

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POST GRADO DE MEDICINA
MAESTRIA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE

**Manejo de pacientes con agresión sexual
Labor y Partos del Hospital Regional de Occidente
Año 2009**

SOSA CALDERON, DONALD EMMANUEL

TESIS PRESENTADA ANTE LAS AUTORIDADES DE LA ESCUELA DE ESTUDIOS DE POST GRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS, MAESTRIA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

FEBRERO 2012



Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El Doctor: Donald Emmanuel Sosa Calderón

Carné Universitario No.: 100016304

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis **"Manejo de pacientes con agresión sexual, labor y parto, del Hospital Regional de Occidente año 2009"**.

Que fue asesorado: Dr. Jesen Hernández SÍ

Y revisado por: Dr. Julio César Fuentes Mérida

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para febrero 2012.

Guatemala, 17 de enero de 2012

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



/lamo

Quetzaltenango, 31 de agosto del 2011

Doctor:

Jesen Hernández

Docente Responsable

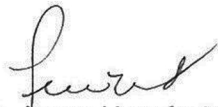
De la Maestría en Ginecología y Obstetricia

Hospital Regional de Occidente

Por este medio informo que asesoré el Informe Final de Tesis "AGRESION SEXUAL, HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE QUETZALTENANGO 2009", perteneciente al Dr. Donald Emmanuel Sosa Calderón, cané 100016304, el cual ha sido APROBADO

Sin otro particular, de usted deferentemente

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Dr. Jesen Hernández
Ginecólogo y Obstetra

Dr. Jesen A. Hernández
GINECOLOGO Y OBSTETRA
COL. 9594

JEFATURA DE MEDICOB
DEPARTAMENTO
DE GINECO-OBSTETRICIA
Hospital General de Occidente

Quetzaltenango, 31 de agosto del 2011

Doctor:

Jesen Hernández

Docente Responsable

De la Maestría en Ginecología y Obstetricia

Hospital Regional de Occidente

Por este medio informo que revisé el Informe Final de Tesis "AGRESION SEXUAL, HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE QUETZALTENANGO 2009", perteneciente al Dr. Donald Emmanuel Sosa Calderón, cané 100016304, el cual ha sido APROBADO

Sin otro particular, de usted deferentemente

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Dr. Jesen Hernández
Ginecólogo y Obstetra
JEFATURA DE MEDICOS
DEPARTAMENTO
DE GINECO-OBSTETRICIA
Hospital General de Occidente

Dr. Jesen A. Hernández
GINECOLOGO Y OBSTETRA
COL. 9594

Quetzaltenango, 31 de agosto del 2011

Doctor:

Jesen Hernández

Docente Responsable

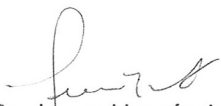
De la Maestría en Ginecología y Obstetricia

Hospital Regional de Occidente

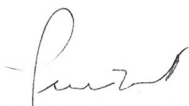
Por este medio informo que como docente de la maestría en Ginecología y Obstetricia revisé el Informe Final de Tesis "AGRESION SEXUAL, HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE QUETZALTENANGO 2009", perteneciente al Dr. Donald Emmanuel Sosa Calderón, cané 100016304, el cual ha sido APROBADO

Sin otro particular, de usted deferentemente

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Dr. Jesen Hernández
Ginecólogo y Obstetra
Docente Responsable G y O

Dr. Jesen A. Hernández
GINECOLOGO Y OBSTETRA
COL. 9594


Vo.Bo. Dr. Jesen Hernández
Ginecólogo y Obstetra
Coordinador específico

Dr. Jesen A. Hernández
GINECOLOGO Y OBSTETRA
COL. 9594

JEFATURA DE MEDICOS
DEPARTAMENTO
DE GINECO-OBSTETRICIA
Hospital General de Occidente

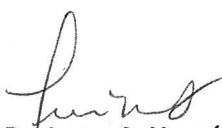
Quetzaltenango 18 de noviembre de 2,011

Doctor
LUIS ALFREDO RUIZ CRUZ
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

Estimado Dr. Ruiz:

Por medio de la presente le envío el trabajo de Tesis del Dr. Donald Emmanuel Sosa Calderón, titulado "Manejo de Pacientes con Agresión Sexual, Labor y Partos del Hospital Regional de Occidente Quetzaltenango", el cual fue aprobado por la terna examinadora en examen privado de defensa de Tesis, y que envío para el trámite y para iniciar el proceso que conlleva la graduación.

Sin otro particular me suscribo atentamente,


Dr. Jesen A. Hernández
Coordinador del programa
De Ginecología y Obstetricia
Hospital Regional de Occidente


VoBo. (f) _____
Dr. Bolívar Pérez
Coordinador Especifico

Página

Resumen.....	1
Introduccion.....	3
Antecedentes.....	4
Objetivos.....	22
Material y Métodos.....	23
Resultados.....	27
Discusión y Análisis de Resultados.....	33
Conclusiones.....	35
Recomendaciones.....	36
Bibliografía.....	37
Anexos.....	39

INDICE DE CUADROS

CUADRO	Página
Edad de las pacientes.....	27
Estado civil de las pacientes	27
Ocupación de las pacientes.....	28
Procedencia de las pacientes.....	28
Escolaridad de las pacientes.....	29
Medicamentos administrados.....	29
Laboratorios realizados.....	30
Apoyo psicológico.....	30
Ayuda legal.....	31
Agresión vaginal.....	31
Agresión anal.....	32
Agresión oral.....	32

Universidad de San Carlos de Guatemala

Facultad de Ciencias Médicas

Escuela de Estudios de Postgrado de Medicina

Maestría en Ginecología y Obstetricia

Hospital Regional de Occidente

RESUMEN

Manejo de pacientes con agresión sexual Labor y Partos del Hospital Regional de Occidente Año 2009

Estudio elaborado por Dr. Donald Emmanuel Sosa Calderón

Se realizó un estudio para evaluar el manejo de las pacientes que consultaron al Hospital Regional de Occidente por sospecha de agresión sexual con el objetivo de establecer un protocolo de manejo de las mismas, respondiendo a las interrogantes sobre cuál es el manejo actual y cuál debería ser el mismo, para lo cual se tomaron en cuenta las pacientes que consultaron a la emergencia de este centro hospitalario consultando por agresión sexual. Se obtuvo un universo de 43 pacientes de las cuales el 100% presentaron lesiones a nivel vaginal, el 7% sufrió lesiones anales y el 2% también orales, siendo todas tratadas conforme al protocolo actual de manejo establecido por este centro (aunque de forma informal), administrándoles en la totalidad de los casos antibiótico profiláctico para infecciones de transmisión sexual, antirretrovirales y anticoncepción de emergencia (previa prueba de embarazo negativa) dando cita para seguimiento tanto médico como psicológico en la consulta externa de este centro a las pacientes evaluadas, con los resultados obtenidos se concluye que existe un protocolo de manejo de las pacientes con agresión sexual aunque de forma informal, cubriendo las necesidades básicas de las pacientes pero que debe ser mejorado y aprobado por las autoridades del nosocomio.

Por los datos obtenidos y basados en el modo de tratar a las pacientes actualmente se transcribirá y dará a conocer un protocolo de manejo de las pacientes que consultan por agresión sexual al Hospital Regional de Occidente de Quetzaltenango, el que será presentado a la jefatura del departamento de Ginecología y Obstetricia para su aprobación y posteriormente a la dirección del nosocomio, así como se recomendará evaluar en conjunto con el personal forense a las pacientes, capacitar al personal de enfermería, evitar la evaluación repetida de la paciente y se coordinará con la jefatura de psicología para tener personal asignado a este tipo de pacientes en cualquier horario que lo necesite.

SUMMARY

Management of patients with sexual assault Labor and Delivery Western Regional Hospital Year 2009

Study Prepared by Dr. Donald Emmanuel Sosa Calderon

It performed a study to assess the management of patients who visited the Western Regional Hospital on suspicion of sexual assault in order to establish a protocol for managing them, responding to questions about what the current management and what should be the same, for which we took into account the patients who consulted the emergence of this hospital consulting for sexual assault. It obtained a universe of 43 patients of whom 100% had lesions in the vaginal, 7% suffered anal injuries and 2% also oral, all being treated in accordance with current protocol established by the management center (albeit informal) given in all cases prophylactic antibiotic sexually transmitted infections, antiretroviral drugs and emergency contraception (after negative pregnancy test) giving appointment for both medical and psychological monitoring in the outpatient clinic of the center of the evaluated patients with results concluded that there is a protocol for handling patients with sexual assault albeit informal, meeting the basic needs of patients but should be improved and approved hospital authorities.

From the data obtained and based on the way to treat patients now transcribe, and publish a protocol for managing patients who consult for sexual assault in the West Regional Hospital of Quetzaltenango, which will be submitted to the department head of Gynecology and Obstetrics for approval and subsequently to the direction of the hospital as well as recommend evaluating the staff in conjunction with forensic patients, nursing staff training, to avoid repeated evaluation of the patient and coordinate with the leadership of psychology to have staff assigned to these patients at any time you need it.

INTRODUCCION

Comenzaremos con definir agresión sexual como: todo acto de control y fuerza que obliga a la víctima a tener contacto sexual en contra de su voluntad.

Existe mucha discrepancia sobre la incidencia de la agresión sexual entre la población en general pues, no todos los casos se documentan y las estadísticas del Organismo Judicial y los reportes Hospitalarios difieren. Según el Centro Nacional para Víctimas del Crimen, en Estados Unidos reportan que: 683.000 mujeres son violadas cada año lo que se podría expresar que cada minuto en los EE.UU. se viola a la fuerza a 1.3 mujeres adultas. Ello significa que cada hora se viola a la fuerza a 78 mujeres, y cada día se viola a la fuerza a 1,871 mujeres, ocurriendo el 61% de las violaciones a la fuerza antes de que la víctima haya cumplido 18 años y el 29% siendo menor de 11 años, reportándose solamente el 16 % a la policía. En México se tienen datos que: 1 de cada 5 mujeres ha sufrido maltrato físico o sexual, lo que se transforma en que en 1 de cada 3 hogares ha habido maltrato emocional, abuso físico y/o sexual de los cuales sólo el 14% buscó ayuda para resolver la situación.

En Guatemala para el 2002, el abuso sexual y el incesto afectó a un 30% de las niñas, siendo el grupo más afectado ya que 9 de cada 10 víctimas de abuso sexual son mujeres, siendo atendidos en promedio 360 casos anuales en el Hospital San Juan de Dios por violación, la mayoría contra menores. Se denunciaron 174 de los casos en las distintas comisarías de la Policía Nacional Civil en 2006, 850 denuncias recibió la Fiscalía de la Mujer en 2006, por violación y abuso sexual y 130 acusaciones presentó el MP, entre delitos sexuales y violencia intrafamiliar en 2005, del total se lograron 40 sentencias condenatorias en el 2005.

A nivel de Quetzaltenango en el año 2005 se reportaron al Ministerio Publico un total de 37 casos de abuso sexual y en el año 2006 un total de 41 casos, en relación al Hospital Regional de esta ciudad no se cuentan con datos exactos o un departamento que se encargue de llevar esta estadística reportándose durante el año 2005 un total de 31 casos y durante el año 2006 un total de 38 casos, aunque considero que el número de casos es mayor ya que no todos se reportan, teniendo en cuenta además que debido al machismo imperante en el área rural de no solo este departamento sino en todo el territorio nacional debe de existir un mayor número de casos los cuales no son reportados a las autoridades.

Observando las estadísticas anteriores observamos que es problema de que ocurre en todos los países diariamente, siendo pacientes que deben recibir ayuda psicológica, médica así como una terapia de inserción social teniendo en cuenta que se conservan miedos y este es manejado como un tema tabú, por todo lo anterior el personal que atiende a estas pacientes debe tener una guía del como actuar ante esta situación para cumplir con los requerimientos psicosociales y aspectos médicos de la paciente. Por lo que propongo realizar un protocolo de manejo y atención a las víctimas de este hecho tan despreciable y que desgraciadamente ocurre de manera tan común en nuestras comunidades.

ANTECEDENTES

ABUSO SEXUAL

1. DEFINICIÓN

Se considera Abuso Sexual como todo acto de control y fuerza que obliga a la víctima a tener contacto sexual en contra de su voluntad. Se dice que el abuso sexual es una explotación y puede tomar muchas formas. El abuso sexual es un acto criminal que pasa en cualquier lugar desde la familia, e incluso en lugares públicos. Es un contacto e interacción entre una mujer y un agresor cuando éste usa a la mujer para estimularse sexualmente en contra de la voluntad de la persona, atentando contra la libertad sexual con el uso de violencia o intimidación.

Es necesario hacer la diferencia entre abuso sexual y violación sexual, este último se define como hacer uso o amenazar con usar la fuerza para penetrar la vagina, la boca o el ano. La agresión sexual entraña usar la fuerza pero puede que no haya penetración. Acariciarle los senos o los órganos genitales a alguien sin su consentimiento es un ejemplo de agresión sexual.

2. EPIDEMIOLOGIA:

Según el Centro Nacional para Víctimas del Crimen, en Estados Unidos reportan que: 683.000 mujeres son violadas cada año lo que se podría expresar que cada minuto en los EE.UU. se viola a la fuerza a 1.3 mujeres adultas. Ello significa que cada hora se viola a la fuerza a 78 mujeres, y cada día se viola a la fuerza a 1,871 mujeres, ocurriendo el 61% de las violaciones a la fuerza antes de que la víctima haya cumplido 18 años y el 29% siendo menor de 11 años, reportándose solamente el 16 % a la policía⁽¹¹⁾.

En México se tienen datos que: 1 de cada 5 mujeres ha sufrido maltrato físico o sexual, lo que se transforma en que en 1 de cada 3 hogares ha habido maltrato emocional, abuso físico y/o sexual de los cuales sólo el 14% buscó ayuda para resolver la situación⁽¹⁰⁾.

En Guatemala para el 2002, el abuso sexual y el incesto afectó a un 30% de las niñas, siendo el grupo más afectado ya que 9 de cada 10 víctimas de abuso sexual son mujeres, siendo atendidos en promedio 360 casos anuales en el Hospital San Juan de Dios por violación, la mayoría contra menores. Se denunciaron 174 de los casos en las distintas comisarías de la Policía Nacional Civil en 2006, 850 denuncias recibió la Fiscalía de la Mujer en 2006, por violación y abuso sexual y 130 acusaciones presentó el MP, entre delitos sexuales y violencia intrafamiliar en 2005, del total se lograron 40 sentencias condenatorias en el 2005⁽²¹⁾.

3. CAUSAS

3.1 Alcoholismo y drogadicción.

El abuso de drogas y alcohol es responsable de una buena parte de la violencia doméstica que existe en nuestro país, pero sin embargo hay autores que no creen que el alcohol cause violencia sino que el agresor bebe con la intención de ser violento.

3.2 La violencia como comportamiento aprendido.

Se dice de una persona que ha ido desarrollando sus actitudes y conductas y han sido aprendidas ya sea desde el hogar o el medio en el que se desarrolla como persona. Se puede decir muchas veces que la violencia es un comportamiento aprendido, no se puede seguir un patrón de estas conductas pero si se puede afirmar que la violencia se puede aprender en el medio en que el agresor se desarrolle.

3.3 Enfermedades mentales.

Se dice que los que cometen abuso sexual dejan en la víctima secuelas que nunca se olvidarán, muchas veces la víctima queda severamente dañada tanto física como psicológicamente, de la última se puede decir que la víctima tiene tendencias a sufrir enfermedades mentales ya sea esquizofrenia, paranoia, desórdenes crónicos, hasta problemas alimenticios, sin que se tenga un tratamiento que brindan los especialistas no es fácil salir de dicho ciclo.

3.4 Tensiones y frustraciones en la vida.

Las mujeres que han sido objeto de una violación sienten que son culpables de todo lo que les pasó no llevando así una vida normal, se llenan de contradicciones y tensiones innecesarias que muchas veces las obligan a buscar ayuda de algún especialista, a pesar que la mayoría de ellas tienden a ocultar lo sucedido.

4 PERFIL DEL AGRESOR SEXUAL.

No existe un concepto definitivo de un agresor, porque puede ser cualquier persona con las mismas características de cualquier otro ser humano, pero sí comparten características afines, la mayoría de agresores sexuales son hombres y uno de sus comportamientos más usuales es el ser violento, impaciente, impulsivo y la mayoría de veces éstas conductas se deben a que ellos mismos han sido víctimas de abusos sexuales en el hogar o en otra parte y lo hacen para desquitarse lo que a ellos le sucedió.

5 MANIFESTACIONES

- Directa

Las manifestaciones directas se dan cuando el agresor sexual tiene un contacto físico-sexual con la víctima, es decir son todas aquellas caricias hechas generalmente en las

partes sexuales de la mujer y en sus órganos genitales, que muchas veces pueden llegar a la penetración del pene u otros objetos en la vagina, ano o cualquier orificio del cuerpo de la víctima.

- Indirecta

Estas manifestaciones se dan cuando el agresor no tiene ningún contacto físico-sexual con la víctima y se da por lo general al obligar a la víctima a observar los genitales del agresor, pornografía o también puede ser que el agresor la acose sexualmente observando cuando la mujer se baña o se viste, hablándole por teléfono, controlando todas las actividades que ella realiza, etc.

6 CONSECUENCIAS

6.1 Lesiones físicas

Un buen porcentaje de víctimas de abuso presentan lesiones físicas ya que se comete usualmente con la utilización de la fuerza, armas, cuchillos, etc. logrando que la víctima no se pueda defender quedando así dañada su integridad física.

6.2 Peligro de infecciones y enfermedades de transmisión sexual.

Se corre un alto riesgo de que si el agresor está contagiado de alguna enfermedad de transmisión sexual tales como, el SIDA, sífilis, gonorrea y herpes, etc. la víctima pueda contagiarse de éstas, quedando así dañados sus órganos genitales o incluso dañar severamente su aparato reproductor en caso de no recibir tratamiento.

6.3 Sentimiento de culpa.

Muchas veces la víctima a raíz de lo que le ha sucedido queda con un sentimiento de culpabilidad, ya que piensa que lo que le ocurrió fue causado por ella, pues piensa que pudo haber incitado de alguna forma al agresor, sin embargo en ningún momento se considera que la víctima tenga culpa alguna.

6.4 Embarazos no deseados.

A raíz de una violación la mujer puede quedar embarazada ya que no se usa protección contribuyendo así a un mayor porcentaje de abortos o hijos no deseados.

6.5 Dificultad para mantener relaciones.

Cuando alguien es víctima de un abuso sexual se ha comprobado que posee dificultad para mantener alguna relación amorosa como matrimonio, noviazgo, etc. así como sexual ya que no puede olvidar lo ocurrido tomando la conducta de alejarse de la otra persona; por eso se dice que las víctimas de abuso sexual poseen una personalidad más solitaria y de desconfianza hacia los demás.

7. TIPOS DE ABUSO SEXUAL

7.1 Violación

La violación se puede definir como la penetración sexual de cualquier orificio corporal sin consentimiento, como un acto que se ejerce bajo la intimidación sobre una persona que se resiste al acto sexual.

Este tipo de abuso sexual tanto a la integridad física como moral de la mujer lo realizan personas que necesitan de una satisfacción sexual inmediata de su deseo sexual que ha sido ocasionado directa o indirectamente por la víctima y se hace utilizando la fuerza o intimidación acompañada con palabras o acciones que a veces pueden llegar a privar a la persona del sentido propio.

7.1.1 Tipos de violación

a) Violación en el noviazgo

Noviazgo o unión libre es donde dos personas acuerdan tener una relación que implica estar juntos, salir en algunos casos, incluso tener relaciones coitales, sin embargo llega un momento donde la mujer no accede a tener algún tipo de relación con su pareja, pero ésta la obliga a hacer cosas en contra de su voluntad ya sea por medio de palabras o actitudes violentas, la víctima accede porque cree que lo perderá si se niega, ya que la mujer ha sido educada para atender a los demás sin detenerse a pensar en ella misma.

Por las costumbres machistas inculcadas desde pequeñas en el sexo femenino, las mujeres han sido formadas con un concepto de sumisión pensando y actuando conforme a lo que los demás dicen por esta razón ellas creen que no tiene derecho a decir lo que piensan y lo que les incomoda, donde a pesar de que ellas no quieran tener relaciones coitales con su pareja, lo hacen por miedo a que puedan utilizar la violencia en contra de ellas o en caso contrario por miedo a perder a su pareja.

b) Violación en el matrimonio

Según Eglá Martínez violación en el matrimonio es: “obligar a la esposa a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad”. En una gran cantidad de parejas guatemaltecas suceden abusos sexuales que pasan desapercibidos porque en esta sociedad se ha educado en una especie de aval de la violencia, manipulación y deformación de la sexualidad que se debe tener en la pareja creando una costumbre en la mujer de hacer lo que los esposos quieren, satisfaciendo sus deseos y necesidades sin detenerse a pensar en ellas mismas.

Muchas veces llegan mujeres a clínicas donde después de un tiempo de psicoterapia se ha encontrado que han sido abusadas sexualmente por su paraje sin saberlo ocasionando en ellas problemáticas de su personalidad como falta de identidad, discriminación y poco cuidado de ellas mismas. Sin embargo hay otras mujeres que saben que se están siendo abusadas sexualmente por su esposo pero no pueden reaccionar de ninguna manera ni

hablar sobre ello porque tienen miedo de lo que les pueda pasar luego de haber buscado ayuda.

c) Violación cometida por extraños

Esta forma de abuso se caracteriza porque el abusador goza sometiendo a su víctima a la fuerza y el terror, haciéndole sufrir. Además de la característica señalada anteriormente, es posible mencionar que generalmente, la mayoría de los casos de este tipo de abuso tienen como protagonista a un agresor de sexo masculino, que conoce a la víctima porque ha formado indirectamente parte de las actividades realizadas por ella, pero la víctima desconoce su existencia porque el agresor trata de pasar desapercibido.

Cuando se produce este tipo de abuso, es más beneficioso si las víctimas pueden designar y nombrar al agresor como tal; debido a que estas denominaciones indican, que a pesar del miedo y la angustia por la que han pasado, las víctimas no se confunden en cuanto a la responsabilidad de su abusador, y que a pesar de la culpabilidad se reconocen como a sí mismas como víctimas. Cabe destacar que es el abuso que se hace más fácil denunciar ya que no existe ningún tipo de compromiso con la familia al momento de declarar.

Este tipo de abuso se puede dar en cualquier lugar, generalmente en los lugares más solos, pero las mujeres guatemaltecas tienen una tendencia a callar las cosas por la cultura que ha existido siempre en nuestro país dificultando así la captura y resolución del caso. La familia en estos casos juega un papel muy importante para la recuperación de todos los daños tanto físicos como psicológicos que presente la víctima.

d) Violación cometida por pandillas

El abuso sexual cometido por pandillas para Eglá Martínez se da cuando: “dos o más hombres violan sexualmente a una mujer”. Este tipo de abuso entra en los más frecuentes en nuestra sociedad pero ante ésta es poco conocido por temor a la reacción que puedan dar las personas que la forman, este tipo de abuso casi siempre es premeditado, puede ser un asalto, etc. donde ocasionalmente todos los que forman parte de la pandilla tienen algún tipo de contacto físico-sexual con la víctima. Este abuso generalmente ocurre en lugares públicos y privados.

7.2 Otros tipos de abuso sexual:

a) Esclavitud sexual.

b) Abuso deshonesto.

c) Explotación sexual comercial.

d) Incesto.

e) Exposición forzada a pornografía o a presenciar actos sexuales.

- f) Intento de lograr el acto sexual.
- g) Acoso sexual, coherción.
- h) Mutilación femenina.
- i) Tráfico para fines de prostitución forzada.
- j) Intermediarios en el comercio sexual.
- k) Violación sexual en tiempos de guerra.
- l) Matrimonio obligado.

8. OTROS ASPECTOS A CONSIDERAR.

8.1 El trabajo con los ofensores sexuales:

Al confirmar que no es el deseo sexual lo que motiva a la violencia sexual, pero si la agresión y la sexualidad forman parte de todas las formas de violencia sexual, el sexo es un medio para expresar varios tipos de sentimientos que no son de índole sexual tales como el enojo y la hostilidad, así como la necesidad de control, dominio y afirmación del poder. No todos los violadores presentan las mismas motivaciones para cometer actos de violencia sexual, ni tampoco se parecen las formas de violencia.

- Dilucidar las razones por las que una persona decide cometer un acto de violencia sexual es un asunto complejo.

Algunas conclusiones comunes expresadas por algunos investigadores indican, por ejemplo, que la violencia sexual sirve para compensar sentimientos de impotencia, para darle seguridad al ofensor, para afirmar su identidad, mantener status, defenderse contra ansiedades sexuales, lograr gratificación sexual y destacar frustraciones.

- Orientación y referencia de personas violentadoras.

Cuando se atiende a las personas violentadoras es importante tener en cuenta que se pueden presentar poco tolerantes, incluso pueden ser agresivas, muchas veces quieren justificar su conducta con situaciones difíciles en su infancia, estrés o que no se pueden manejar su ira. Es importante recordar que la violencia se da por las construcciones ideológicas que colocan a los hombres en condiciones distintas a las mujeres, que muchas veces pueden ser desiguales, destructivas y contrarias a un sano desarrollo personal.

- Durante la atención del violentador se debe:

- Evitar que culpabilice, intimide o coloque en situación de riesgo a su víctima.
- Interrogar a la víctima (en entrevista individual, no con el violentador) si padece de trastorno psíquico, algún tipo de adicción o historia criminal.
- Reunir información sobre la familia (pareja, hijos, personas con quienes conviva).
- Informar a los violentadores que la violencia es aprendida, que un proceso terapéutico le ayudará a que la violencia se detenga y que de ser posible, cambie su visión del mundo y la manera de relacionarse con las demás personas.

8.2 Mitos sobre la Violación.

A lo largo del tiempo as personas poco informadas han inventado y pensando que una manera de solucionar los problemas es crear ideas o también llamados mitos, entre algunos respecto al abuso sexual, tenemos:

1° “Solo en las familias con “problemas” hay violencia”

En todas las familias hay problemas, si bien económicos, de trabajo, salud y los propios derivados de la convivencia entre varias generaciones pero lo que diferencia a unas familias de otras es la forma en que se enfrentan dichos problemas. Unas lo hacen usando la violencia y así nunca se resuelven, otras en cambio utilizan la escucha, la negociación, el diálogo, el respeto mutuo.

2° “Hombres adictos a drogas como el alcohol, y con estrés en su trabajo son violentos como efecto de su situación personal”

Lo que se hace es que se intenta justificar a estos hombres por su circunstancia problemática y transitoria. Pero esto se desmiente al demostrar que también son violentos cuando no están sometidos a ninguna adicción o situación conflictiva concreta.

3° “La violencia sólo existe en familias con pocos medios económicos”

La violencia se da en todos los niveles sociales y étnicos. Existe una tendencia a pensar que las mujeres de familias con más recursos económicos no sufren violencia, esto no es cierto, la violencia que soporta puede ser más psicológica, pero también afecta a su identidad como mujer.

4° “Siempre se exagera de la realidad cuando se habla de violencia contra las mujeres”

Cuando una mujer solicita ayuda, generalmente la situación ya es seria. Los hombres violentos y la sociedad en general, no lo reconocen y niegan sus actos diciendo que “no es para tanto” o que quien confunde la realidad es la propia mujer.

5° “La violencia la sufren un tipo concreto de mujeres, con características muy estereotipadas, mujer pasiva, joven (entre 20 y 35 años), sin trabajo remunerado, con descendencia y que vive con un alcoholico”

Cualquier mujer puede sufrir agresión. No hay un tipo de mujer que tienda a ser maltratada. Con esta idea solo se consigue reducir el problema y tranquilizar pensando que es una situación que afecta a determinadas mujeres y denigrar a quienes lo han sufrido, aislándolas.

6° “Cuando las mujeres dicen que No quieren decir Si”

Los hombres violentos piensan que las mujeres no se atreven a manifestar sus deseos sexuales y por ello creen que las tienen que obligar o forzar. Cuando una mujer dice que no, significa que No quiere.

7° “La violación es un acto impulsivo de pasión”

La violación es un acto de violencia no de deseo sexual. Más de un 71% de las violaciones fueron planeadas. El sitio fue arreglado. Se utiliza un incentivo o el agresor se acerca deliberadamente a la víctima y plantea coaccionarla a una relación sexual.

8° “Un adulto abusa generalmente sólo de una persona en la familia”

Hay adultos que abusan de otro menor; el niño no es excluido de esta situación aunque la gran mayoría de casos denunciados es contra niñas. Se piensa con generalidad que el agresor sexual que se encuentra en la familia sólo puede tomar a una persona como su víctima, pero en realidad a veces puede abusar de dos o más personas.

9° “Las mujeres secretamente disfrutan de la violación”

La violación es un crimen violento y alrededor del 90% de las violaciones reportadas se utilizó un cuchillo, pistola o la fuerza física.

10° “Los violadores son extraños”

Según investigaciones las víctimas de violación conocen a sus atacantes de todas las violaciones reportadas, los ofensores eran muy bien conocidos por la víctima y se encontraban en relaciones a las cuales, normalmente se denominarían de confianza.

11° “Los violadores son locos o enfermos mentales”

La mayoría de los violadores son hombres, casados, con familia, pertenecientes a diversos niveles ocupacionales, educacionales raciales o culturales y que no difieren de poblaciones normales en pruebas de personalidad.

12° “La violación nunca me pasaría a mí”

Es falso que en nuestras sociedades las mujeres de cualquier edad no son candidatas a ser protagonistas de éstos hechos, son el blanco de las primeras agresiones ideológicas

que recibe la niña al crecer y desarrollarse, que facilitan estos eventos en cualquier momento de su vida.

13° “Los niños no dicen la verdad”

Pero lo cierto es que los niños casi siempre dicen la verdad en estos temas, más bien lo que ocurre es que en muchos casos se lo callan y no lo comunican.

Cada caso de violencia sexual es diferente para cada víctima, y a cada uno le impacta de diferente manera, dependiendo de su edad, cultura y circunstancias en que ocurra la violación o violencia sexual. Por dicha razón, no se debe encasillar o estereotipar las reacciones de la víctimas, quienes pasarán por el Sx postraumático, presentando fases de reacción inmediata y otras de recuperación que casi siempre son a mediano y largo plazo, influyendo en esto los factores culturales, sociales, religiosos y otros, determinando así su conducta sexual y reproductiva.

Ciertos patrones culturales y legales contribuyen a que la sociedad no considere la violación matrimonial y muchas veces tiendan a culpar a las víctimas en vez de considerar la responsabilidad de los victimarios, hasta llegar a dudar de los sobrevivientes al no creerles su problemática, lo que en muchos casos ha contribuido a que ellas no busquen ayuda para recuperarse y superar su experiencia.

Es necesario que se comprenda que debe mantenerse imparcialidad y confidencialidad. No es papel del médico juzgar al perpetrador sino esto corresponde al sector JUSTICIA.

9 LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD ANTE LA PROBLEMÁTICA DE LA VIOLENCIA SEXUAL Y PSICOLÓGICA.

a. Principios Generales

La consulta por abuso sexual debe considerarse una urgencia. 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 responsable de estos casos. Entre sus responsabilidades están:

- 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.

b. Atención a víctimas de Violencia Sexual.

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.

Debe presentarse una atención digna, respetuosa y acogedora, tomando en cuenta lo siguiente:

- Evaluar cuidadosamente los riesgos en cada caso.
- Brindar información clara y completa a las víctimas de violencia respecto a sus derechos sobre su salud sexual y reproductiva, así como de las posibles consecuencias de la agresión.
- Facilitar la expresión de sus sentimientos.
- Proporcionar mensajes positivos.
- Brindar información sobre las opciones disponibles para que la víctima tome su decisión.
- Informar oportunamente sobre las características del procedimiento y de lo que sucederá en cada fase de su atención, respetando la decisión en cuanto a la aceptación o rechazo.
- Pedir a la paciente que le indique cuando iniciar el procedimiento.
- Documentar las lesiones y el tratamiento médico que pueda servir como evidencia legal de la condición de la víctima.

HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE

En 1840, un grupo de vecinos quetzaltecos y religiosos inició las gestiones para su fundación, en 1843 se le dio el nombre de Hospital General “San Juan de Dios”. Se ubicaba donde hoy se encuentra la sede de la Policía y el Hogar San Vicente de Paul, en la 14 avenida y calle Rodolfo Robles, de la zona 1, siendo absorbido por el Estado en 1945. Al crecer su prestigio y número de pacientes se hizo necesaria la construcción de un nuevo edificio, finalizando en 1978, en la Labor San Isidro, zona 8 de Xela; sin embargo, quedaría abandonado por casi dos décadas.

Su traslado se realizó el 12 de marzo en 1996 por problemas técnicos y falta de equipo en las antiguas instalaciones, ya con el nombre de Hospital Regional de Occidente, actualmente sus servicios son requeridos por nacionales y extranjeros convirtiéndose en hospital escuela que incluye postgrados.

El Hospital Regional de Occidente "San Juan de Dios" es un hospital Categoría 3, según la Clasificación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social siendo uno de los 43 hospitales que existen a nivel nacional. Es uno de los 13 hospitales que tienen la categoría de Regional en Guatemala. Atiende diversas especialidades médicas, en Emergencia, Consulta Externa y en Encamamiento y en el año 2009 fue declarado Hospital Solidario, uno de los 9 que existen a nivel nacional.

Es un centro de referencia para pacientes del Suroccidente del país, solicitan sus servicios también personas procedentes de México, El Salvador y Honduras.

MISION

Ser una Institución de Salud, que facilita servicios médicos que sobrepasen las expectativas de toda persona que nos necesite, a través de una atención eficiente y personalizada, proveída por el talento humano altamente calificado.

VISION

Ser el mejor Hospital del país, con equipo humano altamente comprometido, capaz de garantizar un excelente servicio integral en materia de salud.

Cuenta con los departamentos a continuación detallados:

Departamento de Medicina Interna: Atención Médica en Emergencia, Atención Médica en Consulta, Externa Hospitalización en Medicina de Hombres y Mujeres, Unidad de Terapia Intensiva, Unidad de Terapia Respiratoria Unidad de Hemodiálisis Espirometría (examen que mide las capacidades y volúmenes pulmonares), Electrocardiografía, Electroencefalografía, Unidad de Endoscopia Digestiva, Unidad de Broncoscopia Unidad de Ecocardiografía.

Departamento de Traumatología y Ortopedia

Traumatología de Hombres Traumatología de Mujeres Traumatología Pediátrica Reemplazos Articulares de cadera y rodilla Evaluación de Neonatos con problemas ortopédicos Artroscopia Consulta Externa Emergencia.

Departamento de Pediatría:

Atención Médica en Emergencia Atención Médica en Consulta Externa Hospitalización Sala para Plan Canguro Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico Unidad de Mínimo Riesgo Sub-Especialidades Médicas Neumología Gastroenterología (incluyendo Endoscopías Electivas y de Urgencia) Cardiología Neurología Neonatología Clínica de Atención para pacientes con VIH / SIDA Nutrición Cuidado Crítico.

Departamento de Cirugía:

Atención Médica en Emergencia Atención Médica en Consulta Externa Neurocirugía Cirugía Maxilofacial Cirugía Plástica Urología Cirugía de Colon y Recto Endoscopia Diagnóstica Digestiva Cirugía por Videolaparoscopia Clínica de Venas.

Departamento de Radiología:

Rayos X Convencional, Ultrasonido, Fluoroscopia, Mamografía, Tomografía computarizada, Ecocardiografía.

Departamento de Ginecología y Obstetricia:

Control Prenatal, Control Postnatal, Planificación Familiar, Atención de Parto Eutócico (normal), Atención de Parto Distócico (cesárea), Legrado Uterino Instrumental, Aspiración Manual Endouterina, Cirugía Ginecológica, Recanalización Tubárica, Ultrasonidos (Pélvico, Obstétrico, Endovaginal) Colposcopia Clínica de VIH / SIDA.

Apoyo Interdisciplinario en:

- Estimulación Temprana
- Psicología
- Trabajo Social
- Comité de Lactancia Materna

AREA DE LABOR Y PARTOS

En todo hospital del mundo se asigna un entorno específico y apropiado para las características de las usuarias que serán atendidas en la unidad y de la asistencia que éstas han de recibir en la misma, dotado de equipos e instalaciones adecuados a la naturaleza de su cartera de servicios y que permita la programación de sus actividades en la forma necesaria para optimizar la atención dispensada.

Las características estructurales del área de labor y partos vienen determinadas por su función asistencial. Debe considerarse, por tanto, que se trata de una unidad que ofrece atención multidisciplinar a la parturienta, al RN y a la familia en el parto y en el nacimiento, y que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones adecuadas de seguridad, calidad y eficiencia para realizar esta actividad.

A continuación se describen las características esenciales con las que debe contar el área de labor y partos de un hospital de III nivel para la adecuada atención de las pacientes que consulten a la misma:

Recepción

Se utiliza para el acceso de las gestantes que acuden con sospecha o pródromo de parto, así como las actividades relacionadas con la acogida, admisión y clasificación de las usuarias, e incluye la espera de las mismas hasta el momento en que son atendidas y de sus acompañantes durante su permanencia en el bloque obstétrico.

Esta zona tendrá las siguientes características:

ÁMBITO	FUNCIÓN	CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES
ACCESO	Permite la entrada a las áreas de admisión y espera	• Señalización exterior adecuada. • Ubicación a nivel de calle, si es posible. • Acceso diferenciado de material y suministros. • Facilitar acceso para personas minusválidas
ADMISION	Atención a la usuaria y a sus acompañantes durante el proceso de acogida y registro.	• Espacio adecuadamente dimensionado. • Garantizar cierto grado de privacidad. • Equipamiento adecuado. • Fácilmente localizable. • Funcionamiento 24 horas. • Debe permitir que el personal de recepción, estando sentado, observe la entrada a la unidad y la sala de espera.
ESPERA / ESTAR	Facilita la permanencia de usuarias y acompañantes en las mejores condiciones posibles de comodidad	• Confortabilidad (posibles largas esperas). • 1,5 cómodos asientos por usuaria. • Dos ambientes separados visualmente: uno para la espera de la recepción y otra para la espera de la exploración clínica. • Aseos. • Teléfono público y televisión. • Fuente automática de agua fría. • Máquinas expendedoras de bebidas y alimentos
BOX DE CLASIFICACIÓN	Priorizar la atención urgente según la gravedad de las usuarias, a fin de determinar el tiempo óptimo de atención y asignar el recurso más adecuado a cada caso	• Condiciones de intimidad y confortabilidad. • Adecuado para minimizar los tiempos de atención y una elevada rotación de usuarias.
DESPACHO DE INFORMACIÓN	Información a usuarias y familiares.	• Despacho con condiciones adecuadas de

		privacidad. • Accesible desde la sala de esper
AREA DE ASEO	Para el aseo de usuarias y acompañantes durante la espera.	• Con lavabo e inodoro. • Debe incluir aseo adaptado para minusválidos.

Zona de exploración

Una vez clasificadas, las usuarias que han acudido al bloque obstétrico con sospecha o pródromo de parto son asignadas al recurso que corresponda en función de su urgencia o gravedad. Los recursos físicos y medios diagnósticos de que debe estar dotada esta zona permiten, además, la valoración clínica, cuando sea precisa, de las mujeres que hayan ingresado de forma programada para inducción del parto o cesárea y, dependiendo de la organización de la atención obstétrica en el hospital, de las gestantes que precisen atención urgente por complicación del embarazo (fisiopatología fetal).

Esta zona tendrá las siguientes características:

AMBITO	FUNCION	CARACTERISTICAS ESTRUCTURALES
CONSULTA	Valoración clínica de las parturientas y demás usuarias atendidas en el bloque obstétrico, previa a la indicación, si procede, de ingreso: incluye, además de la consulta, los procedimientos que requieren menor complejidad (exploración obstétrica, auscultación fetal, ecografía etc.).	• Número de consultas dependiendo de la demanda. • Con tamaño suficiente para el facultativo y demás Personal necesario, la usuaria, y en su caso, un/a acompañante. • Mobiliario de despacho (mesa, sillón y sillas), camilla, lámpara de exploración, tomas de oxígeno y vacío y mobiliario clínico • Ecógrafo
OBSERVACIÓN	Seguimiento de la evolución de las mujeres que esperan para ser atendidas nuevamente en consulta para su valoración clínica e indicación, si procede.	• Sillones confortables en sala común. • Posibilidad de monitorización externa.
BOX DE EXPLORACIÓN	Valoración clínica de las	• Dispuestos, preferente-

Y TÉCNICAS	parturientas y demás usuarias atendidas (monitoreización cardiotocográfica, ecografía, punción de líquido amniótico, etc.)	mente, en salas comunes, con las adecuadas condiciones de intimidad y confortabilidad. • Con tomas de oxígeno y vacío, mesita para los efectos personales de las usuarias. • Con las instalaciones eléctricas necesarias. • Con unidad de control manual para que las usuarias puedan llamar al personal de enfermería, • Con aseo para las usuarias, dotado de lavabo e inodoro
------------	--	---

Unidades de trabajo de parto, parto y recuperación (UTPR)

Desde una perspectiva funcional, la UTPR supone una alternativa a la forma clásica de estructurar el proceso de parto, según la cual la asistencia a cada uno de sus períodos se realiza en lugares diferentes: sala de dilatación, paritorio y sala de recuperación. Responde de una concepción orientada a la humanización del parto, que trata de centrar el proceso en las familias, dirigiéndolo a las necesidades de la mujer y el RN, según la idea de que el parto debe ser considerado más un acontecimiento normal que un acto médico-quirúrgico, y que, en la medida de lo posible, debe compatibilizar la presencia de la familia, con el acceso a la tecnología de apoyo en el momento que su utilización resulte indicado.

AMBITO	FUNCION	CARACTERISTICAS ESTRUCTURALES
UTPR	Asistencia a la parturienta a lo largo de todos los períodos del proceso de parto vaginal y al RN sano que no precisa ingreso en la unidad de neonatología.	• Ubicadas en el bloque obstétrico con fácil acceso al área quirúrgica. • Diseñadas como dormitorios domésticos, con mobiliario acogedor y decoración adecuada. • Iluminación artificial con dos circuitos: indirecta y graduable. • La cama de partos debe permitir a la parturienta colocarse en la posición más cómoda y tener

		ruedas para facilitar el traslado al quirófano en caso de cesárea. • Adecuadas para parto normal o instrumental bajo anestesia local o epidural, debiendo contar con espacio disponible para realizar reanimación si resultan necesarios. • Con un aseo dotado de lavabo, inodoro, bidé y ducha para la mujer. • Medios y recursos necesarios para la atención inicial y reanimación neonatal si fuese necesario. • Espacio para material y fármacos.
--	--	---

Zona quirúrgica

Según se ha visto, las mujeres atendidas en el bloque obstétrico pueden precisar intervención quirúrgica de forma programada o por presentarse la indicación de forma urgente durante el proceso de parto. La zona quirúrgica del bloque obstétrico agrupa los locales de preparación preoperatoria, quirófano y despertar, así como los espacios específicos necesarios para el soporte de la actividad quirúrgica. Las normas de acceso, circulaciones y desplazamientos serán las habituales en ambientes quirúrgicos.

AMBITO	FUNCION	CARACTERISTICAS ESTRUCTURALES
QUIRÓFANO	Procedimiento anestésico e intervención quirúrgica	• Similares a las de un quirófano-tipo del bloque quirúrgico general. • Monitor fetal y de presión intrauterina, e instrumental obstétrico. • Además del espacio y equipamiento necesario para la madre, debe

		contarse con el que requiere la recepción y reanimación del RN, incluyendo una incubadora.
REANIMACIÓN POSTANESTÉSICA (URPA)	Monitorización de las funciones vitales hasta conseguir un nivel de vigilia y de constantes que permitan trasladar a la paciente	• Con espacio suficiente para la cama, el equipo de monitorización, la realización de procedimientos tomas eléctricas, de aire comprimido medicinal y vacío.
APOYOS	Actividades de soporte para la actividad quirúrgica	• El área dispondrá de los apoyos necesarios, dependiendo de la dotación general del bloque obstétrico en función del nivel de actividad y el dimensionado de los recursos.

Zona de control de enfermería

Reúne el conjunto de recursos físicos dedicados a las labores de observación de las usuarias mientras permanecen hospitalizadas y/o reciben los tratamientos y se recuperan de los mismos, de planificación de los cuidados y demás trabajos administrativos de enfermería, así como los apoyos necesarios para la atención en la unidad (gestión y almacenamiento de fármacos, materiales, equipos, lencería y alimentos).

Área administrativa y de apoyos para el personal

Se consideran incluidos en esta zona los espacios necesarios de despachos y salas de reuniones del personal que trabaja en la unidad, de manera que puedan desarrollarse adecuadamente las actividades asistenciales y docentes y el descanso.

Esta zona tendrá las siguientes características:

- Despachos:

El número de despachos será proporcional a las dimensiones de la plantilla de la unidad, en concreto de profesionales cuya actividad precise la utilización de despacho, ya sean individuales (p. ej., despachos de responsables médicos y de enfermería) o comunes (salas de trabajo, biblioteca). Los despachos estarán dotados de mobiliario ergonómico, garantizarán la privacidad y facilitarán el trabajo en equipo. Dispondrán de comunicaciones telefónicas y acceso a la red de datos,

así como de puestos de trabajo informáticos con acceso a las aplicaciones de estación clínica.

- Área de descanso:

Con sala de estar de tamaño adecuado a las dimensiones de la unidad y aseos específicos, así como espacio para vestuario en función del sistema de organización adoptado y la existencia o no, en su caso, de una zona próxima dotada de ese recurso.

OBJETIVOS

PRINCIPAL:

1. Establecer el manejo que actualmente se da a las pacientes víctimas de agresión sexual en el Hospital Regional de Occidente.

ESPECIFICOS:

2. Determinar el universo de pacientes que consultan por agresión sexual al Hospital Regional de Occidente.
3. Determinar el tipo de lesión encontrada más frecuentemente en las pacientes con agresión sexual.
4. Crear un protocolo de manejo de la paciente víctimas de agresión sexual para el Hospital Regional de Occidente.
5. Realizar una caracterización epidemiológica de la paciente víctima de agresión sexual.

METODOLOGIA

a) Tipo de estudio:

Prospectivo – Descriptivo

b) Unidad de análisis:

Expedientes de pacientes que consultan por agresión sexual, al servicio de Labor y Partos del Hospital Regional de Occidente durante el año 2009.

c) Muestra:

Total de expedientes de pacientes que se ingresan a los diferentes servicios del Hospital Regional de Occidente por agresión sexual durante el año 2009.

d) Criterios:

a. Inclusión: expedientes de pacientes que ingresen con IC: agresión sexual.

b. Exclusión:

- i. expedientes de pacientes que ingresen con impresión clínica de agresión sexual, que no tengan expedientes completos.
- ii. Pacientes que solo reciban asistencia en labor y partos y no aceptan ingresar para atención hospitalaria.
- iii. Pacientes con sospecha de abuso sexual.

e) Variables:

Características de Pacientes:

- Edad
- Estado Civil
- Ocupación
- Procedencia
- Escolaridad

Manejo de Paciente:

- Médico
 - Diagnóstico de agresión sexual
 - Medicamentos administrados

- Laboratorios realizados
- Tratamientos quirúrgicos

- Psicológico
 - Diagnóstico
 - Seguimiento
- Trabajo Social
 - Seguimiento

Tipo de Agresión Sufrida

Anal

Vaginal

Oral

Otra

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	MEDICION
AGRESION SEXUAL	todo acto de control y fuerza que obliga a la víctima a tener contacto sexual en contra de su voluntad	Si No
EDAD	Clasificación cronológica de acuerdo al tiempo de vida de las pacientes.	< 15 16 – 20 21 – 25 26 – 30 31 – 35 > 35
ESTADO CIVIL	Relación de la pareja entre sí, conforme a la ley del país.	Casada Soltera Unida Otra
OCUPACION	Diferentes profesiones a las que se puede dedicar la paciente	Ama de casa Agricultora Maestra Otra
ESCOLARIDAD	Nivel académico de la paciente	Ninguna Primaria Secundaria Universidad
PROCEDENCIA	Lugar de origen de las pacientes.	Diferentes municipios de Quetzaltenango.
TIPO DE AGRESION SEXUAL SUFRIDA	Contacto de los genitales del agresor o agredida con alguna parte del cuerpo de la otra persona bajo amenazas o realizado a la fuerza.	Vaginal Anal Oral Otra

LABORATORIOS REALIZADOS	Exámenes complementarios realizados a las pacientes.	Hematología VIH VDRL HCG Secreción en fresco Gram y Cultivo de Secreciones
MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS	Tratamiento farmacológico instituido a las pacientes.	Antibióticos Antiretrovirales Anticoncepción de Emergencia
TRATAMIENTOS QUIRURGICOS	Procedimientos realizados a la paciente bajo efectos anestésicos	Si No
PROBLEMAS PSICOLOGICOS	Conflictos mentales secundarios a la agresión sufrida	Si No
AYUDA LEGAL	Proporcionada a la paciente en relación a esclarecer el caso	Si No

INFORMACION OBTENIDA
DATOS GENERALES DE LA PACIENTE

No. 1

Edad

Edad	TOTAL	EN/ FE	MA/ AB	MA/ JU	JU/ AG	SEP/ OCT	NOV/ DIC
		FREC	FREC	FREC	FREC	FREC	FREC
< 15	5	1	1	0	1	1	1
16 a 20	11	2	1	2	3	2	1
21 a 25	18	1	2	2	6	5	2
26 a 30	6	0	1	1	2	0	2
31 a 35	2	0	0	1	0	1	0
>36	1	0	0	0	0	0	1
TOTAL	43	4	5	6	12	9	7

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

No. 2

Estado Civil

Estado Civil	TOTAL	EN/ FE	MA/ AB	MA/ JU	JU/ AG	SEP/ OCT	NOV/ DIC
		FREC	FREC	FREC	FREC	FREC	FREC
Soltera	15	3	1	2	3	4	2
Unida	18	1	3	2	6	4	2
Casada	10	0	1	2	3	1	3
TOTAL	43	4	5	6	12	9	7

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

No. 3

Ocupación

Ocupación	TOTAL	EN/ FE	MA/ AB	MA/ JU	JU/ AG	SEP/ OCT	NOV/ DIC
		FREC	FREC	FREC	FREC	FREC	FREC
Ama de Casa	24	2	4	4	9	3	2
Agricultora	2	0	0	0	0	0	2
Sirvienta	3	0	0	0	0	1	
Estudiante	14	2	1	2	3	5	1
TOTAL	43	4	5	6	12	9	7

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

No. 4

Procedencia

Procedencia	TOTAL	EN/ FE	MA/ AB	MA/ JU	JU/ AG	SEP/ OCT	NOV/ DIC
		FREC	FREC	FREC	FREC	FREC	FREC
Xela	43	4	5	6	12	9	7
Totonicapan	0	0	0	0	0	0	0
San Marcos	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	43	4	5	6	12	9	0

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

No. 5

Escolaridad

Escolaridad	TOTAL	EN/ FE	MA/ AB	MA/ JU	JU/ AG	SEP/ OCT	NOV/ DIC
		FREC	FREC	FREC	FREC	FREC	FREC
Ninguna	16	1	3	1	5	3	3
Primaria	11	1	1	3	2	3	1
Secundaria	11	2	1	1	3	2	2
Universidad	5	0	0	1	2	1	1
TOTAL	43	4	5	6	12	9	7

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

MANEJO DE LAS PACIENTE

No. 6

Medicamentos Administrados

Medicamento	TOTAL	EN/ FE	MA/ AB	MA/ JU	JU/ AG	SEP/ OCT	NOV/ DIC
		FREC	FREC	FREC	FREC	FREC	FREC
Antibióticoprofiláctico	43	4	5	6	12	9	7
Antiretrovirales	43	4	5	6	12	9	7
Anticoncepción	43	4	5	6	12	9	7
TOTAL	43	4	5	6	12	9	7

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

No. 7

Laboratorios Realizados

Laboratorio	TOTAL	EN/ FE	MA/ AB	MA/ JU	JU/ AG	SEP/ OCT	NOV/ DIC
		FREC	FREC	FREC	FREC	FREC	FREC
Hematologia	43	4	5	6	12	9	7
VIH	43	4	5	6	12	9	7
VDRL	43	4	5	6	12	9	7
HCG	43	4	5	6	12	9	7
TOTAL	43	4	5	6	12	9	7

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

No. 8

Apoyo Psicológico.

Apoyo Psicológico	TOTAL	EN/ FE	MA/ AB	MA/ JU	JU/ AG	SEP/ OCT	NOV/ DIC
		FREC	FREC	FREC	FREC	FREC	FREC
Si	0	0	0	0	0	0	0
No	43	4	5	6	12	9	7
TOTAL	43	4	5	6	12	9	7

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

No. 9

Ayuda Legal

Ayuda Legal	TOTAL	EN/ FE	MA/ AB	MA/ JU	JU/ AG	SEP/ OCT	NOV/ DIC
		FREC	FREC	FREC	FREC	FREC	FREC
Si	0	0	0	0	0	0	0
No	43	4	5	6	12	9	7
TOTAL	43	4	5	6	12	9	7

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

TIPO DE AGRESION DE LAS PACIENTES

No. 10

Agresión Vaginal

Trauma encontrado	TOTAL	EN/ FE	MA/ AB	MA/ JU	JU/ AG	SEP/ OCT	NOV/ DIC
		FREC	FREC	FREC	FREC	FREC	FREC
Laceraciones	36	3	5	5	10	7	6
Hematomas	0	0	0	0	0	0	0
Rasgaduras	7	1	0	1	2	2	1
TOTAL	43	4	5	6	12	9	7

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

No. 11

Agresión Anal

Trauma encontrado	TOTAL	EN/ FE	MA/ AB	MA/ JU	JU/ AG	SEP/ OCT	NOV/ DIC
		FREC	FREC	FREC	FREC	FREC	FREC
Laceraciones	3	0	0	0	1	2	0
Hematomas	0	0	0	0	0	0	0
Rasgaduras	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	3	0	0	0	1	2	0

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

No. 12

Agresión Oral

Trauma encontrado	TOTAL	EN/ FE	MA/ AB	MA/ JU	JU/ AG	SEP/ OCT	NOV/ DIC
		FREC	FREC	FREC	FREC	FREC	FREC
Laceraciones	1	0	0	0	0	1	0
Hematomas	0	0	0	0	0	0	0
Rasgaduras	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	1	0	0	0	0	1	0

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Durante el periodo de recolección de datos se obtuvieron un total de 43 pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión propuestos en el presente documento de investigación de las cuales la mayor parte de las mismas se ubicaron dentro de los rangos de edad de 21 a 25 años con el 42 % lo que puede ir en correlación con el rango de edad en que las mujeres desempeñan la mayoría de sus actividades fuera de su hogar o se trasladan de un lugar a otro lo que incrementa el riesgo de tener contacto con desconocidos, aunque no coincide con los estudios realizados previamente tanto en este país como en el extranjero donde la población más afectada se encuentra en los rangos menores a los 18 años. La mayoría de casos se presenta en mujeres unidas con un 42 % que va en relación con el tipo de compromiso de pareja que se presenta más comúnmente en nuestro departamento y en nuestro país en general, siendo mayor que en los estudios consultados donde un 33% en promedio tienen pareja. En relación a la ocupación de las pacientes el 56 % corresponden a amas de casa que se considera pudieron ser atacadas durante la realización de actividades cotidianas que suelen presentar un patrón repetitivo en el cual se podría establecer una rutina la cual puede ser evaluada por los agresores con lo que determinarían el lugar y momento más vulnerable de la víctima en cuestión, el total de pacientes son procedentes de Quetzaltenango ya que se considera que las pacientes de otros departamentos acudirían o serían referidas por las autoridades locales a los distintos centros asistenciales correspondientes para evitar la alteración de la evidencia a recaudar posteriormente por parte del ministerio público en el momento de iniciar una investigación. La escolaridad de las pacientes en su mayoría fue nula con un 38 % lo que se relaciona con la situación general del país y nuestro alto índice de analfabetismo, aunque también podría ser una parte de la población que este mucho más propensa a sufrir engaños que pueden llevar a que se desarrolle el abuso, en los estudios consultados no se dieron a conocer estos parámetros.

En relación al manejo de las pacientes a la totalidad de las mismas se les administro antibiótico profiláctico para cubrir un espectro elevado de enfermedades de transmisión sexual, así como se inicio tratamiento antirretroviral para disminuir el riesgo de la transmisión de infecciones de transmisión sexual principalmente VIH y previo resultado negativo de una prueba de embarazo de dio anticoncepción de emergencia mediante anticonceptivos orales para disminuir el riesgo de un embarazo no deseado, lo que va en relación con los protocolos internacionales y que fueron aplicados en los estudios previos. Lastimosamente en ninguno de los casos se dio apoyo psicológico a las pacientes ya que no se cuenta con una clínica psicológica permanente para la atención de las mismas debido a que los horarios en que consultan la mayoría de veces no son dentro del periodo de horas hábiles, por lo que debería de coordinarse con la

jeftura de psicología para poder atender a estas pacientes independientemente del horario en el que se presenten, así como tampoco se les dio apoyo legal considerando que este será proveído de parte del ministerio publico al momento de iniciar una denuncia formal, no contando con este servicio dentro del nosocomio.

En el total de pacientes se presentaron lesiones a nivel vaginal con laceraciones en el 84 % de ellas y rasgaduras en el 16 % restante siendo la principal vía por la cual se perpetuo la agresión sexual, aunque no siendo la única ya que un 7 % también sufrió de lesiones a nivel anal y un 2 % a nivel oral las cuales no requirieron de atención quirúrgica en ninguno de los casos pudiendo ser solucionadas las lesiones físicas en la emergencia del centro asistencial, todas la pacientes fueron manejadas según el protocolo actual de manejo del hospital regional de Quetzaltenango el cual indica la comunicación con los encargados del ministerio público (Fiscal de turno e INACIF), posterior a lo que se procede a la evaluación y recolección de muestras en conjunto con el médico forense designado por el ministerio público, se solicitan y obtienen resultados de laboratorios para descartar embarazo y/o infección de transmisión sexual previo al ataque sufrido para el inicio de anticoncepción de emergencia, antibióticos profilácticos y antirretrovirales, siendo transferida a clínica 1 para seguimiento posterior, clínica de psicología para evaluación y el ministerio público para continuar con el proceso de investigación.

CONCLUSIONES

- Existe un protocolo no documentado de manejo de pacientes con agresión sexual en el Hospital Regional de Occidente.
- El manejo actual de las pacientes con agresión sexual cubre las necesidades básicas de las pacientes atendidas en el Hospital Regional de Occidente.
- Consultaron a Labor y Partos del Hospital Regional de Occidente 43 pacientes por agresión sexual.
- La totalidad de pacientes presentaron agresión vaginal.

RECOMENDACIONES

- Transcribir y dar a conocer el protocolo de manejo de las pacientes victimas de agresión sexual con las implementaciones a realizar.
- Validar ante las autoridades del centro asistencial el protocolo de manejo que se quiere establecer previo a su publicación.
- Evaluar en conjunto con personal forense a las pacientes agredidas sexualmente.
- Capacitar al personal de enfermería para brindar apoyo en el momento de presentarse una paciente con agresión sexual.
- Realizar la entrevista y tratamiento en el menor tiempo posible.
- Evitar la evaluación repetida de la paciente.
- Coordinar con la oficina de psicología para la atención oportuna de las pacientes que consultan por agresión sexual.
- Notificar al ministerio público para dar orientación legal a la paciente que consulta por agresión sexual.

BIBLIOGRAFIA

LIBROS

- 1) AVESA, *Programa de atención a la mujer víctima de violencia*. 2da. Edición, Caracas: Editorial Normandie, Año 1999.
- 2) Davidson, Richard, *Formas de Abuso Sexual*, 1ra. Edición, New York: Editorial ADHAL, Año 1998.
- 3) Echeverría, Estaban, *Abuso Sexual en Adolescentes: Víctimas y Agresores*. 1ra. Edición, Barcelona: Editorial Ariel, Año 2000.
- 4) Gomez de la Camara. Analisis de la Violencia Sexual en Latinoamerica, 3ra. Edicion, MedClin, 1997, 445 a 451,
- 5) Luciano, Dinys, *Violencia Sexual*. 1ra Edición, Colombia: Editorial Kraus, Año 2004.
- 6) Martínez, Engla, *Abuso Sexual*. 1ra Edición, Colombia: Editorial LIMUSA, Año 2005.
- 7) Monzón, Edward, *Violencia Sexual*. 1ra Edición, México: Editorial Planeta, Año 1997.
- 8) ONU, *Violencia Sexual*. 1ra Edición, Salamanca: Editorial Naciones Unidas, Año 2005.
- 9) Perrone, Nannini, et al. *Violencia y Abuso Sexual en la Familia*. 1ra. Edición, Canadá: Editorial Iberic, Año 1998.
- 10) Pincus, Cardine, et al. *Abuso Sexual*. 1ra. Edición, New York: Editorial CADI, Año 2006.
- 11) Programa Atención Integral del Adolescente, *Indicadores del Abuso Sexual en Adolescentes*. 1ra. Edición, San José: Editorial FNUAP, Año 2000.
- 12) Ramírez, Walfred, *Caracterización de Ofensores Sexuales*, 1ra. Edición Costa Rica: Editorial FTA, Año 2002; 40 (1): 18-24.
- 13) Sáenz, Irene, *Abuso Sexual en Adolescentes*. 2da. Edición, Caracas: Editorial PROAMA, 1992.
- 14) Villarta, Sofía. *Sistematización de la Atención de la Agresión Sexual*, 1ra. Edición, México: Editorial Metamorfosis, Año 2003.

REVISTAS

- 15) Clarament, Cecilia, *Programa alternativo para la atención de víctimas y sobrevivientes de la violencia intrafamiliar*. En: Memoria-Modelos de construcción para la atención integral de la Violencia Intrafamiliar y el Rol del Sector Social. OPS. Programa Mujer, Salud y Desarrollo.
- 16) Guezmes, Ana, et al. *Violencia Sexual y Física contra las mujeres*. Estudio Multicéntrico de la OMS sobre la Violencia de Pareja y Mujeres, Lima, Perú, 2002.
- 17) Montoya, et al: PERITAJE MÉDICO LEGAL EN DELITOS SEXUALES: UNA PAUTA PRÁCTICA PARA SU CORRECTA REALIZACIÓN. REV CHIL OBSTET GINECOL 2004; 69(1): 55-59.
- 18) Tablado, Alvaro, *Abordaje Institucional del Abuso Sexual*. Rev Soc. Argente Ginecología Infanto-Juvenil, 2004; 11(2): 179-181.

CONSULTA ELECTRONICA

- 19) LA VIOLENCIA FEMINICIDA EN MÉXICO. SEPTIEMBRE DE 2006
www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/eventos/VIIgenero/200906/Olga_Bust_o_UNAM.ppt
- 20) Oficina para Víctimas del Crimen: VICTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL. Febrero 2002
www.ojp.usdoj.gov/ovc/foreignlang/spanish/help_series/pdfxt/SexualAssaultVictimization_sp.pdf
- 21) OMS, (Organización Mundial de la Salud) Violencia Sexual, 2009,
www.oms.org/violenciasexual
- 22) OPS: INDICADORES DE SALUD , JAMAICA, 2008
http://www.paho.org/spanish/dd/ais/cp_388.htm
- 23) Rodríguez, et al: AGRESIONES SEXUALES. MANEJO POR EL MÉDICO DE FAMILIA (I). CONDUCTA GENERAL EN ADULTOS.
http://db.doyma.es/cgibin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.go_fulltext_o_resumen?esad_min=si&pidet=4059
- 24) UNICEF: PANORAMA GENERAL GUATEMALA, 2002.
<http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/guatemala.html>
- 25) Violación es el delito menos juzgado, Febrero de 2007.
- 26) <http://www.prensalibre.com/pl/2007/febrero/11/163235.html>

ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ESCUELA DE POST GRADO

MAESTRIA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

QUETZALTENANGO 2009

Manejo de pacientes con agresión sexual Labor y Partos del Hospital Regional de Occidente Año 2009

Yo Dr. Geovany Ortega, director ejecutivo en funciones del Hospital Regional de Occidente manifiesto en forma expresa que he decidido autorizar la investigación titulada Manejo de pacientes que consultan por agresión sexual, al Hospital Regional de Occidente año 2009.

Se me ha explicado que se revisaran expedientes clínicos para obtener los datos necesarios y así recolectar la información pertinente para la investigación.

Se le informara al departamento de estadística y registros médicos sobre la realización de la investigación para organizar la revisión de los expediente, así como declaro que se me ha informado que la información obtenida será presentada ante las autoridades de la escuela de estudios de post grado de la facultad de ciencias medicas, maestría en ginecología y obstetricia para obtener el grado de maestro en ginecología y obstetricia.

Dr. Geovany Ortega

Director Ejecutivo

Hospital Regional de Occidente

Quetzaltenango

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

Manejo de pacientes con agresión sexual Labor y Partos del Hospital Regional de Occidente Año 2009

Iniciales de Paciente:_____ Número de Registro:_____ Boleta No._____

1) Edad:

<15_____ 16-20_____ 21-25 _____ 26-30 _____ 31- 35_____ >35_____

2) Estado Civil:

Casada_____ Unida_____ Soltera_____ Otra_____

3) Ocupación:

Ama de Casa_____ Agricultora_____ Sirvienta_____ Otra_____

4) Procedencia:

Quetzaltenango_____ Totonicapan_____ Otro_____

5) Escolaridad:

Ninguna_____ Primaria_____ Secundaria_____ Universidad_____

Manejo de las Pacientes:

Médico:

I. Medicamentos:_____

II. Laboratorios:_____

III. Quirúrgicos_____

Psicológico:

Tuvo apoyo psicológico_____ No tuvo apoyo Psicológico_____

Sin Datos_____

Diagnóstico: _____

Trabajo Social:

Ayuda Legal: Si_____ No:_____ Sin Datos: _____

Tipo de Agresión:

Anal_____

- Lceraciones_____ Hematomas_____ Rasgaduras_____

Vaginal_____

- Lceraciones_____ Hematomas_____ Rasgaduras_____

Oral_____

- Lceraciones_____ Hematomas_____ Rasgaduras_____

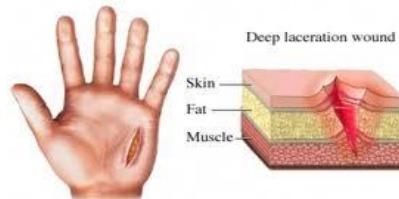
Otra_____

CLASIFICACION DE LAS LESIONES

HEMATOMA: es una acumulación de sangre, causado por la rotura de vasos capilares, que aparece generalmente como respuesta corporal resultante de un golpe, una contusión o una magulladura. También es conocido popularmente como cardenal, moratón, moretón o moradura.

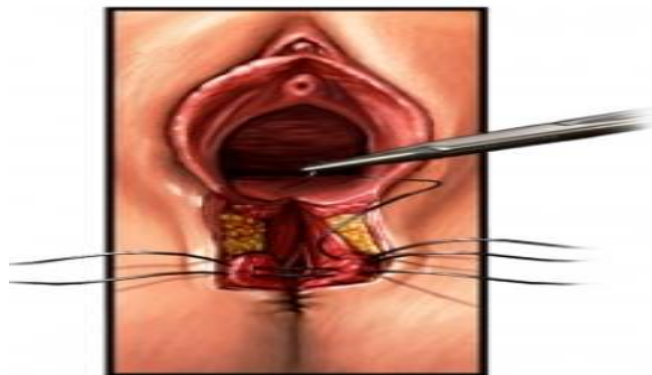


LACERACION: es una ruptura en la piel que es resultado de una herida. La mayoría de las laceraciones menores tienen un sangrado mínimo, dolor mínimo y ningún entumecimiento o hormigueo en el sitio.

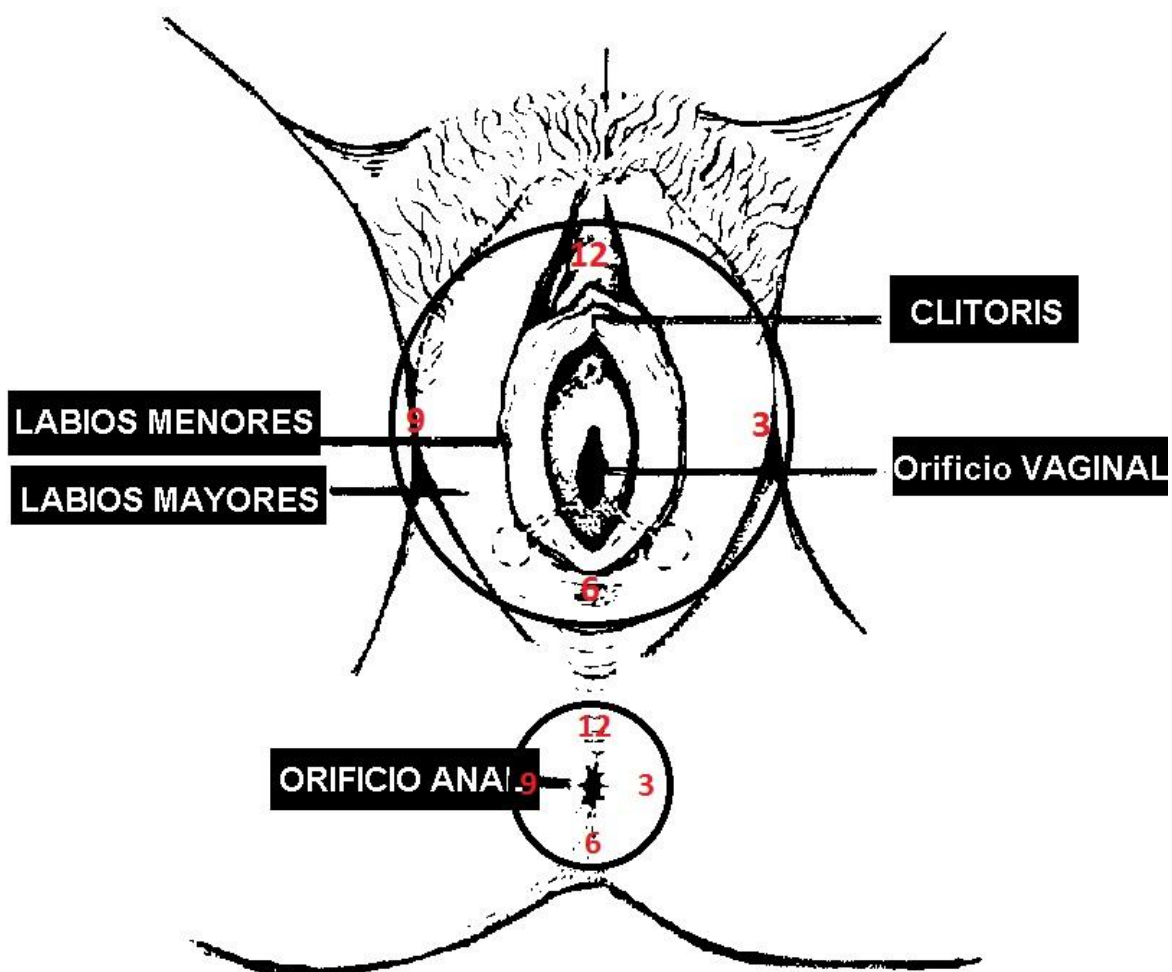


RASGADURAS: los desgarros vaginales son rasgaduras de la piel y los músculos que se encuentran sobre el orificio vaginal o a su alrededor. En la mayoría de los casos, los desgarros se producen en el perineo. Existen cuatro grados de desgarros vaginales:

- Desgarros de primer y segundo grado: se pueden reparar con mayor facilidad
- Desgarros de tercer y cuarto grado: su reparación es más compleja porque son más grandes, más profundos y afectan el tejido muscular



CLASIFICACION DE LAS LESIONES A NIVEL VAGINAL Y ANAL
SEGÚN LAS AGUJAS DEL RELOJ



PROPUESTA DE PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTES CON AGRESION SEXUAL

1. Responsable:

- a. Notificar al Ministerio Público.
- b. Entrevista Preliminar:
 - i. Apertura del expediente.
 - ii. Considerar como una urgencia.
 - iii. Se intentará que sea atendida por un médico del mismo sexo.
 - iv. El seguimiento debe darse por el mismo personal, de ser posible.

2. Consulta Médica:

- a. Anamnesis y examen físico general.

Detectar lesiones genitales:

- Equimosis.
- Enrojecimiento e inflamación.
- Laceraciones o erosiones.

Detectar lesiones no genitales:

- Moretones.
- Laceraciones.
- Marcas de ligaduras en tobillos, muñecas y cuello.
- Lesiones diversas (huellas de manos, marcas de dedos, fajas, mordidas, etc.).
- Trauma rectal o anal.

a. Examen Ginecológico:

- De ser posible debe realizarse bajo analgesia o anestesia.
- Evaluar lesiones perianales, anales uretrales y vaginales.
- En vírgenes, evaluar estado del himen.
- Tomar muestras para frotos y cultivos.
- Realizar examen con espéculo.
- Evaluar la necesidad de realizar tacto rectal.
- Registrar las lesiones de la siguiente forma: sitio, tamaño, forma, entorno, color, contenido, edad, bordes, clasificación y profundidad.

Historia Clínica:

Se establece a través del interrogatorio, examen clínico y ginecológico para evaluar el tipo, extensión y gravedad del trauma, así como datos para un certificado médico – legal.

1. Aspectos a considerar:
 - ¿Está tomando algún medicamento?
 - ¿Cuándo fue su última vacuna contra el tétano?
 - ¿Está siendo tratada por alguna enfermedad sexual?
 - ¿Está tomando algún método de planificación familiar?
 - ¿Tuvo relaciones sexuales consentidas recientemente?
 - ¿Tomó alguna droga?
 - ¿Cuándo fue su última menstruación?
 - ¿Sospecha estar embarazada?
 - ¿Se ha bañado, lavado los dientes o hecho ducha vaginal posterior al ataque?
2. Preguntas sobre la paciente:
 - ¿Cuándo y dónde ocurrió el ataque?
 - ¿Cuántos atacantes tuvieron contacto sexual?
 - ¿Ocurrió eyaculación o derrame de secreción vaginal?
3. Preguntas sobre el agresor:
 - ¿Utilizó condón?
 - ¿Utilizó algún objeto para penetrar a la víctima?
- b. Evaluar profilaxis con antirretrovirales durante las primeras 72 horas.
- c. Recomendar vacuna profiláctica contra Hepatitis B en las primeras 72 horas.
- d. Evaluar administración de vacuna antitetánica.
- e. Consultar a Servicio de Psicología.
- f. Pedir exámenes de laboratorio (consentimiento informado).
- g. Profilaxis antibiótica para enfermedades de transmisión sexual.
- h. Anticoncepción de emergencia si consulta en las primeras 72 horas (paciente en edad fértil).
3. Seguimiento:
 - a. Día 1:

RECLAMAR RESULTADOS DE LABORATORIO E INFORMAR A PACIENTE.

 - i. Referir a Clínica # 1.
 - ii. Consulta clínica y de seguimiento con ARV.
 - iii. Consulta a Psicología.
 - b. Día 7:
 - i. Seguimiento clínico y tratamiento con ARV (Medidas de prevención, prácticas de riesgo, métodos de barrera).
 - ii. Atención psicológica.

- c. Día 14:
 - i. IDEM día 7.
 - ii. Realizar hematología control.
 - iii. EVALUAR TRATAMIENTO PARA OTRAS ETS.
- d. Día 28:
 - i. En caso de amenorrea realizar HCG.
 - ii. Atención clínica y psicológica.
 - iii. Seguimiento clínico y tratamiento con ARV.
- e. 3° y 6° mes:
 - i. Realizar VIH, VDRL, HB CONTROL SI ES POSITIVO EVALUAR ARV.

1) Laboratorios:

- a. HCG (en toda mujer en edad fértil).
- b. Hematología (si se inicia tratamiento ARV).
- c. VIH.
- d. Ag. HB.
- e. VDRL.
- f. Secreción en fresco para espermatozoides.
- g. Gram, cultivo y KOH de secreción.

2) Medicamentos: (si consulta en las primeras 72 horas tras exposición)

- a. Zidovudina 300 mgs. PO stat y cada 12 horas por 28 días.
- b. Lamivudina 150 mgs. PO stat y cada 12 horas por 28 días.
- c. Ceftriaxona 1 gr. IM stat (ERITROMICINA)
- d. Doxiciclina 100 mgs. PO stat y cada 12 horas por 14 días.
- e. Lofemenal 0.15 – 0.25 mgs. de levonorgestrel ó 0.5 mgs. de norgestrel + 0.03 mgs. de etinilestradiol y en 12 horas.

Profilaxis Antibiótica:

1. Primera elección: (dosis única)

- Azitromicina 2 grs. PO.
- Penicilina Benzatínica 2400000 UI, IM.

2. Segunda elección: (alérgica a la penicilina)

- Azitromicina 2 grs. PO.
- Eritromicina 2 gr./día por 14 días.

3. Tercera elección: (excluir embarazo)

- Ceftriaxona 250 mgs. IM.
- Doxiciclina 200 mgs/día por 14 días.
- Penicilina Benzatínica 2400000 UI dosis única.

- 1) Indicación para iniciar tratamiento antirretroviral:
 - a. Agresor VIH positivo.
 - b. No se conoce la seropositividad del agresor (si hay pérdida de la continuidad del tejido del aparato genital inferior y/o anal).
 - c. 2 ó más agresores sexuales.