

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



**“SEROCONVERSIÓN DE VIH, SÍFILIS, HEPATITIS B Y C
EN PACIENTES POST ABUSO SEXUAL”**

MARÍA JOSÉ DEL VALLE GONZÁLEZ

Tesis
Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en
Ginecología y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en
Ginecología y Obstetricia
Enero 2017



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.013.2017

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): **María José del Valle González**

Carné Universitario No.: **200417923**

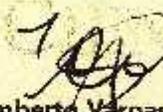
Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Ginecología y Obstetricia**, el trabajo de tesis **SEROCONVERSIÓN DE VIH, SÍFILIS, HEPATITIS B Y C EN PACIENTES POST ABUSO SEXUAL**

Que fue asesorado: **Dr. José Alejandro Andrews Bauer**

Y revisado por: **Dr. Vicente Arnoldo Aguirre Garay MSc.**

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la **ORDEN DE IMPRESIÓN para enero 2017.**

Guatemala, 12 de septiembre de 2016


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.

Director

Escuela de Estudios de Postgrado*


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.

Coordinador General

Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com

Guatemala, 22 de Abril de 2016

Dra. Vivian Karina Linares Leal MSc.
Coordinadora Específica
Escuela de Estudios de Postgrados
Universidad San Carlos de Guatemala
Hospital Roosevelt
Presente

Estimada Doctora Linares:

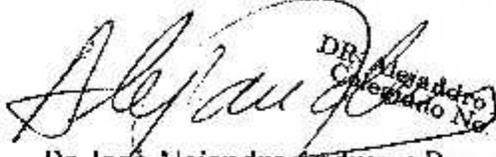
Atentamente me dirijo a usted, deseándole éxitos en sus labores cotidianas, el motivo de la presente es para informarle que he sido **ASESOR** del trabajo de tesis titulado:

"SEROCONVERSIÓN DE VIH, SÍFILIS, HEPATITIS B Y C EN PACIENTES POST ABUSO SEXUAL"

Realizado por la estudiante **MARÍA JOSÉ DEL VALLE GONZÁLEZ**, de la Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el cual ha cumplido con todos los requerimientos para su aval.

Sin otro particular por el momento, me suscribo de usted,

Atentamente,


Dr. José Alejandro Andrews Bauer
Departamento de Ginecología y Obstetricia
Hospital Roosevelt
ASESOR

DR. José Alejandro Andrews
Colegiado No. 13067

Guatemala, 22 de abril de 2016

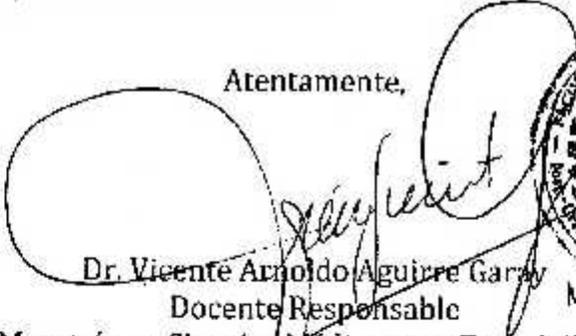
Dra. Vivian Karina Linares Leal MSc.
Coordinadora Especifica
Escuela de Estudios de Postgrados
Universidad San Carlos de Guatemala
Hospital Roosevelt
Presente

Estimada Doctora Linares:

Por este medio le informo que he revisado el trabajo titulado: **"SEROCONVERSIÓN DE VIH, SÍFILIS, HEPATITIS B Y C EN PACIENTES POST ABUSO SEXUAL"** el cual corresponde al estudiante **MARÍA JOSÉ DEL VALLE GONZÁLEZ**, de la Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, por lo que le doy mi aval para continuar con los procesos correspondientes.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,


Dr. Vicente Arnoldo Aguirre Garay
Docente Responsable
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad
En Ginecología y Obstetricia
Hospital Roosevelt
REVISOR



INDICE DE CONTENIDOS

	PÀGINA
RESUMEN	i
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	3
III. OBJETIVOS	27
IV. MATERIALES Y METODOS	28
V. RESULTADOS	39
VI. DISCUSION Y ANALISIS	44
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	47
VIII. ANEXOS	51

INDICE DE TABLAS

	PAGINA
TABLA 1	14
TABLA 2	14
TABLA 3	15
TABLA 4	16

INDICE DE GRAFICAS

	PAGINA
GRAFICA 1	27
GRAFICA 2	29
GRAFICA 3	32
GRAFICA 5	37

RESUMEN

Título: seroconversión de VIH, sífilis, hepatitis b y c en pacientes post abuso sexual. Estudio descriptivo de tipo ambiespectivo que se llevó a cabo en el departamento de Ginecología y Obstetricia y en la Clínica de Enfermedades Infecciosas, durante el periodo comprendido entre marzo 2014 a marzo 2015.

Objetivos: Este estudio tuvo como objetivo determinar la seroconversión de VIH, sífilis y hepatitis B y C así como la tasa de embarazo de las pacientes con seguimiento en la Clínica de Enfermedades Infecciosas por abuso sexual. Para cumplir con este objetivo se realizó un estudio ambiespectivo descriptivo en el cual se incluyó a la muestra del total de población incluida durante el período de estudio que cumplieron con los criterios de inclusión, de mujeres en edad reproductiva que sufrieron abuso sexual y que consultaron a la Emergencia de Maternidad del Hospital Roosevelt y recibieron seguimiento por parte de la Clínica de Enfermedades Infecciosas en el periodo de marzo 2014 a marzo 2015.

Población: Se estudió a las pacientes que sufrieron abuso sexual y que consultaron a la Emergencia de Maternidad del Hospital Roosevelt y recibieron seguimiento por parte de la Clínica de Enfermedades Infecciosas en el periodo de marzo 2014 a marzo 2015.

Resultados: De las 118 pacientes incluidas en el estudio se documentaron las tasas de adherencia al tratamiento profiláctico y al seguimiento por parte de la clínica de, así como la tasa de embarazo y la tasa de infecciones de transmisión sexual posterior al abuso. El mayor grupo de edad registrado fue el grupo de 15 a 19 años (43.6%). La calle y la casa fueron los principales lugares del hecho 41.2% y 39.5% respectivamente. El principal tipo de abuso fue el vaginal en 67 de las pacientes (58.8%). El abusador fue desconocido en 74 de los casos reportados (77.2%). Ninguna de las pacientes resultó positiva para VIH en la prueba basal, únicamente 1 caso positivo para VDRL y 1 caso positivo para sífilis. De 117 pacientes tamizadas para embarazo 10 resultaron con HCGb positiva (8.5%). En 69 casos se logró brindar tratamiento profiláctico con antirretrovirales, debido a que el reporte se presentó dentro de las 72 horas del incidente. Únicamente 8 pacientes completaron el tratamiento establecido, se reportó la mayor tasa de abandono del seguimiento a los 4 meses. Solamente en 7 pacientes se documentó embarazo durante el seguimiento (5.9%).

Palabras claves: Seroconversión, VIH, hepatitis B, hepatitis C, sífilis, embarazo, abuso sexual.

I. INTRODUCCIÓN

Los delitos de índole sexual en una sociedad conservadora como la guatemalteca, son “delitos silenciosos”, debido a que la víctima se siente responsable de haber sido abusada y en la mayor parte de casos por vergüenza decide no denunciar, existiendo un subregistro de todas estas denuncias, abarcando los casos no denunciados, por diversas razones, vergüenza, temor, ignorancia, discriminación, etc.

El Ministerio Nacional de Salud Pública y Asistencia Social unió esfuerzos con la Coordinadora Nacional para la prevención de la Violencia Intrafamiliar y contra las mujeres (CONAPREVI) así como instituciones y organizaciones no gubernamentales, para fortalecer la respuesta de los servicios de salud, brindando un enfoque integral y multidisciplinario de la atención a víctimas de violencia sexual, formulándose así en 2009 el Protocolo de Atención a Víctimas Sobrevivientes de Violencia Sexual.⁷

El apoyo ofrecido por el sector salud es sumamente importante ya que se necesita intención y evaluación de emergencia por especialistas y autoridades encargadas para brindar orientación y profilaxis adecuada contra enfermedades de transmisión sexual y embarazo.

Para lograr esta atención se necesita un nivel mínimo de infraestructura en los servicios reproductivos y básicas, así como la existencia de mecanismos de que aseguren la confidencialidad y protección de las víctimas, así como personal capacitado y sensibilizado.⁴

En el Hospital Roosevelt se lleva a caso el seguimiento de pacientes que consultan por abuso sexual en la emergencia de Ginecología y Obstetricia, posteriormente se refiere a las pacientes a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt, donde se cuenta con personal médico, de psicología, farmacia, trabajo social y personal de laboratorio y enfermería capacitados en el proceso de atención y seguimiento. Dentro del seguimiento de las pacientes se lleva un control estricto para asegurar la adherencia al tratamiento profiláctico. Dentro del periodo comprendido en 2003 hasta 2010 se tiene un registro de 1028 pacientes hombres y mujeres adultos, y en el área de pediatría un total de 45 niños y niñas atendidos en el periodo del 2006 al 2010.⁶

A pesar de los esfuerzos del personal de la Clínica de Enfermedades Infecciosas con la recolección de datos y seguimiento de pacientes no existen estudios que describan la incidencia de seroconversión para enfermedades de transmisión sexual como VIH, sífilis y hepatitis así como de embarazo, para lo que este trabajo se realiza con la finalidad de obtener datos y que ayude a fortalecer estrategias las estrategias necesarias para el seguimiento y tratamiento adecuado de las pacientes.

II. ANTECEDENTES

A continuación se presenta una revisión de investigaciones primarias como el estado del arte sobre el tema.

Un estudio realizado por la Universidad de Western Cape, en Sur África tuvo como objetivo determinar la prevalencia de la infección por el VIH entre los sobrevivientes de asalto sexual que asisten a una institución de salud peri-urbana en KwaZulu-Natal, una provincia de Sudáfrica. Los datos de las historias clínicas de los 534 casos de agresión sexual disponibles que asistieron a la instalación entre 2005 y 2009 se extrajeron y revisaron: 19,7% dio positivo por VIH y la prevalencia del VIH entre los supervivientes durante los 5 años aumentó de 15% en 2005 al 19% en 2009. El monitoreo de sobrevivientes de agresión sexual del VIH ofrece una buena oportunidad para identificar a los que se beneficiarán de la profilaxis del VIH y de las personas infectadas por el VIH que necesitan atención y tratamiento del VIH ¹⁰.

A razón de la escasez de estudios sobre experiencias sexuales forzadas entre los hombres se realizó un estudio realizado por Moore, et. Al, de La Escuela de Ciencias Sociales de la Universidad de Southampton, Ucrania en colaboración con el instituto Guttmacher de Nueva York, para examinar la prevalencia de experiencias sexuales no deseadas en el debut sexual, entre los hombres jóvenes de 12 a 19 años en Burkina Faso, Ghana, Malawi y Uganda. Los datos provienen de encuestas a nivel nacional y entrevistas en profundidad con aproximadamente 50 jóvenes en cada país que se reunieron en torno a 2004. Entre el 4 y el 12% de los jóvenes declaró que fueron forzados en la primera relación sexual, y entre 3 y 6% dijeron que nunca habían experimentado relaciones sexuales no deseadas. Las narrativas de entrevistas en profundidad dan ideas sobre el contexto que rodea experiencias sexuales no deseadas de los hombres. La información a veces contradictoria proporcionada por los encuestados sirven para confundir más que aclarar los contextos en los que se produjeron estas experiencias sexuales no deseadas, lo que demuestra que la coerción de los jóvenes se ve muy diferente a la coerción de las mujeres jóvenes, impulsando a mejorar nuestras medidas de coerción sexual entre los hombres. ¹¹

Para examinar los casos de asalto sexual reportado al centro de servicio de ventanilla única en el Hospital Boramae epidemiológico y médico Ri Hwang, y colaboradores de Seul, Korea revisaron las historias clínicas de 291 pacientes de sexo femenino, que visitaron el centro

Boramae de servicios de ventanilla única entre diciembre de 2008 y diciembre de 2009. Después del consentimiento informado, se inspeccionaron los registros médicos, exámenes físicos, y kits de violación recogidos. Las pruebas serológicas y las infecciones de transmisión sexual fueron revisados y seguidos. El 89% de todas las víctimas eran mujeres menores de 35 años. No hubo variación estacional significativa. Ciento cuarenta y ocho casos ocurrieron entre la medianoche y las 6 am. La localización más frecuente fue el ataque de lugares específicos, incluido el alojamiento (29,6%). Doscientos cincuenta y seis víctimas (88,0%) visitaron al centro dentro de los 3 días del asalto. En la mayoría de los casos (79,4%), las víctimas no fueron heridas físicamente. Como resultado de las pruebas serológicas, 5 casos fueron positivos para el antígeno de la hepatitis B (1,7%), 2 casos fueron positivos para el Laboratorio de Investigación de Enfermedades venéreas (0,75%), y todos los pacientes fueron negativos para el virus de la inmunodeficiencia humana. Más de la mitad de los pacientes (59,8%) tuvieron un resultado positivo en la prueba para la vaginosis bacteriana. La interrupción del sangrado después de la anticoncepción postcoital de emergencia no se presentó en 82 casos de 225 víctimas. Una de las víctimas (0,6%) resultó embarazada a pesar de tomar la anticoncepción de emergencia. Este estudio proporcionó información más reciente acerca de los resultados epidemiológicos y médicos de agresiones sexuales.¹²

Un estudio transversal que tenía como objetivo describir los eventos relacionados con los factores asociados a la violencia sexual en las mujeres con embarazos no deseados y describir el conocimiento y uso de anticonceptivos entre las mujeres con embarazos no deseados, se llevó a cabo en una clínica de una organización no gubernamental en Addis Abeba. Los datos fueron recogidos de las mujeres con embarazos no deseados que buscan la interrupción del embarazo. Se usó un cuestionario estructurado en el marzo de 2003. Se analizaron las variables seleccionadas relacionadas con la violencia sexual, variables sociodemográficas, el conocimiento y la práctica de la anticoncepción entre las mujeres que solicitan la interrupción del embarazo. De las 394 mujeres que solicitan la interrupción del embarazo, hubo intento de violación en el 23,9% y violación en el 18,3%. La mayoría, el 63/72 (87,5%), de las víctimas de violaciones consumadas eran menores de 25 años de edad. Una tendencia lineal se observó con el aumento de la edad ($P < 0.05$, $X^2 = 24.365$). Las mujeres solteras y las mujeres dependientes económicamente tenían una mayor asociación entre embarazo y violación ($P < 0,05$). Sólo el 18/72 (25%) informaron a la policía. Los problemas psicológicos fueron comunes en mujeres con violaciones consumadas. Los

pensamientos suicidas se informaron en un 8/72 (11%). Sólo 84/394 (21,3%) usaban anticonceptivos de los cuales 29/84 (34,5%) usaron anticonceptivos de emergencia utilizados. El embarazo no deseado como resultado de la violación se observó más en la mayoría de las mujeres más jóvenes, solteras y dependientes económicamente. El uso de anticonceptivos, incluidos anticonceptivos de emergencia, denuncia a las autoridades legales y profesionales de la salud fue bajo. ¹³

En un estudio multinacional se observó que las experiencias coercitivas en la primera relación sexual han demostrado que asociación con otros riesgos sexuales en todo el curso de la vida. El uso de encuestas representativas a nivel nacional en las niñas 12-19 años de edad en Burkina Faso, Ghana, Malawi y Uganda recogidos en 2004, evaluaron la coerción sexual en la primera relación sexual entre las jóvenes solteras. En Malawi, el 38 por ciento de las niñas dijo que "no estaban dispuestos a todo" en su primera experiencia sexual seguido por Ghana con un 30 por ciento, 23 por ciento en Uganda y 15 por ciento en Burkina. Las entrevistas en profundidad recogidas en 2003 con el mismo grupo demográfico muestra que hay cuatro tipos principales de la coerción sexual: sexo forzado, presión a través de dinero o regalos, halagos, molestando y amenazando a tener relaciones sexuales con otras chicas, y la aceptación pasiva. El artículo concluye con las implicaciones de la investigación y las políticas de estos hallazgos. ¹⁴

Se realizó un estudio cuyo propósito era describir las características demográficas de las víctimas, para evaluar el resultado de la transmisión del VIH y para evaluar el éxito de la profilaxis post exposición. Hubo 594 víctimas de asalto sexual durante el período de estudio en Sinawe Centre desde 2000-2003. De ellos, 346 (58,2%) eran niños menores de 15 años. Se encontraron diecisiete niños (2,9%) VIH positivos en la primera prueba. Entre los adultos, 58 (9,8%) resultaron seropositivos. De los 225 que asistieron después de la introducción PEP, sólo dos resultaron ser seropositivos VIH en el momento del incidente. Una segunda prueba se usó después de cuatro semanas y una tercera después de 12 semanas. La mayoría de las víctimas no se presentó a la segunda prueba, pero todos los que asistieron al segundo test fueron seronegativos. Sólo siete víctimas llegaron a la tercera prueba, y ellos también fueron negativos. Las náuseas y los vómitos fueron los efectos secundarios más comunes de tratamiento profiláctico en cuatro pacientes y uno desarrolló una erupción generalizada. Sólo una de las víctimas presentó seroconversión. ¹⁵

En otro estudio de Meel sobre la incidencia de la infección por VIH en víctimas de agresiones sexuales se trató de un estudio descriptivo retrospectivo. Hubo 831 víctimas de asalto sexual, que asistieron al Centro Sinawe durante (2000-2004). Se informó Ochocientos treinta y un casos de agresiones sexuales (violación) en los últimos 5 años (2000-2004). En 2000, 76 (9,7%) se registraron casos de agresión sexual, y en 2004, 237 (28,5%) casos. De ellos, 443 (53,3%) eran menores de 15 años de edad. Un total de 114 (13,7%) dieron positivo para el VIH, y 23 (2,7%) eran niños menores de 15 años. En 2000, sólo 8 (10,5%) dieron positivo para el VIH, y esto había aumentado a 39 (16,5%) en 2004. No hay diferencias significativas en la seropositividad al VIH en los niños que en los adultos, $p < 0,05$. Hay un aumento en la incidencia de la infección por VIH entre las víctimas de agresiones sexuales en este estudio. ¹⁶

En el estudio de Brown y colaboradores se estudió comparó los comportamientos relacionados al riesgo de VIH y las actitudes de los adolescentes con y sin antecedentes de abuso sexual que se encontraban en tratamiento psiquiátrico intensivo. Los pacientes adolescentes (N = 208) completaron mediciones de violencia psicológica, funcionamiento y conocimientos sobre el VIH, actitudes y comportamientos. De los adolescentes sexualmente activos en tratamiento psiquiátrico (N = 116), aquellos con una historia de abuso reportaron una menor capacidad emocional para usar condones, menos conocimientos sobre el VIH, menos control de los impulsos, uso menos frecuente y la compra de condones, y tasas significativamente más altas de enfermedades de transmisión sexual que sus pares. La Regresión logística múltiple indicó que una historia de abuso sexual se asoció fuertemente con el uso inconsistente del preservativo. El abuso sexual se asoció con las actitudes de riesgo de VIH y relacionadas con comportamientos de los adolescentes en tratamiento psiquiátrico. Una recomendación del estudio fue que los médicos deben ver la historia de abuso sexual como un marcador para el comportamiento sexual que pone a los adolescentes en riesgo de contraer el VIH. ¹⁷

Un estudio de corte transversal, utilizando un cuestionario autoadministrado se llevó a cabo en Addis Abeba y Shoa occidental entre los estudiantes de secundaria para determinar la prevalencia de la violencia sexual. Un total de 1.401 estudiantes participaron en el estudio. La prevalencia de la violación consumada e intento de violación de los estudiantes fue de 5% y 10% respectivamente. El rango de edad de violación consumada fue entre 12-23 años y el 61/72 (85%) de las víctimas de violación eran menores de 18 años de edad. Del total de los

encuestados el 78%, cree que la violación es un problema importante. El acoso sexual se informó en el 74% de las estudiantes. Entre los setenta y dos chicas que reportaron ser violadas 17 (24%) habían tenido flujo vaginal y 12 (17%) quedó embarazada. El aislamiento social, el miedo y la fobia, la desesperanza y el intento de suicidio se registraron en el 33%, 19%, 22%, 6% de las víctimas de violación, respectivamente. Se concluyó que la prevalencia de la violencia sexual entre los estudiantes de secundaria es un problema grave y preocupante. La sensibilización a los adolescentes y la familia han de ser introducidas y las escuelas deben también diseñar programas de educación sexual adecuada sobre el efecto perjudicial de la violación y educar a los jóvenes sobre la sexualidad y la toma de decisiones sexuales responsables.¹⁸

En un estudio longitudinal llevado a cabo en los Estados Unidos, en el que participaron más de 4 000 mujeres a las que se les realizó un seguimiento de tres años, se comprobó que para las víctimas de 12 a 45 años de edad, la tasa nacional de embarazos asociados con una violación era de 5% por cada violación, lo que significa que todos los años más de 32 000 mujeres quedan embarazadas como resultado de una violación en todo el país.¹⁹

En los artículos anteriores se ha observado que la prevalencia de enfermedades infecciosas, incluyendo el VIH como una consecuencia del abuso sexual así como el embarazo varía notablemente pero que puede ser alto en países en vías de desarrollo. Además se evidencia que en una gran proporción de eventos de violencia sexual las víctimas son niños y adolescentes y que las primeras relaciones sexuales de personas jóvenes son forzadas. También se observaron las deficiencias en las respuestas efectivas al problema de la violencia sexual en lo relacionado al abordaje integral y al marco legal que proteja a estas víctimas.

2.1 Caracterización e impacto de la violencia sexual

La violencia sexual comprende una gran diversidad de actos, como las relaciones sexuales bajo coacción en el matrimonio y en las citas, las violaciones por parte de extraños, las violaciones sistemáticas durante los conflictos armados, el acoso sexual (incluida la petición de favores sexuales a cambio de trabajo o calificaciones escolares), los abusos sexuales de menores, la prostitución forzada y la trata de personas, los matrimonios precoces y los actos violentos contra la integridad sexual de las mujeres, como la mutilación genital y las inspecciones obligatorias de la virginidad. Tanto hombres como mujeres pueden, además, sufrir violaciones estando detenidos o encarcelados. La mayor parte de las agresiones sexuales tienen como víctimas a mujeres y niñas, y son perpetradas por hombres y niños. Sin embargo, la violación de hombres y niños por otros hombres es un problema constatado, y se registran igualmente coacciones a hombres jóvenes por parte de mujeres mayores para mantener relaciones sexuales tanto en el hogar como en el lugar de trabajo.¹

A nivel mundial, la mayoría de gobiernos ha reconocido que la violencia contra las mujeres, adolescentes y niñas - a veces también llamada violencia basada en el género (VBG) - es un problema de derechos humanos y salud pública, además de un obstáculo para el desarrollo de las naciones. La violencia sexual (VS) es una de las manifestaciones de la violencia de género. Según estimaciones de las Naciones Unidas, una de cada tres mujeres en el mundo será golpeada, forzada a mantener relaciones sexuales, o sufrirá otro tipo de maltrato a lo largo de su vida. En la mayoría de los casos el agresor será una persona de su familia o conocida. En tanto, una de cada cinco mujeres será víctima de una violación o un intento de violación.⁹

La violencia sexual es un fenómeno que se ha ido extendiendo a nivel mundial, especialmente en la región de América Latina y el Caribe. Para salud pública este es otro problema que debe atender porque influye en la calidad de vida de las mujeres, de los hijos y familia en general. Al mismo tiempo cada vez surgen nuevos tipos de violencia sexual dirigida principalmente a las mujeres y a la niñez, como son el tráfico de mujeres, la pornografía infantil y el llamado turismo sexual; la diversidad étnica vuelve este problema todavía más complejo.⁵

2.2 Repercusiones de la Violencia Sexual

La violencia sexual repercute hondamente en la salud física y mental de las víctimas. Al igual que las lesiones, se asocia a un mayor riesgo de diversos problemas sexuales y reproductivos con consecuencias que se manifiestan tanto de inmediato como muchos años después de la agresión. En la salud mental, las repercusiones son tan graves como en la física, y pueden ser también muy duraderas. La mortalidad asociada a la violencia sexual puede deberse al suicidio, a la infección por el VIH o al homicidio, bien durante la agresión, o bien ulteriormente en los «asesinatos por honor»¹. Estudios indican que las mujeres sobrevivientes de actos de violación tienen altas tasas de trastornos que persisten debido al estrés postraumático, constituyendo el mayor grupo al cual se le ha diagnosticado este trastorno. Las víctimas de violación tienen 9 veces más probabilidades de intentar suicidarse y padecer depresión grave, que quienes no han sido víctimas. Además, entre un 50% y 60% de las víctimas padecen trastornos sexuales, incluido el temor a las relaciones sexuales durante buena parte de sus vidas.³

Una de las consecuencias más graves de la violencia sexual es el embarazo forzado, que con frecuencia termina en abortos inseguros; también la exposición al contagio con VIH/Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. Cuando se afronta el embarazo forzado, especialmente en niñas entre 10 y 14 años de edad, es común observar complicaciones y peligros para la salud de las madres, así como las consecuencias del estrés psicosocial, como graves factores de riesgo para la mortalidad materna y perinatal.³

La tricomoniasis, la vaginosis bacteriana, la gonorrea y la infección por clamidia son las infecciones más frecuentemente diagnosticados en mujeres que han sido agredidas sexualmente. Estas condiciones son relativamente frecuentes, y la presencia después de un asalto, no implica necesariamente la adquisición durante el asalto. Sin embargo, un examen post asalto presenta una importante oportunidad para identificar o prevenir enfermedades de transmisión sexual. Las infecciones por clamidia y gonococo en las mujeres son de particular interés debido a la posibilidad de una infección ascendente. Además, la infección por VHB se puede prevenirse mediante la administración posterior a la exposición de la vacuna contra la hepatitis B.²⁰

En cuanto a las repercusiones sociales, se sabe que muchas mujeres afectadas por la violencia sexual padecen del menoscabo de su autoestima y su autonomía. Las experiencias

sexuales traumáticas inciden en la práctica de sexo sin protección con múltiples compañeros, prostitución y embarazo en la adolescencia. Incluso se ha detectado que la experiencia de violencia sexual temprana hace más vulnerable a la mujer a otras formas de violencia en la vida adulta; las víctimas de incesto, por ejemplo, suelen ser afectadas por violencia sexual más tarde en sus vidas. La violencia sexual se relaciona, además, con efectos sociales como agresión y rechazo a la familia, que pueden verse incrementados por amenazas o medidas tomadas por el agresor en contra de la vida de los integrantes de la misma. Con frecuencia, se presentan crisis familiares asociadas, entre otras razones, a la dependencia económica o emocional hacia el agresor, conflicto entre el creer o no creer y “culpar” a la víctima.³

2.3 Factores de riesgo asociados a la violencia sexual

Hay varios factores que aumentan el riesgo de que una persona se vea forzada a mantener relaciones sexuales, y otros que, a su vez, aumentan el riesgo de que un individuo obligue a otra persona a mantenerlas. Además, existen en el entorno social factores que influyen en la probabilidad de que se produzcan violaciones y en la reacción a éstas. Investigaciones anteriores demuestran que, en comparación con los hombres que no son sexualmente violentos, en los hombres que sí lo son se dan con más frecuencia las fantasías sexuales de tipo coactivo, la preferencia por las relaciones sexuales impersonales y una mayor hostilidad hacia las mujeres. Se ha relacionado también el comportamiento sexualmente violento en varones con el hecho de haber presenciado escenas de violencia familiar y de haber tenido padres emocionalmente distantes y desatentos. Otros factores que contribuyen a ello son la pobreza y la vida en una comunidad que tolera la violencia sexual y la castiga con sanciones blandas. La violencia sexual es también más frecuente allí donde impera un firme convencimiento de los derechos sexuales del varón o los roles de los sexos son más rígidos, y en los países con altas tasas de violencia de otros tipos.¹

Los factores que influyen en muchos actos sexuales son el poder y el control; no precisamente por el deseo sexual, raro es cuando se trata de un delito pasional, más bien es un acto violento, agresivo y hostil que se usa como un instrumento para degradar, dominar, humillar, aterrorizar y controlar a las víctimas. La hostilidad, agresión y/o sadismo que muestra el violador tiene como intención amenazar la identidad misma de la víctima. La violencia sexual viola el sentido de privacidad, seguridad y bienestar de la víctima.⁵

Se ha comprobado que la situación de las mujeres indígenas y garífunas es a veces más dramática y a edades más tempranas, a esto se añade la crisis económica y social que se vive en forma generalizada que influye en el incremento de la violencia en general. ⁵

A continuación se presentan los factores de riesgo personales, familiares y sociales relacionados con la violencia sexual.

Factores de riesgo personales:

- Desconocimiento de los Derechos Humanos, Sexuales y reproductivos
- Baja autoestima
- Escaso desarrollo de habilidades sociales
- Privación afectiva
- Carencia de conocimientos sobre lo que es y no es apropiado en contacto físico.

Factores de riesgo familiares:

- Desconocimiento de los Derechos de Niñas y Niños
- Relaciones familiares fundadas en la violencia
- Historias de violencia sexual del padre o la madre
- Negación del acceso a información sobre la sexualidad
- Familias disfuncionales
- Fallas en la comunicación intrafamiliar, en especial de padres-madres-hijos e hijas
- Deterioro de la afectividad
- Baja autoestima del padre o la madre
- Desacuerdos en el ejercicio de la autoridad
- Sobrevaloración de la figura masculina
- Consumo de sustancias psicoactivas, incluido el alcohol.

Factores de riesgo social:

- Pobreza y desplazamiento forzado
- Vivir en zonas de situación de conflicto armado
- Problemas de entorno físico
- Hacinamiento crítico

- Vecindarios con altos índices delincuenciales y poco seguros (solitarios, oscuros, falta de seguridad, etc.)
- Trivialización de la violencia sexual en los medios de comunicación
- Fácil acceso a consumo de licor, pornografía infantil y sustancias psicoactivas.

Factores de riesgo en adolescentes

- Citas con extraños a ciegas
- Rapto por Internet
- Subir al carro de desconocidos
- Descuidar sus bebidas en actividades sociales
- Consumo de sustancias psicoactivas, incluido el alcohol.³

2.4 Atención del sector salud a las víctimas de la violencia sexual

El apoyo ofrecido por el sector salud es sumamente importante para las mujeres que han sufrido violencia sexual, en particular con relación a los cuidados de emergencia después de relaciones sexuales forzadas. Los servicios de salud necesitan un nivel mínimo de calidad que incluya una infraestructura básica, servicios reproductivos y sanitarios integrados, mecanismos para asegurar la confidencialidad y protección de las víctimas y personal capacitado y sensibilizado. Los mecanismos de monitoreo y evaluación, la documentación de eventos, la sistematización de experiencias y el análisis de datos también son importantes. La consulta por abuso sexual debe considerarse una urgencia.⁴ En cada servicio de salud debe haber por lo menos una persona capacitada, responsable de acompañar a las sobrevivientes de violencia sexual, verificando que les realicen todos los exámenes necesarios para asegurar la atención integral y lo menos traumático posible, además de ofrecer apoyo e información adecuada en el seguimiento del caso. La primera persona que se entere del hecho debe contactar inmediatamente al(a) responsable de estos casos.⁵

Como primer paso, según el Protocolo de Atención a Víctimas/Sobrevivientes de Violencia Sexual, toda persona víctima/sobreviviente deberá recibir la atención en crisis en su idioma materno siempre y cuando no exista lesión o patología que comprometa la vida, en cuyo caso se dará la atención de urgencia. Además subraya que el personal de salud que de la asistencia directa a la persona víctima/sobreviviente cuando se encuentra en el ejercicio de

sus funciones, tiene la obligación legal de poner en conocimiento de forma inmediata cualquier hecho de violencia sexual al Ministerio Público por el medio más idóneo a su alcance.⁷

Los profesionales y prestadores de servicios de salud deben estar adecuadamente sensibilizados y capacitados para el manejo clínico y apoyo psicológico y social a las víctimas de violencia sexual. Se requiere disponibilidad, paciencia y experiencia. Los estudios muestran que un porcentaje de víctimas de violencia sexual acude a las salas de urgencia en busca de atención médica inmediata. El manejo para la atención de este tipo de consultas es totalmente distinto de aquellos casos que demandan vacunación, fiebres, gripes, entre otros, y no precisamente lo relacionado a lo sexual. Los prestadores de salud deben tomar en cuenta lo siguiente:

- Evitar interrogaciones repetidas; tomar notas desde el inicio así la víctima no tiene que contar su historia a cada persona que la asiste.
- Asegurar que no peligre la vida de la paciente antes de continuar las intervenciones.
- Asegurar la privacidad y confidencialidad
- Ofrecer todo el apoyo posible desde la competencia como salubrista, sin presionarla, orientándola e informándole que también puede renunciar a su tratamiento, pero enfatizando el beneficio del mismo y los efectos negativos al no aceptarlo.⁵

2.5 Examen físico y ginecológico

Se llevará a cabo un examen físico, el cual debe realizarse dentro de los tres días posteriores al ataque sexual (72 horas) para que sea legalmente válido. Sin embargo, el examen tiene el doble propósito de valorar médicamente el estado de salud de la (el) paciente y reunir evidencia forense que pueda ser utilizada para probar cuándo, cómo y quién atacó a la (el) paciente. No es responsabilidad del prestador de servicios de salud probar quién cometió el delito (Programa Nacional de Salud Reproductiva & Programa Nacional de Salud Mental, 2006).

Examen ginecológico

De ser posible es necesario realizarlo bajo analgesia o bajo anestesia; cada caso debe tener una consideración específica al respecto. Se deben evaluar lesiones vulvo perineales, perianales, peri uretrales y anales. En caso de mujeres vírgenes, poner especial atención a la condición del himen. Evaluar lesiones vaginales poniendo atención en el fondo de saco y cérvix. Durante la evaluación ginecológica deben tomarse las muestras necesarias para realizar frotis en fresco. La región anal debe ser examinada así como cualquier marca en muslos y glúteos.

Un examen con espéculo permite al examinador inspeccionar las paredes de la vagina en búsqueda de signos de lesiones, incluyendo abrasiones, laceraciones y moretes. Examen digital del recto si hay razones para sospechar que se insertó un objeto extraño en el canal anal, previo a realizar una proctoscopia o anoscopía. Una proctoscopia solo es necesaria en casos de sangrado anal severo, dolor anal postsalto o si se sospecha la presencia de un cuerpo extraño en el recto. ⁵

2.6 Exámenes de Laboratorio de Rutina

Si el servicio de salud cuenta con los medios adecuados, debe ofrecerse exámenes de serología para sífilis, hepatitis B, VIH (no olvide la consejería pre y post prueba) y prueba de embarazo, la cual es importante para hacer constar el estado de la sobreviviente durante la violación. Si se considera necesario realizar Rh, grupo sanguíneo y hemoglobina.

Reunir las muestras de laboratorio indicadas por la ley de manera competente de acuerdo con los requisitos locales y que no obstaculicen las opciones de la víctima para presentar cargos criminales:

- Serología del VIH, de hepatitis B (HBS Ag) y de sífilis (VDRL)
- Test de embarazo en toda mujer en edad fértil que no está embarazada o con regla.
- Si se prevé ARV: hemograma (o por lo menos determinación de la hemoglobina) ⁵

2.7 Abuso sexual y VIH

La seroconversión del VIH se ha ocurrido en personas cuyo único factor de riesgo conocido era asalto sexual o el abuso sexual, pero la frecuencia de esta ocurrencia es, probablemente, baja. Las circunstancias específicas de un asalto (por ejemplo, sangrado, que a menudo acompaña a un traumatismo) pueden aumentar el riesgo de transmisión del VIH en los casos de la penetración vaginal, anal u oral. Sitio de la exposición de eyacular, la carga viral en el semen, y la presencia de una ETS o lesiones genitales en el agresor o de supervivencia también podría aumentar el riesgo de contraer el VIH.²⁰

Los abusos sexuales están asociados a múltiples características que aumentan el riesgo de VIH si los agresores están infectados: en un estudio prospectivo de 1.076 casos de agresión sexual, 20% fueron atacados por varios agresores, el 39% fueron agredidos por los extranjeros, el 83% de las mujeres fueron penetradas vaginalmente, y 17% del total fue sodomizado. El Trauma genital se documentó en el 53% de las víctimas, y el esperma o semen se encontró en el 48%. En otro estudio, en el que el colorante azul de toluidina se utilizó como un complemento a un examen a simple vista, 40% de las mujeres agredidas (70% de las nulíparas) había sufrido laceraciones vaginales, en comparación con el 5% de las mujeres examinadas cuando las relaciones fueron consensuadas. A pesar de estos riesgos y el establecimiento de multidisciplinario servicios de apoyo, los sobrevivientes de agresión sexual a menudo se niegan a tomar profilaxis post exposición (PEP), y muchos que lo toman no completa el ciclo de 28 días. Este patrón se ha reportado en varios países y varios programas en América del Norte. En Vancouver, 71 de 258 sobrevivientes de asalto sexual aceptaron el paquete inicial de 5 días de PEP, 29 regresaron por dosis adicionales y ocho completaron 4 semanas de la terapia. Las personas con el mayor riesgo de exposición al VIH tenían más probabilidades de comenzar y completar la PEP. Los pacientes que han sido agredidos sexualmente se beneficiarán de servicios de apoyo para mejorar la adherencia a la PEP si se prescribe.²¹

Idealmente las víctimas de violencia sexual deben consultar en las primeras 24 horas tras la exposición y si se considera que el riesgo es medio o alto, la duración de la profilaxis debe ser por 28 días, citándola cada semana para controlar efectos secundarios y reforzar clínica y psicológicamente si fuera necesario. Los mismos principios se deben aplicar a la profilaxis antibiótica y a la anticoncepción de emergencia. La valoración del riesgo es difícil, el Médico

debe tomar en cuenta todos los factores que aumentan o disminuyen el riesgo de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH, lo que se agudiza aún más cuando se provocan embarazos indeseados como producto de la violación sexual. Por lo que la decisión más apropiada no solo dependerá del profesional que le atiende (Médico/a), sino mucho dependerá de la víctima. En caso de que la consulta inicial sea después de las 72 horas del asalto, no se deben de administrar ARV. ⁵

La evolución natural de la infección por VIH culmina en la fase SIDA, la cual se caracteriza por un recuento de linfocitos T CD4 menor de 200 cel/ul, así como por enfermedades definitorias del estadio, dentro de las que se incluyen infecciones oportunistas.

En países en desarrollo y en comunidades pobres y marginadas el acceso a la terapia antirretroviral es difícil, lo cual pone en riesgo a estas poblaciones de padecer infecciones oportunistas que pueden ser fatales de no recibir tratamiento adecuado.

Como parte de intervenciones propuestas para disminuir la transmisión vertical existen regímenes específicos de terapia antirretroviral los cuales, dependiendo del escenario de la paciente, están recomendados para disminuir la carga viral materna.

La mayoría de niños con VIH adquieren la infección durante el embarazo, al momento del parto o durante el periodo de lactancia materna. En ausencia de intervenciones el riesgo de adquirir la enfermedad varía entre 20-45%. ²²

2.8 Sistema de clasificación del CDC

El sistema de clasificación para la infección por VIH del CDC es uno de los más aceptados a nivel mundial. Se basa en categorizar a los pacientes según clínica y conteos de linfocitos T CD4. Existen tres categorías clínicas; A, B y C, así como tres categorías para los linfocitos T CD4; 1, 2 y 3.

Para los niños menores de 13 años de edad existe una clasificación modificada. Así mismo existe otra clasificación propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) la cual se aplica en países con recursos limitados y básicamente se basa en la clínica. (Ver anexo no.1) ²²

2.9 Porcentaje de riesgo de transmisión

En ausencia de intervención alguna en la transmisión materno fetal se estima que un 15-30% de las madres con infección por VIH transmitirán la infección durante el embarazo y el parto. De estos casos, el 75% será transmitido en la última etapa del embarazo. Existe un 10% de transmisiones durante el tercer trimestre y un 10-15% durante el periodo de lactancia materna.^{21,25,26}

Porcentaje de infantes infectados en relación a la carga viral materna ²

Carga viral materna	% de infantes infectados
<1000	0
1000 – 10,000	16.6
10,000 – 50,000	21.3
50,000 – 100,000	30.9
>100,000	40.6

Factores de riesgo en la transmisión materno fetal

- Carga viral (nivel de VIH-ARN)
- Recuento de células CD4
- Etapa clínica de la infección de VIH
- Relaciones sexuales con múltiples compañeros sin protección
- Abuso de estupefacientes, cigarrillos
- Deficiencia de vitamina A
- Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones relacionadas
- Parto pretérmino y amenaza de parto pretérmino
- Partos gemelares
- Hemorragias del tercer trimestre
- Procedimientos invasivos de monitoreo fetal
- Duración de la rotura de las membranas
- Parto vaginal comparado con cesárea
- Lactancia materna

- Coinfección con enfermedades del grupo TORCH ^{22,27}

2.10 Intervenciones para disminuir la transmisión vertical

Existen diversas formas de intervenir para disminuir la posibilidad de transmisión vertical. Dentro de ellas se encuentra la reducción de la carga viral materna, el cual es el factor determinante durante el embarazo y el parto.²²

Así mismo se debe evitar la manipulación invasora y diversos procedimientos como la amniocentesis, cerclaje, uso de terapia con láser y amnioscopias. Se debe reducir la exposición del niño a sangre o secreciones mediante cesárea programada antes del inicio del trabajo de parto ó la ruptura de membranas, el uso de ARV profilácticos al recién nacido y a la madre durante el momento del parto, así como la recomendación de evitar la lactancia materna en escenarios en donde el acceso a leche de fórmula es costeable, factible, aceptable, sostenible y segura.³⁰

El uso de zidovudina es capaz de reducir la transmisión perinatal hasta en un 70%. La administración de ARV anteparto, intraparto y en el periodo postparto, en conjunto, es superior en la prevención de la transmisión perinatal. Esquemas de ARV utilizados durante un periodo prolongado son más efectivos que esquemas de corta duración, debido a que existe evidencia que una proporción significativa de transmisión intraútero ocurre dentro de las semanas 28 a 36.^{25,28,32}

Existen escenarios en donde las infecciones pueden no ser detectadas, debido a que si la infección fue reciente aun no exista un nivel detectable de anticuerpos, por lo que se debe repetir la prueba durante todo el embarazo y el periodo de la lactancia materna para detectar la posible seroconversión.³²

2.11 Control Prenatal

Además de los parámetros de cualquier visita de control prenatal se debe incluir en la primera visita:

- Consejería acerca de las prácticas sexuales seguras para prevenir la transmisión a compañeros sexuales y el conocimiento de estado de portador de la pareja, el riesgo de adquirir una nueva enfermedad de transmisión sexual, así como la reducción en el riesgo de adquirir cepas resistentes ó más virulentas de VIH. ^{23,25}

- Consejería acerca de eliminar el uso de drogas, alcohol y cigarrillos.²²
- En pacientes con esquemas de antirretrovirales eliminar el uso de **efavirenz** debido a su potencial teratogénico. En estudios de animales se ha demostrado el riesgo de anencefalia, microoftalmia, defectos severos del tubo neural, hendiduras faciales así como un caso reportado en humanos de anoftalmia con hendidura facial.^{22,23}
- Esquemas con IP se han asociado a bajo peso al nacer y prematuridad.²⁴
- Evaluar la necesidad de profilaxis contra infecciones oportunistas como neumonía por *Pneumocistisjiroveci* o *Mycobacteriumaviumcomplex*.
- Exámenes previos de resistencia al tratamiento antirretroviral.²³
- Existe el riesgo de que el recién nacido que nace infectado adquiera resistencia al tratamiento antirretroviral a pesar de dosis profilácticas diarias.¹⁷
- Actualización del esquema de vacunación recomendado, excluyendo las vacunas de virus vivos atenuados. Vacunas de sarampión, paperas y rubeola están contraindicadas en el embarazo.^{22,25}
- Vigilancia estricta del estado nutricional de la paciente y de efectos secundarios de la terapia como anemia, hiperglicemia y hepatotoxicidad.²²
- Debido al embarazo la cuenta de CD4 puede disminuir y normalmente este proceso resuelve postparto debido a hemodilución. Evidenciándose el decline en el recuento de los CD4 desde la 4ta semana de gestación.^{27,31,38}
- Hormonas inmunosupresoras para evitar el rechazo del feto como la progesterona y el estradiol se encuentran elevadas durante el embarazo, lo que explica la disminución de los linfocitos en sangre periférica durante este periodo.³⁸

2. 12 Tratamiento con antirretrovirales

Recomendaciones generales:

- Sin importar el número de copias plasmáticas de RNA VIH y el número de células CD4 en toda paciente embarazada portadora de VIH debe recibir un esquema anteparto combinado de ARV para prevenir la transmisión perinatal.²⁵
- Incluir en el esquema Zidovudina.^{30,32}
- Utilizar zidovudina intravenosa intraparto o transcesáera(29)
- Evitar el uso de monoterapia, en especial en pacientes con carga viral plasmática <1000 copias/ml en quienes es preferido un régimen potente y en combinación.²²

- Debe utilizarse un régimen que contenga dos inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa así como un inhibidor no nucleósido de la transcriptasa reversa ó un inhibidor de proteasa.
- Evitar el uso de: didanosina + estavudina, abacavir, efavirenz (primer trimestre), amprenavir, indinavir.
- Todas las mujeres embarazadas que reciben antirretrovirales como tratamiento o como profilaxis deben recibir regímenes que incluyan al menos tres distintos tipos de agentes.³⁴
- La combinación de estavudina/didanosina debe evitarse durante el embarazo debido a casos fatales de acidosis láctica y fallo hepático.²⁹
- La aparición de resistencias es un fenómeno inevitable cuando el VIH se expone a la presión selectiva de los fármacos y continúa su replicación. La detección de resistencias por métodos genotípicos es muy útil en el fracaso virológico.²⁴

2.13 Escenarios clínicos

Mujer embarazada con tratamiento previo antirretroviral:

1. Se debe continuar con el régimen de terapia antirretroviral sustituyendo aquellas drogas clasificadas con potencial tóxico comprobado o con efectos adversos conocidos para la mujer embarazada y para el feto. (DDi, ABC, EFV, APV y fAPV).²⁵
2. A menos que haya pasado el primer trimestre la mujer que se encuentra tomando efavirenz debe sustituirlo por LPV/r.²²
3. Las náuseas asociadas al embarazo pueden interferir en la adherencia al tratamiento. En caso de ser retirados todos deben discontinuarse al mismo tiempo.²²
4. De discontinuar el esquema durante el embarazo pueden aparecer resistencias, progresión de la enfermedad, aumento de la carga viral así como aumento en la posibilidad de transmisión vertical.²³
5. En pacientes con viremia detectable realizar test de resistencia de ARV.
6. Programar cesárea electiva a las 38 semanas de gestación.²⁵

Mujer Embarazada sin tratamiento previo (naive)

- Realizar el test de resistencia de ARV antes de iniciar el tratamiento y repetirlo si después del inicio del mismo si la supresión viral es subóptima.⁵

- Se debe iniciar tratamiento después del primer trimestre, excepto los casos con recuentos de menores de 200 CD4/ml ó que presente procesos definitorios de SIDA. Iniciar terapia con: AZT 300 mg c/12 hrs + 3TC 150 mg c/12 hrs + LPV/r 400mg/100mg c/12 hrs.^{22,25}

Alternativa siempre y cuando exista un recuento de CD4 < 250 cel/ml

- AZT 300 mg c/12 hrs + 3TC 150 mg c/12 hrs + Nevirapina (iniciar Nevirapina 200 mg c/24 hrs, de no presentar eventos adversos aumentar a 200 mg c/12 hrs a los 15 días de tratamiento).
- En caso de anemia por AZT sustituirla por tenofovir
- El uso de nevirapina debe conllevar monitoreo estricto de transaminasas en especial en la semana 18 de iniciado el tratamiento.^{23,24,37}
- El riesgo de toxicidad hepática aumenta con cuentas mayores de 250 CD4/ml.²²

Mujer embarazada con infección por VIH que actualmente no está recibiendo tratamiento antirretroviral y requiere profilaxis únicamente para la prevención de la transmisión vertical

- a) Se puede iniciar terapia antirretroviral en la 10ma o 12va semana de gestación.¹²
- b) Se recomienda profilaxis con antirretrovirales en todas las mujeres infectadas por VIH a pesar de los niveles de carga viral.
- c) Uso combinado de 3 agentes, evitando el uso de efavirenz. Como esquemas de primera línea ZDV + 3TC + NVP ó d4T + 3TC+NVP.²⁴

Mujer embarazada que este ya tomando terapia antirretroviral y se encuentra en falla virológica

- Debe ser referida a un centro de 3er nivel para su evaluación y seguimiento.
- El embarazo de la mujer VIH positiva debe ser resuelto por cesárea electiva, el parto simple en general debe evitarse y solo puede ser considerado si la carga viral es documentada < 1000 copias/ml en el 3er trimestre y se han agotado todos los recursos para darle acceso a la paciente a cesárea.³⁹

Mujer embarazada de estado VIH desconocido al momento de la labor ó mujeres durante la labor conocidas por infección por VIH que no han recibido antirretrovirales previos:

- Uso de pruebas rápidas
- Mujer: única dosis de nevirapina, si el parto es inminente no administrar la dosis y dar tratamiento al recién nacido, al Recién Nacido: única dosis de nevirapina.
- Mujer: ZDV+ 3TC +ZDV durante la labor + 3TC durante una semana postparto. Recién Nacido: ZDV+ 3TC durante una semana.³⁹

Mujer embarazada con infección por VIH y tuberculosis activa

- El tiempo adecuado para el inicio de antirretrovirales depende del conteo de células CD4, así como de la tolerancia de los medicamentos antifímicos.
- En pacientes que reciben esquemas basados en rifampicina puede utilizarse ZDV ó d4T + 3TC + SQV/r.³⁹

Mujer embarazada sin diagnóstico de VIH con pareja serodiscordante:

- Realizar prueba de VIH preferiblemente antes de la 36 semana de gestación.
- Si presenta trabajo de parto sin prueba durante el tercer trimestre realizar una prueba rápida.
- Si se sospecha del periodo de ventana en cualquier momento de la gestación se sugiere realizar una prueba de RNA de VIH y una prueba específica de anticuerpos.
- Si la prueba de RNA VIH en plasma es negativa, se sugiere repetirla a las 2 semanas.
- De ser positivos los resultados se sugiere el uso de ARV profilácticos así como la cesárea electiva.
- Se recomienda el uso apropiado de condón durante la gestación y durante el periodo de lactancia materna para disminuir el riesgo de transmisión vertical.²⁵

Mujer embarazada y coinfección con Hepatitis B

- Mujeres embarazadas con hepatitis B crónica (antigemia persistente por 6 meses) deben realizarse pruebas de anticuerpos para hepatitis A y quienes resulten negativas, deben recibir la serie de vacunas de hepatitis A.
- Interferón alfa no se recomienda durante el embarazo.
- Todas las mujeres infectadas con VIH/VHB deben recibir regímenes de antirretrovirales combinados, incluyendo un nucleósido inhibidor de la transcriptasa reversa dual / análogo nucleótido inhibidor de la transcriptasa reversa junto con dos drogas activas contra VIH y VHB.
- El esquema de preferencia es tenofovir + lamivudina.

- Se deben monitorizar las enzimas hepáticas constantemente.
- A las 12 horas del parto, los recién nacidos de madres infectadas con hepatitis B deben recibir inmunoglobulina de la hepatitis B así como la primera dosis del esquema de vacuna de hepatitis B. La segunda y tercera dosis deben ser administradas a mes y a los seis meses respectivamente.²⁵

Mujer embarazada y coinfección con Hepatitis C:

- Interferón alfa no se recomienda durante el embarazo y ribavirina está contraindicada en el embarazo.
- El interferón no se recomienda debido a su efecto abortificante, antiproliferativo y anticrecimiento.
- No existen regímenes de tratamiento actual durante el embarazo.
- La progresión de la infección por hepatitis C parece no alterar su curso durante el embarazo.²⁵

VIH tipo 2 y embarazo:

- Se sospecha en mujeres, o sus parejas, que provienen de países en donde el VIH tipo 2 es endémico, quienes poseen anticuerpos HIV positivos en un test de inmunoensayo enzimático y en quienes tienen repetidos exámenes positivos indeterminados de Western Blot y una carga viral debajo del límite de detección.
- Se sugieren regímenes con dos Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa y un inhibidor de proteasa.
- El VIH tipo 2 es endémico en: Angola, Mozambique, países del Oeste del África: Cape Verde, Costa de Ivory, Gambia, Guinea-Bissau, Mali, Mauritania, Nigeria, Sierra Leone, Benín, Burkina Faso, Ghana, Guinea, Nigeria, Níger, Sao Tome, Senegal y Togo, así como en ciertas partes de India, Francia y Portugal.
- Mujeres coinfectadas con el VIH tipo 1 y VIH tipo 2 deben ser tratadas con los regímenes para VIH tipo 1 asegurándose que los antirretrovirales sean apropiados para el tipo 2.²⁵

Manejo Trans Cesárea o Parto:

- **Zidovudina a la progenitora:** Iniciar 1 hora antes de la intervención o al iniciar trabajo de parto con una dosis inicial de 2 mg/Kg de peso vía IV en una hora (diluido

en 250 cc de dextrosa al 5%), seguido de una infusión de 1 mg/Kg/hora (diluido en 500 cc de dextrosa al 5%) hasta cortar el cordón umbilical.

- **Zidovudina endovenosa:** Frascos de 200 mg 10 mg por ml Dosis inicial: 2 mg/kg de peso de la madre como dosis de impregnación al inicio del parto y luego 1 mg/kg/hora hasta el alumbramiento. La dilución inicial en 30-60 minutos en D/A 5%.
- **Zidovudina al recién nacido:** Iniciar dentro de las primeras 6 horas de vida jarabe de AZT durante 7 días, excepto que la madre recibiera menos de 4 semanas de tratamiento profiláctico entonces deberá continuar el recién nacido con el tratamiento durante 4 semanas. En pacientes nacidos pretérmino según sea su funcionamiento hepático, debe ajustarse la dosis.
- No interrumpir la terapia antirretroviral a ninguna madre luego de resuelto el embarazo, aún así presenten una inmunidad normal y carga viral baja en el momento del tamizaje basal. Los casos excepcionales en que se deba considerar la omisión de la terapia luego de la resolución del embarazo, tendrán que ser evaluados de forma individual y previa consulta a una clínica de tercer nivel.²²

2.14 Interrupción de la terapia antirretroviral

Si un régimen de ARV debe retirarse debido a toxicidad, hiperémesis gestacional que no responde al tratamiento todas las drogas del esquema deben retirarse al mismo tiempo y ser introducidas de nuevo de la misma manera.

Después del nacimiento las consideraciones para interrumpir la terapia antirretroviral son las mismas que para otros individuos. De deben considerar el conteo de células CD4, los niveles del RNA del VIH en plasma y adherencia al tratamiento.

Al retirar los antirretrovirales todos deben discontinuarse simultáneamente, excepto en aquellos regímenes que contengan NNRTI debido a que puede resultar en monoterapia funcional debido a la larga vida media de los NNRTI, lo que puede aumentar el riesgo de desarrollar resistencias.²⁵

2.15 Lactancia Materna

Si el acceso a la leche artificial maternizada es posible, aceptable, sostenible y seguro debe utilizarse como reemplazo de la leche materna en madres VIH positivas, debido a que existe un riesgo de transmisión en este periodo de un 15%.

En escenarios donde no es posible el acceso a formulas artificiales se puede considerar la lactancia materna exclusiva por seis meses, tomándose en cuenta las circunstancias locales, la situación individual de la mujer y los riesgos sobre el reemplazo de la alimentación sustituta.

Así mismo debe considerarse el uso de antirretrovirales en la madre durante este periodo. Existe el riesgo de que el recién nacido que nace infectado adquiera resistencia al tratamiento antirretroviral a pesar de dosis profilácticas diarias.^{5,17}

El riesgo de la transmisión del VIH tipo 2 es menor mediante la lactancia materna pero debe evitarse siempre que sea posible.²²

2.16 Profilaxis contra infecciones de transmisión sexual

Cumplimiento de las visitas de seguimiento es pobre entre los sobrevivientes de asalto sexual. Como resultado de ello, debe fomentarse la terapia preventiva de rutina después de un asalto sexual. El siguiente régimen profiláctico se recomienda como terapia preventiva:

- Vacunación post-exposición hepatitis B, sin HBIG. Esta vacuna debe ser administrada a los sobrevivientes de agresiones sexuales en el momento del examen inicial si no han sido vacunados previamente. Las dosis siguientes de la vacuna se debe administrar 1-2 y 4-6 meses después de la primera dosis.
- Un régimen empírico antimicrobiano de la clamidia, la gonorrea y tricomoniasis.⁴⁰

Aún pasadas 72 horas después del asalto debe profilaxis antibiótica contra ITS. Si existe la duda de que la (el) paciente sea alérgico a la penicilina, pedir o efectuar prueba de sensibilidad antes de aplicar la inyección. En caso de alergia a la penicilina estimar la posibilidad de no administrar la profilaxis contra sífilis, controlar el VDRL al mes y a los 3 meses, y si es necesario aplicar la pauta de desensibilización. Para evitar el exceso de

fármacos, no se administre la profilaxis contra *Tricomonas* y *Gardnerella*. En el momento del control ginecológico, se tratará con metronidazol o tinidazol.⁵

2.17 Anticoncepción de emergencia

La anticoncepción de emergencia es una medida necesaria sólo cuando el asalto podría resultar en un embarazo en el sobreviviente.⁴⁰

En un artículo de revisión realizado por Cremer y colaboradores se concluyó que hay poca evidencia sobre la administración de anticoncepción de emergencia a víctimas de asalto sexual. Los Métodos de anticoncepción de emergencia incluyen altas dosis de etinil estradiol; DES; Danzaol; combinación de etinil estradiol con una progestina, progestina sola y los DIU de cobre. En esta revisión describe se mencionan los nuevos medicamentos como el antiprogestinas (gestrinona y acetato uliprisatal) y los inhibidores de la ciclooxigenasa (meloxicam). Estos métodos se han añadido al arsenal y pueden llegar a ser más efectivo que los regímenes actuales. Encontrar un producto que es altamente eficaz con efectos secundarios mínimos es una meta, pues presenta una mujer con su última oportunidad para evitar un embarazo no deseado.⁴¹

La anticoncepción de emergencia no protege contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto).⁴²

Solo en los casos en que no hayan transcurrido más de 120 horas del hecho (5 días); (la persona no está embarazada, no está tomando anticonceptivos permanentes, no tenga la histerectomía practicada, esté en etapa menopáusica y que no haya tenido menarquia), se puede utilizar la anticoncepción de emergencia. Se debe explicar la forma de tomar el medicamento, el funcionamiento, los posibles efectos secundarios y acompañe con algún medicamento antiemético.⁴³

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general:

3.1.1. Determinar la seroconversión de VIH, sífilis, hepatitis b y c en pacientes post abuso sexual con seguimiento en la clínica de enfermedades infecciosas del hospital Roosevelt, Guatemala durante el periodo de marzo 2014 a marzo 2015.

3.2 Objetivos específicos:

3.2.1 Identificar las características epidemiológicas y clínicas de las pacientes post abuso sexual, incluidas, edad, escolaridad, ocupación, procedencia, lugar del hecho, hora, tipo de abuso, número de abusadores, estado previo de portador.

3.2.2 Determinar la frecuencia de embarazo de la paciente post abuso sexual.

3.2.3 Evaluar la adherencia al tratamiento profiláctico contra ITS, VIH y embarazo.

IV. MATERIAL Y METODOS

4.1 Diseño de estudio

Estudio descriptivo longitudinal que determinó la frecuencia de la seroconversión de VIH, hepatitis B y C y sífilis de pacientes con seguimiento por abuso sexual, en el departamento de Ginecología y Obstetricia y en la Clínica de Enfermedades Infecciosas durante el período de marzo 2014 a marzo 2015.

4.2 Población

Pacientes post abuso sexual con seguimiento en el departamento de Ginecología y Obstetricia así como en la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt.

4.3 Sujeto de estudio

La seroconversión de VIH, sífilis, hepatitis B y C en pacientes post abuso sexual.

4.4 Muestra

Población universo 2012: 140 pacientes, 135 mujeres y 5 hombres. Por lo tanto se tomará la el total de la población durante el periodo de estudio comprendido entre marzo 2014 a marzo 2015 y que cumplan con los criterios de inclusión.

4.5 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- a) Mujeres en edad reproductiva con seguimiento por abuso sexual en la Clínica de Enfermedades Infecciosas de Hospital Roosevelt.
- b) Pacientes con seguimiento en la Clínica de Enfermedades Infecciosas que cumplan por lo menos con una cita de seguimiento.

Criterios de exclusión

- a) Expedientes de pacientes que se encuentren incompletas

4.6 Operacionabilización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de medición
Seroconversión VIH	Desarrollo de anticuerpos específicos a microorganismos en el suero sanguíneo como resultado de infección o inmunización	Presencia de anticuerpos a VIH según prueba de tamizaje ELISA + prueba confirmatoria Western Blot según registro de prueba en archivo médico	Cualitativa	Nominal	Positivo / Negativo
Sífilis	Infección de transmisión sexual causada por la espiroqueta <i>Treponema pallidum</i> , cuya vía de transmisión primaria es el contacto sexual. Y presenta diferentes manifestaciones según la etapa en la que se encuentre el paciente, teniendo una etapa asintomática llamada latente	Enfermedad clínica se confirma y enfermedad latente se diagnostica por pruebas serológicas en dos etapas a) RPR (Rapid plasma Reargin) b) VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) c) FTA-abs (Fluorescent Treponemal Antibody absorption test). 29 TPHA	Cualitativa	Nominal	Positivo / Negativo

		(Treponema Pallidum Haemagglutination Assay)			
Hepatitis B y C	Hepatopatía crónica de origen vírico más común en el embarazo causada por el virus de la hepatitis B y C. Se transmite con frecuencia por vía sexual.	Resultado de la prueba de antígeno de superficie para Hepatitis B en la primera consulta prenatal y al final del embarazo. a) Antígeno de superficie b) Antígeno CORE	Cualitativa	Nominal	Positivo / Negativo
Abuso sexual	Toda acción forzada para tener relaciones sexuales no deseadas por parte de una persona a otra. Cuando el acto es inmediato, de corta duración o infrecuente es	a) Informe clínico b) Informe médico c) Informe psicológico basado en la evidencia en pacientes particulares que concluya que una persona ha	Cualitativa	Nominal	Sufrió abuso

	llamado asalto sexual.	sufrido un asalto sexual.			
Edad	Tiempo que un individuo ha vivido desde su nacimiento hasta un momento determinado.	Dato de la edad en años anotado en archivo médico, mayores de diez años.	Cuantitativa	Discreta / De razón	Años
Procedencia	Lugar de origen de una persona.	Dato del lugar de donde vive el paciente, descrito en el expediente clínico, con una estancia mayor a un mes.	Cualitativa	Nominal politómica	Lugar de procedencia
Escolaridad	Grado de instrucción académica que una persona puede acreditar.	a) Primaria b) Secundaria c) Diversificado d) Universitario	Cualitativa	Ordinal	Nivel educativo
Ocupación	Tarea o función que una persona desempeña para cubrir sus necesidades básicas y otras.	Dato de la función que desempeña el paciente para sobrevivir, descrito en el expediente clínico y obtenido a	Cualitativa	Nominal politómica	Tipo de ocupación y/o trabajo

		través de una entrevista.			
Lugar del hecho	Ubicación física donde se llevó a cabo el asalto sexual.	Ubicación específica referida por la paciente donde cree o asegura se llevó a cabo el asalto sexual.	Cualitativa	Nominal politómica	Zona o barrio y municipio donde se llevó a cabo el asalto sexual
Hora	Medida del tiempo que consta en una fracción de 1/24 periodos del total de un día.	La hora del día que la víctima del asalto sexual refiere que sucedió.	Cuantitativa	De razón	Hora
Tipo de abuso	Forma en la que se presenta mayoritariamente el contacto sexual entre el abusador y la víctima.	Forma que refiere la víctima que se dio el abuso sexual por parte del abusador. Vaginal a) Anal b) Oral c) Mixto d) otros.	Cualitativa	Nominal politómica	Forma en la que se dio el abuso.
Número de abusadores	Cantidad de hombres que participaron en el asalto sexual teniendo algún tipo de contacto con la víctima	Número de hombres que refiere la víctima abusaron sexualmente de ella.	Cuantitativa	Discreta / De razón	Número de abusadores
Estado	Estado serológico	Resultado de	Cualitativa	Nominal	Positivo /

previo	del paciente en relación a VIH	pruebas de tamizaje y confirmatorias para VIH. a) ELISA b) Western Blot			Negativo
Embarazo	Período que transcurre entre la implantación en el útero del cigoto, el momento del parto en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.	Resultado de la prueba de embarazo a) HCGB	Cualitativa	Nominal	Positivo Negativo

Adherencia al tratamiento			Cualitativa	Nominal	Adherente / no adherente

Secuelas de la violación	Infecciones virales, bacterianas, fúngicas	Infecciones virales, bacterianas, ó fúngicas que se	Cualitativa Nominal	Nominal	
Tratamiento profiláctico	embarazo que se diagnostican en la paciente posteriormente al abuso sexual.	diagnostican en la paciente posteriormente al abuso sexual, las cuales no estaban presentes en la primera atención. a) Embarazo b) Virus herpes simple c) Virus papiloma d) Humano e) Molusco contagioso f) Virus hepatitis B g) Virus h) hepatitis C i) Sífilis j) VIH			Tipo de infecciones adquiridas posterior al abuso o embarazo.
	Conjunto de medios médicos, quirúrgicos, higiénicos, farmacológicos, etc. con los que se pretende curar una enfermedad o un estado patológico.				

Seguimiento	Revisión de los datos necesarios para reforzar o evaluar una acción o informe previo, como el reexamen de un diagnóstico o pronóstico anterior.	Revisión de expediente, análisis y toma de laboratorios control en consulta externa de la Clínica de enfermedades infecciosas de la paciente con seguimiento por abuso sexual.	Cualitativa	Nominal	Citas cada 3 meses por un año.
--------------------	---	--	-------------	---------	--------------------------------

* PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN EN ADOLESCENTES Y ADULTAS/OS INCLUYENDO EMBARAZADAS				
	Fármacos	Administración y Dosis	Presentación	Número de tabletas
VIH	Zidovudina (AZT)	1 tableta 2 veces al día por 28 días	Tabletas 300mg	56
	Más Lamivudina	1 tableta 2 veces al día por 28 días	Tabletas 150 mg	56
	O COMBIVIR	1 tableta 2 veces al día por 28 días	Tabletas de 300/150mg	56

Protocolo de Atención a Víctimas/ Sobrevivientes de Violencia Sexual

** ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA			
	Principio activo	Composición	Dosis
Primera Elección	Progestágeno	Pregnon o Postinor II Levonogestrel 0.75 mg	1 tableta en la primera consulta y 1 tableta 12 horas después de la primera.
		Postinor I Levonogestrel 1.5 mg	1 tableta en dosis única
Alternativa	Progestágeno + estrógeno	Lofemenal norgestrel 0.30mg + Etinilestradiol 0.003mg	4 tabletas en la primera consulta y 4 tabletas 12 horas después.
		Microgynon 30 ó Nordette 28 Levonogestrel 0.15mg + Etinilestradiol 0.030 mg	4 tabletas en la primera consulta y 4 tabletas 12 horas después.

Guías OMS 2007

***PREVENCIÓN O TRATAMIENTO DE ITS EN ADOLESCENTES, ADULTAS/OS Y MUEJRES NO EMBARAZADAS				
ITS	Fármacos	Administración y Dosis	Presentación	Total de tabletas
Gonorrea	Ciprofloxacina	500 mg vía oral, dosis única	Tabletas de 500mg	1 tableta
	<i>Alternativa</i> Ceftriaxona	500mg IM, dosis única	Frasco 1 gr	Frasco 1 gr

Clamydia	Azitromicina	1 gramo vía oral, dosis única	Tabletas 500mg	2 tabletas
	<i>Alternativa</i>			
	Doxiciclina	100 mg vía oral cada 12 horas por 7 días	Tabletas 100 mg	14 tabletas
Tricomonas (Administrar medicamento después de terminar tratamiento con antirretrovirales)	Metronidazol (No ingerir alcohol)	2 gramos vía oral	Tabletas 500mg	4 tabletas
	<i>Alternativa</i>			
	Tinidazol (no ingerir alcohol)	2 gramos vía oral	Tabletas 500mg	4 tabletas
Sífilis	Penicilina Benzatínica	2,400,000 UI IM dosis única	1 Frasco 2,400,000 UI	1 frasco
	<i>Alternativa</i>			
	Doxiciclina	100 mg vía oral cada 12 horas por 7 días	Tabletas 100 mg	14 tabletas

Protocolo de Atención a Víctimas/ Sobrevivientes de Violencia Sexual

4.7 Proceso de selección del sujeto de estudio

- Se solicitó permiso en la Clínica de Enfermedades Infecciosas con el Dr. Carlos Mejía para la revisión de expedientes de pacientes con seguimiento por abuso sexual.
- Se obtuvo un listado de las pacientes brindado en la Clínica de Enfermedades Infecciosas, en el área de Ginecología.

- Se recolectaron los números de expedientes de la Clínica de Enfermedades Infecciosas en área de archivo.
- Se realizó el listado correspondiente con los números de expedientes que se solicitaron.
- Se entregó dicho listado al área de archivo de la Clínica de Enfermedades Infecciosas.
- Personal de archivo de la Clínica de Enfermedades Infecciosas fueron los encargados de recolectar los expedientes.
- Posteriormente se procedió a la recolección de datos.

4.8 Descripción del instrumento para recolección de información

El instrumento consta de tres secciones, las cuales comprenden datos epidemiológicos del paciente, datos clínicos y datos terapéuticos. La sección de datos epidemiológicos cuenta con información sobre edad, procedencia, sexo, escolaridad, ocupación del paciente así como del mes de la primera atención. La sección de datos clínicos incluye los laboratorios basales tomados a la paciente en la primera atención, tipo de tratamiento profiláctico ofrecido. La última parte consta de información sobre los laboratorios control a los 3 y 6 meses post exposición así como las secuelas de violación.

4.9 Análisis estadístico

Los datos recolectados se tabularon en una base de datos en la cual se codificaron para exportarlos al Software SPSS 17, donde se realizó el análisis.

Se hizo una descripción univariante de datos por medio de tablas y gráficas. Se calculó la incidencia acumulada de infecciones de transmisión sexual posteriores al abuso, VIH y embarazo. Se calculó la tasa de adherencia al seguimiento por la clínica y al tratamiento profiláctico administrado por la clínica. Se calcularon los intervalos de confianza del 95% de las tasas de prevalencia.

V. RESULTADOS

En el estudio se incluyó a 118 pacientes y se describieron sus características epidemiológicas y clínicas, incluidas, edad, escolaridad, ocupación, procedencia, lugar del hecho, hora, tipo de abuso, número de abusadores, estado previo de portador. Además se determinó la frecuencia de embarazo post abuso y la adherencia al tratamiento profiláctico contra ITS, VIH y embarazo.

De las 118 pacientes que participaron en el estudio la mayoría tenían edades que iban de 10 a 19 años (67.5%), con una escolaridad que iba de primaria a secundaria (69.8%), procedentes de la ciudad capital (59.8%) y su ocupación era estudiante (56%).

Llama la atención que las adolescentes de 10 a 14 años representaban casi una cuarta parte de las pacientes que recibieron abuso sexual.

Se reportó el lugar del hecho más frecuente donde la casa (41.2%) seguido de la calle (39.5%). La mayoría de casos ocurrieron durante día laboral (76.9%). En más de tres cuartas partes (77.2%) el abusador era desconocido y no familiares (93%).

La principal vía de abuso fue la vaginal (58.8%). En la mayoría de casos reportados fue únicamente un abusador (70.3%) y únicamente en dos casos se reportaron 9 abusadores.

Los tratamientos profilácticos más utilizados fueron la Azitromicina (63.4%), los antirretrovirales (58.5%), la Penicilina Benzatínica (47.9%) y el levonorgestrel (47.9%). En algunos casos se individualizó la terapia haciendo uso de otras opciones como ciprofloxacina (28.3%), ceftriaxona, eritromicina.

Fue más frecuente el seguimiento hasta por 4 meses (17.8%) y el seguimiento completo sólo se realizó en 6.8% de las pacientes. Un 5.9% de las pacientes presentó embarazo durante el seguimiento.

Tabla no. 1

Características de pacientes post abuso sexual, Departamento de Ginecología y Obstetricia y en la Clínica de Enfermedades Infecciosas, durante el periodo comprendido de marzo 2014 a marzo 2015

	Variables	Frecuencia	%
Edad	10 a 14 años	28	23.9%
	15 a 19 años	51	43.6%
	20 a 24 años	11	9.4%
	25 a 29 años	12	10.3%
	30 a 34 años	13	11.1%
	35 o más años	2	1.7%
Escolaridad	Sin estudios	3	2.8%
	Primaria	30	28.3%
	Secundaria	44	41.5%
	Diversificado	17	16.0%
	Universidad	12	11.3%
Procedencia	Ciudad	70	59.8%
	Municipios de Guatemala	41	35.0%
	Interior	6	5.1%
Ocupación	Ninguno	5	4.3%
	Estudiante	65	56.0%
	Oficios domesticos	16	13.8%
	Ventas	5	4.3%
	Empresa	5	4.3%
	Otros	20	17.2%

Fuente: instrumento de recolección de datos

Tabla no.2

Características del abuso sexual

Características del abuso		N	%
Lugar del hecho	Casa	47	41.2%
	Calle	45	39.5%
	Otros	18	15.8%
	Lugar de estudios	3	2.6%
	Trabajo	1	.9%
Fecha	Día laboral	20	76.9%
	Fin de semana	6	23.1%
	Festivo	0	0.0%
Hora	Mañana	20	28.2%
	Tarde	26	36.6%
	Noche	19	26.8%
	Madrugada	6	8.5%
Tipo de abuso	Vaginal	67	58.8%
	No sabe	23	20.2%
	Vaginal y anal	10	8.8%
	Toqueteo	4	3.5%
	Anal	4	3.5%
	Oral	3	2.6%
	Vaginal, anal y oral	2	1.8%
	Vaginal y oral	1	.9%
Número de abusadores	1	71	70.3%
	2	16	15.8%
	3	7	6.9%
	4	4	4.0%
	7	1	1.0%
	9	2	2.0%
Abusador	Desconocido	74	77.2%
	Conocido	7	6.1%
	Padrastro	7	6.1%
	Novio	6	5.3%
	Padre	4	3.5%
	Patrón	1	.9%
	Otro familiar	1	.9%

Abusador	No familiares	106	93.0%
	Familiares	8	7.0%

Fuente: instrumento de recolección de datos

Tabla no.3

Laboratorios basales

Pruebas basales	Tamizadas	Positivas	% de positividad
VIH basal	114	0	0.0%
VDRL basal	114	1	0.9%
Sífilis basal	114	1	0.9%
Hepatitis B	117	0	0.0%
Hepatitis C	117	0	0.0%
HCG B	117	10	8.5%

Fuente: instrumento de recolección de datos

Tabla no.4

Uso de tratamiento profiláctico

Tratamiento profiláctico	N	%
Azitromicina	71	63.40%
ARV	69	58.50%
Penicilina benzatínica	56	47.90%
Levonorgestrel	56	47.50%
Ciprofloxacina	34	28.80%
Ceftriaxona	11	9.30%
Vacuna tétanos	7	5.90%
Eritromicina	3	2.50%
Doxiciclina	1	0.80%

Fuente: instrumento de recolección de datos

Tabla no. 5

Seguimiento de pacientes post abuso sexual

Seguimiento	n	%
2 mes	1	0.80%
4 meses	21	17.80%
7 meses	10	8.50%
10 meses	4	3.40%
13 meses	4	3.40%
Embarazo	7	5.90%
Seguimiento completo	8	6.80%

Fuente: instrumento de recolección de datos

VI. DISCUSIÓN Y ANALISIS

De las 118 pacientes que participaron en el estudio la mayoría tenían edades que iban de 10 a 19 años (67.5%), con una escolaridad que iba de primaria a secundaria (69.8%), procedentes de la ciudad capital (59.8%) y su ocupación era estudiante (56%). Llama la atención que las adolescentes de 10 a 14 años representaban casi una cuarta parte de las pacientes que recibieron abuso sexual, datos comparables con estudios internacionales en donde se reportan a la mayoría de víctimas como menores de edad.^{12,13,15,18}

Respecto a las características del abuso, el lugar del hecho más frecuente donde ocurrió fue la casa (41.2%) seguido de la calle, cuya frecuencia es muy similar (39.5%). En su mayoría el acto se dio en un día laboral (76.9%), y la frecuencia durante mañana, tarde y noche fue muy similar. El tipo de abuso más observado fue vaginal y es importante destacar que una quinta parte de las abusadas (20.2%) no sabe la forma en la que fueron abusadas. En la mayoría de los casos fue uno el abusador (70.3%) pero llegó hasta ocurrir que 9 eran los abusadores en dos casos (2%). En más de tres cuartas partes (77.2%) el abusador era desconocido y no familiares (93%).

Las pruebas basales mostraron una frecuencia del 0% para el caso de VIH, Hepatitis B y C, un 0.9% para sífilis y un 8.5% para HCG B. Resultados comparables con un estudio realizado en Seul, Korea en donde evaluaron a 256 víctimas quienes a pesar de la profilaxis 5 casos reportaron positividad para hepatitis b, 2 casos positivos para infecciones de transmisión sexual y ningún caso positivo para VIH.¹²

Los tratamientos profilácticos más utilizados fueron la Azitromicina (63.4%), los antirretrovirales (58.5%), la Penicilina Benzatínica (47.9%) y el levonorgestrel (47.9%). En algunos casos se individualizó la terapia haciendo uso de otras opciones como ciprofloxacina (28.3%), ceftriaxona, eritromicina.

Fue más frecuente el seguimiento hasta por 4 meses (17.8%) y el seguimiento completo sólo se realizó en 6.8% de las pacientes. Un 5.9% de las pacientes presentó embarazo durante el seguimiento, tasa mas baja con la comprada con un estudio realizado a nivel internacional en el área de Addis Abeba y Shoa en donde se reportó una tasa de embarazo del 17% en adolescentes abusadas sexualmente.¹⁸ Así mismo dato comparable a Estados Unidos en donde se reportó una tasa nacional de embarazo del 5% por cada violación.¹⁹

6.1 CONCLUSIONES

6.1.1. La mayoría de las pacientes que sufrieron abuso sexual y fueron atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt y recibieron seguimiento por la Clínica de Enfermedades Infecciosas durante 2012, tenían edades que iban de 10 a 19 años (67.5%), con una escolaridad que iba de primaria a secundaria (69.8%), procedentes de la ciudad capital (59.8%) y su ocupación era estudiante (56%).

6.1.2 El lugar del hecho más frecuente donde ocurrió fue la casa (41.2%) seguido de la calle, cuya frecuencia es muy similar (39.5%). En su mayoría el acto se dio en un día laboral (76.9%), y la frecuencia durante mañana, tarde y noche fue muy similar. El tipo de abuso más observado fue vaginal (56.8%), participando un abusador (70.3%) y desconocido (77.2%).

6.1.3 Las pruebas basales mostraron una frecuencia del 0% para el caso de VIH, Hepatitis B y C, un 0.9% (IC 95% 0.0% a 4.8%) para sífilis y un 8.5% (IC 95% 3.0% a 14.0%) para HCG B.

6.1.4 Un 5.9% de las pacientes presentó embarazo durante el seguimiento (IC 95% 1.2% a 10.6%).

6.1.5 Fue más frecuente el seguimiento hasta por 4 meses (17.8%) y el seguimiento completo sólo se realizó en 6.8% de las pacientes (IC 95% 1.8 % a 11.7%).

6.1.6 Con la profilaxis brindada a pacientes que acuden de emergencia, se logró evitar la transmisión de enfermedades de transmisión sexual y embarazo en la mayoría de pacientes.

6.2 RECOMENDACIONES

6.2.1 Para estudios siguientes se recomienda realizar una hoja de seguimiento en las distintas emergencias del hospital para tener un control de las pacientes que acuden al servicio y posteriormente pierden el seguimiento en la clínica de enfermedades infecciosas.

6.2.2 Dentro de los expedientes que se revisaron, en algunos de los casos no se encontraba descrita fue la de la administración de los medicamentos profilácticos, incluida dosis, debido a que las pacientes fueron referidas de clínicas periféricas o del ministerio público.

6.2.3 Debido a que en la mayoría de casos las pacientes no completaron el seguimiento es de importancia evaluar el apoyo psicológico brindado en el cual se haga énfasis a la adherencia del tratamiento y visitas de seguimiento, para evaluar el fortalecimiento del personal que atienden a las víctimas.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2002.
2. Fundación Sobrevivientes. Incidencia en el abordaje de la violencia sexual en Guatemala. Guatemala: Comunicación Integrada; 2011.
3. Garavito A, Pinilla F, Barrios M, Gómez P, Vásquez R, Cárdenas M, et al. Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el Sector Salud. Bogotá: Fondo de Población de Naciones Unidas; 2008.
4. Contreras JM, Bott S, Guedes A, Dartnall E. Violencia sexual en Latinoamérica y El Caribe: Análisis de datos secundarios. Sudáfrica: Iniciativa de Investigación en Violencia Sexual; 2010.
5. Programa Nacional de Salud Reproductiva, Programa Nacional de Salud Mental. Protocolo de Atención a Víctimas de Violencia Sexual. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; 2006.
6. Pérez C. Caracterización del abuso sexual en hombres, mujeres, niños (as) y adolescentes: Importancia de la evaluación física y el manejo integral. Revista de la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt. 2011;
7. Coordinadora Nacional para la Prevención de la Violencia Intrafamiliar y contra las Mujeres. Protocolo de atención a víctimas / sobrevivientes de Violencia Sexual. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; 2009.
8. Lapola L, Díaz F. Informe de las manifestaciones psicológicas observadas en sobrevivientes de violencia sexual atendidos durante el año 2009. Guatemala; 2009.
9. Paredes-Gaitán Y, Padilla K, Billings D. Servicios de salud para víctimas/sobrevivientes de de violencia sexual: Calidad de servicios y políticas públicas, Guatemala [Internet]. El Salvador, IPAS Centroamérica. Managua: Ipas Centroamérica; 2009 [cited 2013 Jul 1]. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Servicios+de+salud+para+victimas/sobrevivientes+de+violencia+sexual:+Calidad+de+servicios+y+políticas+públicas#0>
10. Adefolalu AO. Prevalence of HIV infection among survivors of sexual assault at presentation in hospital. Tropical doctor [Internet]. 2013 Jun 18 [cited 2013 Jul 1]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23780869>
11. Moore AM, Madise N, Awusabo-Asare K. Unwanted sexual experiences among young men in four sub-Saharan African countries: prevalence and context. Culture, health & sexuality [Internet]. 2012 Oct [cited 2013 Jul 1];14(9):1021–35. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22943657>

12. Ri Hwang K, Hee Han K, Sun Shin M, Hyun Kim J, Jun Shin J, Jun Song K, et al. A study of sexual assault: Based on data from Boramae One-Stop Service Center. *Journal of Women's Medicine*. 2010;3(3):96–101.
13. Dessalegn S, Kumbi S, Surur F. Sexual violence and use of contraception among women with unwanted pregnancy in an Ngo Clinic, Addis Ababa. *Ethiopian medical journal* [Internet]. 2008 Oct [cited 2013 Jul 1];46(4):325–33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19271397>
14. Moore AM, Awusabo-Asare K, Madise N, John-Langba J, Kumi-Kyereme A. Coerced first sex among adolescent girls in sub-Saharan Africa: prevalence and context. *African journal of reproductive health* [Internet]. 2007 Dec [cited 2013 Jul 1];11(3):62–82. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2367148&tool=pmcentrez&endertype=abstract>
15. Meel BL. HIV/AIDS post-exposure prophylaxis (PEP) for victims of sexual assault in South Africa. *Medicine, science, and the law* [Internet]. 2005 Jul [cited 2013 Jul 1];45(3):219–24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16117282>
16. Meel BL. Incidence of HIV infection at the time of incident reporting, in victims of sexual assault, between 2000 and 2004, in Transkei, Eastern Cape, South Africa. *African health sciences* [Internet]. 2005 Sep [cited 2013 Jul 1];5(3):207–12. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1831937&tool=pmcentrez&endertype=abstract>
17. Brown LK, Lourie KJ, Zlotnick C, Cohn J. Impact of sexual abuse on the HIV-risk-related behavior of adolescents in intensive psychiatric treatment. *The American journal of psychiatry* [Internet]. 2000 Sep [cited 2013 Jun 30];157(9):1413–5. Available from: <http://journals.psychiatryonline.org/article.aspx?Volume=157&page=1413&journalID=13>
18. Mulugeta E, Kassaye M, Berhane Y. Prevalence and outcomes of sexual violence among high school students. *Ethiopian medical journal* [Internet]. 1998 Jul [cited 2013 Jul 1];36(3):167–74. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10214457>
19. Holmes MM, Resnick HS, Kilpatrick DG, Best CL. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *American journal of obstetrics and gynecology* [Internet]. 1996 Aug [cited 2013 Jul 1];175(2):320–4; discussion 324–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8765248>
20. Workowski KA, Berman S. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. *MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports / Centers for Disease Control* [Internet]. 2010 Dec 17 [cited 2013 Jun 30];59(RR-12):1–110. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21160459>
21. HIV Medicine A medical text book [en línea][accesado el 19 de enero 2011]. Disponible en: www.HIVMedicine.com

22. Guía nacional de tratamiento antirretroviral y de infecciones oportunistas en Guatemala. Versión 3.0, Guatemala 2010
23. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. Department of Health and Human Services. January 10, 2011; 1–166. Disponible en: <http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultandAdolescentGL.pdf>. [accesado el 19 de enero 2011].
24. Documento de consenso de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. Enero 2010
25. Panel on Treatment of HIV-Infected Pregnant Women and Prevention of Perinatal Transmission. Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1-Infected Women for Maternal Health *and* Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States. Sep. 14, 2011; pp 1-207. Disponible en: <http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/PerinatalGL.pdf>. [accesado el 19 de enero 2011].
26. Bobat R, Moodley D, Coutsooudis A, Coovadia H. Breastfeeding by HIV-1-infected women and outcome in their infants: a cohort study from Durban, South Africa AIDS 1997; 11:1627–1633
27. Gray G, McIntyre J. HIV and pregnancy. BMJ 2007, 950-953.
28. Maiques V, Perales A, Cordobac J, Roque J. HIV detection in amniotic fluid samples. Amniocentesis can be performed in HIV pregnant women? European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2003; 108: 137-141.
29. Antiretroviral drugs and the prevention of mother-to-child transmission of HIV infection in resource-limited settings Report of a Technical Consultation, Geneva, Suiza, 5–6 Febrero; 2004.
30. Grosch-Woerner I, Obladen M, Maier R, Seel K, Weigel R. An effective and safe protocol involving zidovudine and caesarean section to reduce vertical transmission of HIV-1 infection. AIDS 2000; 14(18).
31. Ahdieh L. Pregnancy and infection with Human Immunodeficiency Virus. Clinical Obstetrics and Gynecology 2001; 44(2): 154-166.
32. Talaie H, Nava-Ocampo A, Koren G. Antiretroviral treatment of maternal HIV infection. Canadian Family Physician 2004.
33. Moodleya D, Esterhuizenb T, Pathera T, Chettya V, Ngalekaa L. High HIV incidence during pregnancy: compelling reason for repeat HIV testing AIDS 2009; 23:1255–1259.
34. Shannon M. Antiretroviral Therapy in HIV-Infected Pregnant Women and Their Infants: Current Interventions and Challenges. Journal of perinatal and neonatal nursing. 2002

35. Patrizio Lorenzi P, et al. and the Swiss HIV Cohort Study, the Swiss Collaborative HIV and Pregnancy Study, and the Swiss Neonatal HIV Study. Antiretroviral therapies in pregnancy: maternal, fetal and neonatal effects. *AIDS* 1998; Vol 12 No 18.
36. Townsend C, Willey B, Cortina-Borja M, Peckham C, Tookey P. Antiretroviral therapy and congenital abnormalities in infants born to HIV-infected women in the UK and Ireland, 1990–2007. *AIDS* 2009, 23:519–524.
37. Bulterysa M, Wilfert C. HAART during pregnancy and during breastfeeding among HIV-infected women in the developing world: has the time come? *AIDS* 2009; 23:2473–2477.
38. Van Benthema B, Vernazzab P, Coutinhoa R, Prinsa M. The impact of pregnancy and menopause on CD4 lymphocyte counts in HIV-infected women. *AIDS* 2002; 16:919±924.
39. Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants. World Health Organization. 2004.
40. Smith DK, Grohskopf LA, Black RJ, Auerbach JD, Veronese F, Struble KA, et al. Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States: recommendations from the U.S. Department of Health and Human Services. *MMWR. Recommendations and reports : Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports / Centers for Disease Control* [Internet]. 2005 Jan 21 [cited 2013 Jul 1];54(RR-2):1–20. Available from: <http://origin.glb.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5402a1.htm>
41. Cremer M, Masch R. Emergency contraception: past, present and future. *Minerva ginecologica* [Internet]. 2010 Aug [cited 2013 Jul 1];62(4):361–71. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20827252>
42. Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos [Internet]. 4th ed. whqlibdoc.who.int. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 [cited 2013 Jul 1]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243563886_spa.pdf
43. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía de atención en casos de Violencia Sexual. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social;

VIII. ANEXOS

CONTROL PRENATAL

TRIMESTRE	CONTROL
Primer	Estadificar de la enfermedad según los parámetros del CDC Estadificar el recuento de CD4 y Carga viral Hematología completa más Velocidad de Sedimentación (recuento de linfocitos totales) Heces, orina, colesterol, triglicéridos, creatinina, glicemia. VDRL, HBsAg Ultrasonografía a las 8-12 semanas
Segundo	Evaluación ginecológica y Papanicolaou * Ultrasonografía a las 18-20 semanas para evaluación del crecimiento fetal y descartar anomalías Hematología completa (recuento de linfocitos totales), velocidad de sedimentación además de química sanguínea y glicemia. Plan educacional sobre esterilización quirúrgica con consentimiento informado sobre el procedimiento. Evaluación ginecológica.
Tercero	Evaluación del bienestar fetal a partir de las 34 semanas si existe indicación clínica. Programar cesárea electiva a las 36 semanas para realizarla a las 38 semanas, si no fuera posible referir oportunamente. Evaluación ginecológica. Realizar perfil biofísico a partir de la 32 semana en pacientes con enfermedades concomitantes como diabetes o hipertensión inducida por el embarazo.
Tener en cuenta que el Papanicolaou, debido a los cambios hormonales propios del embarazo, pueden producir cambios celulares que pueden dar resultados falsamente positivo.	

Obtenido de: Guía nacional de tratamiento antirretroviral y de infecciones oportunistas en Guatemala. Versión 3.0, Guatemala 2010

Universidad de San Carlos de Guatemala
Dra. María José del Valle G.
Departamento de Ginecología y Obstetricia

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

SEROCONVERSIÓN DE VIH, SÍFILIS, HEPATITIS B Y C EN PACIENTES POST ABUSO SEXUAL.

Estudio descriptivo de tipo ambiespectivo que se llevará a cabo en el departamento de Ginecología y Obstetricia y en la Clínica de Enfermedades Infecciosas, durante el periodo comprendido de marzo 2014 a marzo de 2015.

Edad _____	Ocupación: _____	Hora: _____		
Procedencia _____	Lugar del hecho: _____			
Escolaridad	Tipo de abuso			
Ninguno _____	vaginal _____			
Primaria _____	Anal _____			
Secundaria _____	Mixto _____			
Diversificado _____	otros _____			
Universidad _____				
Otro. ¿Cuál? _____	Número de abusadores _____			
Laboratorios basales	Tratamiento profiláctico			
HIV _____	Azitromicina _____			
VDRL _____	Penicilina Benzatínica _____			
Sífilis _____	Azitromicina _____			
Hepatitis B _____	Eritromicina _____			
Hepatitis C _____	Ceftriaxona _____			
H.C.B _____	Doxiciclina _____			
	Levonorgestrol _____			
Laboratorios control	3 meses	6 meses	9 meses	1 año
HIV _____	_____	_____	_____	_____
VDRL _____	_____	_____	_____	_____
Hepatitis B _____	_____	_____	_____	_____
Hepatitis C _____	_____	_____	_____	_____
Sífilis _____	_____	_____	_____	_____
Secuelas de la Violación	Completo seguimiento			
Embarazo _____	Abandono seguimiento	_____		
Virus herpes simple _____		_____		
Virus papiloma humano _____		_____		
Molusco contagioso _____		_____		
Virus hepatitis B _____		_____		
Virus hepatitis C _____		_____		
Sífilis _____		_____		
VIH _____		_____		

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medios la tesis titulada "SEROCONVERSIÓN DE VIH, SÍFILIS, HEPATITIS B Y C EN PACIENTES POST ABUSO SEXUAL" para pronósticos de consulta académica sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción comercialización total o parcial.