. Defensor (a) de los derechos humanos <input type="radio"/> 16. Servidor público <input type="radio"/> 22. Trabajador (a) sexual <input type="radio"/> 5. Presunto colaborador (a) grupo ilegal <input type="radio"/> 11. Habitante de calle <input type="radio"/> 17. Fuerza pública <input type="radio"/> 23. Periodista <input type="radio"/> 6. Concejales <input type="radio"/> 12. Desmovilizados (as) y reinseridos (as) <input type="radio"/> 18. Exconvictos <input type="radio"/> 24. Estudiante												
6.2.1 ¿Cual factor de vulnerabilidad?												
6.3 Causas: <input type="radio"/> 1. Delito o supuesto infidelidad <input type="radio"/> 4. Conflicto por los amigos y otras amistades <input type="radio"/> 7. Consumo de otras sustancias psicoactivas <input type="radio"/> 10. Asuntos escolares <input type="radio"/> 2. Asuntos económico o de dinero <input type="radio"/> 5. Conflicto por los familiares <input type="radio"/> 8. Conflicto relacionado relacionado con el trabajo <input type="radio"/> 9. Problemas judiciales o legales <input type="radio"/> 3. Conflictos o divergencia con la crianza de los hijos <input type="radio"/> 6. Consumo de alcohol												
6.4 Antecedente de hecho similar (en los últimos tres meses, que requirió atención médica)		6.5 ¿Presencia de alcohol u otras sustancias en víctima?										
<input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No		<input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No										
<b>7. Datos del agresor</b>												
7.1 Edad aparente del agresor (a)	7.2 Sexo del agresor (a)	7.3 Ocupación del agresor (a)    Código										
Años <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer	<input style="width: 40px;" type="text"/>										
7.4 Escolaridad del agresor (a)	7.5 Parentesco											
<input type="radio"/> 1. Primaria <input type="radio"/> 4. Universitaria <input type="radio"/> 7. Analfabeta <input type="radio"/> 2. Secundaria <input type="radio"/> 5. Postgrado <input type="radio"/> 8. Sin dato <input type="radio"/> 3. Técnica <input type="radio"/> 6. Sin escolaridad	<input type="radio"/> 1. Esposo (a) <input type="radio"/> 5. Ex amante <input type="radio"/> 10. Madrastra <input type="radio"/> 23. Otro 7.5.1 ¿Cual otro? _____ <input type="radio"/> 2. Compañero (a) permanente <input type="radio"/> 6. Padre <input type="radio"/> 11. Tío (a) <input type="radio"/> 16. Madrastra <input type="radio"/> 3. Novio (a) <input type="radio"/> 7. Madre <input type="radio"/> 12. Primo (a) <input type="radio"/> 17. Tío (a) <input type="radio"/> 4. Amante <input type="radio"/> 8. Hijo <input type="radio"/> 13. Cuñado (a) <input type="radio"/> 18. Primo (a) <input type="radio"/> 5. Ex - esposo (a) <input type="radio"/> 9. Encargado (a) del NNA/Adulto mayor <input type="radio"/> 14. Cuñado (a) <input type="radio"/> 19. Suegro (a) <input type="radio"/> 6. Ex - compañero (a) permanente <input type="radio"/> 10. Hermano <input type="radio"/> 15. Suegro (a) <input type="radio"/> 20. Otro familiar civil o consanguíneo 7.5.1.1 ¿Cual otro familiar? _____ <input type="radio"/> 7. Ex - novio (a) <input type="radio"/> 11. Abuelo (a) <input type="radio"/> 21. Otros familiares civiles o consanguíneos 7.5.1.1 ¿Cual otro familiar? _____ <input type="radio"/> 12. Padroastro <input type="radio"/> 22. Sin información											
7.6 Convive con el agresor (a)	7.7 No familiar	7.8 Grupos										
<input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Profesor (a) <input type="radio"/> 4. Compañero (a) de estudio <input type="radio"/> 7. Vecino (a) <input type="radio"/> 10. Otro <input type="radio"/> 2. Amigo (a) <input type="radio"/> 5. Custodio (a) <input type="radio"/> 8. Conocido (a) sin ningún trato <input type="radio"/> 9. Sin información <input type="radio"/> 3. Compañero (a) de trabajo <input type="radio"/> 6. Desconocido (a) <input type="radio"/> 9. Sin información	<input type="radio"/> 1. Ejército <input type="radio"/> 3. Armada <input type="radio"/> 5. Narcotráfico <input type="radio"/> 7. Pandillas y "tribus urbanas" <input type="radio"/> 9. Paramilitar <input type="radio"/> 11. No sabe no responde 7.8.1 ¿Cual otro grupo? _____ <input type="radio"/> 2. Fuerza Aérea <input type="radio"/> 4. Policía <input type="radio"/> 6. Bandidos criminales <input type="radio"/> 8. Religioso <input type="radio"/> 10. Guerrillero <input type="radio"/> 12. Sin información <input type="radio"/> 13. Otro										
7.9 ¿Presencia de alcohol y otras sustancias en agresor(a) ?												
<input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No												
<b>8. Datos del hecho</b>												
8.1 Armas y otros mecanismos utilizados para la agresión												
<input type="radio"/> 1. Ahorcamiento / estrangulamiento / sofocación <input type="radio"/> 4. Cortante / cortapuzante / Punzante <input type="radio"/> 7. Inmersión / Sumersión <input type="radio"/> 10. Mordedura <input type="radio"/> 13. Quemaduras por químicos <input type="radio"/> 2. Cables <input type="radio"/> 5. Electroshock y electrofulguración <input type="radio"/> 8. Intoxicación <input type="radio"/> 11. Proyecto arma fuego <input type="radio"/> 14. Quemadura por sólidos, líquidos o gases <input type="radio"/> 3. Contundente / cortocandente <input type="radio"/> 6. Explosivos <input type="radio"/> 9. Minas antipersona <input type="radio"/> 12. Quemadura por fuego <input type="radio"/> 15. Otro												
8.1.1 Nombre de la sustancias que produjo la intoxicación		8.1.2 ¿Cual 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"/> 4. Otro 8.1.3.1 ¿Cual otro mecanismo utilizado para la agresión? _____ <input type="radio"/> 2. Humillaciones <input type="radio"/> 4. Otro		<input style="width: 40px;" type="text"/> / <input style="width: 40px;" type="text"/> / <input style="width: 40px;" type="text"/>										
8.3 Escenario		8.2.1 Hora del hecho										
<input type="radio"/> 1. Via pública <input type="radio"/> 3. Escuela <input type="radio"/> 5. Sitio de diversión <input type="radio"/> 7. Otro <input type="radio"/> 8.3.1 ¿Cual otro escenario? _____ <input type="radio"/> 2. Casa <input type="radio"/> 4. Lugar de trabajo <input type="radio"/> 6. Deportivo <input type="radio"/> 8.3.2 Dirección del escenario _____		<input style="width: 40px;" type="text"/> - <input style="width: 40px;" type="text"/> HH:MM										
8.4 ¿Hecho violento en el marco del conflicto armado? <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No												
<b>9. ATENCIÓN EN SALUD</b>												
Atención Psicológica	Salud Mental	Profilaxis VIH	Profilaxis Hep B	Otros profilaxis	Anticoncepción de emergencia	Orientación N/E	Cancelación persona	Atención médica	Informe autoridad	Informe policía judicial	Informe fiscalía	Remitido a la autoridad
<input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No
Protección	Recomendación Protección	Trabajo de campo	Informe medida de protección	Otra								
<input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No								

correo:sivigila@ins.gov.co/ins.sivigila@gmail.com

0523446374

**ANEXO 9: DIAGRAMA CORPORAL PARA REGISTRO DE QUEMADURAS (CORPOGRAMA)**







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

FECHA	HORA MILITAR	NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO MATERIA DE PRUEBA O EVIDENCIA FISICA	CEDULA DE CIUDADANIA	ENTIDAD	CALIDAD EN LA QUE ACTUA (Custodio, Perito, Transportador)	PROPOSITO DEL TRASPASO O TRALADO (Entrega Almacén, Almacenamiento, Análisis, Presentación Audiencia, Consulta, Disposición Final)	OBSERVACIONES AL ESTADO EN QUE SE RECIBE EL EMBALAJE O CONTENEDOR DEL ELEMENTO MATERIA DE PRUEBA O EVIDENCIA FISICA	FIRMA
D D   M M   A A A								
D D   M M   A A A								
D D   M M   A A A								
D D   M M   A A A								
D D   M M   A A A								
D D   M M   A A A								
D D   M M   A A A								
D D   M M   A A A								
D D   M M   A A A								

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

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

**NOTA:**

- 1) NUNCA INTERRUMPA 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 ALCANZA PARA DILIGENCIAR LOS REGISTROS DE CONTINUIDAD DE CADENA DE CUSTODIA, SE PUEDE UTILIZAR TANTAS HOJAS ADICIONALES SEAN NECESARIO. DE SER ASI, 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.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- <sup>1</sup> 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.
- <sup>2</sup> Acid Attacks are on the Rise Globally. Exploring Global Health. September 21, 2013. <http://sites.tufts.edu/tughs/2013/09/21/acid-attacks-are-on-the-rise-globally/> (nov 8/2013)
- <sup>3</sup> 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-c843-11e1-9634-0d540e7171\\_story.html?Post-generic=%3Ftid%3Dsm\\_twitter\\_washingtonpost](http://www.washingtonpost.com/world/the_americas/acid-attacks-rising-in-colombia/2012/08/03/e8c85528-c843-11e1-9634-0d540e7171_story.html?Post-generic=%3Ftid%3Dsm_twitter_washingtonpost) (nov 8/2013)
- <sup>4</sup> Burin M., & Meler I. Género y Familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad. Paidós, Buenos Aires. 1998
- <sup>5</sup> 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
- <sup>6</sup> 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
- <sup>7</sup> Faga A, Scevola D, Mezzetti MG, Scevola S. Sulphuric acid burned women in Bangladesh: a social and medical problem. Burns 2000;26:701–9
- <sup>8</sup> 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.
- <sup>9</sup> Manna A, Ghani S, Clarke A, Butler P: Cases of chemical assault worldwide: a literature review. Burns 2007; 33:149-1542001; 22
- <sup>10</sup> Acid Survivors Trust International [en línea] <http://www.acidviolence.org/> (septiembre 2013)
- <sup>11</sup> Cambodian Acid Survivors Charity. Breaking the Silence: Addressing Acid Attacks in Cambodia.2010. Documento disponible en: [http://www.cambodianacidssurvivorscharity.org/docs/breaking\\_the\\_silence.pdf](http://www.cambodianacidssurvivorscharity.org/docs/breaking_the_silence.pdf)
- <sup>12</sup> 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/econom-y-sociedad-temas-29/3536-ataques-con-acido-a-mujeres-icrimenes-por-imitacion-contagiosa.html> (septiembre 2013)
- <sup>13</sup> Guerrero L. Burns Due to Acid Assaults in Bogotá, Colombia. Burns 2013; 39:1018–1023
- <sup>14</sup> 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.
- <sup>15</sup> 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).
- <sup>16</sup> Femicidio.net. Colombia: País con el índice más elevado del mundo en ataques a mujeres con ácido. [En línea] <http://www.femicidio.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.
- <sup>17</sup> Echeburúa, E. Manual de violencia familiar. Siglo veintiuno editores, Madrid. 1998.
- <sup>18</sup> Robson MC, Smith Jr DJ. In: Jurkiewicz, et al., editors. Plastic surgery: principles and practice. St Louis: CV Mosby; 1990. p. 1355–410.
- <sup>19</sup> Sawhney CP, Kaushish R. Acid and alkali: considerations in management. Burns 1989;15:132–4.

- 
- <sup>20</sup> Sandford AP, Herndon DN. Chemical burns. In: Herndon DN, editor. Total Burn Care. 2nd ed., WB Saunders Company; 2002. p. 475–80.
- <sup>21</sup> Dorn TW, Still JM, Law E. Assault by burning a retrospective reviewed with focus on legal outcomes. *Burn Care rehab* 2001;22: 334–6
- <sup>22</sup> Palao R., Monge I., Ruiz M. Barret J.P. Chemical burns: Pathophysiology and treatment. *Burns* 2010; 36:295-304.
- <sup>23</sup> Iribarren O & Gonzalez C. Quemaduras por agentes químicos. *Cuad. cir. (Valdivia)* 2001; 15(1):61-69.
- <sup>24</sup> 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.
- <sup>25</sup> Ho, W. S., Ying, S. Y., Chan, H. H., & Chow, C. M. Assault by burning—a reappraisal. *Burns* 2001; 27(5), 471-474
- <sup>26</sup> Asaria, J., Kobusingye, O. C., Khingi, B. A., Balikuddembe, R., Gomez, M., & Beveridge, M. (2004). Acid burns from personal assault in Uganda. *Burns*, 30(1), 78-81.
- <sup>27</sup> Wagoner, M. D. Chemical injuries of the eye: current concepts in pathophysiology and therapy. *Survey of ophthalmology* 1997; 41(4), 275-313.
- <sup>28</sup> Spector, J., & Fernández, W. G. (2008). Chemical, thermal, and biological ocular exposures. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 26(1), 125-136.
- <sup>29</sup> 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.
- <sup>30</sup> Centro oftalmológico de alta complejidad. Cómo proceder ante una urgencia. [En línea] <http://www.oftalmologia.com.py/urgencias.php> (Octubre 2013)
- <sup>31</sup> 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](http://www.thecjc.org/pdf/benveniste_intervencion.pdf)
- <sup>32</sup> De los Santos, C. E. Guía Básica para el Tratamiento del Paciente Quemado. Editor Alfa y Omega. 2004.
- <sup>33</sup> 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.
- <sup>34</sup> 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%20INTERVENCION%20EN%20CRISIS%20-Lourdes%20Fernandez.pdf>
- <sup>35</sup> Loeyl, V. N. Psychopathology and Psychological Problems in Patients with Burn Scars. *Epidemiology and Management. Am J Clin Dermatol* 2003; 4 (4): 245-272.
- <sup>36</sup> Kübler-Ross E & Kessler D. Sobre el duelo y el dolor. Editorial Luciérnaga. 2006
- <sup>37</sup> 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.
- <sup>38</sup> Wagoner, M. D. Chemical injuries of the eye: current concepts in pathophysiology and therapy. *Survey of ophthalmology* 1997; 41(4), 275-313.
- <sup>39</sup> 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.
- <sup>40</sup> 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.
- <sup>41</sup> Art 255 del Código de Procedimiento Penal (Ley 906 de 2004)
- <sup>42</sup> Constitución Política, art. 95.

- 
- <sup>43</sup> Banco de Piel de distribución nacional. *Burns* 2004; 30: 448–452 y *Burns* 2013 ( en prensa, aceptado el 21 marzo de 2013)
- <sup>44</sup> Forjuoh, S. N. Burns in low-and middle-income countries: a review of available literature on descriptive epidemiology, risk factors, treatment, and prevention. *Burns* 2006; 32(5): 529-537
- <sup>45</sup> Bujang-Safawi, E., Halim, A. S., Khoo, T. L., & Dorai, A. A. (). Dried irradiated human amniotic membrane as a biological dressing for facial burns—A 7-year case series. *Burns* 2010; 36(6): 876-882.
- <sup>46</sup> Young, R. C., Ho, W. S., Ying, S. Y., & Burd, A. Chemical assaults in Hong Kong: a 10-year review. *Burns* 2002, 28(7), 651-653
- <sup>47</sup> Naoum JJ, Roehl KR, Wolf St, Herndon D. The use of homograft compared to topical antimicrobial therapy in the treatment of second-degree burns more than 40% total body surface area. *Burns* 2004; 30(6):548-556
- <sup>48</sup> Li, Y. Y., & Liu, Y. (1993). Analysis of 155 patients with chemical injury: a 5-year experience. *Burns*, 19(6), 516-518.
- <sup>49</sup> Ilechukwu, S.T. Psychiatry of the Medically Ill in the Burn Unit. *The Psychiatric Clinics of North America*. 2002;25(1):129-147
- <sup>50</sup> Loeyl, V. N. Psychopathology and Psychological Problems in Patients with Burn Scars. *Epidemiology and Management*. *Am J Clin Dermatol* 2003; 4 (4): 245-272.
- <sup>51</sup> Ilechukwu, S.T. Psychiatry of the Medically Ill in the Burn Unit. *The Psychiatric Clinics of North America*. 2002;25(1):129-147
- <sup>52</sup> Slaikeu, K.A. *Intervención en crisis*. Manual Moderno. 1984. México
- <sup>53</sup> <http://www.un.org/es/globalissues/women/historia.shtml>
- <sup>54</sup> <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G93/142/36/PDF/G9314236.pdf?OpenElement>
- <sup>55</sup> Ley 906 de 2004- art. 11. [En línea]  
[http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2004/ley\\_0906\\_2004.html#11](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2004/ley_0906_2004.html#11)
- <sup>56</sup> Ley 360 de 1997- art. 15. [En línea]  
[http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1997/ley\\_0360\\_1997.html#15](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1997/ley_0360_1997.html#15)