

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

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large, circular emblem in the background. It features a central figure of a man in a crown and robes, surrounded by various symbols including a castle, a lion, and a cross. The Latin text "ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACTA MATENSIS INTER CAETERAS" is inscribed around the perimeter of the seal.

**CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE LA ATENCIÓN
A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL**

SHIRLEY KAREN SANDOVAL MALDONADO

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**

Abril 2021

PME.OI.251.2021

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Shirley Karen Sandoval Maldonado

Registro Académico No.: 200842411

No. de CUI: 2263 53745 2101

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad **Ginecología y Obstetricia**, el trabajo de TESIS **CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE LA ATENCIÓN A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL**.

Que fue asesorado por: Dra. Sofía Vela Quiñonez

Y revisado por: Dra. Sofía Vela Quiñonez

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **abril 2021**.

Guatemala, 19 de abril de 2021



Dr. Rigoberto Velásquez Paz, MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado

ABRIL 26, 2021



Dr. José Arnoldo Saenz Morales, MA.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades



/emxc

Cuilapa, Santa Rosa 07 de Octubre de 2020

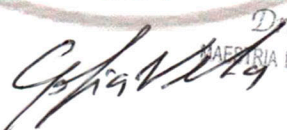
Dra. María Magdalena González Gámez
Coordinador Especifico a.i
Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa.
Escuela de Estudios de Post-Grados

Respetable Dra. González:

Por este medio informo que he asesorado a fondo el informe final de graduación que presenta la Doctora Shirley Karen Sandoval Maldonado DPI 2263537452101, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el cual se titula **CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE LA ATENCIÓN A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA SANTA ROSA.**

Luego de la asesoría, hago constar que la Doctora Shirley Karen Sandoval Maldonado, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Post-Grado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente:


Dra. Sofía Vela Quiñonez
MAESTRÍA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
COL. 13,314

Dra. Sofía Vela Quiñonez
Asesor de Tesis
Maestría en Ciencias Médicas con
Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Hospital Regional de Cuilapa
“Licenciado Guillermo Fernández Llerena”

Cuilapa, Santa Rosa 07 de Octubre de 2020

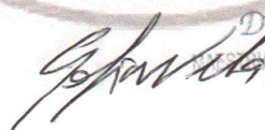
Dra. María Magdalena González Gámez
Coordinador Especifico a.i
Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa.
Escuela de Estudios de Post-Grados

Respetable Dra. González:

Por este medio informo que he asesorado a fondo el informe final de graduación que presenta la Doctora Shirley Karen Sandoval Maldonado DPI 2263537452101, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el cual se titula **CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE LA ATENCIÓN A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA SANTA ROSA.**

Luego de la revisión, hago constar que la Doctora Shirley Karen Sandoval Maldonado, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Post-Grado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente:



Dra. Sofía Vela Q.
MAGISTER EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
COL. 13.314

Dra. Sofía Vela Quiñonez
Revisor de Tesis
Maestría en Ciencias Médicas con
Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Hospital Regional de Cuilapa
“Licenciado Guillermo Fernández Llerena”



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

DICTAMEN.UIT.EEP.351-2020

26 de octubre de 2020

Doctora

Nivea Sofía Ninoshka Vela Quiñonez, MSc.

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa

Doctora Vela Quiñonez:

Para su conocimiento y efecto correspondiente le informo que se revisó el informe final de la médica residente:

Shirley Karen Sandoval Maldonado

De la Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, registro académico 200842411. Por lo cual se determina Autorizar solicitud de examen privado, con el tema de investigación:

“Cumplimiento del protocolo de la atención a mujeres víctimas de violencia sexual”

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz, MSc.

Unidad de Investigación de Tesis

Escuela de Estudios de Postgrado

c.c. Archivo
LARC/karin

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

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: uit.eep14@gmail.com

ÍNDICE

I. INTRODUCCION	1
II. ANTECEDENTES	3
2.1. Violencia Contra Las Mujeres.....	3
2.2. Ciclo de la violencia contra las mujeres.....	4
2.3. Violencia Sexual	4
2.4. Manejo General De Casos	5
2.5. Atención Integral de víctimas de violencia sexual	6
2.6. Tratamiento médico.....	12
2.7. Infecciones de transmisión sexual (ITS).....	13
2.8. Vacunación.....	19
2.9. Clínicas De Violencia Sexual.....	20
III.OBJETIVOS	24
IV. MATERIAL Y MÉTODO	25
V. RESULTADOS.....	30
VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS.....	38
6.1 CONCLUSIONES.....	41
6.2 RECOMENDACIONES	42
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
VIII. ANEXOS	46

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Dosificación de píldoras de anticoncepción de emergencia	13
Tabla 2.	Profilaxis de ITS en adolescentes, adultas/os y mujeres no embarazadas	14
Tabla 3.	Profilaxis en embarazadas	14
Tabla 4.	Prevención o tratamiento del ITS en niñas y niños	15
Tabla 5.	Opciones del kit post exposición al VIH	16
Tabla 6.	Profilaxis post exposición al VIH en niñas y niños mayores de 2 años ...	18
Tabla 7.	Operacionalización de variables	26
Tabla 8.	Edad de mujeres víctimas de agresión sexual que consultaron al Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa, enero de 2018 a diciembre de 2018	30
Tabla 9.	Lugar de residencia de mujeres víctimas de agresión sexual que consultaron al Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa, enero de 2018 a diciembre de 2018	31
Tabla 10.	Estado civil de mujeres víctimas de agresión sexual que consultaron al Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa, enero de 2018 a diciembre de 2018	32
Tabla 11.	Ocupación de mujeres víctimas de agresión sexual que consultaron al Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa, enero de 2018 a diciembre de 2018	32
Tabla 12.	Existencia de reactivo para la realización del análisis de alcoholemia a pacientes que consultaron al Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa, enero de 2018 a diciembre de 2018	34
Tabla 13.	Realización de prueba gonadotropina coriónica humana en mujeres víctimas de agresión sexual que consultaron al Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa, enero de 2018 a diciembre de 2018	35
Tabla 14.	Realización de VDRL y que recibieron profilaxis ITS en mujeres víctimas de agresión sexual que consultaron al	

	Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa, enero de 2018 a diciembre de 2018	35
Tabla 15.	Tiempo desde que las pacientes denunciaron al agresor a la fiscalía y fueron evaluadas por el MSPAS en pacientes que consultaron al Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa, enero de 2018 a diciembre de 2018	37
Tabla 16.	Material descrito en Listado de Cotejo, que fue utilizado en pacientes que consultaron al Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa, enero de 2018 a diciembre de 2018	37

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1.	Tiempo transcurrido desde la agresión hasta el momento de la consultaron al Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa, enero de 2018 a diciembre de 2018	33
Gráfica 2.	Administración esquema antibiótico profiláctico combinado a pacientes que consultaron al Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa, enero de 2018 a diciembre de 2018	34
Gráfica 3.	Tiempo desde que las pacientes denunciaron al agresor a la fiscalía y fueron evaluadas por el INACIF en pacientes que consultaron al Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa, enero de 2018 a diciembre de 2018	36

RESUMEN

Antecedentes: Para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social la atención a víctimas de violencia sexual, constituye una prioridad en salud, siendo una emergencia médica, así también requiere de una atención médica inmediata y conlleva responsabilidades de tipo legal. **Objetivos:** Describir el cumplimiento del protocolo de atención a la mujer consultante por agresión sexual, en el Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa de enero a diciembre de 2018. **Método:** Se aplicó un estudio retrospectivo, descriptivo que evaluó el cumplimiento del protocolo de atención a las mujeres con agresión sexual que consultaron a la clínica de apoyo y emergencia de Ginecología y Obstetricia, mediante la revisión del expediente clínico; por lo que no se influyó en modo alguno en la terapéutica y desenlace final de la paciente. **Resultados:** Se recolectó una muestra de 87 pacientes en aproximadamente 12 meses del año 2018, fueron datos confiables, recolectados y analizados únicamente por el investigador y se considera un estudio con validez interna por ser una muestra significativa y datos reales. Al momento de consulta se les tomaron todos los exámenes para el tamizaje de infecciones de transmisión sexual (VDRL, VIH, Hep B) así como la gonadotropina coriónica humana, pero es importante señalar que en algunas pacientes no se encontraron consignados en el expediente los resultados de las pruebas de infecciones de transmisión sexual debido a la falta de reactivo de dicha prueba en el nosocomio y aun así las pacientes recibieron el esquema de profilaxis. En ese mismo sentido, el 8% de las pacientes incluidas en el estudio no se encontraron los resultados de la prueba de embarazo, pero recibieron profilaxis anticoncepcional. **Conclusiones:** El protocolo de atención a mujeres víctimas de agresión sexual se cumple en forma parcial puesto que falta consignación de resultados de pruebas de laboratorio que sustenten la decisión tomada para la atención descrita, tanto por parte del hospital, como por parte del Instituto Nacional de Ciencias Forenses de Guatemala (INACIF), el Ministerio Público y la Procuraduría general de la Nación (PGN).

I. INTRODUCCION

La violencia es definida por La Organización Mundial de la Salud como "el uso deliberado de la fuerza física o el poder ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesión, muerte, daños psicológicos. La violencia ejercida contra la mujer y cuya expresión más reconocida es el abuso sexual es aún de magnitud desconocida por el subregistro de datos, así como por los factores culturales y patrones de violencia que muchas veces desde temprana edad se hacen presentes (1).

Un informe, elaborado por la Organización Mundial de la Salud, la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y el Consejo Sudafricano de Investigaciones Médicas, presento el primer examen sistemático y un conjunto de datos científicos sobre la prevalencia de dos formas de violencia contra la mujer; el informe pone de relieve que la violencia contra la mujer es un fenómeno omnipresente en todo el mundo. Sus conclusiones nos transmiten el enérgico mensaje de que no se trata de un pequeño problema que sólo afecta a algunos sectores de la sociedad, sino más bien de un problema de salud pública mundial de proporciones epidémicas (2).

En Guatemala, la violación está tipificada como un delito contra la libertad e indemnidad sexual de las personas. Para El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social la atención de las víctimas de violencia sexual, es una prioridad en salud, siendo una emergencia médica, reconoce que su abordaje tiene que ser integral y el uso apropiado de protocolos que orienten el que hacer de los profesionales de la salud (3).

Como Hospital Regional nos corresponde el debido cumplimiento del Protocolo de Atención a Víctimas de Violencia Sexual, atender a las mujeres afectadas con este tipo de violencia, pero ya en el ámbito de tratar, prevenir enfermedades de

transmisión sexual, brindar apoyo psicológico y alertar a las autoridades pertinentes. Lamentablemente el aspecto preventivo se escapa como institución prestadora de servicios de salud en cuanto las agresiones sexuales quedan impunes en tanto las víctimas no denuncian o refieren desconocer a los agresores (4–6).

La descripción de quienes establecen el comité de violencia sexual en el Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa, es importante ya que estos son los encargados de diseñar, impulsar o colaborar en la elaboración de medidas, lineamientos o directrices que faciliten la atención integral y asistencia de las víctimas de violencia sexual, pero lamentablemente no se cuenta con un comité que realice diagnósticos sobre las necesidades de capacitación de los médicos residentes, personal de enfermería, laboratorio, estadística; y esto permita estandarizar la actuación en beneficio de las víctimas de violencia sexual.

Es importante investigar el cumplimiento del protocolo de atención de víctimas de violencia sexual y cómo desde la perspectiva médica se manejan estos protocolos de atención y hacer énfasis en la importancia que amerita la atención médica en el término de 72 horas de ocurrido el hecho de violencia sexual, prevenir enfermedades de transmisión sexual, brindar apoyo psicológico y alertar a las autoridades pertinentes para el peritaje médico- legal y la debida protección a las víctimas de violencia sexual.

II. ANTECEDENTES

Es importante mencionar que género no es sinónimo de mujer, sino una categoría de análisis utilizada para explicar el origen de la desigualdad y discriminación de un sexo sobre otro (7). Desde el campo de la salud, la incorporación de esta categoría de género permite analizar la situación diferenciada de la violencia sexual, el acceso a la salud y las consecuencias de estas diferencias (1). La salud de las mujeres tiene que ser tratada como un asunto de derechos humanos, una urgencia médica y ciudadana con la que todo el personal de salud debe estar comprometido (8) . Las necesidades prácticas y estratégicas de la comunidad en cuanto al tema de la salud y diseñar abordajes respectivos que permitan trabajar en la prevención de la violencia y la deconstrucción de los roles de género (7).

2.1. Violencia Contra Las Mujeres

“Es la expresión de dominio y opresión que las sociedades patriarcales ejercen sobre las mujeres, limitando sus posibilidades de desarrollo y el ejercicio de sus derechos” (4) . La violencia contra las mujeres es producto de las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres. Causa daños a la salud física y emocional y es injustificable, prevenible y evitable; constituyendo un problema de salud pública. La Ley Contra el Femicidio y otras formas de Violencia contra la Mujer, se define como: “toda acción u omisión basada en la pertenencia al sexo femenino que tenga como resultado el daño inmediato o ulterior, sufrimiento físico, sexual o económico o psicológico para la mujer, así como la amenaza de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en el ámbito público como en el ámbito privado” (9,10) .

2.2. Ciclo de la violencia contra las mujeres

Se identifican tres fases separadas por períodos cortos o largos que pueden durar horas, días meses o años (11).

2.2.1. Fase I Acumulación de tensión

Esta fase se caracteriza por incidentes menores de agresión, casi siempre verbales, en las que el agresor manifiesta su indiferencia con silencios prolongados (3).

2.2.2. Fase II Incidentes agudos de violencia

Se caracteriza por actos de agresión física, emocional, sexual, económica y verbal que pueden durar horas o días. Es la fase más brutal y puede tener graves consecuencias. Las agresiones van desde tirones de pelo, pellizcos, bofetadas, patadas, violaciones continuas, hasta golpes contundentes que pueden provocar la muerte (3).

2.2.3. Fase III Tregua amorosa o Fase de arrepentimiento

Este período se caracteriza por una aparente calma y el agresor se muestra arrepentido. Sabe que se excedió y será abandonado. Trata de mostrar cariño halagando a la mujer con regalos, promete que no volverá a suceder, pero al mismo tiempo la culpa de haber causado la agresión (10).

2.3. Violencia Sexual

Es un problema universal que afecta indistintamente a las mujeres sin importar la clase social, económica, étnica, religión y cultura, en los ámbitos público o privado y en cualquier etapa del ciclo vital de la mujer (11).

La verdadera incidencia de los crímenes sexuales es desconocida, especialmente porque es una de las formas de violencia con menor denuncia y por lo tanto con subregistro. La violencia sexual se define como toda conducta

que entrañe amenaza o intimidación que afecte la integridad o la autodeterminación sexual de la mujer (6).

Manifestaciones de violencia sexual: forzar a tener relaciones sexuales, obligar a participar en actos sexuales, criticar el desenvolvimiento sexual y/o tener relaciones que lastiman, el acoso, manoseo, caricias no deseadas, penetración vaginal, bucal y anal, “violación marital”, relaciones sexuales exigidas y con amenazas, exposición obligada a pornografía, presenciar actos sexuales no deseados con su pareja o con otras personas, relaciones forzadas con animales, provocación de dolor durante el acto sexual, obligar al comercio sexual y otros (12).

2.4. Manejo General De Casos

2.4.1. Atención De Casos

Como primer paso 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 le dará prioridad a la atención de urgencia (6).

2.4.2. Atención En Crisis

Debe ser proporcionada por el personal de salud capacitado en atención en crisis. A continuación se presenta una descripción de los pasos fundamentales (10).

- Establecer comunicación con la persona víctima/sobreviviente.
- Examinar las dimensiones del problema para contribuir a su protección
- Analizar junto con la persona víctima/sobreviviente, las posibles soluciones del problema.
- Proponer opciones en el proceso de atención (5).

2.5. Atención Integral de víctimas de violencia sexual

2.5.1. Abordaje Clínico

2.5.1.1. El papel del personal de salud en la atención de la persona víctima/sobreviviente de violencia sexual

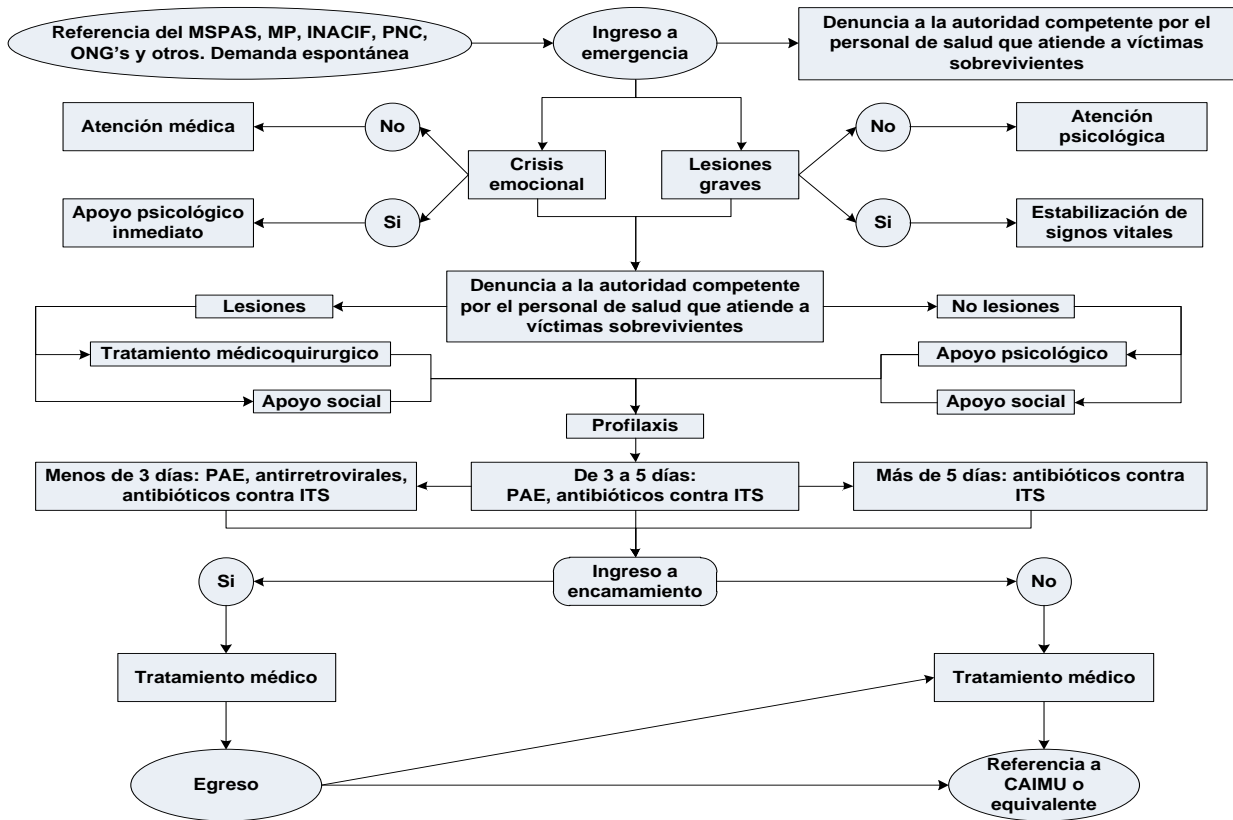
El personal de salud que aborde el problema de la violencia sexual se incorporará a un programa de autocuidado de salud mental que le permitirá mejores condiciones para el ejercicio de sus funciones. El equipo multidisciplinario de preferencia debe estar integrado por profesionales de la medicina, psiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería profesional y auxiliar y otros capacitados en la materia (6).

2.5.1.2. Consecuencias físicas

Pueden sufrir:

- Embarazo no deseado.
- Aborto en condiciones de riesgo.
- Infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH.
- Infertilidad, dolor pélvico y enfermedad inflamatoria pélvica.
- Infección del tracto urinario (6).

Figura no.1 Ruta de atención en hospitales, centros y servicios de 24 horas, con capacidad resolutive



Fuente: Elaboración propia con datos del Protocolo de Atención a Víctimas/Sobrevivientes de Violencia Sexual MSPAS

2.5.1.3. Expediente clínico en personas víctimas/sobrevivientes de violencia sexual

Datos que se debe llenar al ingreso:

- Datos generales : Nombre, edad, sexo, fecha de nacimiento, fecha y hora de la consulta, estado civil, dirección actual y nombre del/la acompañante presente en la consulta.
- Antecedentes: Médicos, traumáticos, quirúrgicos, psiquiátricos y de inmunizaciones (tétanos y hepatitis B, y otros.), alergias a medicamentos,

medicación actual, atención hospitalaria, atención por médicos/as particulares (relacionadas con el caso), hechos de violencia si los hubiera.

- Historia ginecológica: Menarquia, ciclo menstrual, fecha de la última regla, relaciones sexuales anteriores a este evento, número de embarazos, número de partos, número de hijos/as vivos/as, complicaciones en el embarazo, pareja sexual actual, última relación sexual consentida, tipo de anticonceptivos usados (6).

2.5.1.4. Información del hecho de violencia sexual

Fecha, lugar y tipo de la violencia sexual, qué ocurrió durante la agresión o abuso:

- Penetración sexual (vaginal, anal u oral) con/sin uso de objetos.
- Contacto oral bucal del agresor con la cara de la víctima/sobreviviente, en la cara, cuerpo o zona genito-anal y si este contacto fue forzado o no.
- Eyaculación en la vagina, en otras partes del cuerpo o en el escenario del abuso sexual.
- Uso del condón y/o lubricantes.
- Desde cuándo sufre violencia sexual, y la frecuencia e intensidad de esta.
- Lesiones en otras partes del cuerpo.
- Circunstancias de la violencia sexual: uso de medicación, drogas o alcohol, cómo le quitó la ropa, buscar signos de heridas o moretones, estrangulación, objetos romos o cuchillos, pistolas, etc.
- Eventos asociados: pérdida de conciencia, restricción de los movimientos y de qué forma se los restringieron (6,13).

2.5.1.5. Exploración física

- Apariencia general, comportamiento y estado mental.
- Signos vitales: presión sanguínea, temperatura, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria.

- Cabeza: Hematomas, heridas corto-contundentes en cuero cabelludo, ausencia de cabello y lesiones por arrancamiento de este.
- Rostro: Deformidad, hinchazón o sangrado nasal; hematomas en mandíbula, región malar u órbita. Inspección oral: lesiones, petequias o parcial o total de piezas dentales. Oreja y áreas retro articular: Equimosis, laceraciones.
- Cuello: Hematomas o laceraciones por estrangulamiento, rasguños y mordidas.
- Tórax: Hematomas, quemaduras o mordidas en espalda y pecho, éste último es zona frecuente de heridas en víctimas/sobrevivientes, especialmente en las mamas en víctimas/sobrevivientes del sexo femenino. Para realizar la evaluación de las siguientes áreas del cuerpo, puede ser necesario solicitar a la víctima/sobreviviente que se acueste en una camilla. Parte superior del brazo y axila: hematomas o laceraciones si han sido atados/as (14–16).
- Antebrazo: lesiones de defensa
- Manos: lesiones, ataduras en la muñeca.
- Abdomen: Hematomas, laceraciones, abrasiones, heridas punzo cortantes o penetrantes. Realizar palpación para excluir traumatismo interno o detectar embarazo mayor de 13 semanas.
- Miembros Inferiores: Examinar muslos, rodillas y pies en busca de hematomas, equimosis, laceraciones, quemaduras o heridas corto-contundentes. Buscar lesiones por atadura en tobillos. Describir cualquier otra lesión que se encuentre.
- Exploración genito anal: Genitales externos: (monte de venus, labios mayores y menores, clítoris, vestíbulo, himen o carúnculas himeneales), perineo, ano, muslos y glúteos. Describir las lesiones, tipo y número de estas, hematomas, contusiones, desgarros en piel y/o mucosas. Deben consignar la ausencia de estas lesiones. Tomar muestra en genitales externos, con hisopo, antes de realizar cualquier exploración manual o con espéculo (17,18). En presencia de restos de sangre fresca, recoger

con hisopo para determinar si proviene de alguna lesión de la víctima/sobreviviente, o es de otro origen. Si no se cuenta con ultrasonido en el servicio de salud efectuar tacto bimanual, se realiza para determinar anomalías en tamaño, forma, movilidad y sensibilidad uterina, así como posible presencia de dolor y/o masa anexial (6).

- Exploración genito anal: Examen con espéculo: Buscar y describir lesiones en paredes vaginales, si se encuentran cuerpos extraños, vellos o cabellos se debe realizar visualización cuidadosa del orificio cervical cuando hay dolor vaginal o uterino, sangrado vaginal o sospecha de cuerpo extraño en vagina. Si la agresión ocurrió en un intervalo de 24 a 96 horas (1 a 4 días), realizar hisopado del conducto endocervical durante el examen con espéculo (para ITS). Si la víctima/sobreviviente no permite el examen con espéculo, realizar un hisopado vaginal a ciegas, siempre y cuando la mujer lo acepte (8,15). Adultas y adultos mayores: Durante el examen pélvico debe utilizarse instrumentos apropiados a los cambios hormonales y fisiológicos, puede utilizarse un espéculo más delgado o limitarse al uso de los hisopos para evitar revictimización. Exploración anal: Se puede realizar en posición de litotomía, luego de completar el examen ginecológico. Si la víctima/sobreviviente no lo permite de esta forma o es de sexo masculino, realizarla en posición lateral izquierda. Buscar hematomas, laceraciones, abrasiones o desgarros. Tacto rectal: Si se sospecha que hubo inserción de cuerpo extraño en conducto anal. Proctoscopia en casos de dolor o sangrado anal severo post asalto o presencia de cuerpo extraño en el recto (6).

2.5.1.6. Expediente clínico de personas víctimas/sobrevivientes de violencia sexual (niñas, niños, adolescentes)

- Datos generales: Nombre, edad, sexo, fecha de nacimiento, fecha y hora de la consulta, estado civil, dirección actual y nombre del o la acompañante presente en la consulta, parentesco.

- Antecedentes: Médicos, traumáticos, quirúrgicos, psicológicos y de inmunizaciones (tétanos, hepatitis B y otros)., alergias a medicamentos, medicación actual, atención hospitalaria, atención por médicos o médicas particulares (relacionadas con el caso), hechos de violencia, si los hubiera y antecedentes ginecológicos en casos de mujeres adolescentes. Indagar sobre pruebas de diagnóstico de infecciones de transmisión sexual (18).
- Información del hecho de violencia sexual: Información esencial: última vez de la violencia sexual, primera vez de la violencia sexual, número de veces de la violencia sexual, tipos de violencia sexual empleados, falta de apetito, lesiones o dolor, dolor vaginal o anal, sangrado y/o secreción después de la agresión, dificultad o dolor con la defecación, incontinencia urinaria o fecal, fecha de la última menstruación, detalles de la actividad sexual anterior. (Ducha o baño desde el último asalto) (19).
- Exploración física: (Ver exploración física de adultas y adultos): Hematomas, quemaduras, erupción en la piel (localización, tamaño, forma y color). Golpes en parte posterior de la cabeza, boca y faringe: petequias del paladar o de la parte posterior de la faringe. Signos de uso de fuerza o defensa: sobre todo alrededor del cuello, buscar signos de lesiones en los pechos y en las extremidades. Documentar la fase de desarrollo del o la adolescente según la clasificación de TANNER. No olvidar al realizar el examen físico y ginecológico estar acompañado por personal de salud, de preferencia del mismo sexo (14).
- Exploración genito-anal Realizar evaluación ginecológica (genitales externos e internos) si es sexualmente activa utilizar espéculo, si no es sexualmente activa realizar observación externa. Realizar evaluación anal. Considerar la conveniencia o no del uso de espéculo, la exploración digital o anos copio porque produce mucho dolor y puede lesionar severamente. En niñas examinar: monte de venus, labios mayores y menores, clitoris , uretra, vestibulo vaginal, himen, fosa navicular, horquilla posterior, perineo y región anal. La zona más probable de lesión vaginal por penetración es entre las 4 y las 8 según la carátula del reloj. En niños

examinar: Glande y frenillo, uretra, escroto, testículos y epidídimo Región inguinal, perineo. Zona anal examinar en posición lateral. Tejidos del margen anal, canal ano-rectal, región perianal y glúteos (6).

2.6. Tratamiento médico

Objetivos:

- Prevenir la ocurrencia de embarazo.
- Prevenir infecciones de transmisión sexual o tratarlas.
- Inmunizar para Tétanos y Hepatitis B (12,20).

2.6.1. Anticoncepción de emergencia

Los medicamentos del kit de violencia sexual deben utilizarse exclusivamente para el tratamiento de las personas víctimas/sobrevivientes de violencia sexual. En caso de que no hayan menstruado evaluar la madurez sexual con base a la Clasificación de Tanner debido a que algunas niñas con características de madurez sexual completa pueden estar ovulando aunque no hayan menstruado (6,21).

La anticoncepción de emergencia no aplica para:

- Personas sin útero
- Mujeres que se encuentran en período post-menopáusico
- Mujeres que estén utilizando un método regular de planificación familiar (22).

2.6.2. Indicaciones

Administrar a toda mujer o adolescente en edad reproductiva, previa aceptación a través del consentimiento informado. Las PAE (píldoras de anticoncepción de emergencia) deben darse ideal mente dentro de los primeros 3 días después de

una relación sexual sin protección. Pueden utilizarse después de los 5 días pero son menos efectivas a medida que pasa el tiempo (14).

Las PAE evitan el embarazo y no provocan un aborto. Funcionan principalmente impidiendo la ovulación y alterando la consistencia del moco cervical lo cual impide la entrada de espermatozoides a la cavidad uterina. Pueden ocasionar náuseas, vómitos, manchado o hemorragia (6,23).

Tabla No. 1 – Dosificación del PAE

	PRINCIPIO ACTIVO	COMPOSICIÓN	DOSIS
Primera elección	Progestageno	Levonorgestrel 0.75 mg	1 tableta en la primera consulta y 1 tableta 12 horas después de la primera (no se recomienda dar a tomar las dos tabletas juntas ya que aumenta efectos adversos como mayores posibilidades de náusea y vómitos).
		Levonorgestrel 1.5 mg	1 tableta dosis única. La OMS recomienda que la mujer tome una sola dosis de progestágeno de 1.5 mg en los días posteriores (120 horas) a la relación sexual sin protección.
Alternativa	Progestageno + Estrógeno	Levonorgestrel 0.15 mg + Etinilestradiol 0.30 mg	4 tabletas en la primera consulta y 4 tabletas 12 horas después.(14)

Fuente: Elaboración propia con datos del protocolo de Atención a Víctimas/Sobrevivientes de Violencia Sexual MSPAS

2.7. Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Realizar profilaxis de manera sistemática a toda víctima/sobreviviente para evitar infección por: Gonorrea, Clamidia, Tricomoniasis y Sífilis en posible incubación. Tratar la Tricomoniasis después de haber terminado tratamiento con antirretrovirales, tener en cuenta que un resultado de ITS negativo no excluye infección si el hecho de violencia sexual fue reciente, ya que muchas ITS tienen un período de incubación largo ó son asintomáticas (19,22,23).

Tabla No. 2 – Profilaxis de ITS en adolescentes, adultas/os y mujeres no embarazadas

ITS	FÁRMACOS	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	TOTAL DE FRASCOS O TABLETAS POR TRATAMIENTO
Gonorrea y Chlamydia	Elección: Azitromicina	Tableta de 500 mg	2 gr dosis única vía oral	4 tabletas
	Alternativa: Doxiciclina	Tabletas de 100 mg	100 mg cada 12 horas por 5 días PO	14 tabletas
Sífilis	Elección: Penicilina Benzatínica	Vial de 2,400,000 millones UI	2,400,000 millones UI IM dosis única	1 vial
	Alternativa: Doxiciclina	Tabletas de 100 mg	100 mg cada 12 horas x 14 días vía oral	28 tabletas
Tricomoniasis*	Elección: Metronidazol	Tabletas 500 mg	2 g dosis única vía oral	4 tabletas
	Alternativa: Tinidazol	Tabletas 500 mg	2 g dosis única vía oral	4 tabletas

* Se puede posponer el tratamiento hasta la primera cita.
 * Anticoncepción de emergencia, por la náusea medicamentosa, no deben combinarse con bebidas alcohólicas.

Fuente: Elaboración propia con datos del protocolo de Atención a Víctimas/Sobrevivientes de Violencia Sexual MSPAS

Tabla No. 3 – Profilaxis en embarazadas

ITS	FÁRMACOS	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	TOTAL DE FRASCOS O TABLETAS POR TRATAMIENTO
Sífilis*	Elección: Penicilina Benzatínica	Vial de 2,400,000 UI	2,400,000 UI vía IM dosis única	1 vial
Chlamydia y Gonorrea	Azitromicina	Tabletas 500 mg	2 g vía oral única	4 tabletas

* Si la paciente es alérgica a la penicilina, la alternativa es Claritromicina 500 mg dos veces al día por cinco días.

Fuente: Elaboración propia con datos del protocolo de Atención a Víctimas/Sobrevivientes de Violencia Sexual MSPAS

Tabla No. 4 – Prevención o tratamiento del ITS en niñas y niños

ITS	FÁRMACOS	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	TOTAL DE FRASCOS O TABLETAS POR TRATAMIENTO
Sífilis*	Elección: Penicilina Benzatínica	Vial de 1,200,000 UI	50,000 UI/kg vía IM dosis única	1 vial
Gonorrea y Chlamydia	Elección: Azitromicina	200 mg/5ml frasco de 15 ml	20 mg/kg dosis única vía oral, máximo 2 gramos	1 frasco
	Alternativa: Doxiciclina (administrar en niños mayores de 8 años)	Tableta 100 mg	100 mg cada 12 horas x 7 días vía oral	14 tabletas
Tricomoniasis**	Elección: Metronidazol	250/5ml frasco de 120 ml	15-30 mg/kg vía oral dosis única	1 frasco
	Alternativa: Tinidazol	500 mg tabletas	50 mg/kg dosis única vía oral	4 tabletas

* Pacientes alérgicos(as) a la penicilina la alternativa es Claritromicina.

** Se puede proponer el tratamiento hasta la primera cita para evitar náusea y vómito.

Fuente: Elaboración propia con datos del protocolo de Atención a Víctimas/Sobrevivientes de Violencia Sexual MSPAS

2.7.1. Profilaxis Post Exposición al VIH/Sida

La prevención del VIH con tratamiento antirretroviral debe comenzar inmediatamente, ideal antes de cumplir 2 horas de producida la violencia sexual y hasta las 72 horas: luego de ese lapso el virus del VIH ya infectó las células, evaluar el riesgo/beneficio. Se debe ofrecer a toda víctima/sobreviviente de la violencia sexual y con la prueba basal negativa para VIH (24).

En el caso de que no se administren los antirretrovirales por haber sobrepasado el tiempo de 72 horas, deberá chequearse la prueba de VIH 3, 6, 9 y 12 meses después y en caso de resultar positiva la prueba, dar tratamiento para el SIDA (6,23).

2.7.2. Evaluación de Riesgo en casos de exposición a violencia sexual

Bajo riesgo:

- Besos, caricias, introducciones de dedos u objetos y/o eyaculación en piel sana (23).

Riesgo Moderado:

- Violación oral, vaginal y rectal con o sin eyaculación (23).

Alto riesgo:

- Múltiples agresores: dos o más victimarios.
- Violencia continuada: repetición múltiple del abuso sexual por el victimario.
- Violencia extrema: víctimas que sufren múltiples heridas con arma blanca, de fuego o contundentes, o son rociadas con ácido y otras sustancias químicas.
- Violador se identifica como VIH positivo (25).

Tabla No. 5 – Opciones del kit post exposición al VIH

OPCION	FARMACOS	PRESENTACION Y CONCENTRACION	ADMINISTRACION Y DOSIS	TOTAL DE TABLETAS
Primera opción	Tenofovir + Emtricitabina	300 mg+200 mg	1 tableta cada 24 horas por 28 días	28 tabletas
Segunda Opción	Tenofovir + Lamivudina	300 mg 150 mg	1 tableta cada 24 horas por 28 días	28 tabletas 56 tabletas
Tercera Opción	Zidovudina+ Lamivudina	300 + 150 mg	1 tabletas cada 12 horas por 28 días	56 tabletas
Agregar un tercer medicamento a cualquiera de los esquemas anteriores en los casos de exposición de alto riesgo (múltiples agresores o violencia extrema o continuada)	*Lopinavir + Ritonavir	200 mg + 50mg	2 tabletas cada 12 horas por 28 días	112 tabletas

Fuente: Elaboración propia con datos del protocolo de Atención a Víctimas/Sobrevivientes de Violencia Sexual MSPAS

Tomar en cuenta:

- El seguimiento de las personas víctimas/sobrevivientes en tratamiento con PPE debe ser cada semana.
- Administrar antieméticos si sufre de náuseas.
- No está contraindicado en embarazo.
- Existe el riesgo de anemia en personas que han padecido anemia previamente (18).

2.7.3. Evaluación de Riesgo de infección por vía sexual cuando no se conoce si la persona fuente está infectada por VIH

Alto Riesgo (0.05-0.08 %):

- Recepción anal con Eyaculación (23).

Riesgo Moderado (0.01-0.05 %):

- Recepción anal sin eyaculación.
- Recepción vaginal sin eyaculación.
- Penetración anal.
- Penetración vaginal.
- Sexo oral con o sin eyaculación.
- Sexo orogenital femenino (23).

Riesgo Leve (Menor 0.01):

- Besos.
- Caricias.
- Masturbación.
- Contacto de secreciones con piel íntegra (24).

2.7.4. Evaluación de Riesgo de Infección por vía sexual cuando la persona fuente está infectada de VIH

Riesgo Apreciable (0.8-3%):

- Recepción anal con Eyaculación (24).

Bajo Riesgo (0.05-0.8 %):

- Recepción vaginal con eyaculación.
- Recepción anal sin eyaculación.
- Recepción vaginal sin eyaculación.
- Penetración anal.
- Penetración vaginal.
- Sexo orogenital con eyaculación (24).

Riesgo Mínimo(0.01-0.05%):

- Sexo oral sin eyaculación.
- Sexo orogenital femenino (24).

Profilaxis post exposición al VIH en niñas y niños mayores de 2 años (27).

Tabla No. 6 – Profilaxis post exposición al VIH en niñas y niños mayores de 2 años

PESO	FARMACOS	PRESENTACION Y CONCENTRACION	ADMINISTRACION Y DOSIS	TOTAL DE TABLETAS
Menor de 30 kg	Zidovudina + Lamivudina	Solución 10 mg/ml frasco de 240 ml.	9-12 mg/Kg v/o c/12 hrs por 28 d.	5-7 frascos
		Solución 10 mg/ml frasco de 240 ml	4 mg/Kg vía oral c/12 horas por 28 días.	2-3 frascos
	Lopinavir + Ritonavir	Solución 400 mg/100 mg/5 ml frasco de 120 ml	Para menores de 15 Kg 12 mg/Kg vía oral c/12 horas por 28 días	28 tabletas 56 tabletas

			Para mayores de 15 Kg 10 mg/Kg vía oral c/12 horas por 28 días	
Mayor de 30 kg	Zidovudina+ Lamivudina	300 + 150 mg	1 tabletas cada 12 horas por 28 días	56 tabletas
	Lopinavir + Ritonavir	200 mg + 50mg	2 tabletas cada 12 horas por 28 días	112 tabletas

Fuente: Elaboración propia con datos del protocolo de Atención a Víctimas/Sobrevivientes de Violencia Sexual MSPAS

2.8. Vacunación

2.8.1. Profilaxis Hepatitis B

Valorar la necesidad de profilaxis frente al virus de la Hepatitis B individualmente, y solicitar el medicamento, a la Dirección del Área de Salud (22,23).

2.8.2. Vacunación antitetánica: (Siempre vacunar en caso de violencia sexual)

En niñas y niños menores de 6 años, investigar, el esquema de vacunación al momento de realizar la historia clínica, en los antecedentes, en estos casos preferiblemente aplicar DPT (13). En caso de mayores de 6 años que hayan sido víctimas/sobrevivientes de violencia sexual y que presenten lesiones cortocontundentes, erosiones y/o excoriaciones con pérdida de sustancia, quemaduras, lesiones penetrantes en cualquier parte del cuerpo o evidencia de haber sufrido penetración anogenital, aplicar DT (por neurotoxicidad de Bordetella Pertussis) (19).

2.8.3. Vacunación con DT

Administrar 0.5 ml, vía intramuscular (IM), en la región deltoides (porción superior del brazo), de cualquiera de los brazos (25).

Frecuencia de las dosis

- Td1: Primer contacto.
- Td2: Un mes después.
- Td3: Seis meses después.
- Td.R1:10 años después.
- Td-R2: 10 años después (19).

2.9. Clínicas De Violencia Sexual

2.9.1. Ubicación de las clínicas de violencia sexual

Estarán ubicadas en las emergencias de los centros de atención de 24 horas, para que cuando la víctima se presente, estén disponibles de manera inmediata, limpias, ordenadas y con todos los insumos que se requieren para la atención de las mismas, el personal de enfermería es el responsable de que permanezca bajo llave cuando no se está utilizando, para evitar el inadecuado uso de los insumos de MP, INACIF y MSPAS (6).

2.9.2. Marco de creación De Los comités

Según el Protocolo de Atención de Víctimas de Violencia Sexual del MSPAS, se establecen los Comités de violencia sexual para brindar la atención interinstitucional, con humanismo y profesionalismo, organizando a todos los servicios para agilizar el proceso y reducir los riesgos y la revictimización (6).

Los comités mediante actas donde dejen constancia de la fecha de creación, sus integrantes y los procedimientos establecidos para dar cumplimiento a las funciones que les corresponde, medios de monitoreo y evaluación de sus intervenciones y los registros para dar cuenta de la respuesta que brindan (6).

Debe habilitar un libro de actas autorizado por la Dirección del Hospital para registrar sus actividades y reuniones que den cuenta del avance de los

procedimientos establecidos y las funciones que en este reglamento le son delegados (6).

2.9.3. Integración De Comité

Se debe integrar según exista en cada hospital con las siguientes personas:

Director y/o Sub director Médico.

- Jefe/a de Médicos de la Emergencia de adultos.
- Jefe/a de Médicos de la Pediatría.
- Jefe/a de Médicos de la Ginecología y Obstetricia.
- Jefe/a de Enfermería de la emergencia.
- Jefe/a de Trabajo Social.
- Jefe/a de Psicología.
- Jefe/a de Farmacia.
- Jefe/a de Laboratorio clínico.
- Estadístico.
- Registros Médicos (6).

2.9.4. Funciones Del Comité

2.9.4.1. Detención

- Establecer indicadores de sospecha de abuso en los diferentes servicios para poder detectar personas víctimas y dar el tratamiento correspondiente (6).

2.9.4.2. Atención

- Según protocolo de atención a personas víctimas de violencia sexual, dar cumplimiento a los procedimientos y ruta establecida según la edad y situación de la persona víctima.

- Supervisar y monitorizar el funcionamiento de las clínicas de violencia. Verificar la existencia del kit de medicamentos de violencia sexual.
- Facilitar a las víctimas las interconsultas necesarias con otras especiales (6).

2.9.4.3. Referencia

- Contar con un directorio de instituciones y organizaciones de Sociedad Civil afines, actualizado que facilite la referencia para el seguimiento de las personas víctimas.
- Registrar la referencia y recepción de la persona (22).

2.9.4.4. Notificación obligatoria o denuncia

- Contar con los números de teléfono de turno de la Fiscalía MP, Juzgado de Paz, Fiscalía de la Niñez y adolescencia y procuraduría General de la Nación, para la notificación correspondiente en la clínica, en enfermería de la planta.
- Tener reuniones de coordinación con estas instituciones legalmente responsables de la recepción de la notificación para la denuncia correspondiente a fin de iniciar procedimientos establecidos. Solicitar los turnos de dichas instituciones mensualmente para realizar las notificaciones. Supervisar que en el expediente clínica de violencia sexual se anote el número de notificación de MP y las horas de llegada de MP e INACIF.
- Reuniones para verificar el cumplimiento de recepción de la notificación y presencia del personal para el seguimiento y/o entrevista de la persona (13).

2.9.4.5. Seguimiento

- Reuniones mensuales para verificación del cumplimiento del protocolo y los procedimientos establecidos en los casos de Víctimas/sobrevivientes de violencia sexual.
- Revisar el listado de cotejo que aparece en cada expediente para verificar el cumplimiento de la ruta de atención, notificación y referencia.
- Verificar que la clínica de atención a víctimas/sobrevivientes de violencia sexual permanezca con llave, aseada, con ropa limpia, que el equipo permanezca dentro de la misma y evitar su utilización en otras actividades del que hacer médico, para evitar deterioro prematuro, que tenga expedientes clínicos, recetas y demás papelería del hospital para facilitar la labor del médico.
- Hacer un rápido inventario de los insumos de la clínica, equipo, mobiliario, papelería y demás (6).

2.9.4.6. Registros

- Habilitar el libro de registros de atención a personas víctimas de Violencia Sexual y deben permanecer en la clínica.
- Utilizar el expediente clínico de violencia sexual y verificar que la información requerida este completa.
- Utilizar la receta de violencia sexual y garantizar su existencia y uso.
- Llenar la hoja SIGSA 3H con los códigos correspondientes CIE 10 T:74.2 por el médico de la clínica.
- Documentar la existencia de medicamentos para mantener el stock según demanda el número de kits corresponde o por lo menos 2 kits pediátricos y 2 para personas adultas, pueden estar en farmacia con los demás kits, siempre que esta funcione las 24 horas del día (22).

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

- Describir el cumplimiento del protocolo de atención a la mujer consultante por agresión sexual, en el Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa de enero a diciembre de 2018.

3.2 Objetivos específicos

- Describir el cumplimiento del protocolo por otras instituciones en pacientes ingresadas en el hospital, por ejemplo, Instituto Nacional de Ciencias Forenses de Guatemala, Ministerio Público y Procuraduría general de la Nación.
- Describir quienes establecen el comité de violencia sexual en el Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa.
- Conocer el abastecimiento que tiene el Hospital Regional de Cuilapa para el cumplimiento de la receta para tratamiento profiláctico de ITS, VIH y embarazo en caso de violencia sexual.

IV. MATERIAL Y MÉTODO

4.1 Tipo de estudio: Descriptivo de tipo retrospectivo.

4.2 Población: Mujeres que consultaron a la emergencia de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa Licenciado Guillermo Fernández Llerena.

4.3 Muestra: Mujeres y niñas que consultaron por agresión sexual en el periodo comprendido de enero de 2018 a diciembre de 2018.

4.4 Criterios de Inclusión:

- Mujeres que consultantes que ingresaron a la clínica de apoyo del Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa en las primeras 72 horas del hecho o de la agresión.
- Mujeres que acudieron como primer consultante a clínica de apoyo que no hayan sido evaluadas previamente por otra institución.
- Víctimas de agresión sexual independientemente si estaban en periodo de gestación o no.
- Edades comprendidas entre los 3 y 55 años.
- Pacientes que tenían riesgo bajo o moderado en casos de exposición a violencia sexual.

4.5 Criterios de exclusión:

- Negativa de la paciente a recibir tratamiento alguno.
- Ausencia de datos en el expediente clínico de la paciente.
- Pacientes con más de 72 horas de haber sido agredidas sexualmente.
- Pacientes menores de 3 años y mayores de 55 años.
- Pacientes que tuvieron riesgo alto en casos de exposición a violencia sexual.

- Tiempo de Investigación: Enero 2018 a diciembre del 2018.

4.6 Implicaciones éticas: Estudio retrospectivo, descriptivo que evaluó el cumplimiento del protocolo de atención a las mujeres con agresión sexual que consultaron a la clínica de apoyo y emergencia de Ginecología y Obstetricia, mediante la revisión del expediente clínico; por lo que no se influyó en modo alguno en la terapéutica y desenlace final de la paciente.

4.7 Plan de procesamiento de datos:

4.7.1 Instrumento de recolección de datos: Boleta de recolección de datos realizado por el investigador, el cual se aplicó a los expedientes clínicos.

4.7.2 Plan de procesamiento: Se obtuvieron los datos a través de la boleta de recolección de datos, las cuales fueron llenadas por el investigador por medio del expediente clínico que cumplió con los criterios de inclusión. Se construyeron cuadros en el programa Microsoft Excel 2010, que permitieron describir las variables a estudio. A la vez, de este mismo programa se procedió a crear los gráficos respectivos.

Tabla No. 7 – Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
Edad	Tiempo que ha vivido una persona. ⁽¹⁸⁾	Lo referido en el expediente clínico.	Cuantitativa	14 a 65 años.
Fecha de agresión	Delito consistente en la realización de actos atentatorios contra la libertad sexual de una persona empleando violencia o intimidación. ⁽¹⁵⁾	Lo referido en el expediente clínico.	Cualitativa	Dia/mes/ año
Hora de evento	Eventualidad, hecho imprevisto, o que puede acaecer. ⁽²²⁾	Horario en 24 horas	Cuantitativa	Dia/mes/ año

Tiempo	Tiempo que transcurre desde que el evento de estudio y se transfiere ordena la información hasta que finaliza. (22)	-Tiempo transcurrido del evento al momento de la consulta. -Tiempo transcurrido desde la agresión para la recolección de muestras.	Cuantitativa	< 24 horas/ 24-48 horas /48-72 horas/ > 72 horas
Profilaxis inf bacteriana	Conjunto de medidas que se aplican para prevenir las enfermedades, al evitar infección bacteriana. (22)	Profilaxis de manera sistemática a toda VS para cubrir gonorrea, clamydia, Tricomoniasis y sífilis en posible incubación, cumplidos por enfermería.	Cualitativo	Sí No
Profilaxis VIH	Conjunto de medidas que se aplican para prevenir el virus del VIH. (25)	Los antirretrovirales cumplidos en notas de enfermería.	Cualitativo	Sí No
Anticoncepción emergencia	Método de control natal para prevenir el embarazo en mujeres. (22)	-Progestageno -Progestageno + estrógeno, cumplidos por enfermería.	Cualitativo	Sí No
Prueba de embarazo	Prueba que mide la gonadotropina coriónica humana (GCH), que es una hormona producida durante el embarazo. (22)	Se realizará examen que medirá (GCH) en sangre.	Cualitativo	Reactivo No reactivo
Panel de hepatitis	Incluyen la hepatitis A, la hepatitis B y la hepatitis C. Para diagnosticar la hepatitis. (25)	Se realizará examen de sangre que determine posible infección con el virus de la hepatitis B.	Cualitativa	Reactivo No reactivo
Prueba de VIH	Test ELISA Abreviatura inglesa de "Enzyme Linked Immunosorbent	Se realizará examen de sangre que determine posible infección con VIH.	Cualitativa	Reactivo No reactivo

	Assay". Es un método clásico para detectar la presencia de anticuerpos en la sangre. (22)			
Prueba VDRL	(por sus siglas en inglés, Venereal Disease Research Laboratory) es una prueba serológica realizada en medicina con sensibilidad y especificidad. (22)	Se realizará examen de sangre que determine posible infección con sífilis.	Cualitativa	Reactivo No reactivo
Evaluación Psicológica	Evaluación efectuada por un profesional de la salud mental como puede ser un psicólogo para determinar el estado de la salud mental de una persona. (22)	Nota realizada por Licenciada de psicología en expediente.	Dicotómica	Sí No
Receta de Violencia sexual	Nota escrita, en hoja de papel o en modelo oficial, en la que el médico indica el medicamento que ha de administrarse a un enfermo este. (22)	Presencia de receta de violencia sexual en expediente clínico.	Nominal	Sí No
Consentimiento informado	Procedimiento mediante el cual se garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación. (22)	Presencia de consentimiento informado firmado por paciente y familiar en expediente clínico.	Dicotómica	Sí No
Evaluación	Evaluación del experto médico forense de la Unidad	-Tiempo de evaluación por INACIF. -Tiempo de	Cuantitativa	< 24 horas/ 24-48 horas /48-72 horas/ > 72 horas

	criminalística, fiscales del Ministerio Público, médico residente. ⁽¹⁵⁾	evaluación por Ministerio Público. -Tiempo de evaluación por personal del Hospital.		
Lista de cotejo	Listado proporcionado por e MSPAS que en lista los insumos en existencia de la clínica de violencia sexual. ⁽⁶⁾	Lista de cotejo de clínica de violencia sexual completa.	Cuantitativa	Completa Incompleta

V. RESULTADOS

Tabla No. 8 - Edad de mujeres víctimas de agresión sexual que consultaron al Hospital Regional de Culapa Santa Rosa, enero de 2018 a diciembre de 2018.

Respuesta	Valor Absoluto	Valor Relativo %
3-7	15	17%
8-12	14	16%
13-17	46	53%
18-22	2	2%
22-26	5	6%
27-31	1	1%
32-36	2	2%
37-41	0	0%
42-46	2	2%
47-51	0	0%
Total	87	100%

En la tabla se muestra el rango por edades, de las pacientes incluidas en el estudio el cual fue desde los 3 años hasta los 55 años. Se observa aumento de casos en las edades de 13 y 17 años, el cual fue de 46 pacientes correspondiente al 53%, del total. Después de los 22 años baja considerablemente la incidencia de casos.

Tabla No. 9 - Lugar de residencia de mujeres víctimas de agresión sexual que consultaron al Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa, enero de 2018 a diciembre de 2018.

Respuesta	Valor Absoluto	Valor Relativo %
Oratorio	13	15%
Sn. Rafael Las Flores	3	3%
Pueblo Nuevo Viñas	8	9%
Barberena	17	20%
Cuilapa	14	16%
Santa Rosa de Lima	9	10%
Jutiapa	3	3%
Guazacapam	1	1%
Nueva Santa Rosa	3	3%
San José Pinula	2	2%
Taxisco	2	2%
Jocotillo	1	1%
San Juan Tecuaco	1	1%
Santa Cruz Naranjo	2	2%
Laguna Seca	1	1%
Utzumazate	1	1%
El Cerinal	2	2%
Chiquimulilla	2	2%
Cabezas	1	1%
Esquipulas	1	1%
Total	87	100%

Acerca del lugar de procedencia de las pacientes víctimas de agresión sexual, se obtuvo que el 20% eran procedentes del municipio de Barberena, seguido de un 16% del municipio de Cuilapa, Nueva Santa Rosa, San José Pinula y Chiquimulilla aportan 3% respectivamente de las pacientes.

Tabla No. 10 - Estado civil de mujeres víctimas de agresión sexual que consultaron al Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa, enero de 2018 a diciembre de 2018.

Respuesta	Valor Absoluto	Valor Relativo %
Soltera	79	91%
Casada	0	0%
Unida	8	9%
Viuda	0	0%
Divorciada	0	0%
Soltera	79	91%
Total	87	100%

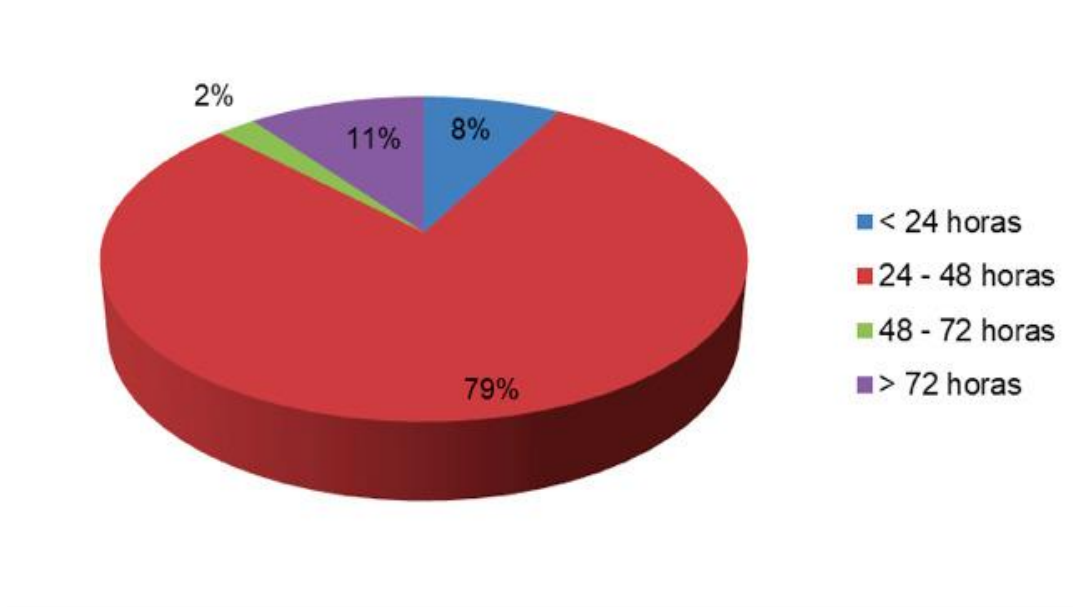
El estado civil de las pacientes en el estudio fue 91% soltera, 9% unida, no se reportó pacientes casadas.

Tabla No. 11 - Ocupación de mujeres víctimas de agresión sexual que consultaron al Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa, enero de 2018 a diciembre de 2018.

Respuesta	Valor Absoluto	Valor Relativo %
Ama de casa	9	10%
Empleada domestica	1	1%
Maestra	0	0%
Oficina	0	0%
Comerciante	0	0%
Estudiante	77	89%
Total	87	100%

Se obtuvo que dentro de las ocupaciones de las pacientes el 89% eran estudiantes, 8% ama de casa y solo un 3% percibían un ingreso como empleadas domésticas.

Gráfica No. 1 - Tiempo transcurrido desde la agresión hasta el momento de la consultaron al Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa, enero de 2018 a diciembre de 2018.



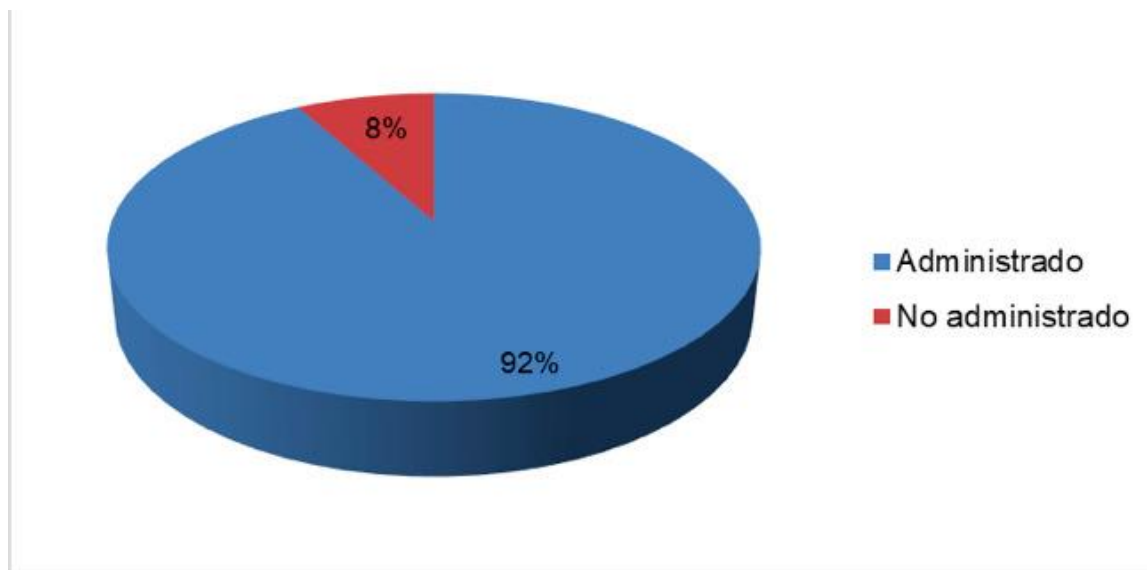
Se observa que el 60% de las pacientes consultaron en las primeras 24 horas posteriores al evento; el 28% consultó entre 24-48 horas del evento; un 2% consultó entre 48-72 horas del evento. El 10% restante lo hizo a las 72 horas posterior al evento.

Tabla No. 12 - Existencia de reactivo para la realización del análisis de alcoholemia a pacientes que consultaron al Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa, enero de 2018 a diciembre de 2018.

Respuesta	Valor Absoluto	Valor Relativo %
Reactivo	0	0%
No reactivo	87	100%
Total	87	100%

En cuanto a la existencia de reactivo para la realización del análisis de alcoholemia, al 100% de las pacientes no se le realizo el análisis de alcoholemia ya que no había reactivo en el nosocomio.

Gráfica No. 2 - Administración esquema antibiótico profiláctico combinado a pacientes que consultaron al Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa, enero de 2018 a diciembre de 2018.



Al 92% de paciente vistas se le administro el esquema antibiótico según protocolo establecido, el 8% restantes ya sea por el tiempo en que fue ocurrido el hecho o porque el caso en particular, según criterio médico no lo amerito.

Tabla No. 13 - Realización de prueba gonadotropina coriónica humana en mujeres víctimas de agresión sexual que consultaron al Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa, enero de 2018 a diciembre de 2018.

Respuesta	Valor Absoluto	Valor Relativo %
Realizado	80	92%
No realizado	7	8%
Total	87	100%

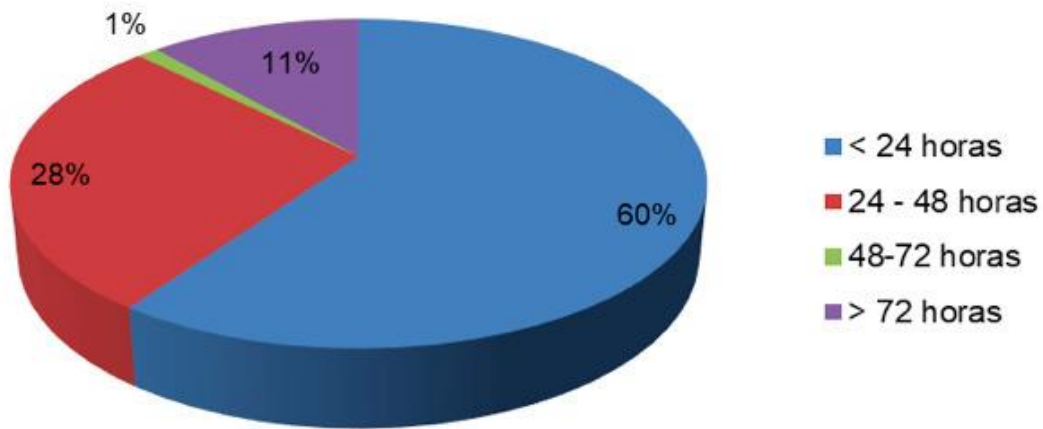
De las pacientes en mención al 8% no se le realizó la prueba de embarazo pero recibieron profilaxis de embarazo, no se realizó dicha prueba ya que no se contó con reactivo en el nosocomio; al 92% de las consultantes ya fuera que planificaran o no, se le realizó la prueba de embarazo en sangre siendo estos negativo el resultado, además recibieron profilaxis para prevención de embarazo.

Tabla No. 14 - Realización de VDRL y que recibieron profilaxis ITS en mujeres víctimas de agresión sexual que consultaron que consultaron al Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa, enero de 2018 a diciembre de 2018.

Respuesta	Valor Absoluto	Valor Relativo %
Realizada	80	92%
No realizada	7	8%
Total	87	100%

El resultado del Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) en el 92% le fue realizada la prueba, y en un 8% no estaba consignado el resultado por falta de reactivo. El 100% recibió profilaxis para ITS.

Gráfica No. 3 - Tiempo desde que las pacientes denunciaron al agresor a la fiscalía y fueron evaluadas por el INACIF en pacientes que consultaron al Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa, enero de 2018 a diciembre de 2018.



Del total de pacientes que interpusieron denuncia ante la fiscalía, que corresponde al 100%; de este porcentaje, 69% fue evaluada por Instituto Nacional de Ciencias Forenses de Guatemala en las primeras 24 a 48 horas de transcurrido el evento y el 9% restantes de pacientes, fueron más de 72 horas para ser evaluadas.

Tabla No. 15 - Tiempo desde que las pacientes denunciaron al agresor a la fiscalía y fueron evaluadas por el MSPAS en pacientes que consultaron al Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa, enero de 2018 a diciembre de 2018.

Respuesta	Valor Absoluto	Valor Relativo %
< 24 horas	87	100%
24 - 48 horas	0	0%
48 - 72 horas	0	0%
> 72 horas	0	0%
Total	87	100%

Del total de pacientes vistas el 100% fue entrevistada y se tomaron los datos pertinentes por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). antes de 24 de ocurrido el evento o puesta la denuncia, dichos datos útiles para su seguimiento.

Tabla No. 16 - Material descrito en Listado de Cotejo, que fue utilizado en pacientes que consultaron al Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa, enero de 2018 a diciembre de 2018.

Respuesta	Valor Absoluto	Valor Relativo %
Completa	0	0%
Incompleta	87	100%
Total	87	100%

En los expedientes clínicos revisados, el 100% de los ingresos se realizó en la Clínica de Apoyo de Víctimas de Violencia Sexual, se evidencio que en ese 100% de expedientes, la clínica no contaba con el material descrito en el listado de cotejo y no conto con un Comité de Violencia Sexual previamente establecido.

VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

La violencia sexual es un problema de orden mundial que afecta a gran número de personas de ambos sexos, sin distinguir razas ni culturas, pero con mayor incidencia en mujeres y menores. Provoca daños a la víctima a corto y largo plazo, por afección física, psíquica y social (22).

El servicio de Emergencia es el primer contacto de la víctima con los servicios de atención en salud y con las autoridades por lo que se debe actuar de forma coordinada el personal de enfermería, MIP y médicos residentes de Ginecología y Obstetricia (19).

Este es un estudio descriptivo de tipo retrospectivo, que se realizó en el Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa, donde se evidencio que las edades más frecuentes de consulta en las emergencias de dicho hospital fueron entre 13 y 18 años, lo que se correlaciona con un estudio descriptivo, que se realizó en el Hospital Pedro Bethancourt, donde las edades más frecuentes de consulta en las emergencias de dicho hospital fueron entre 16 y 25 años y en pacientes pediátricas, edades de 6 a 10 años. Estudios en Estados Unidos indican que el abuso se da en todas las edades, pero se producen con más frecuencia entre los 10 y 13 años, luego de esta edad notaron un descenso debido a que ofrecen una mayor resistencia a los abusos (22). Los abusos son más frecuentes en preadolescentes que ya tienen rasgos sexuales, pero que todavía no tienen mucha capacidad de autoprotección.

En el estudio se identificaron las áreas más frecuentes donde se han producido más casos de violencia sexual, fueron los municipios de Barberena con un 20% luego Cuilapa, Santa Rosa de Lima y Oratorio, por lo que se recomienda el poder investigar qué características tienen estos lugares e intentar identificar un sector, tipo de población, horario en que han ocurrido los abusos para poder prevenir estos y saber su verdadera incidencia ya que es desconocida, porque

los casos de violencia sexual son menos notificados, denunciados y registrados (8).

Se recolectó una muestra de 87 pacientes en aproximadamente 12 meses del año 2018, fueron datos confiables, recolectados y analizados únicamente por el investigador y se considera un estudio con validez interna por ser una muestra significativa y datos reales.

El principal limitante encontrado en este estudio fue que los expedientes no están adecuadamente llenados, no brindan toda la información, principalmente la parte del horario de evaluación por el INACIF ya que en el expediente solo se encuentra un sello en la hoja de admisión, otro inconveniente fue la escritura de los médicos ya que era difícil entender lo descrito en el ingreso y seguimiento, tampoco se encontró con ninguna nota por parte de MP e INACIF de seguimiento en los expedientes (9).

Al momento de consulta se les tomaron todos los exámenes para el tamizaje de infecciones de transmisión sexual (VDRL, VIH, Hep B) así como la gonadotropina coriónica humana, pero es importante señalar que en algunas pacientes no se encontraron consignados en el expediente los resultados de las pruebas de infecciones de transmisión sexual debido a la falta de reactivo de dicha prueba en el nosocomio y aun así las pacientes recibieron el esquema de profilaxis. En ese mismo sentido, el 8% de las pacientes incluidas en el estudio no se encontraron los resultados de la prueba de embarazo, pero recibieron profilaxis anticoncepcional.

En cuanto a la ruta y atención intrahospitalaria de estas pacientes, así como los antibióticos, antirretrovirales y profilaxis para embarazo son seguidas bajo la norma. Sin embargo, ante la escasez de consignación en el expediente de los resultados de pruebas de laboratorio realizados a estas mujeres, como la prueba de alcoholemia y falta de vacunación para hepatitis B, da la impresión que el

protocolo de atención a la mujer víctima de agresión sexual no se ejecuta a plenitud en cuanto hay vacío de datos para la toma de decisiones o si bien se conocen los resultados de las pruebas de laboratorio éstos no quedan registrados debidamente en el expediente clínico (15).

Es de vital importancia continuar con las investigaciones sobre los casos de violencia sexual y su manejo en los hospitales Regionales ya que podemos ver que hay muchas cosas que se pueden mejorar para una mejor atención de las pacientes, así también esto puede llevarnos a tomar medidas como realizar capacitaciones del protocolo de atención a víctimas de agresión sexual al personal médico y crear un comité de Vigilancia de Cumplimiento de Protocolo para que esté atento al cumplimiento del mismo (16).

6.1 CONCLUSIONES

6.1.1 El protocolo de atención a mujeres víctimas de agresión sexual se cumple en forma parcial puesto que falta consignación de resultados de pruebas de laboratorio que sustenten la decisión tomada para la atención descrita, tanto por parte del hospital, como por parte del Instituto Nacional de Ciencias Forenses de Guatemala (INACIF), el Ministerio Público y la Procuraduría general de la Nación (PGN).

6.1.2 Comúnmente los infractores en los delitos contra la sexualidad de los menores en Guatemala lamentablemente quedan en la impunidad, a consecuencia de que, en la mayoría de los casos, los menores de edad o sus representantes legales, no denuncian por temor a amenazas de distinta índole.

6.1.3 Se observó también que el mayor porcentaje de la población estudiada recibió un kit completo. El 92% recibieron anticoncepción y retrovirales para prevenir enfermedades de transmisión sexual, para lo cual se encuentra abastecido correctamente el Hospital Regional.

6.1.4 Al momento de realizar el estudio se concluyó que las funciones que le corresponde al comité de violencia sexual no se cumplen, debido a que no hay registro el cual ponga en evidencia su existencia, fecha de creación e integrantes.

6.1.5 El rango de edad utilizado para este estudio estuvo comprendido entre los 3 a 55 años; al analizar las gráficas anteriores se pudo observar que el rango de edad en el cual una fémina es más propensas a sufrir violencia sexual está comprendido entre los 13 a 17 años, ya que en este rango tenemos un porcentaje del 53%.

6.2 RECOMENDACIONES

6.2.1 Los establecimientos educativos brinden más información y preparación en los temas sobre la educación y abuso sexuales de menores, especialmente sobre la necesidad y obligación de denunciar los casos de abuso sexual y sus consecuencias.

6.2.2 Realizar capacitaciones del protocolo de atención a víctimas de agresión sexual al personal médico para mantener y mejorar la calidad de atención hacia las pacientes.

6.2.3 Crear un comité de Vigilancia de Cumplimiento de Protocolo para que esté atento al fiel cumplimiento de este; a mantener la integridad del expediente clínico y la consignación de los resultados de las pruebas de laboratorio.

6.2.4 Crear comunicación con organizaciones no gubernamentales para que esta tengan presencia dentro de la institución para al alta de la paciente se le pueda dar la respectiva asesoría, apoyo y seguimiento del caso.

6.2.5 Realizar capacitaciones a los médicos residentes sobre los nuevos procedimientos, formas de procesar y embalar muestras, ya que en algunas ocasiones son los primeros en tener contacto con la víctima.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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. WHO WHO. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. 2013. 50 p.
3. González Recinos VJ. Análisis de los delitos de violencia sexual e indemnidad sexual de las personas, tipificados en el decreto 9-2009 [Tesis pregrado]. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2012.
4. Organización Mundial de la Salud. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud Resumen de orientación. Ginebra, Suiza; 2013.
5. Aranda V. ¡ Ni una más! El derecho a vivir una vida libre de violencia en América Latina y el Caribe. 2007.
6. MSPAS. Protocolo de Atención a víctimas sobrevivientes de violencia sexual. Guatemala, Ciudad; 2016.
7. Hendel L. Comunicación, infancia y adolescencia. Guía para periodistas; perspectiva de género. 1st ed. UNICEF, editor. Buenos Aires, Argentina: Argentina; 2017. 27 p.
8. Amnesty International. Violencia y abuso contra las mujeres en internet. Londres; 2018. p. 79.
9. Centro Nacional de Análisis y documentación Judicial. Decreto Número 17-73. Guatemala, Guatemala;
10. Facio A, Fries L. Feminismo, género y patriarcado. Rev sobre enseñanza del Derecho Buenos Aires. 2005;3(6):259–94.
11. Arce R, Vazquez MJ, Novo M. Unidad 5. Formas de violencia de género y ciclo de la violencia. Programa Galicia reeducación agresores género Man Interv. 2015;1:115–55.
12. CLADEM, UNIFEM. Dossier sobre violencia doméstica en América Latina y el Caribe. Lima, Perú; 2005.
13. Escartín M, Zabra G, (Association) PN y NC. Programa de prevención en abuso sexual a menores: manual de desarrollo de conductas de auto-

- protección. PRONICE, editor. Guatemala, Ciudad; 2002. 35 p.
14. Castro R, Riquer F. La investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos. ARTIGO. 2003;19(1):135–46.
 15. IPAS Centroamérica. Atención a víctimas y sobrevivientes de violencia sexual: Lecciones aprendidas y buenas prácticas desarrolladas en los servicios de salud de cuatro países de América Latina: Bolivia, Brasil, Costa Rica y México. UNFPA, editor. Managua, Nicaragua: UNFPA; 2005. 50 p.
 16. IPAS Centroamérica. Violencia sexual en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua: Análisis de datos primarios y secundarios. Managua, Nicaragua; 2012.
 17. Aceituno Barrios EJ. Fines y Alcances de la fase de conciliación en el juicio oral contemplado en el código procesal civil y mercantil Decreto Ley 107 [Tesis pregrado]. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales; 2007.
 18. Programa de Salud Reproductiva. Guía Nacional de Anticoncepción para Adolescentes. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, editor. Guatemala, Ciudad; 2018. 47 p.
 19. Salud GDE, Personas DELAS, Sanitaria E, Prevenci N, Transmisi CDEIDE. Guía nacional de manejo de infecciones de transmisión sexual. 2006;
 20. Ministerio de la Protección Social. Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual Ministerio de la Protección Social. Dirección General de la Salud Pública, editor. Colombia: UNFPA; 2011. 270 p.
 21. MSPAS. Modelo de atención integral y diferenciada para los y las Adolescentes. Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas -DRPAP-, editor. Guatemala, Ciudad; 2008. 37 p.
 22. World Health Organization. Manual clínico: Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Washington, D.C.; 2014. 104 p.
 23. Cruz Palacios C, Ramos Alamillo U, González Rodríguez A. Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS. 1st ed. Fundación Mexicana para la Salud A.C., editor. Mexico: Mexico; 2001. 67 p.
 24. MSPAS. Protocolos de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/VIH Avanzado. Departamento de Epidemiología,

editor. Guatemala, Ciudad; 2018. 44 p.

25. Organizacion Mundial de la Salud. Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. Ginebra, Suiza: Suiza; 2005. 94 p.
26. Domingo P, Lozano F. Manejo de la toxicidad por fármacos antirretrovirales. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2011 Aug;29(7):535–44.
27. Lozano F, Domingo P. Tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2011 Jun;29(6):455–65.

VIII. ANEXOS

ANEXO I



BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

Boleta No. _____
medico: _____

No.de registro

1. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA VÍCTIMA

SI _____ NO _____

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL FAMILIAR O ACOMPAÑANTE

SI _____ NO _____

3. IDENTIFICACION DEL LUGAR

SI _____ NO _____

4. DATOS GENERALES:

1. Edad: ____ años

2. Paridad

Gestas _____ Partos _____ Abortos _____

3. Estado civil

Soltera _____ Casada _____ Viuda _____ Divorciada _____

4. Procedencia _____

5. Ocupación

Ama de casa _____ Empleada doméstica _____ Maestras _____ Oficina _____
Comerciante _____ Estudiante _____

5. INFORMACION DEL EVENTO:

1. Fecha de agresión (dia/mes/ año)

SI _____ NO _____

2. Hora de la agresión (24horas)

SI _____ NO _____

3. Relato abreviado de las características de la violencia, agresión o abuso que sufrió la víctima, o del adulto responsable y/o acompañante

SI _____ NO _____

4. Registro de lesiones en el esquema de figura humana correspondiente, integrada en el Formulario Informe de Atención de Víctimas de Violencia Sexual

SI _____ NO _____

5. Descripción de Genitales Internos y externos

SI _____ NO _____

6. Clasificación por TANNER

SI _____ NO _____

6. TOMA DE MUESTRAS:

1. Tiempo transcurrido desde la agresión para la recolección de muestras.

< 24 horas _____ 24-48 horas _____ 48-72 horas _____ > 72 horas _____

2. Examen de sangre para análisis de VIH/SIDA.

Reactivo _____ No reactivo _____

3. Examen de sangre para análisis de alcohol (alcoholemia)

Reactivo _____ No reactivo _____

4. Hematología completa

Reactivo _____ No reactivo _____

5. Examen de orina

Reactivo _____ No reactivo _____

6. Gonadotropina Corionica Humana en sangre

Reactivo _____ No reactivo _____

7. Examen de sangre para análisis de VDRL

Reactivo _____ No reactivo _____

7. PROFILAXIS

1. Abministración Vacuna para Hepatitis B

SI _____ NO _____

2. Abministración de toxoide tetanico

SI _____ NO _____

3. Esquema antibiotico

SI _____ NO _____

4. Profilaxis antirretrovirales

SI _____ NO _____

5. Anticoncepción emergencia

SI _____ NO _____

6. Receta para el tratamiento y prevención de ITS,HIV y embarazo

SI _____ NO _____

7. Nombre y firma del medico

SI _____ NO _____

8. Nombre y firma del enfermera

SI _____ NO _____

8. EVALUCIONES COMPLEMENTARIAS

1. Evaluación Psicológica

SI _____ NO _____

2. Evaluación Forense

SI _____ NO _____

3. Notificación a Fiscalía

SI _____ NO _____

4. Tiempo de evaluación por Inacif

< 24 horas _____ 24-48 horas _____ 48-72 horas _____ > 72 horas _____

5. Tiempo de evaluación por Ministerio Publico

< 24 horas _____ 24-48 horas _____ 48-72 horas _____ > 72 horas _____

6. Tiempo de evaluación por personal del Hospital

< 24 horas _____ 24-48 horas _____ 48-72 horas _____ > 72 horas _____

9. INTEGRANTES DEL COMITÉ DE VIOLENCIA SEXUAL AL MOMENTO DE LA AGRESION DE PACIENTE CON NO. REGISTRO _____

- | | | |
|--|----|----|
| 1. Director y/o Sub director Médico | SI | NO |
| 2. Jefe/a de Médicos de la Emergencia de adultos | SI | NO |
| 3. Jefe/a de Médicos de la Pediatría | SI | NO |
| 4. Jefe/a de Médicos de la Ginecología y Obstetricia | SI | NO |
| 5. Jefe/a de Enfermería de la emergencia | SI | NO |
| 6. Jefe/a de Trabajo Social | SI | NO |
| 7. Jefe/a de Psicología | SI | NO |
| 8. Jefe/a de Farmacia | SI | NO |
| 9. Jefe/a de Laboratorio clínico | SI | NO |
| 10. Estadístico | SI | NO |
| 11. Registros Médicos | SI | NO |

10. LISTA DE COTEJO

Completa _____ Incompleta _____

1. Existencia de libro para anotar a las pacientes Víctimas/sobrevivientes de violencia sexual

SI _____ NO _____

2. Supervision que clinica permanezca cerrada y responsabilizar a la enfermera graduada de la emergencia en cada turno

SI _____ NO _____

3. Existencia del Kit del Ministerio Público.

SI _____ NO _____

4. Existencia del Kit del INACIF

SI _____ NO _____

5. Existencia del Kit de Medicamentos ¿Estan los medicamentos inmediatos?

SI _____ NO _____

6. Presencia de papeleria

Completa _____ Incompleta _____

Expediente clinico complete de violencia sexual.

Receta de violencia sexual.

Hoja de SIGSA 311.

Hojas de referencias.

Hojas de enfermeria.

Recetarios de la institución.

Hojas para solicitador examines de laboratorio.

Consentimiento informado para la prueba del HIV.

Hojas de consulta para otras especialidades.

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis Titulada “CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE LA ATENCIÓN A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL ” para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.