

La mujer maltratada

En nuestra sociedad, el maltrato a la mujer cada vez está tomando un mayor eco; no obstante, todavía continúa siendo un tabú y son pocas las mujeres que denuncian agresiones psíquicas, físicas o sexuales. La llegada de este tipo de paciente a los servicios de urgencias todavía crea una gran inseguridad en el tratamiento por parte del personal sanitario, por las connotaciones sociales, humanas y jurídicas que conlleva. No obstante, es un tipo de problema que requiere la colaboración concienzuda y meticulosa de todos para que sea erradicado de nuestra sociedad. Una buena actitud en el servicio de urgencias con estas mujeres puede incitarlas a denunciar a sus agresores, identificarlos con muestras biológicas, evitar enfermedades de transmisión sexual y embarazos indeseados, así como disminuir las secuelas psíquicas al verse apoyadas y comprendidas. El diagnóstico de maltrato debe figurar entre los diagnósticos diferenciales de una mujer hiperfrecuentadora de los servicios de urgencias por procesos traumatológicos o agresiones sexuales. Un buen cribado de las posibles víctimas que no se atreven a denunciar, un buen abordaje psicológico y una buena actuación y toma de muestras por parte del personal de urgencias terminará por mejorar las expectativas tanto personales como sanitarias y humanas de estas víctimas.

M.I. Ostabal Artigas e I.M. Lobato García
Servicio de Urgencias. Hospital de la Línea. Cádiz.

En 1993 la Asamblea General de las Naciones Unidas definió la violencia contra la mujer como «todo acto de violencia que tiene como resultado un daño físico, sexual o psicológico, incluyendo dentro de este concepto las amenazas, la coacción o la privación de libertad, tanto si dichos actos ocurren en el medio doméstico como fuera de él».

Por desgracia, y aunque la incidencia real de estos acontecimientos en la actualidad es desconocida, en los servicios de urgencias cada vez es más frecuente la llegada de estas víctimas, ya sea por maltratos físicos, abusos sexuales o malos tratos psíquicos que puedan conducir a intentos autolíticos.

A lo largo del ciclo biológico de la vida de la mujer se pueden dar distintos tipos de agresión sobre su vida, dados con más o menos asiduidad según el lugar donde resida, la cronología histórica y las características socioculturales y económicas en las que se desenvuelve.

En el período prenatal pueden darse abortos selectivos según el sexo, en algunas culturas. Durante la infancia es relativamente más frecuente el infanticidio femenino y el abuso físico y psíquico de las niñas. Durante la adolescencia la violencia contra la mujer se da con mayor asiduidad en situaciones como durante el noviazgo, cuando existe sexo forzado por razones económicas, incesto, abuso sexual en el trabajo, prostitución y pornografía forzada, tráfico de mujeres, violencia conyugal, violación marital, abuso y homicidio, abuso de mujeres discapacitadas o embarazos forzados. Durante la vejez, la mujer se puede ver inducida al suicidio forzado u homicidio por razones económicas, así como abuso físico, psíquico y psicológico.

¿Qué actitud debe tomar el médico que atiende a estas mujeres?

Existen puntos legales de interés para los profesionales sanitarios en los que se exige la implicación del profesional ante estos delitos contra la libertad de la mujer. En la ley de enjuiciamiento criminal, el artículo 262 dice: «Los que por razones de su profesión, cargo y oficio tuvieren noticia de algún delito están obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, Juez

Instructor...». En el código civil, el artículo 576 hace alusión a la obligatoriedad de dar parte judicial ante este tipo de delitos.

Con ello queremos reflejar que no existe sólo una obligación moral, humana y profesional de ayudar a estas víctimas, sino que existe una imposición legal y una obligación de enviar un parte de lesiones al juzgado de guardia cada vez que en nuestro hacer diario nos encontremos con una mujer maltratada. Pero, ante todo, se debe tener el máximo respeto y consideración ante aquellas mujeres que acuden en demanda de asistencia por una agresión física o sexual y, tras atenderla en el menor plazo posible, se debe presentar una denuncia de los hechos en el juzgado de guardia mediante el parte de lesiones.

El parte de lesiones es el documento a través del cual el médico en ejercicio de sus funciones pone en conocimiento de las autoridades competentes este delito, su cumplción debe ser cuidadosa, con letra legible y con la firma identificativa del facultativo que lo expide. Deberá incluir el origen, la naturaleza de las lesiones y su descripción (tabla 1), así como la valoración del estado emocional en que se encuentra la víctima, las pruebas realizadas y el tratamiento que se le ha administrado. También deberá dar un pronóstico supuesto y dejar especificado si la mujer precisó o no el ingreso en el centro. De este parte de lesiones se harán tres copias, de las cuales una se entregará a la víctima, otra será enviada al juzgado correspondiente y la tercera se quedará en el centro hospitalario que atiende a la paciente.

Independientemente de esta parte burocrática, los profesionales que atienden a estas personas deben tener en cuenta tanto los aspectos psíquicos como físicos y terapéuticos que deben llevarse a cabo. Si bien todo paciente debe ser tratado de forma muy personal y con grandes dosis de comprensión, estas mujeres todavía requieren un mayor cuidado al respecto. Se debe animar a la mujer a que hable y relate los hechos sin establecer juicios preconcebidos de la situación.

En todo momento se informará a la víctima de todas las exploraciones que se le vayan a realizar y el motivo por las que se le realizan, pidiéndole su consentimiento para cualquier tipo de exploración.

El ambiente para la exploración será el adecuado, con un habitáculo que garantice su intimidad y, si lo desea,

la exploración será realizada en presencia de una persona que a ella le inspire confianza.

Historia clínica de la paciente

La historia clínica de estas pacientes debe ser especialmente cuidadosa y recoger al menos los siguientes datos.

Datos personales

Se tomará testimonio del nombre y los apellidos de la víctima, número del documento nacional de identidad y teléfono, edad, estado civil y ocupación, así como su dirección completa, y se dejará constancia la identidad de la o las personas que la acompañan.

Anamnesis

El médico no debe actuar como un policía y simplemente debe dejar reflejado lo que la mujer le relate. Siempre con letra legible y en términos comprensibles para cualquier persona, se describirán los siguientes aspectos:

- El tipo de lesión y en caso de agresión sexual los datos hallados en zonas genitales.
- Los utensilios utilizados para la lesión.
- Las circunstancias en que han ocurrido los hechos, así como la hora y el día.
- Las características del agresor y si ha sido identificado por la víctima o no.
- Existencia o ausencia de testigos.
- En caso de agresión sexual, se debe preguntar a la mujer si se ha duchado después del suceso o se ha cambiado de ropa, así como si toma o ha tomado medicamentos.
- Preguntarle si ha presentado denuncia o no.
- Interrogar sobre los antecedentes de maltratos previos con sus fechas y su frecuencia, así como las lesiones que le produjeron y si recibió o no asistencia, y dónde se realizó la misma.
- Denuncias efectuadas.
- Coexistencia de maltratos a terceras personas, hijos, ancianos, etcétera.
- Enfermedades que padece la paciente, así como uso de medicamentos y otros hábitos.

En el caso específico de que el maltrato sea una agresión sexual, se hará incidencia sobre los siguientes datos:

- Fecha de la primera regla y de la última, características de la menstruación y cálculo probable de la ovulación.
- Uso de métodos anticonceptivos.
- Fecha de la última relación sexual.

TABLA 1
Datos para describir una lesión

Naturaleza: contusión, erosión, escoriación
Localización anatómica
Forma
Disposición (diagonal, longitudinal)
Longitud relativa
Aspecto, color (cicatrizado, sangra, costra, etc.)

– Si tiene algún tipo de enfermedad de transmisión sexual o cualquier otra afección, tanto ginecológica como sistémica.

Exploración

La exploración de estas mujeres será tanto psíquica como física. Si en el centro existe un psiquiatra de guardia, la verá antes de que abandone el centro.

La exploración física se hará recabando la siguiente información y siempre pidiendo consentimiento a la paciente para ser explorada. Se valorará el tipo de lesiones que presenta, así como la morfología, el tamaño y los planos anatómicos afectados. Se buscará la existencia de antiguas cicatrices, heridas o lesiones cuyo origen pueda ser anterior al episodio actual, localizando todos estos hallazgos de forma concisa en las distintas zonas anatómicas.

Si se trata de una mujer víctima de agresión sexual, se procederá a la exploración de los genitales, describiendo las lesiones que se encuentren dentro de esta localización así como su ubicación, se valorará si ha habido penetración y cómo ha sido ésta (bucal, anal o vaginal), así como el posible uso de instrumentos extraños y la existencia o ausencia de semen en ropa o cavidades genitales.

Busca de pruebas

Es aconsejable que la toma de muestras se haga en presencia del médico forense, que acudirá al centro una vez se dé el aviso al juzgado de guardia. Si la mujer lo autoriza, es deseable realizar fotografías de todas aquellas lesiones que se detecten.

Para tomar muestras en caso de una agresión sexual, la forma correcta de hacerlo es decir a la paciente que se quite la ropa sobre una sábana limpia y blanca, con la que se envolverá posteriormente; de este modo se evita que se pierdan datos biológicos del agresor, que después servirán para su identificación.

Se guardarán las ropas rotas y manchadas de sustancias biológicas, los pelos que se puedan encontrar adheridos tanto a la víctima como a sus pertenencias. Se realizará un cepillado del vello pubiano y se tomará una muestra del mismo guardando ambas muestras de forma separada. Otras muestras que se debe recoger son los restos hallados en las uñas, el lavado bucal y las tomas del exudado vaginal, anal y/o faríngeo, si es necesario, según el caso. En estas muestras se realizarán los siguientes estudios: cultivo bacteriológico, con aspiración para ver en fresco espermatozoides y con hisopo seco para el estudio del ADN (es importante no meterlo en el frigorífico). También se realizará citología vaginal.

Las muestras se tomarán de la siguiente manera:

– Las uñas: se recortarán durante la exploración general, debiéndose envasar cada una de ellas independientemente de las demás y poniendo en cada envase a qué dedo corresponde y de qué mano es.

– Pelo pubiano: se debe recoger antes de la exploración ginecológica mediante cepillado.

– Orina: para estudiar posibles infecciones y descartar embarazo. La víctima no debe orinar antes de coger las muestras.

– Semen: las muestras de las cavidades bucal, anal y vaginal se tomarán para investigar la presencia de semen, determinar la existencia de espermatozoides y estudiar el ADN para identificar al agresor. Los espermatozoides no suelen estar íntegros transcurridas 12 h, pero la determinación de la fosfatasa ácida es positiva hasta 30 h después. Al igual que la determinación de la glucoproteína de origen prostático.

– El exudado y la citología son necesarios para determinar enfermedades de transmisión sexual.

– La sangre se sacará para determinación de ADN, enfermedades de transmisión sexual y hepatitis B y C.

La Orden 8 de noviembre de 1996 aprueba las normas para la preparación y remisión de muestras objeto de análisis por el Instituto Nacional de Toxicología. En dicha orden se establecen también las formas de etiquetado, preparación y envío de las muestras.

En caso de violación vaginal, la toma de muestras se realizará con un espéculo con suero fisiológico. Dando prioridad a las tomas de muestras para espermatozoides.

En primer lugar, se realizarán tomas vaginales con hisopos secos (dos como mínimo) para esperma, guardándose sus fundas sin conservantes. En segundo lugar, se tomarán al menos dos muestras vaginales con hisopos de algodón estériles en medio de mantenimiento para estudio de enfermedades de transmisión sexual. En tercer lugar, se tomarán al menos otras dos muestras cervicales con hisopos de algodón estériles previa limpieza exterior del cérvix con medio de conservación rotando la torunda durante 10-20 s para detectar enfermedades de transmisión sexual. Por último, se realizará lavado vaginal con suero fisiológico para investigación de esperma. El lavado se realizará con unos 10 ml de suero fisiológico estéril, recogiendo en un tubo estéril que se cerrará herméticamente.

En caso de violación anal, en primer lugar se realizarán dos tomas con torundas en seco para investigación de esperma; en segundo lugar se realizarán otras dos con torundas de algodón estéril en medio de mantenimiento para estudio de enfermedades de transmisión sexual, por último se realizará lavado anal con unos 10 ml de suero fisiológico, que se recogerán en un bote o tubo estéril que se cerrará herméticamente para estudio de esperma.

En caso de violación bucal, se tomarán torundas secas al menos dos de toda la boca, especialmente insistiendo

en la zona de detrás de los incisivos y premolares, para detectar espermatozoides. También se realizarán tomas faríngeas con torundas secas para investigar esperma, y luego tomas faríngeas con dos torundas de algodón estériles y con medio de mantenimiento para estudiar enfermedades de transmisión sexual. Se realizará un lavado bucal con 10 ml de suero fisiológico que se recogerán en un tubo estéril que se cerrará herméticamente para investigar esperma.

Las ropas de la víctima se remitirán también al centro de toxicología. Si las prendas estuvieran húmedas se debe dejar secar y enviarlas en diferentes envoltorios.

Para el estudio del ADN de la víctima se tomará una muestra sanguínea de 5 ml con anticoagulante.

Para el estudio las enfermedades de transmisión sexual, se tomará otra muestra sanguínea de 5-10 ml en viales con anticoagulantes.

Las muestras deben mantenerse en medio refrigerado a 4-8 °C, envasadas independientemente unas de otras, debidamente identificadas y enviadas al laboratorio por el medio más rápido.

Todas las pruebas debidamente guardadas en sobres cerrados e individuales e identificadas con los datos de la mujer, la fecha y la firma del facultativo serán entregadas al médico forense o en su defecto enviadas al juzgado de guardia.

Es importante realizar el test del embarazo, del grupo sanguíneo y el RH, así como serologías de lúes, hepatitis B y VIH, y siempre hay que pedir consentimiento previo a la paciente.

Tratamiento

Ante todo reincidimos en que no hay que olvidar esmerar el trato psicológico que reciba la paciente, si la paciente lo requiere se prescribirán ansiolíticos o hipnóticos, se intentará que la paciente hable cuanto desee para desahogarse, y se la orientará para que posteriormente si lo necesita reciba apoyo de equipos de salud mental.

Se realiza tratamiento preventivo en caso de agresiones sexuales; se intentará sobre todo realizar profilaxis de gonococia, sífilis, tricomonas y clamidias. Se realizará también tratamiento de una posible e indeseada gestación, para lo cual en todos los hospitales debe existir la píldora poscoital, que se debe administrar antes de las 72 h del último coito.

Serán curadas y tratadas adecuadamente todas aquellas lesiones corporales que presente, realizando todos aquellos estudios radiológicos que sean necesarios para descartar o confirmar la existencia de fracturas.

Una vez que ha sucedido el episodio, esta paciente debe ser seguida, aunque ya no en las urgencias del hospital sino derivada a su centro, donde se valorarán los resultados de las pruebas complementarias y se evolucionará

el pronóstico de las lesiones, y además se intentará prevenir, detectar y tratar las posibles secuelas psicológicas que se puedan derivar de este episodio delictivo.

En aquellos casos en que se trate de una agresión sexual el seguimiento de la paciente debe ir orientado también a la detección de posibles infecciones, de este modo, si a los 5 días la mujer presenta marcadores de hepatitis B negativos, se le administrará gammaglobulina anti-HB y vacuna. Al mes del episodio se repetirán cultivos, serología y test de embarazo si no ha habido menstruación, también se administrará la segunda dosis de la vacuna de la hepatitis B en caso de que la paciente no se encontrase previamente inmunizada.

La tercera revisión se realizará a los 6 meses, momento en el que se repetirá la prueba para detectar el VIH y se pedirán marcadores de hepatitis B. Se realizará citología y toma de muestra para descartar papilomavirus y, en los casos en que sea necesario, se administrará la tercera dosis de la vacuna anti-HB.

Otro punto importante cuando un médico atiende a este tipo de víctimas es darle toda la información necesaria y facilitarle todos los medios posibles para que ejerza su derecho a denunciar la agresión ya sea a la Policía, Guardia Civil o al juez, en el caso en que no lo hubiera hecho previamente. Se le entregará también una copia del parte de lesiones.

Las consecuencias a corto, medio y largo plazo del maltrato personal pueden ser muy graves, por lo cual es necesario detectarlas de forma temprana (tabla 2).

Connotaciones medicoforenses que deben ser también conocidas por el médico que se enfrenta a este tipo de delitos

Coito vaginal

Existe una serie de signos que ponen en evidencia la existencia o no de coito en una agresión sexual.

Los signos físicos de coito en una mujer adulta cuya anatomía esta biológicamente desarrollada para ello pueden quedar ocultos; no obstante, se pueden detectar de forma más llamativa en caso de que la mujer sea virgen, el agresor haya actuado con gran violencia o existan desproporciones entre las partes anatómicas, como ocurre cuando la persona violada es una niña.

Si la mujer es virgen, el himen o membrana que se encuentra entre la vulva y el orificio externo de la vagina se romperá, siendo los desgarros diferentes según la morfología del mismo, no obstante se pueden encontrar sangre o distintos desgarros, que deben identificarse y ubicarse en el cuadrante en que se localizan. Los desgarros por coito suelen llegar hasta el borde de inserción del himen, dato que es importante recoger para distinguir si la penetración ha sido peneana o no. Existe un tipo de himen que es el himen complaciente, que es

TABLA 2
Consecuencias del maltrato a la mujer

Enfermedades de transmisión sexual
Dolor pelviano. Desgarros genitales. Infecciones urinarias
Elevada incidencia de homicidios y suicidios
Embarazos no deseados y a edades tempranas
Mutilaciones genitales femeninas
Explotación sexual
Alimentación deficitaria
Vulnerabilidad de la niña cuando está enferma
Menor acceso de la educación en la niña
Fracturas
Incapacidades parciales o totales
Homicidios
Desórdenes psicológicos y psiquiátricos
En la embarazada, bajo peso del recién nacido
y problemas durante el embarazo
Desestructuración del núcleo familiar
Hijos de las víctimas con graves dificultades emocionales
y de conducta

muy elástico y no presenta desgarros ni se rompe con la penetración. Otro dato que se debe tener en cuenta, además del desgarro himeneal, que será diagnóstico de penetración en la mujer que previamente era virgen, son los desgarros en los genitales, que pueden ser internos y externos y que pueden afectar al periné, el espacio vaginorrectal o los fondos de saco vaginales.

También, y como hemos mencionado previamente, se recogerán todas aquellas muestras que puedan contener espermatozoides si ha habido eyaculación, presencia de vellos pubianos del agresor, contagio de enfermedades venéreas o de transmisión sexual y existencia de embarazo.

Coito anal

Al igual que en el caso anterior, los signos más evidentes de su existencia son los desgarros, que dependen sobre todo de la agresividad y de la desproporción anatómica de la víctima y del agresor.

En los primeros días pueden producirse enrojecimientos, erosiones, desgarros y laceraciones locales anorrectales y/o perianales. Los desgarros en el esfínter anal, al igual que a la hora de valorar la vagina se localizarán representando los genitales en el sentido figurado de la esfera de un reloj.

Otros tipos de datos que alertan son la paralización del esfínter anal de forma transitoria, y la presencia de dolor o picores en la zona. Aunque estos hallazgos son relativamente frecuentes, puede existir coito anal sin que deje signos evidentes.

Coito bucal

A diferencia de los anteriores no hay desgarros o signos físicos en la mayoría de los casos, y se debe valorar la

presencia de espermatozoides si ha existido eyaculación, la existencia de pelos pubianos del agresor o el contagio de posibles enfermedades venéreas.

Otra forma de agresión sexual son los tocamientos o frotamientos, cuya identificación puede ser más difícil, en este caso se buscarán zonas de eritema, edema, sangrado, arañazos, hematoma, dilatación del orificio himeneal en niñas, y otros signos.

Existe una serie de premisas que deberían ser enseñadas en todas las campañas que luchan contra estos detestables actos delictivos contra la libertad sexual de las personas y que tratan sobre los mismos, y que son:

- La víctima demandará un reconocimiento en el menor tiempo posible, para que los signos de violencia y agresión sean más evidentes. Hay que tener en cuenta que los espermatozoides no viven más de 72 h en una mujer adulta y generalmente no suelen superar las 24-48 h en la niña.
- La mujer debe acudir a un centro hospitalario que cuente con los servicios ginecológicos, traumatológicos, infecciosos y psiquiátricos que le garanticen una asistencia adecuada.
- El reconocimiento médico debe ser realizado conjuntamente por el médico forense y el médico clínico.
- La víctima no debe cambiarse de ropa ni lavarse antes de la exploración. Tampoco debe beber ni orinar hasta que no se le hayan tomado todas las muestras.
- Ante todo, el personal sanitario que se encuentre en este entorno debe ser extremadamente respetuoso con la víctima.

Prevención, cribado y directrices de trabajo de los profesionales sanitarios

La prevención del maltrato de la mujer está en la educación, la denuncia de los casos, la imposición de leyes más contundentes para los agresores, la independencia económica de la mujer y la protección y el apoyo a la mujer que ya ha sido sometida a estas agresiones, para que no existan efectos negativos sobre ella en su vida privada, familiar y pública futura. No obstante, y dado que son pocas las mujeres que se atreven a denunciar estos hechos, el cribado mediante una serie de preguntas, como se expone en la tabla 3 y el alto índice de sospecha del médico pueden llevar a desenmascarar este problema latente que puede tener consecuencias tan graves como la muerte violenta de la mujer.

El médico que atiende a estas mujeres en las que se sospecha que pueden haber sufrido o sufren este grave problema debe tener la siguiente actitud:

- Perder el miedo a preguntar. Muchas mujeres están esperando encontrar una persona con la cual poder entablar este tipo de conversación.

TABLA 3
Preguntas a realizar para hacer un cribado
de maltratos domésticos

¿Alguna vez ha sido golpeada o maltratada por su compañero?
He visto lesiones como las suyas en mujeres que han sido golpeadas: ¿a usted le ha sucedido esto?
Cuando nos consultan personas con sus síntomas pensamos que tienen problemas en casa: ¿a usted le han estado lastimando de algún modo?
Usted comentó que su compañero bebía o consumía drogas: ¿se pone agresivo en estas ocasiones?

– Crear el ambiente adecuado para que la mujer confíe en nosotros; no debemos tener prejuicios. Se debe dejar bien claro a la mujer que nadie se merece que le golpeen o violen y que el único culpable de estos delitos es el agresor, nunca la víctima.

Hay señales de alerta que pueden hacer entrever maltratos en el entorno familiar como son:

- Actitudes hipocondríacas sin causa física alguna.
- Estados depresivos, de ansiedad o de angustia.
- Lesiones que no corresponden a la explicación que da la paciente.
- Marido que acude al hospital con la mujer con lesiones y/o fracturas y que se niega a dejarla sola, se muestra muy comprensivo y atento delante del personal sanitario.
- Lesiones físicas durante el embarazo.
- Antecedentes de intentos de suicidio o pensamientos suicidas.
- Demora en demandar asistencia tras las lesiones.
- Demasiadas llegadas al hospital de la paciente por lesiones agresivas.

Infecciones más frecuentes que puede sufrir una mujer sexualmente agredida

Gonococias

Se trata de una enfermedad infectocontagiosa que se transmite por contacto sexual, de la que es responsable *Neisseria gonorrhoeae*, que es un diplococo grampositivo que asienta en la mucosas formadas por epitelio cilíndrico columnar o de transición (uretra, recto, faringe, endocervix). La mayoría de las mujeres infectadas desarrollan síntomas muy discretos e inespecíficos (prurito genital, leucorrea y disuria), aunque un 50% permanece asintomático. En caso de producirse cervicitis gonocócica suele existir una secreción amarillo-verdosa. Si se afecta la uretra aparece disuria, polaquiuria y tenesmo. Otra de las posibles consecuencias de la infección gonocócica puede ser la bartolinitis unilateral a consecuencia de la cervicitis y uretritis, en estas ocasiones la

clínica es llamativa con un absceso doloroso de la glándula. Pero la principal complicación es la infección ascendente que puede ocasionar salpingitis aguda con problemas posteriores de esterilidad y enfermedades inflamatorias pélvicas que engloban endometritis, salpingitis y peritonitis.

En caso de sexo oral, puede causar gonococia faríngea y, en caso de sexo anal, puede aparecer rectitis gonocócica; en este caso aparecerá escozor, prurito anal, tenesmo y defecación dolorosa, así como heces manchadas de sangre y pus.

Si la mujer acude al hospital tras la agresión sexual, el tratamiento profiláctico evitará todos estos problemas, no hay que olvidar que muchas mujeres no acuden demandando asistencia y estas infecciones pueden aparecer.

La gonococia sistémica es un proceso que consiste en artritis y dermatitis y cursa con fiebre alta, escalofríos, poliartritis migratoria y tendosinovitis. Las lesiones cutáneas son precoces y comienzan con máculas eritematosas que se transforman en vesiculopústulas, en la mayoría de los casos se localiza en las palmas y las plantas y en las zonas articulares. Las artritis pueden afectar a una o dos articulaciones preferentemente grandes.

Sífilis o lúes

Se trata de una infección sistémica crónica, cuyo causante es la espiroqueta móvil (*Treponema pallidum*); si no se trata puede crear graves y crónicas consecuencias. La sífilis primaria se caracteriza por la presencia del chancro, que es la primera manifestación junto con adenopatías regionales y la septicemia de treponemas.

El chancro se localiza en el sitio de inoculación y consiste en una ulceración indolora circunscrita de base indurada y de contornos redondeados y con un exudado seroso y limpio que no forma costra. En la mayoría de los casos, los chancros pueden ser múltiples y de localización genital o perigenital, localizándose en la mujer en el cuello uterino. El chancro, al cabo de una semana se sigue de adenopatías regionales bilaterales. Otro síntoma, aparte de la septicemia, es la cefalea. Al cabo de un mes, el chancro desaparece dejando una cicatriz indurada.

La sífilis secundaria cursa con malestar general, anorexia y febrícula nocturna, adenopatías generalizadas y de pequeño tamaño, artralgias y mialgias. Las lesiones cutáneas que aparecen en este período son las sífilides, que son manchas redondeadas de color rojo, simétricas y de predominio en el tórax, el abdomen y las extremidades superiores, y que aparecen a los 3 meses.

La sífilis tardía o período terciario aparece a partir del segundo año y puede producir alteraciones neurológicas, óseas, cardiovasculares, etcétera.

Sida

Es la enfermedad de transmisión sexual más temida. Está provocada por un retrovirus. La paciente infectada se presenta asintomática en un elevado número de casos y cuando se manifiesta la enfermedad suele hacerlo en un 30-60% como síndrome mononucleósico. A lo largo de este proceso agudo pueden producirse inmunodepresiones transitorias capaces de facilitar la aparición de determinadas infecciones oportunistas.

Hepatitis B

Es producida por un enterovirus de la categoría de los hepadnavirus. Puede provocar hepatitis crónica en un 5% de los casos. El período de incubación oscila entre 1 y 6 meses.

Hepatitis C

Puede transmitirse por vía sexual, aunque con menor probabilidad que la hepatitis B, aunque cronifica en un 70% de los casos.

Papilomavirus

Provoca condilomas acuminados que son formaciones verrugosas y vegetantes, de tamaño y coloración varia-

ble, y se localizan sobre la región genital y perigenital. Se trata de una de las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes, y su período de incubación oscila entre 3 semanas y 8 meses. Los cuadros por infección por papilomavirus pueden ser asintomáticos o subclínicos, verrugas genitales, cambios displásicos, carcinoma escamoso *in situ* e invasor de cérvix.

El tratamiento preventivo puede consistir en penicilina o derivados, profilaxis de la hepatitis B y tratamiento con antirretrovirales, así como seguimiento de serologías y muestras microbiológicas seriadas para evitar la infección y sus consecuencias.

Bibliografía recomendada

- Randall M, Star KP. Adapted from improve the health care response to domestic violence: A resource Manual for health provider, producido por The family violence prevention fund, San Francisco en colaboración con la Pennsylvania Coalition Against Domestic Violence, 1995.
- McLeer SV, Anwar R. A study of women presenting in an emergency department. *A J Public Health* 1989;79:65-7.
- Randall M, Haskell L. Sexual violence in women's lives: findings from the women's safety project, a community-based survey. *Violence against women*. March, 1995;631.
- Stark E, Flicraft A. Spouse abuse. In: Rosenburg M, Fenley M, editors. *Violence in America: a public health approach*. New York: Oxford University Press, 1991.