



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PUBLICA
CIES- UNAN Managua



**MAESTRIA EN ADMINISTRACION EN SALUD
2017 – 2019
SEDE SAN SALVADOR, EL SALVADOR**

**Informe final de tesis para optar al Título de
Master en Administración en Salud**

**EVALUACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO A MUJERES
AFECTADAS POR VIOLENCIA SEXUAL, ATENDIDAS EN LA UNIDAD
DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER “Dra.
MARIA ISABEL RODRIGUEZ”. SAN SALVADOR, EL SALVADOR,
2017.”**

Autora:

Claudia María Guzmán Chicas.

Especialista en Ginecología y Obstetricia.

Tutora:

MSc. Sheila Valdivia Quiroz.

Docente e Investigadora.

San Salvador, El Salvador Abril de 2019.

INDICE

RESUMEN.....	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
I. INTRODUCCION.....	1
II. ANTECEDENTES.....	2
III. JUSTIFICACION.....	4
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
V. OBJETIVOS.....	6
VI. MARCO TEORICO.....	7
VII. DISEÑO METODOLOGICO.....	17
VIII. RESULTADO Y ANALISIS DE RESULTADOS.....	21
IX. CONCLUSIONES.....	47
X. RECOMENDACIONES.....	48
XI. BIBLIOGRAFIA.....	50
ANEXOS.....	52

RESUMEN.

Objetivo: Evaluar el protocolo de seguimiento a mujeres afectadas por violencia sexual que son atendidas en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”, 2017.

Metodología: Población de 104 pacientes que consultaron durante el 2017. Muestra de 89 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. Estudio descriptivo, retrospectivo y cuantitativo. Tabulación y procesamiento de datos se realizó a través de una matriz de Excel.

Resultados: Un 59.55% de las víctimas son menores de edad y provienen del gran San Salvador. El 30.33% de las pacientes han cursado hasta la secundaria, 86.52% son solteras y 67.41% son nulíparas. En este último rubro 5.6% estaban embarazadas producto de la agresión sexual. Muchas de las acciones contempladas en el protocolo se están realizando sin seguir la guía, dejando a discreción del evaluador la atención. En cuanto al llenado correcto de la hoja de seguimiento en la mayoría de los casos se hizo de manera correcta en los diferentes controles a los que asistió la paciente; sin embargo llama la atención el ausentismo de las pacientes.

Conclusiones: Los datos sociodemográficos encontrados no difieren de las estadísticas; mujeres menores de 18 años, bajo nivel educativo, solteras, habitan en zonas de conflicto, nulíparas y se documentan embarazos productos de la agresión sexual. Se debe de estandarizar la manera de atender a las pacientes de modo que los prestadores de servicios se apeguen a los lineamientos. La calidad del llenado del instrumento de seguimiento se realiza de manera correcta, sin embargo el alto número de ausentismo en sus controles fue una de las limitantes para establecer una muestra representativa.

Palabras claves: Víctimas, violencia sexual, evaluación de protocolo.

Correo electrónico del autor: draclaudiaguzmangyo@gmai.com

DEDICATORIA

“La gota rompe a la piedra no por la fuerza si no por su constancia”

Dedicado a Dios que me brinda la oportunidad de tener un espíritu de superación y perseverancia. A la familia que me apoya en la toma de decisiones y me promueve el no detenerme nunca sin importar las circunstancias y los obstáculos. A los amigos que sin comprender el esfuerzo lo respetan y apoyan. A los colegas y compañeros de clases que han sido un gran apoyo en este proyecto.

A ese gran amigo que se fue, pero que nunca olvidaré su compañía a lo largo de todos estos años.

Dra. Claudia María Guzmán Chicas.

AGRADECIMIENTOS

“Continúa estudiando... el cansancio es temporal, pero la satisfacción de haber alcanzado una meta es para siempre”

A los docentes de la CIES – UNAN Managua que me permitieron formar parte de su grupo selecto de alumnos, en especial a quienes han luchado con nosotros estos dos años y a quienes nos asesoran.

Dra. Claudia María Guzmán Chicas

I. INTRODUCCION.

A nivel mundial los índices de violencia son cada vez más alarmantes; siendo ésta una constante en la vida de cada persona afectándolas de manera directa o indirecta. La violencia en general es una expresión del conflicto familiar, interpersonal, social y/o político de la realidad propia que no se ha resuelto de manera pacífica. A nivel general, la violencia se ha visto influenciada de manera aún más negativa por grupos delictivos cada vez más organizados.

Debido al impacto de la violencia en la población y su cada vez más frecuente presencia, es que en el año 2012 el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social crea los *Lineamientos Técnicos de Atención Integral a Todas las Formas de Violencia*, el cual abarca grupos vulnerables y las formas más comunes de vulneración de derechos en la población. Este lineamiento se creó con el objetivo de buscar acciones de promoción, prevención, atención y recuperación de la salud de las personas en situación de violencia, desde la perspectiva de derechos, género e intersectorialidad, buscando además eliminar la arbitrariedad en la atención de las víctimas. Desde entonces se inició la capacitación del personal de salud a nivel nacional para la atención de las víctimas y se cambió la prioridad que se le daba a este tipo de pacientes, con la salvedad que cada institución del sistema que brinda atención médica lo hace en base a su capacidad instalada.

De esta manera, en el 2016 el Hospital Nacional de la Mujer inició la creación de un *Comité de Violencia*, formado por un equipo multidisciplinario quienes elaboraron el *Plan de Prevención de Violencia* bajo el cual actualmente se rige la atención de las mismas en la Institución. A partir de esto, nació la necesidad de hacer una revisión del seguimiento a mujeres afectadas por violencia sexual, atendidas en el Hospital Nacional de la mujer “Dra. María Isabel Rodríguez.

II. ANTECEDENTES.

Rojas Loría, Teresa, et al (2014); España. Realizó un estudio descriptivo y comparativo de las políticas y planes de salud en Cataluña y Costa Rica del 2005 al 2011, cuya metodología incluía un análisis documental. Por ejemplo en Costa Rica mencionan que para crear el Plan Nacional de Atención y Prevención de la Violencia contra las mujeres en las relaciones de pareja y familia como por hostigamiento sexual y violación (PLANOVI - Mujer), realizó una evaluación previa que evidenció la falta de claridad conceptual y de capacidad de trabajar con un enfoque de derechos, además de la carencia de una visión estratégica sin priorización de acciones. Se determina que para evaluar el PLANOVI – MUJER se establece un sistema modificado de medición estadística de la violencia de género y un sistema de monitoreo de las respuestas de las instituciones públicas. Las propuestas de evaluación y seguimiento en Cataluña establecen la conformación de la comisión de seguimiento del Plan, se definen indicadores e informe anual para identificar obstáculos y propuestas de actuación.

Ortiz Serrano, Adriana Catalina, et al (2013), Colombia presentaron el seguimiento a la implementación y cumplimiento del Protocolo de atención Integral en Salud para Víctimas de violencia sexual a un año de su adopción, en el que encontraron hallazgos en diferentes áreas siendo algunos de las más importantes las deficiencias del sistema de vigilancia epidemiológica, la falta de difusión de los derechos y servicios a disposición, la falta de conocimientos y preparación para la atención integral en salud, fallas en la atención inicial por urgencias de violencia sexual, dificultad para la prevención de las infecciones por VIH y otras ITS, demoras en los suministros de anticoncepción de emergencia y negación de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo, negación y obstáculos en el acceso a los servicios de atención en salud mental y psicosocial, incumplimiento al deber de remisión de los casos al sector de protección y de justicia, no registro de acciones de seguimiento y cierre de los casos de violencia sexual.

Infopolis 2000 y el Gobierno Vasco (2012), España, presentaron la “Evaluación de los protocolos locales para la atención a las mujeres víctimas de maltrato doméstico y agresiones sexuales”, donde en su informe resaltan la implementación de protocolos nuevos de atención según las necesidades encontradas en los previos; así como también identifican avances como la eficacia en la respuesta coordinada e integral desde las instituciones, capacitación de los profesionales en los diferentes ámbitos de atención. Mejoras en el acceso a la información de las mujeres sobre sus derechos y recursos, etc; pero también señalan grandes retos como la atención a menores, la detección y atención a la diversidad y a mujeres con vulnerabilidad añadidas, detección temprana en ámbitos como la sanidad y la educación y una mayor integración de la perspectiva de género en la lucha contra la violencia. Lo más importante de estas evaluaciones locales es la consolidación de fallas para realizar las respectivas mejoras para bienestar común, un de ellas fue el reforzamiento en la prevención de casos que fue una falla alarmante en todos ellos. Teniendo en cuenta estos registros donde se han identificado fallas en la atención de las pacientes es que se realiza esta investigación, con el fin de optimizar la atención de las pacientes en futuros casos.

III. JUSTIFICACION.

A partir de las evaluaciones realizadas internacionalmente a los protocolos de atención de los casos de violencia sexual, se pueden hacer las observaciones suficientes como para establecer planes de mejoras en los mismos o en la elaboración de nuevos protocolos. En los protocolos anteriormente mencionados partieron bajo la premisa que los protocolos tenían poco tiempo de haber sido implementados o eran una recopilación de varios, por lo que se necesitaba una evaluación del funcionamiento adecuado de los mismos para establecer planes de mejora.

En El Salvador debido al incremento en el número de casos de violencia en general a nivel nacional, se volvió importante la verificación del adecuado cumplimiento de los Lineamientos Técnicos de Atención Integral a todas las formas de Violencia; sin embargo en el Hospital Nacional de la Mujer el mayor número de casos reportados se centra en violencia sexual, por lo que la institución en el 2016 creó el Plan de Prevención de Violencia que dio las directrices para la atención de pacientes víctimas de agresión sexual.

Sin embargo hay que resaltar que debido al poco personal que fue capacitado para el manejo de las pacientes en sus diferentes áreas, se han visto debilidades en el cumplimiento de los lineamientos técnicos; dichos lineamientos incluyen la atención por los diferentes equipos multidisciplinarios en las áreas de la Unidad de Emergencia, Hospitalización y Consulta Externa. El presente trabajo se centró en el control y seguimiento de las pacientes en el área de la consulta externa. Esta revisión tuvo por objetivo retroalimentar al personal y establecer las fortalezas y debilidades que permitan mejorar la atención de las usuarias.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El protocolo de atención a mujeres afectadas por violencia sexual que fueron atendidas en el Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”, tiene vigencia desde el año 2016, sin que hasta la fecha se haya hecho una retroalimentación del mismo; sin embargo el Comité de Violencia hace revisión de expedientes de manera aleatoria encontrándose incompletos tanto en su llenado como en el abordaje clínico, lo cual indica de manera observacional que hace falta reforzar algunas áreas en pro de buscar la mejor atención de las pacientes.

¿Cuál es el cumplimiento del protocolo de seguimiento a mujeres afectadas por violencia sexual que son atendidas en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”, San Salvador, El Salvador, 2017?.

Preguntas específicas:

1. ¿Cuáles son las características socio demográficas de las víctimas de violencia sexual?
2. ¿Cuál es el cumplimiento clínico de los controles subsecuentes en estas pacientes?
3. ¿Cuál es el llenado del instrumento de protocolo de seguimiento de violencia sexual?

V. OBJETIVOS.

Objetivo General.

Evaluar el protocolo de seguimiento a mujeres afectadas por violencia sexual que son atendidas en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”, San Salvador, El Salvador; 2017.

Objetivos Específicos:

1. Caracterizar socio demográficamente las víctimas de violencia sexual.
2. Identificar a través del registro el cumplimiento clínico de los controles subsecuentes en estas pacientes.
3. Verificar el llenado del instrumento de protocolo de seguimiento de violencia.

VI. MARCO TEORICO

La palabra “violencia” proviene del latín *violentilla*, que hace referencia a un comportamiento deliberado que provoca o puede provocar, daños físicos o psicológicos a otros seres humanos. La violencia se refiere en sí a cualquier acto de comisión u omisión y cualquier condición que resulte de dichos actos, que prive a los sujetos de igualdad de derechos y libertades e interfiera con su máximo desarrollo y libertad de elegir. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la violencia como el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (Espén Falcón, 2008).

Alrededor de este tema muchas organizaciones dan sus aportes para tratar de frenar la violencia que acosa a las sociedades en general. Es así como en 1928 se crea la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM) como principal foro generador de políticas hemisféricas para la promoción de los derechos de las mujeres y la igualdad de género, convirtiéndose en el primer órgano intergubernamental establecido para promover los derechos humanos de las mujeres en la Organización de Estados Americanos (OEA). Posteriormente, en 1994 nace la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (CIPSEVM), conocida como Convención de Belém do Pará, que define la violencia contra las mujeres, establece el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia y destaca a la violencia como una violación de los derechos humanos y de las libertades fundamentales. De manera más específica definen la violencia contra la mujer como cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado (Programa Regional Combatir la Violencia contra las Mujeres en Latinoamérica (ComVoMujer), 2015)

En el marco de la violencia se incluyen tanto la violencia física, sexual y psicológica en los ámbitos dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer, y que comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual; que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar y que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, donde quiera que ocurra. Por su parte, también propone por primera vez el desarrollo de mecanismos de protección y defensa de los derechos de las mujeres como fundamentales para luchar contra el fenómeno de la violencia contra su integridad física, sexual y psicológica, tanto en el ámbito público como en el privado, y su reivindicación dentro de la sociedad.

Lo importante de este convenio es que adjudica obligaciones a los más de 30 países firmantes; los cuales deben de manera expedita condenar todas las formas de violencia contra la mujer y se comprometen a adoptar, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar dicha violencia. También especifica que los Estados Partes convienen en adoptar, en forma progresiva, medidas específicas, inclusive programas para fomentar el conocimiento y la observancia del derecho de la mujer a una vida libre de violencia, y el derecho de la mujer a que se respeten y protejan sus derechos humanos; esto debe de incluir la modificación de patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, incluyendo el diseño de programas de educación formales y no formales apropiados a todo nivel del proceso educativo, para contrarrestar prejuicios y costumbres y otro tipo de prácticas que se basen en la premisa de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los géneros o en los papeles estereotipados para el hombre y la mujer que exacerban los casos de violencia, entre otros.

Finalmente también incluye dentro de sus grandes parámetros la adopción que tendrán los Estados Partes de la situación de vulnerabilidad a la violencia que pueda sufrir la mujer en razón, entre otras, de su raza o de su condición étnica, de migrante, refugiada o desplazada. En igual sentido explican que se considerará a la mujer como un objeto de violencia cuando está embarazada, discapacitada, sea esta una menor de edad, anciana o está en situación socioeconómica desfavorable o afectada por situaciones de conflictos armados o de privación de su libertad.

A partir de este tipo de convenios es que cada Estado impulsa normativas o estrategias institucionales de país que ayudan a realizar intervenciones locales. A nivel nacional esto también está influenciado por la violencia social que ha tenido un repunte significativo en los últimos años. Debido a esto también se ha dado el fenómeno de la “normalización de la violencia”, por lo cual el maltrato hacia las mujeres, violencia sexual e inclusive casos de feminicidios pierden relevancia social y solo pasan a formar parte de un banco de estadísticas locales. También hay que considerar un grupo muy particular como lo son los casos de embarazos adolescentes, que desde el punto de vista legal caen en delito, ya que legalmente está contemplado que cualquier acceso carnal con una niña menor de 15 años constituye violación sin importar la edad del agresor o el contexto en que este se suscitó y en los casos de adolescentes entre los 15 a 18 años constituye un delito de estupro cuando el acceso carnal sea cometido mediante engaño o prevaleciendo de la superioridad originada por cualquier relación, y violación cuando medie violencia. Aun considerando estos contextos y marcos legales estos casos no son denunciados y culturalmente son acogidos con normalidad dentro de los núcleos familiares en la mayoría de los casos. Para reforzar estos datos se dice que en El Salvador, la información estadística disponible revela que, en promedio, la Fiscalía General de la República (FGR) recibe anualmente más de 6,000 mujeres víctimas de delitos contra la libertad sexual. En el año 2016 la FGR ha reportado 5,970 mujeres, niñas y adolescentes víctimas de delitos contra la libertad sexual, con una tasa de 173 por cada 100 mil mujeres (ISDEMU, 2017).

El Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia (CONNA) informó que entre Enero de 2016 y Mayo de 2017 las Juntas de Protección reportaron 4,180 casos relacionados a la integridad sexual. Dichos casos corresponden a 4,304 niñas, niños y adolescentes como presuntas víctimas, siendo el 92%, niñas y adolescentes mujeres. Por su parte, la FGR, en 2015 reportó únicamente 3,878 niñas y adolescentes de entre 0 y 17 años, víctimas de delitos contra la libertad sexual; número que se incrementa a 4,343 para el mismo grupo etario en 2016 (ISDEMU, 2017). Sin embargo, debido a la naturalización de la violencia y discriminación hacia las mujeres, y las causas estructurales de esta, es posible que haya un sesgo enorme considerando que no todos los casos son denunciados o que no son del conocimiento de las autoridades. Además por motivos arbitrarios cada institución mantiene estadísticas propias que no siempre coinciden entre si, lo cual dificulta el tener un dato real de la situación del país.

En cuanto a violencia en general y más específicamente la violencia sexual contra las mujeres, éste lleva implícita la paradoja de que aunque es un tema de suma de preocupación en los últimos años, se le ha dado muy poca relevancia en el área de la investigación como tal ya que solo hay algunos reportes estadísticos aislados con poco o ningún análisis de la situación. Hay que reconocer la importancia social, política, psicológica y de salud pública en general, que tiene el tema tanto a corto como a mediano y largo plazo, ya que afecta no solo a la víctima sino también a su familia y a la sociedad misma. Respecto a la agresión sexual hay pocos estudios sobre el mismo y mucha de la información se vuelve únicamente una narración descriptiva de estadísticas de país y algunos de ellos se centran en situaciones de conflicto bélico.

Los costos de nación en el marco de la violencia se vuelven altos para los países en general. En El Salvador, los gastos de las instituciones de gobierno, los costos legales, las lesiones personales y las actividades de prevención representaron más de 6% del PIB de 1995; hoy 23 años después, El Salvador ha sido descrito como uno de los países

más violentos del mundo a nivel general, con tasas de asesinatos 103, 81.7 y 60 por cada 100,000 habitantes para el 2015, 2016 y 2017, respectivamente.

En el 2017 la Policía Nacional Civil (PNC) recibió un total de 3,290 denuncias de niños y adolescentes menores de 17 años que tienen referencia a delitos sexuales como el estupro, agresión sexual, violación en menor incapaz y agresión sexual en menor incapaz. De estos, la violación en menor incapaz es el delito más denunciado, reportando un 44.77%; de este total, el 91.15% de víctimas son niñas y adolescentes, el 6.6% niños y el 2.19% no tienen datos. De todos los casos la mayor cantidad fue registrada en San Salvador (ORMUSA, 2018.).

Cabe mencionar además que algunos observadores del tema de violencia sexual han establecido una relación directa entre el bajo nivel educativo y la violencia sexual. En Bolivia, Colombia y Perú, por ejemplo, a mayor nivel de escolaridad de las mujeres disminuye el riesgo de sufrir violencia sexual por una pareja íntima, según las Encuestas de Demografía y Salud. La OMS ya había comprobado en su estudio con 24.000 mujeres en 10 países, que a mayor nivel educativo de las mujeres, menor es el número de casos de violencia en su contra, en muchos entornos. En entornos urbanos de Brasil, Namibia, Perú, Tailandia y la República Unida de Tanzania, el efecto protector de la educación parece empezar cuando la mujer cursa estudios más allá de la escuela secundaria. Investigaciones anteriores habían sugerido que la educación tiene un efecto protector para la mujer, independiente de sus ingresos y su edad. (Mujer Coomeva, 2017)

Por su parte y como una estrategia gubernamental, en el 2012 el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) lanza los “Lineamientos Técnicos de Atención Integral de Todas las Formas de Violencia”, con el fin de dar directrices para la atención integral de los pacientes que ingresaban al sector salud que eran víctimas de violencia. De este lineamiento se retoma el apartado de “Atención a niños, niñas y adolescentes

por violencia sexual” el cual dicta las directrices generales para la atención de las pacientes a nivel ministerial (Ministerio de Salud de El Salvador, 2012.).

A partir de este lineamiento es como el Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez” en el año 2016 crea el Comité de Prevención de Violencia y Género el cual centra su atención en la creación institucional del “Plan de Prevención de Violencia” con el objetivo de dar una respuesta integral a la atención de la mujer que es víctima de violencia mediante acciones preventivas y curativas. De manera particular se elaboró un protocolo de atención multidisciplinaria que incluye médicos ginecólogos y obstetras, residentes de dicha especialidad, psicólogas y trabajadoras sociales que brindan atención en las áreas de emergencia, hospitalización y consulta externa. El protocolo además pretende analizar un perfil epidemiológico y dar un análisis situacional de los casos de violencia, busca además realizar un tamizaje de violencia y suicidio para dar manejo oportuno según la necesidad; implementar estrategias de intervención en sala ocupacional, entre otras (Comité de Prevención de Violencia, 2016.). Además dentro de este protocolo, el cual incluye los seguimientos subsecuentes de la paciente se utiliza el instrumento de “formato de seguimiento de casos de profilaxis post exposición” que está contemplado en las Guías Clínicas de Profilaxis Post Exposición que dicta los parámetros a seguir en cada control subsecuente de las pacientes (Ministerio de Salud de El Salvador., 2012.).

Dentro del marco general debe considerarse a la violencia sexual como una urgencia médica por lo que las pacientes deben ser atendidas en las unidades de emergencia de los hospitales nacionales u otros establecimientos del sistema nacional de salud que cuenten con los insumos necesarios para ello o en su defecto dar la atención mínima necesaria y referir al establecimiento competente más cercano. En este marco de atención, se realiza la evaluación clínica y en casos necesarios se debe de estabilizar a la paciente y darle la atención según la requiera.

El protocolo de atención incluye la categorización de la paciente en el área de emergencia según triage en *Prioridad 1 y 2*, si la agresión ocurrió antes o después de 72 horas respectivamente. Posteriormente se realiza la evaluación médica siguiendo los lineamientos clínicos, evaluando los contextos necesarios según su estado; finalmente se debe de detallar si la paciente ha sido evaluada por Medicina Legal o no, en caso de no haberlo hecho se debe de notificar a la Fiscalía General de la República (FGR).

Parte del manejo incluye la profilaxis post exposición, definido como un tratamiento que consiste en la medicación de fármacos antirretrovirales para prevenir el contagio del VIH, ésta debe ser administrada idealmente tan pronto como sea posible posterior al evento con un máximo de 72 horas para su inicio; posteriormente debe de realizarse la vigilancia en cuanto a la adherencia del mismo, es decir, el cumplimiento y toma de la medicación de acuerdo con la dosificación y el programa prescrito y se considera la persistencia, que es tomar la medicación a lo largo del tiempo indicado. También hay que considerar que en el marco del protocolo de violencia y dentro de los tratamientos recomendados se encuentran aquellos relacionados con la prevención de las infecciones de transmisión sexual y el parámetro de cumplimiento es el mismo que para la prevención de VIH.

Los protocolos de administración de medicamentos utilizados en el Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez” se detallan a continuación, sin embargo hay que mencionar que los Lineamientos Técnicos de Atención Integral a todas las formas de Violencia detallan otras alternativas terapéuticas en caso que fueran necesarias.

Medicamento.	Dosis.
Zidovudina 300 mg + Lamivudina 150 mg (Combivir).	1 comprimido vía oral cada 12 horas por 28 días.
Lopinavir 200 mg + Ritonavir 50 mg (Aluvia).	2 comprimidos vía oral cada 12 horas por 28 días.

Penicilina benzatínica 1.2 millones de unidades.	2.4 millones de unidades intramuscular dosis única.
Metronidazol 500 mg	2 gramos (4 tabletas) vía oral dosis única.
Doxiciclina 100 mg	1 cápsula vía oral cada 12 horas por 7 días.
Levonorgestrel 0,15 mg + Etinilestradiol 0,03 mg (Microgynon).	4 comprimidos vía oral cada 12 horas por 1 día.

(Ministerio de Salud de El Salvador, 2012.)

En el contexto de una agresión sexual tanto la paciente como el agresor (en los casos que sean posibles) deben de ser evaluados clínicamente, como parte de su control basal y de seguimiento, esto incluye la realización de los siguientes exámenes:

Exámenes.	Ingreso.	Control a los 2 meses.	Control a los 6 meses.	Control a los 12 meses.
Hemograma.	X			
Prueba de embarazo.	X			
VIH.	X	X	X	X
RPR.	X	X	X	
Transaminasas, bilirrubinas y creatinina.	X			
Antígeno contra Hepatitis B.	X		X	
Anticuerpos contra Hepatitis C.	X			

Citología cervicovaginal.	X			
---------------------------	---	--	--	--

(Ministerio de Salud de El Salvador, 2012.)

Por su parte, también se debe de considerar el cumplimiento de la vacunación que según los “Lineamientos Técnicos de Atención Integral a todas las formas de Violencia” que contemplan la vacuna contra Hepatitis B, sin embargo en la “Guía Clínica de Profilaxis Post exposición”, en su anexo 3 (instrumento utilizado para seguimiento de las pacientes) incluye la vacunación de Difteria – tétano (Td), neumococo e influenza. Idealmente deben de corroborarse los esquemas de vacunación previos y completarlos o iniciar un nuevo esquema.

Vacuna.	Dosis.
Hepatitis B.	0.5 cc intramuscular en el músculo deltoides el día 0, al mes y a los 6 meses de la primera dosis.
Difteria – Tétano (Td).	0.5 cc intramuscular profunda en el musculo deltoides, en personas con esquema de vacunación completo durante la infancia se aplica cada 10 años.
Neumococo.	0.5 cc intramuscular en el músculo deltoides, dosis única.
Influenza.	0.5 cc en tercio superior del músculo deltoides cada año.

(Ministerio de Salud., 2015.).

Una vez realizada la evaluación clínica inicial y considerando el estado psicológico de la paciente, se debe de brindar de manera oportuna el tratamiento psicoterapéutico por parte del personal capacitado en el tema. La intervención en crisis inicial puede ser dada por cualquier profesional de la salud, sin embargo se llama al Psicólogo como parte de un manejo multidisciplinario y más oportuno de la paciente. En casos que el médico

tratante o el psicólogo estime pertinente la paciente deberá ser evaluada por un psiquiatra. También desde el punto de vista médico deben de considerarse otras evaluaciones por especialistas según el contexto clínico de la paciente como infectólogos, cirujanos, etc. Finalizada la atención de la paciente y habiendo pasado sus primeras horas de ingreso hospitalario se debe de evaluar el alta, siendo de suma importancia la entrega de su incapacidad laboral por al menos 3 días o según se estime pertinente en cada caso. Durante el seguimiento, se debe de hacer énfasis en la prevención de las infecciones de transmisión sexual por lo que siempre debe de reforzarse el uso de preservativo y la educación sexual en general.

VII. DISEÑO METODOLOGICO.

a. Tipo de estudio:

Descriptivo, retrospectivo, cuantitativo.

b. Área de estudio:

Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”; San Salvador, El Salvador.

c. Universo y muestra:

El total de mujeres que fueron víctimas de violencia sexual que consultaron en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”, San Salvador, durante el año 2017; lo cual correspondió a 104 casos. Se tomó como punto de partida en este año ya que el presente estudio se dedicó al seguimiento de los casos que según protocolo tiene una duración de un año a partir de su consulta inicial. Finalmente, la base de datos se elaboró en base a 89 casos que fueron los que cumplieron los criterios para obtener información.

d. Unidad de análisis:

Se utilizó el expediente clínico de las pacientes víctimas de violencia sexual que consultaron en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez” durante el año 2017.

e. Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Expedientes de mujeres que consultaron por violencia sexual en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”, San Salvador, durante el año 2017.
- Expedientes de mujeres víctimas de violencia sexual que se encontraron disponibles en archivo al momento de la recolección de datos.

Criterios de exclusión:

- Expedientes de mujeres que no consultaron por violencia sexual en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”, San Salvador, durante el año 2017.
- Expedientes de mujeres víctimas de violencia sexual que no se encontraron disponibles en archivo al momento de la recolección de datos por secuestro de los mismos (trámites legales, solicitud de la fiscalía, defunciones, etc).

f. Variables por objetivos:

Para el Objetivo 1: Caracterizar socio demográficamente las víctimas de violencia sexual.

- Edad.
- Procedencia.
- Nivel académico.
- Estado civil.
- Paridad o gravidez.

Para el Objetivo 2: Identificar a través del registro el cumplimiento clínico de los controles subsecuentes en estas pacientes.

- Registro de los procedimientos clínicos establecidos en los lineamientos.
- Registro de los parámetros establecidos para cada control.

Para el Objetivo 3: Verificar el llenado del instrumento de protocolo de seguimiento de violencia sexual.

- Datos generales.
- Primeras 24 a 72 horas.
- Control a la semana.
- Control a los dos meses.
- Control a los seis meses.
- Control a los doce meses.

f. Fuente de información:

La fuente de información es secundaria, ya que se recolectó de los expedientes clínicos.

g. Técnicas de recolección de la información:

La técnica utilizada consistió en la revisión de los expedientes clínicos de las pacientes víctimas de violencia sexual que consultaron en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”, durante el año 2017.

h. Instrumento de recolección de datos:

Se realizó a través de una matriz previamente elaborada que incluye la información necesaria para dar respuesta a las variables por objetivos; la cual consta de datos como:

- I. Datos sociodemográficos.
- II. Registro del cumplimiento clínico de los controles.
- III. Calidad del Llenado del instrumento.

i. Procesamiento de la información:

El procesamiento de la información se realizó en programa de Excel.

j. Consideraciones éticas:

Se solicitó la autorización del Director del Hospital quien marginó dicha autorización y subsecuentemente delegó a los respectivos Comités de Investigación y de Ética. La información fue manejada de manera confidencial y solo para uso del presente estudio.

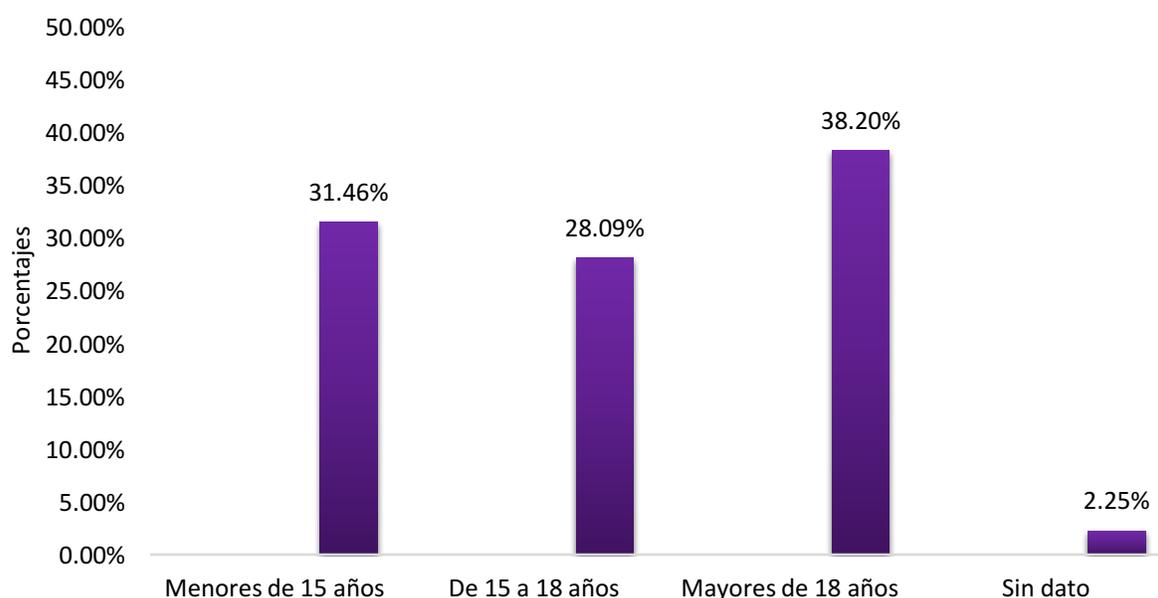
k. Trabajo de campo:

Este se realizó en el área de estadística, quienes facilitaron los expedientes y se hizo la revisión de los mismos por la investigadora. A partir de éstos se creó una base de datos en programa Excel a partir de la cual se hizo el análisis de la base de datos. Se trabajó según la disposición del personal de estadística.

VIII. RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS.

Objetivo 1. Características sociodemográficas de las víctimas de violencia sexual.

Gráfico 1. Edad de las pacientes víctimas de violencia sexual que consultaron en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”, San Salvador, El Salvador. 2017.



Fuente: Expedientes clínicos.

De las pacientes 34 (38.20%) eran mayores de 18 años, 28 (31.46%) eran menores de 15 años, 25 (28.09%) estaban entre los 15 a 18 años y a 2 de ellas (2.25%) no se pudo determinar su edad. (Ver Anexo 4, Tabla 1).

La división de los grupos etarios se hizo considerando que el Hospital Nacional de la Mujer brinda atención desde los 12 años de edad; a partir de ese punto se hizo la división

entre una adolescencia temprana y otra tardía. Finalmente se catalogó a las mayores de edad. Como puede observarse las consultas en los casos de menores de edad suman una mayoría considerable, con 53 casos en total, que corresponde al 59.55%. Como se mencionó previamente a nivel nacional el mayor número de denuncias se hacen en los casos de menor incapaz.

Considerando el número de menores de edad registrados y aunque no es parte de este estudio, es importante determinar en próximas evaluaciones los delitos sexuales contemplados en el marco puro de la violencia, los abusos crónicos por parte de conocidos y las que han sido clasificadas como tal por conceptos de ley, es decir aquellas relaciones sexuales que fueron consensuadas por parte de la menor; esto con el fin de reforzar la educación sexual que como menciona la literatura es de vital importancia para evitar la perpetuación de este tipo de delitos y promover la denuncia oportuna.

Cuadro 1. Procedencia de las pacientes víctimas de violencia sexual que consultaron en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”, San Salvador, El Salvador.2017.

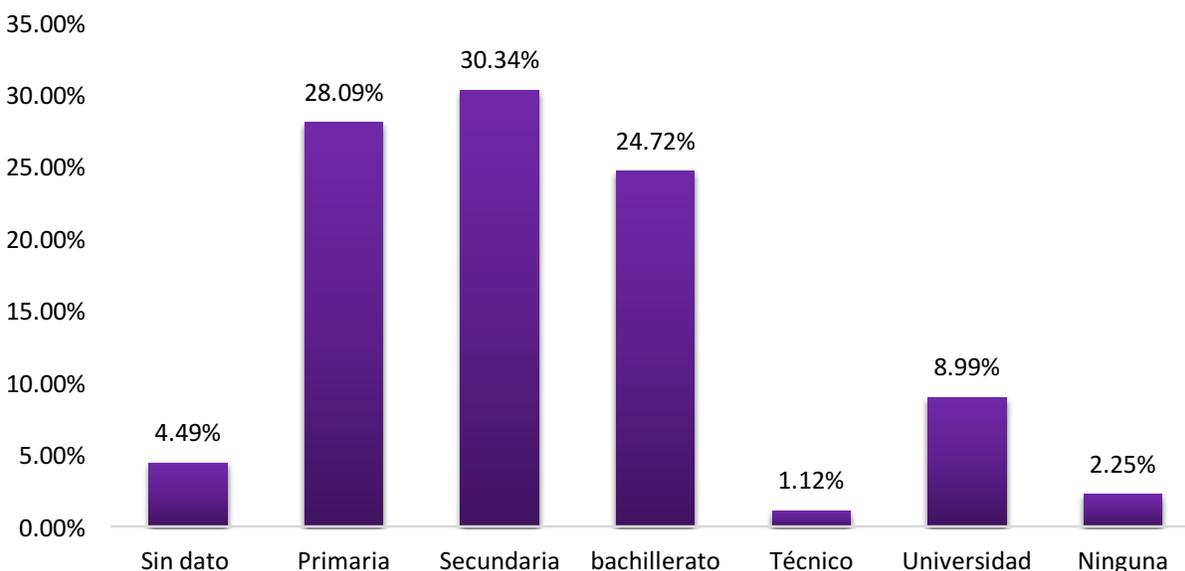
Municipio	Departamento	Frecuencia	Porcentaje
San Salvador	San Salvador*	18	20.22%
Soyapango	San Salvador*	13	14.61%
Ciudad Delgado	San Salvador*	10	11.24%
Apopa	San Salvador*	8	8.99%
Ilopango	San Salvador*	6	6.74%
Mejicanos	San Salvador*	5	5.62%
Cuscatancingo	San Salvador*	4	4.49%
Ayutuxtepeque	San Salvador*	2	2.25%
Nejapa	San Salvador*	2	2.25%
Rosario de Mora	San Salvador	2	2.25%
San Martín	San Salvador*	2	2.25%
Santo Tomás	San Salvador	2	2.25%
Sin dato	Sin dato	2	2.25%
Agüilares	San Salvador	1	1.12%
Colon	La Libertad	1	1.12%
El Paisnal	San Salvador	1	1.12%
Guazapa	San Salvador	1	1.12%
Armenia	Sonsonate	1	1.12%
La Libertad	La Libertad	1	1.12%
Panchimalco	San Salvador	1	1.12%
Quezaltepeque	La Libertad	1	1.12%
San Pedro Perulapán	Cuscatlán	1	1.12%
Santa Tecla	La Libertad*	1	1.12%
Santiago Texacuangos	San Salvador	1	1.12%
Tonacatepeque	San Salvador*	1	1.12%
Zacatecoluca	La Paz	1	1.12%

Fuente: Expedientes clínicos, base de datos.

En cuanto a los municipios de procedencia de las víctimas 18 de ellas (20.22%) provienen del propio San Salvador, 13 (14.61%) de Soyapango, 10 (11.24%) de Ciudad Delgado, 8 (8.99%) de Apopa, 6 (6.74%) de Ilopango, 5 (5.62%) de Mejicanos, 4 (4.49%) de Cuscatancingo, 2 (2.25%) de los municipios de Ayutuxtepeque, Nejapa, Rosario de Mora, San Martín, Santo Tomás y los últimos son sin dato, finalmente 1 (1.12%) provienen de los municipios de Panchimalco, Santiago Texacuangos, Tonacatepeque, Agüillares, El Paisnal y Guazapa (departamento de San Salvador), Colon, La Libertad, Quezaltepeque y Santa Tecla (departamento de La Libertad), Armenia (departamento de Sonsonate), San Pedro Perulapán (departamento de Cuscatlán), y Zacatecoluca (departamento de La Paz).

Por la localización geográfica del Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez” éste tiene la capacidad para atender al gran San Salvador(*), sin embargo hay que mencionar que la procedencia de la paciente no tiene una relación directa con el lugar donde se ha cometido el delito de abuso sexual; que es generalmente el motivo por el cual es llevada o referida a este nosocomio. No hay estadísticas reportadas oficialmente por la Institución sobre la procedencia de las pacientes que atiende en este rubro, sin embargo a nivel nacional se reportan un mayor número de denuncias en los departamentos de San Salvador y La Libertad; también son reconocidas zonas de conflicto por su alto índice delincuencia el centro de San Salvador, Soyapango, Ciudad Delgado, Apopa, Ilopango, Mejicanos, Cuscatancingo y Ayutuxtepeque, todos mencionados en este estudio.

Gráfico 2. Nivel académico de las pacientes víctimas de violencia sexual que consultaron en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”, San Salvador, El Salvador. 2017.

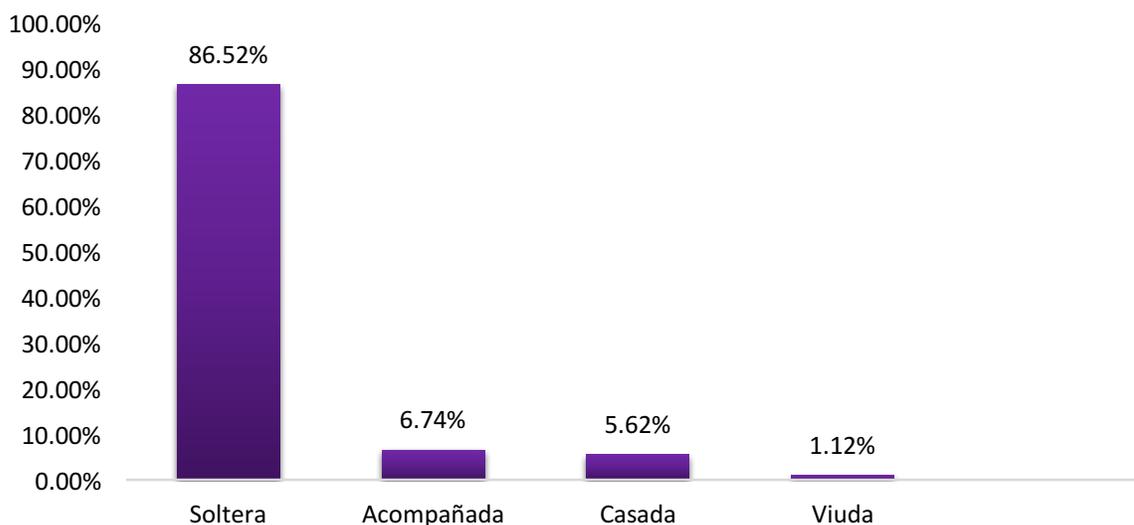


Fuente: Expedientes clínicos.

El nivel académico de las pacientes está distribuido en 27 (30.34%) que han cursado hasta la secundaria, 25 casos (28.09%) la primaria, 22 casos (24.72%) el bachillerato, 8 casos (8.99%) han llegado hasta la universidad, 4 casos (4.49%) no se pudo especificar el dato, 2 casos (2.25%) son analfabetas y 1 paciente (1.12%) ha cursado un técnico (ver Anexo 4, Tabla 2).

Estos hallazgos concuerdan con los datos mencionados por la OMS que las mujeres en general con niveles educativos pertenecientes a las áreas básicas son más vulnerables a sufrir cualquier tipo de violencia en independencia en su edad. También hay que tomar en cuenta, que en el caso de las menores de edad la falta de educación sexual pudo haber permitido el abuso crónico de sus agresores. Por su parte, niveles educativos superiores son poco afectados, ya que como se describe previamente esto tiene un efecto protector a la vulnerabilidad de cualquier tipo de violencia.

Gráfico 3. Estado civil de las pacientes víctimas de violencia sexual que consultaron en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”, San Salvador, El Salvador. 2017.

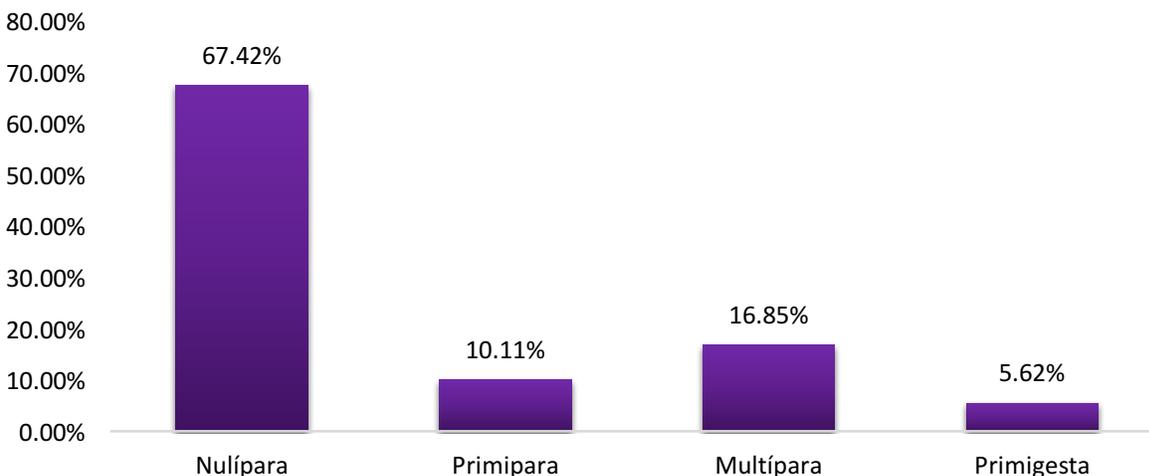


Fuente: Expedientes clínicos.

En el caso del estado civil 77 (86.52%) eran solteras, 6 (6.74%) estaban acompañadas, 5 (5.62%) estaban casadas y 1 (1.12%) era viuda. Aunque se incluyó la categoría de divorciada no se reportó ningún caso (ver Anexo 4, Tabla 3).

Se tomaron como base las categorías vigentes en ley para la fecha en que consultaron las pacientes. Teóricamente no hay una relación directa entre el estado civil de una mujer y la violencia sexual, sin embargo en los contextos de violencia social en general una mujer soltera siempre es más vulnerable que el resto. Cabe mencionar que algunas de las pacientes menores de edad registradas mantenían una relación consensuada con su agresor sin embargo por ley esto se cataloga como violación o estupro dependiendo de la edad de la paciente, por lo que estas pacientes no pueden ser catalogadas en otro rubro que no sea el de soltera.

Gráfico 4. Paridad o gravidez de las pacientes víctimas de violencia sexual que consultaron en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”, San Salvador, El Salvador; 2017.



Fuente: Expedientes clínicos.

En cuanto a la paridad de las pacientes se encontraron que 60 (67.42%) eran nulíparas, 15 (16.85%) eran multíparas y 9 (10.11%) eran primíparas. Por su parte solo se documentaron 5 (5,62%) pacientes que cursaban con su primer embarazo. (Ver Anexo 4, Tabla 4).

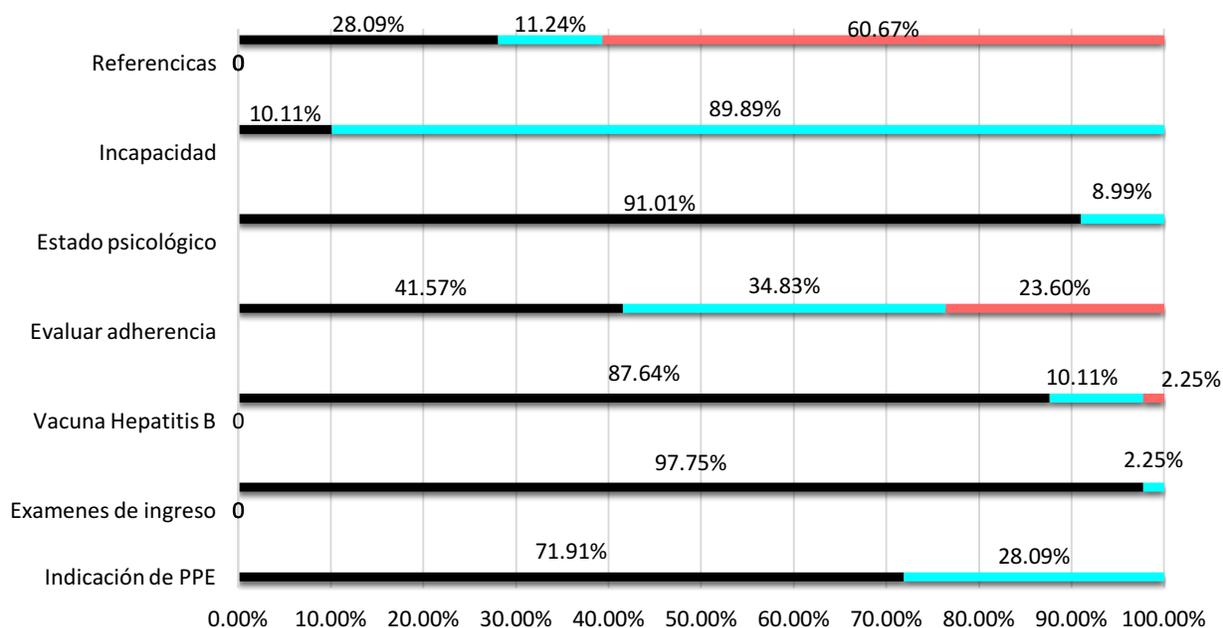
No hay una relación directa entre la paridad de la paciente y los casos de violencia sexual, sin embargo es importante mencionar el rubro más importante de nulíparas está en relación directa con las adolescentes del estudio en la mayoría de los casos. El otro punto importante a recalcar son los casos de las pacientes que al momento de la evaluación cursaban con un embarazo que era producto de la agresión sexual. En el caso de las mujeres que ya habían tenido previamente al menos un embarazo, aunque no se documentó, (por no ser parte de estos objetivos), también hay pacientes que sus embarazos habían sido producto de una agresión sexual pero que los mismos habían

llegado al término y que en su consulta obstétrica se había dado inicio el control por agresión sexual al quedar éste consignado como un antecedente de las pacientes.

La paridad de la paciente no tiene relación directa con el apareamiento de nuevos casos de violencia sexual como tal, sin embargo es importante recalcar que hay embarazos que son producto de estos eventos que pueden ser considerados para realizar reformas de ley.

Objetivo 2. Cumplimiento clínico de los controles subsecuentes de las pacientes que fueron víctimas de violencia sexual.

Gráfico 5. Registro de actividades clínicas realizadas durante el control de las primeras 24 a 72 horas de las pacientes víctimas de violencia sexual que consultaron en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”, San Salvador, El Salvador. 2017.



Fuente: Expedientes clínicos.

En cuanto al cumplimiento de la profilaxis post exposición (PPE) solamente en 64 casos (71.91%) ésta fue cumplida, mientras que en 25 casos (28.09%) no se cumplió. Se reportaron los exámenes de ingreso en 87 casos (97.75%) y únicamente en 2 casos (2.25%) estos no fueron reportados. Con respecto a la vacuna contra la Hepatitis B su cumplimiento fue de 78 casos (87.64%), en 9 casos (10.11%) no se cumplió y en 2 (2.25%) fue clasificado como no corresponde. Al evaluar la adherencia y efectos secundarios en 37 casos (41.5%) si se evaluó, en 31 casos (34.83%) no se evaluó y en

21 casos (23,60%) se catalogó como no corresponde. El estado psicológico se evaluó en 81 pacientes (91.01%) y en 8 pacientes (8.99%) no se evaluó. La incapacidad laboral no se evaluó en 80 casos (89.89%), mientras que en 9 (10.11%) si se evaluó. Las referencias fueron catalogadas como que no correspondía hacerlas en 54 casos (60.67%), mientras que en 25 (28,09%) se catalogó como que si correspondía realizarlas y éstas se cumplieron, mientras que en 10 (11.24%) si correspondía hacerlas pero no se realizaron (Ver Anexo 4, Tabla 5).

Según la normativa la administración de la PPE dice que debe de ser cumplida en las primeras 72 horas posteriores al evento; en la mayoría de los casos su administración correspondía y esta se hizo de manera eficaz, lo cual ha mejorado mucho la atención de las pacientes ya que no quedan descubiertas la profilaxis contra las enfermedades de transmisión sexual. Por otra parte, el resto de las pacientes consultaron posterior a las 72 horas de haber sido agredidas sexualmente o eran abusos crónicos por el mismo agresor, no correspondía dar la profilaxis post exposición por lo que fueron catalogadas en el rubro de “no se cumplió”, sin embargo hay que mencionar que algunos casos que aunque eran de larga evolución, quedó a discreción del evaluador si se administraba o no la PPE si el último evento había sido consumado los tres últimos días, también quedó a criterio el hecho de suspender la terapia antirretroviral pero dar el resto de medicamentos que forma parte del tratamiento.

Es importante hacer notar que se ha buscado dar cobertura al 100% de las pacientes que consultaron de manera oportuna, disminuyendo así la probabilidad de tener una infección de transmisión sexual o un embarazo no deseado. Esto se logró mejorar en su momento ya que las indicaciones están impresas de modo que no se permitan omisiones por olvido y únicamente son modificadas según el caso.

Se reportan los exámenes en las primeras horas de su ingreso, lo cual es parte del protocolo para iniciar la PPE, sobre todo en aquellos casos en los que se sospecha embarazo. Esto se hace previo ingreso de las pacientes al área de hospitalización, como

parte de un protocolo interno de atención de las pacientes. En los casos en los que no fueron reportados los exámenes cabe mencionar que en ambos casos las pacientes que se negaron a recibir la atención y se fugaron del área de emergencia. En algunos casos por procesos institucionales el reporte de las pruebas de antígenos contra hepatitis B y anticuerpos contra hepatitis C queda pendiente durante el ingreso y se reporta durante su primer control.

La importancia de reportar los exámenes de base radica en ver el estado de salud inicial de las pacientes, ya que como se le explica a las pacientes en caso de tener pruebas positivas a infecciones de transmisión sexual, estas no son consecuencia del abuso en los casos en que ha sido un evento único en las últimas horas y en caso de abusos crónico esto debe de ser notificado para darle tratamiento al agresor (cuando sea posible) a fin de evitar que éstas se continúen transmitiendo y se conviertan en un problema de salud pública. Si bien no es parte de los objetivos, cabe mencionar que dos pacientes tienen pruebas confirmatorias para sífilis positivas, aunque se dio el manejo inicial no se continuo tratamiento ya que las pacientes no regresaron a sus controles.

En el caso de la vacunación, según protocolo esta debe incluir contra Td, neumococo, influenza y hepatitis B. De las 89 pacientes (100%) no se cumplió la primera dosis de las tres primeras. El protocolo de seguimiento de atención de las pacientes está basado en la "Guía de profilaxis post exposición", sin embargo al hacer las guías clínicas institucionales de las pacientes víctimas de abuso sexual únicamente se contempló el cumplimiento de la vacuna contra la Hepatitis B, buscando prevenir una infección de transmisión sexual por lo que se pasó por alto el resto de vacunas; siendo esta la causa del porque no se cumplió en ninguno de los casos. Por su parte, en cuanto a la vacuna de la Hepatitis B la cobertura fue amplia y en los casos en que se consideró que no correspondía fue por tratarse de pacientes embarazadas.

La adherencia a la PPE es de suma importancia ya que se busca evitar la transmisión de enfermedades de transmisión sexual que pueden tener repercusiones en la calidad de vida de las personas y en la salud pública; sin embargo se encontró que la evaluación o no de la adherencia al mismo tuvo una proporción similar, lo cual deja al descubierto la vulnerabilidad a abandonar su tratamiento. Por otra parte, en los casos en que esta evaluación no correspondía hay un sesgo de 4 casos en relación a los que previamente fueron catalogados como que no correspondía administrar la PPE; por lo que puede interpretarse que aunque no se dio la terapia antirretroviral si se administraron el resto de medicamentos y fue en base a estos a los que se evaluó la adherencia. También se debe de evaluar los efectos adversos que han causado los medicamentos, ya que éstos deben ser tratados previo al alta si se quiere lograr un cumplimiento total de los mismos. Como ya es conocido la terapia antirretroviral causa muchos efectos adversos que hay que explicarle a la paciente para que en el momento que se presenten consulte de manera oportuna y no sean la causa del abandono de la terapia.

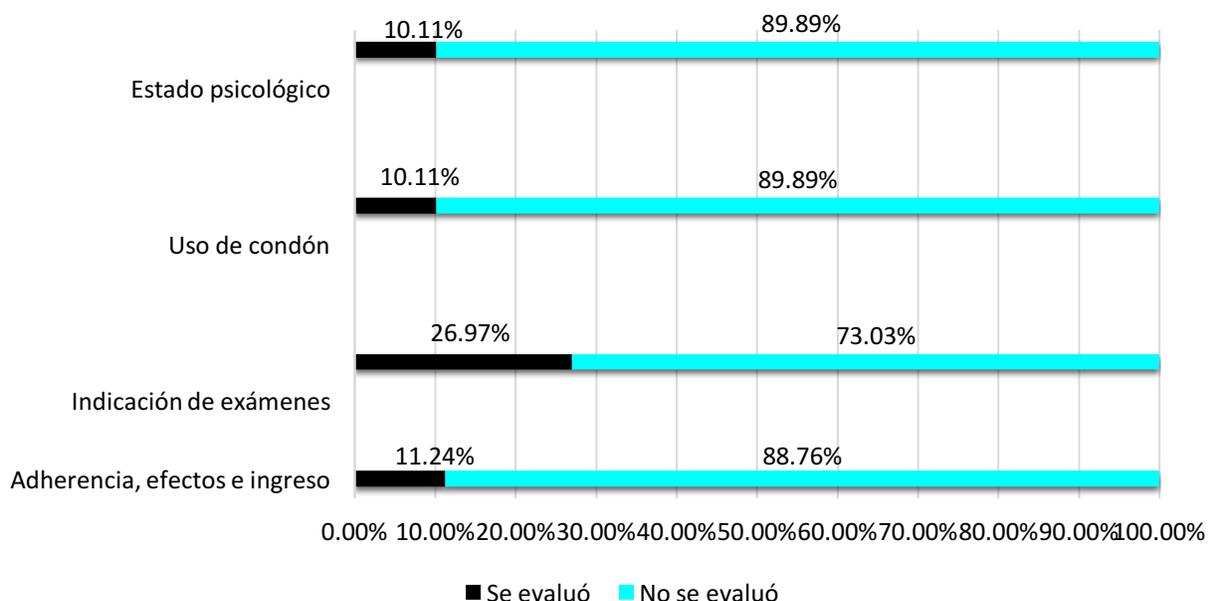
La evaluación psicológica de las pacientes en las primeras horas es de suma importancia para lograr establecer un impacto en ella. Hay que recordar que puede o no encontrarse en una urgencia o emergencia psiquiátrica según la gravedad de los eventos o el contexto de violencia en que se suscitaron. Por tanto el tener una cobertura amplia es un logro para la atención de las víctimas y sus familias o acompañantes. Hay que mencionar que en los casos que no se brindó esta atención las causas incluyen la falta de personal en días festivos o nocturnidades y que para la fecha de realización de este estudio estaba en proceso de estandarizar el hecho que todas las pacientes fueran ingresadas justamente para evitar que se pasaran por alto algunas evaluaciones propias del protocolo, entre ellas la evaluación por psicología. Con este tipo de acciones se logró evitar que las pacientes fueran dadas de alta sin ser evaluadas.

Igual que en cualquier consulta por enfermedad es el médico quien debe evaluar la necesidad o no de brindar una incapacidad médica; sin embargo ya está normado que en el caso de las pacientes que consultan por violencia sexual ésta debe de ser extendida

por al menos tres días, sin embargo no se está otorgado. En el caso del protocolo éste contempla la prórroga de la misma pero en muy pocos casos esta se ha ejecutado. A razón de esto hay que contemplar que pudo verse influenciado por la gran cantidad de menores de edad que no cuentan con un trabajo y que la mayoría de la población contaba con un trabajo informal en el que no se ve necesaria la extensión de una incapacidad médica.

Finalmente las referencias médicas son institucionales, es decir interconsultas a otras especialidades para dar apoyo en la atención según la necesidad establecida. Los interconsultantes más frecuentes fueron infectología y psiquiatría. En el caso de infectología, la evaluación se solicita principalmente debido a la necesidad del ajuste de las dosis de los medicamentos antirretrovirales debido al peso de la paciente o por lo variado de sus efectos adversos y en el caso de psiquiatría se busca mejorar el estado mental a través de la psicoterapia y la medicación en caso de ser necesario para estabilizar su estado de ánimo. Perinatología y colposcopia no fueron tomadas como interconsultas debido a que las pacientes fueron manejadas por estas especialidades de manera directa, tanto en el ingreso (por encontrarse ya embarazadas) como al alta.

Gráfico 6. Registro de actividades clínicas realizadas durante el control a la semana de las pacientes víctimas de violencia sexual que consultaron en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”, San Salvador, El Salvador. 2017.



Fuente: Expedientes clínicos.

La adherencia y efectos secundarios en su control semanal no se evaluó en 79 casos (88.76%), mientras que en 10 (11.24%) si se hizo. En el control semanal los exámenes no fueron indicados en 65 pacientes (73.03%) y solamente en 24 (26.97%) si se indicaron. El reforzamiento del uso de condón en el control semanal no se realizó en 80 casos (89.89%), mientras que en 9 casos (10.11%) si se realizó. La evaluación del estado psicológico en su control semanal no se evaluó en 80 de los casos (89.89%), mientras que en 9 casos (10.11%) si se evaluó (Ver Anexo 4, Tabla 6).

Hay que mencionar que los casos que fueron evaluados cronológicamente correspondían a controles mensuales pero éstos fueron anotados en el control semanal por el evaluador,

para tratar de darle cobertura al número total de controles. En esta etapa del protocolo al darle el alta a la paciente aún no se especificaba en que momento se debía de dar el primer control y por lo tanto las pacientes quedaban citadas según el cupo disponible en la consulta, que por sobredemanda del mismo llegaron hasta un promedio de dos meses. La importancia de recibir este control radica, entre otras cosas, en que al haber disminuido el stress post trauma es más factible que la paciente y su familia pueda comprender la importancia de continuar con sus controles de seguimiento durante el próximo año.

Como se observa en la gráfica hay una cobertura baja en los seguimientos semanales y por tanto poca o ninguna intervención de impacto se puede hacer en la continuidad de la PPE, lo que puede repercutir en el abandono del tratamiento, muchas veces secundario a los efectos adversos ocasionados por los mismos, que de no ser atendidos oportunamente pueden llevar a una incomodidad tal que la paciente no valore la importancia de su continuidad.

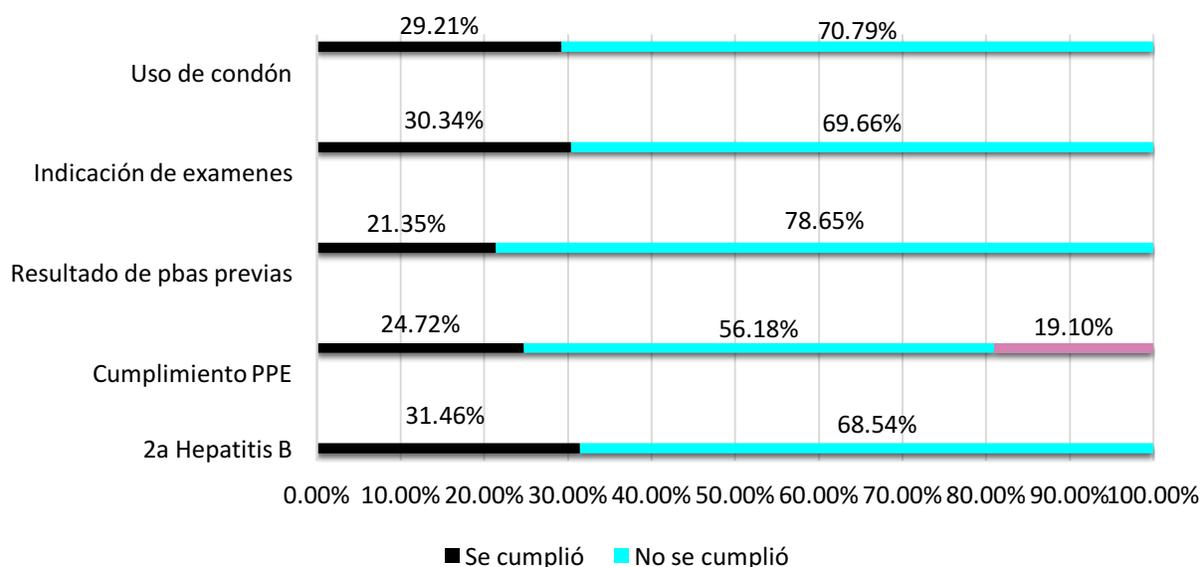
La falta en la indicación de los exámenes de seguimiento implica una falla grave en sus controles subsecuentes ya que no se le puede dar seguimiento a las pruebas seroconversivas de las infecciones de transmisión sexual. Solamente 10 casos asistieron a su control semanal por lo que las 14 pruebas restantes fueron indicados al ser dada de alta la paciente del servicio, considerando ya la demora que existía en la primera consulta y que había sido un punto ya observado por el personal encargado de dar seguimiento a las pacientes.

Por otra parte, la consejería sobre el uso de condón se realiza de manera independiente de que el evento haya sido aislado o repetitivo y va enfocado a la promoción de estilos de vida que promuevan la prevención de las infecciones de transmisión sexual y la educación sexual en general. En este rubro se indaga además sobre las prácticas sexuales de la paciente es decir, si ya tenía vida sexual activa consensuada previo al

evento y si la ha reanudado. En los casos de las menores de edad aunque siempre se promueve de primera mano la abstinencia, luego se da consejería sobre educación sexual en general con énfasis en métodos de planificación familiar y uso de condón. Esto se refuerza a lo largo de todos los controles y en todas las pacientes, pero es de suma importancia realizarlo en las primeras intervenciones a fin de crear impacto en el riesgo que corren por ser posibles portadores de una infección de transmisión sexual, sobre todo tomando en cuenta que culturalmente el uso de condón no está arraigado en la población femenina.

En cuanto a la evaluación psicológica de la paciente se incluye tanto el componente psiquiátrico como el psicológico. Cabe mencionar que en este rubro la falla por parte del personal es mayor ya que ambas profesionales que brindaban la atención en el periodo 2017 – 2018 si contaban con el cupo para darle asistencia a la paciente a la semana de su ingreso, pero debido a que su evaluación inicial había sido de relativa estabilidad emocional el profesional no se apegó al protocolo y la cita fue dejada en la misma fecha que sería evaluada por el médico. Una falla técnica importante de recalcar debido a que la Institución cuenta con apoyo de la Oficina Local de Atención a Víctimas (OLAV). Es importante mencionar que estos profesionales también apoyan con la consejería de la PPE y con los exámenes complementarios para su próximo control en caso que estos no hayan sido indicados, por lo que cumplen una doble función asistencial.

Gráfica 7. Registro de actividades clínicas realizadas durante el control a los dos meses de las pacientes víctimas de violencia sexual que consultaron en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”, San Salvador, El Salvador. 2017.



Fuente: Expedientes clínicos.

En 61 casos (68.54%) no se cumplió la segunda dosis de la vacuna contra la hepatitis B y en 28 casos (31.46%) si se realizó. En el caso del cumplimiento de la PPE en su control a los dos meses en 50 casos (56.18%) no se cumplió, 22 casos (24.72%) se cumplió y en 17 casos (19.10%) se estableció que no correspondía. Las pruebas de seguimiento indicadas no fueron reportadas en 70 casos (78.65%), mientras que en 19 casos (21.35%) si fueron reportadas. En 62 casos (69.66%) las pruebas de VIH, hepatitis B y sífilis no fueron indicadas, mientras que en 27 casos (30.34%) si se hizo. La verificación del uso de condón a los dos meses no se realiza en 63 (70.79%), mientras que en 26 (29.22%) si se hizo (Ver Anexo 4, Tabla 7).

Hay que mencionar que el control a los dos meses es la consulta de seguimiento que más afluencia de pacientes tuvo con un total de 31 casos; por lo que hay que recalcar que un punto de inflexión importante es el ausentismo de las pacientes.

El cumplimiento de la segunda dosis de la vacuna contra la hepatitis B es independiente del establecimiento de salud donde se haya cumplido y su verificación se hizo a través de la tarjeta de vacunación o con el cumplimiento de la misma en la institución posterior a la consulta, esto dando continuidad a la estrategia de prevención de las enfermedades de transmisión sexual, sin embargo la poca cobertura es llamativa.

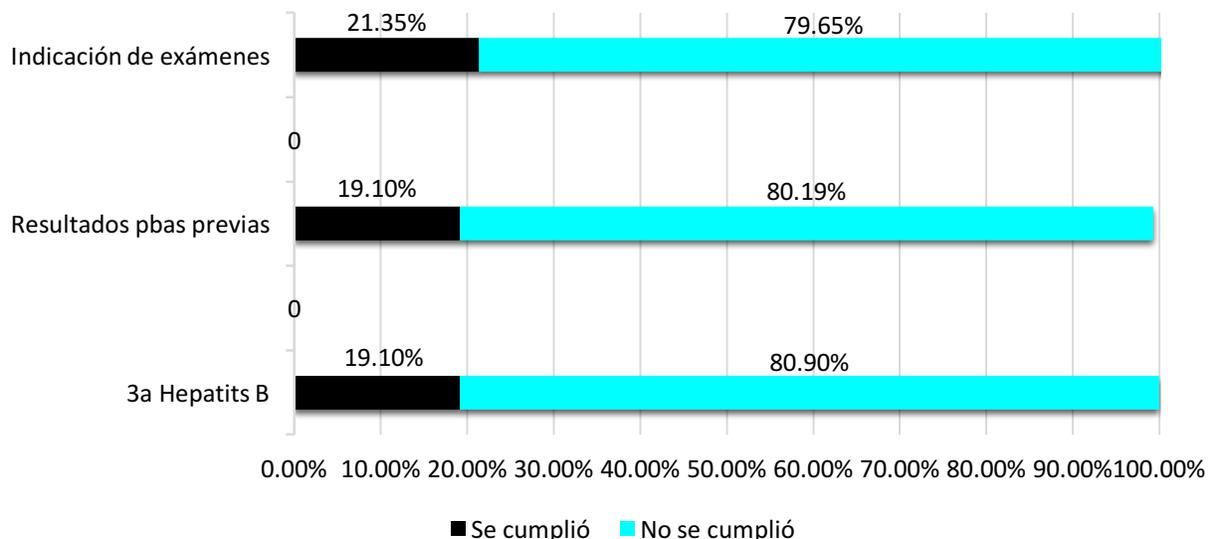
El control a los dos meses es importante porque hace referencia a la finalización adecuada o no del tratamiento, la cual únicamente se corroboró en menos de la mitad de los casos que iniciaron la PPE al ingreso. Estos resultados se ven influenciados por factores como el ausentismo a los controles y el abandono del tratamiento. Cabe mencionar que en los casos en que la PPE no correspondía hubo variantes debido a la diferencia de criterios al momento de administrar o suspender la PPE debido principalmente a la cronicidad de los eventos, que ya sobrepasaban las 72 horas de su primer evento.

De las 24 pruebas que fueron indicadas en el control anterior el reporte de las mismas fue menor debido a factores propios de la paciente como el olvido de la toma de las pruebas, pérdida de las boletas o la negación de las pacientes a realizarlas. Los casos en que no fueron reportados dependen también de manera multifactorial por la no indicación de los mismos o la inasistencia de la paciente.

De las 31 pacientes que asistieron a su control a los dos meses fueron indicadas de manera sistemática 27 pruebas de seguimiento pero en los restantes 4 casos no se encontró en el expediente la documentación de entrega de boletas o indicación de los mismos, tampoco una justificación de porque no fueron indicados.

Haciendo referencia siempre a las 31 pacientes que asistieron a su control de dos meses, no hay en el expediente datos de porqué solo a 26 se les dio consejería en temas de promoción de la salud sexual.

Gráfico 8. Registro de actividades clínicas realizadas durante el control a los seis meses de las pacientes víctimas de violencia sexual que consultaron en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”, San Salvador, El Salvador. 2017.



Fuente: Expedientes clínicos.

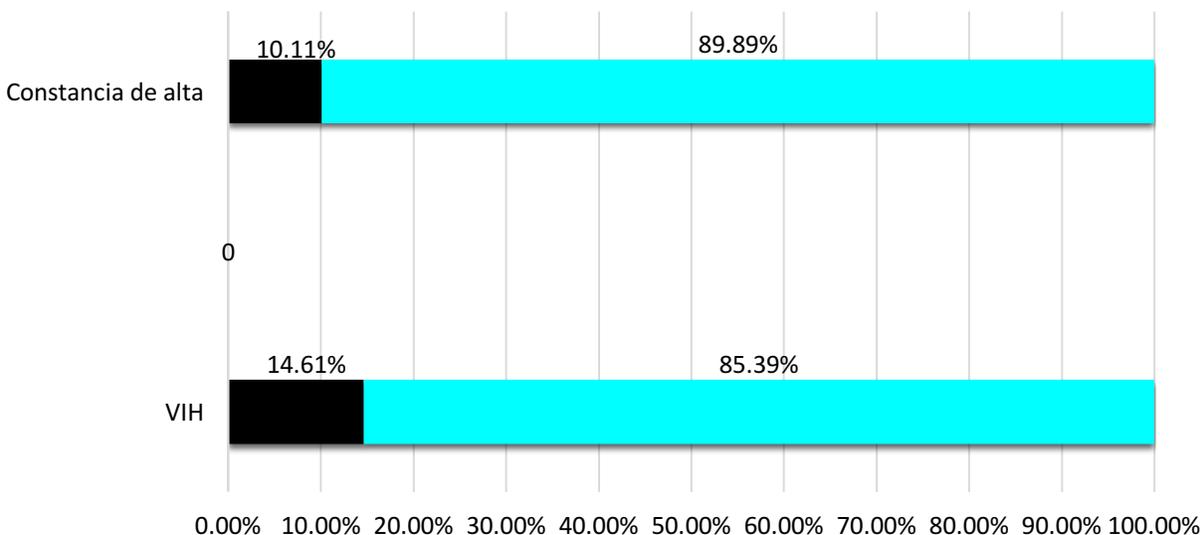
El cumplimiento de la tercera dosis de la vacuna de Hepatitis B no se realizó en 72 casos (80.90%) y si se cumplió en 17 casos (19.10%). Los exámenes control no reportados son 72 (80.90%) y solo fueron reportados 17 (19.10%) casos. La indicación de la prueba de VIH para ser tomada a los once meses no se indicó en 70 casos (78.65%) y si se logró hacer en 19 casos (21.35%) (Ver Anexo 4, Tabla 8).

Al control de los seis meses acudieron 20 pacientes, con un ausentismo cada vez más alto en comparación con los controles previos.

En cuanto al cumplimiento de la tercera dosis de la vacuna contra la hepatitis B el ausentismo de las pacientes y situaciones atenuantes como edad gestacional del embarazo hacen cada vez más difícil corroborar el cumplimiento del protocolo. Por otra parte, de las pacientes asistentes a este control hay un sesgo de 3 pacientes que tampoco completaron su esquema sin que haya una justificación del mismo.

Únicamente a 17 pacientes se le fueron reportados las pruebas de seguimiento de las 27 que fueron indicadas en el control de los dos meses; 9 de las no reportadas se debe a que no asistieron a su control y únicamente una si asistió a todos sus controles pero las pruebas solo se tomaron al inicio y al final debido a la renuencia de la paciente a realizárselas. La indicación de únicamente de 19 pruebas de seguimiento de VIH es a expensas del ausentismo de las pacientes, lo cual va en detrimento de la atención posterior de las mismas.

Gráfico 9. Registro de actividades clínicas realizadas durante el control a los doce meses de las pacientes víctimas de violencia sexual que consultaron en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”, San Salvador, El Salvador. 2017.



Fuente: Expedientes clínicos.

Las pruebas de VIH no se reportaron en 76 casos (85.39%) y si se hizo en 13 ocasiones (14.61%). No se entregó constancia de alta a 80 pacientes (89.89%) y se le extendió únicamente a 9 casos (10.11%) (Ver Anexo 4, Tabla 9).

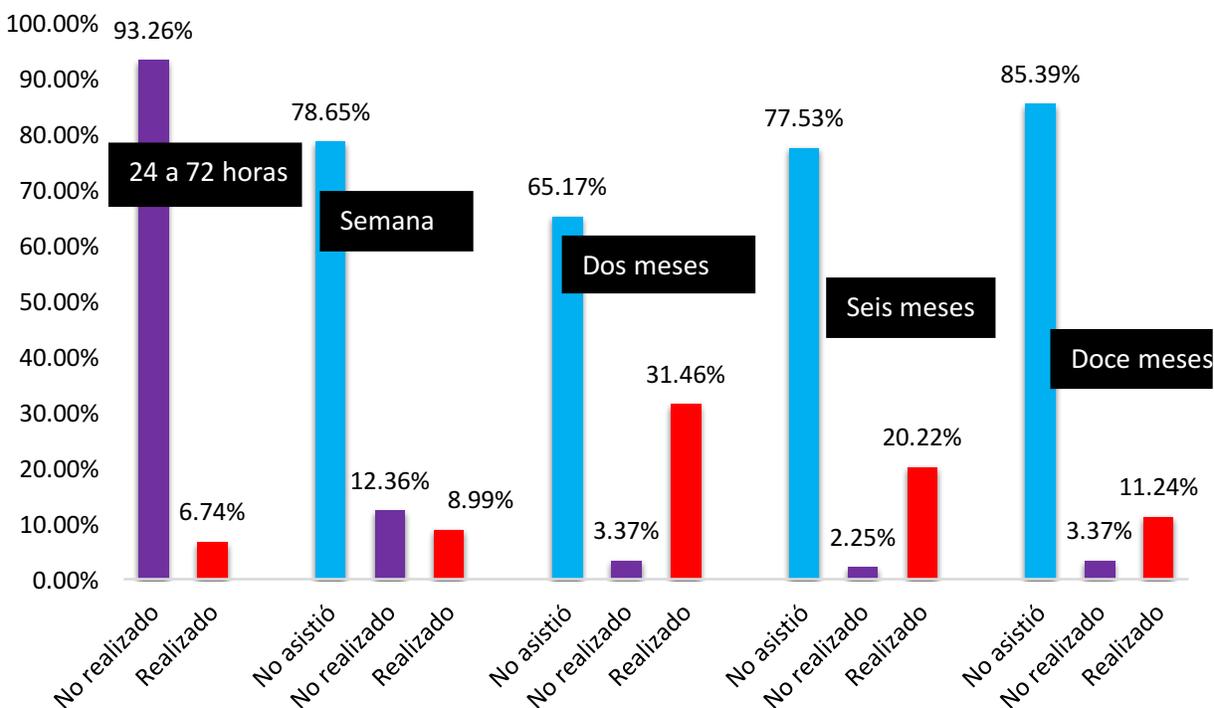
De las 13 pacientes que se presentaron a su control final a todas se les reportó su prueba de VIH, pero esto solo corresponde al 14.61% del total de las pacientes que iniciaron el proceso, lo cual es de tomar en cuenta para analizar las fallas que se puedan dar en el proceso en general, ya que con un porcentaje tan bajo de asistencia de la población queda latente la probabilidad de la seroconversión de las pruebas en esas 76 pacientes ausentes a su control final, lo cual puede repercutir en un problema de salud pública.

Para dar el alta es necesario dar una constancia de la misma que funciona como referencia al nivel de atención ministerial que se designe según la evolución de la paciente y las necesidades asistenciales que ésta tenga. De las 13 pacientes que se presentaron a su control final, únicamente 9 tenían en el expediente la constancia médica que les daba la referencia al primer nivel de atención para que continuaran sus controles anuales. Cabe recordar que el VIH tiene un período de ventana prolongado por lo que idealmente el seguimiento de las pruebas para infecciones de transmisión sexual se recomienda que se extiendan hasta por 10 años, sobre todo en aquellas pacientes que por alguna causa no se les pudo administrar la PPE. También y principalmente en el caso de las menores de edad es importante continuar con la consejería sobre salud sexual y reproductiva.

Otro punto a mencionar es que en el caso de las pacientes que cursaron con un embarazo éstas siguieron sus controles prenatales en la institución, pero se dejó de lado el seguimiento y abordaje como víctimas de violencia sexual; por lo que al finalizar el embarazo fueron dadas de alta como una paciente promedio; sin que se siguiera la secuencia o los estándares que dicta el protocolo; por lo que tampoco se refirieron para su seguimiento anual en el primer nivel de atención.

Objetivo 3. Verificación del llenado del instrumento de protocolo de seguimiento de violencia.

Gráfico 10. Llenado del instrumento del protocolo de seguimiento en las primeras 24 a 72 horas de las pacientes víctimas de violencia sexual que consultaron en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”, San Salvador, El Salvador; 2017.



Fuente: Expediente clínico.

En cuanto al llenado del instrumento en el control en las primeras 24 a 72 horas se encontró que no se realizó en 83 (93.26%) de los casos y en 6 (6.74%) si se realizó. En el control a la semana, no asistieron 70 pacientes (78.65%), no se realizó el llenado completo en 11 pacientes (12.36%) y si se realizó correctamente en 8 casos (8,99%). En el control a los dos meses 58 pacientes (65.17%) no asistieron, 28 pacientes (31.46%)

asistieron a su control y el llenado se realizó de manera correcta y en 3 casos (3.37%) la paciente asistió a su control pero el instrumento no fue llenado. Durante el control a los seis meses aumentaron los casos de ausentismo con un número total de 69 casos (77.53%), 18 casos (20.22%) se llenaron de manera correcta y en 2 casos (2.25%) el llenado de la hoja de seguimiento no fue considerada. En el control a los doce meses 76 pacientes (85.39%) no asistieron, 10 pacientes (11.24%) si asistieron a su control y su hoja de seguimiento fue llenada de manera correcta, mientras que en 3 casos (3.37%) aunque asistieron a su control la hoja de seguimiento no fue llenada (Ver Anexo 4, Tabla 26).

La realización de las intervenciones que incluye el control en las primeras 24 a 72 horas son las que más se cumplen, esto posiblemente a expensas de la colocación de indicaciones médicas que se realiza al ingreso de la paciente, paradójicamente son las acciones que menos se registran, posiblemente se deba a que no se había incorporado la hoja de manera obligatoria en el expediente.

En el control semanal hay que observar que de 89 pacientes que son atendidas en el programa, 70 de ellas no son atendidas en su control a la semana, que debería de ser considerado quizá la consulta de seguimiento más importante ya que se pueden evaluar las fallas a corto plazo en la PPE, efectos adversos de la medicación, evaluación psicológica, etc de manera que permita tener la posibilidad de generar un impacto en la paciente a través de la consejería en general. En este punto cabe mencionar que parte de la inasistencia alta de las pacientes se debe a la poca capacidad instalada de la institución ya que solo contaba con un médico asignado una vez por semana para dar el seguimiento, por lo que los cupos de la consulta están en tiempos prolongados. Cabe mencionar que actualmente se da consulta dos veces por semana, con una capacidad de cuatro pacientes por día; sin embargo este cambio sigue siendo insuficiente. Por su parte el control por psicología ha recibido apoyo asistencial de la OLAV.

A los dos meses siempre llama la atención el número de pacientes que no asiste a sus controles, reflejo del poco impacto que se ha logrado en la consejería y de otros factores externos propios de la paciente. En este control es cuando hay un mayor número de afluencia de pacientes a sus consultas, importante porque es el momento en que se verifica que se haya completado de manera correcta la PPE, sin embargo se reportan hojas de seguimiento que no fueron llenadas. Por otra parte, ninguna se reporta mal llena.

Como era de esperarse, en el control a los seis meses la inasistencia de las pacientes cada vez se vuelve más relevante imposibilitando la adecuada evaluación del llenado de los instrumentos debido a que el número total de asistentes se vuelve cada vez menos significativa. Se siguen sin documentar casos en los que el llenado haya sido de manera incompleta.

La inasistencia de las pacientes fue la que predominó en el control anual, dejando en evidencia factores como el poco impacto que la consejería inicial tuvo en las pacientes y los factores propios de la misma. En el caso de las pacientes que si asistieron a su control aún hay fallas ya que se dejaron de llenar algunas hojas. La calidad del llenado no es cuestionable, puesto que se ha hecho de manera completa y adecuada.

IX. CONCLUSIONES.

1. Las características sociodemográficas de las pacientes víctimas de violencia sexual, la mayor cantidad de mujeres son menores de 18 años de edad y tienen un bajo nivel educativo, solteras, en su mayoría habitan en el denominado gran San Salvador (áreas de conflicto), la mayoría eran nulíparas, 5 de ellas primigestas con un embarazo que era consecuencia de la violencia sexual a la cual habían sido sometidas.
2. Hay muchas acciones que se realizan pero que no están documentadas de manera adecuada en el expediente y quedan al criterio de cada evaluador. en el control de las primeras 24 a 72 horas se realizan muchas de las acciones planteadas, sin embargo es donde menos se utilizó la hoja de seguimiento. El control de la semana no se está realizando debido a la saturación de pacientes y a la falta de asignación de recursos para cubrir la demanda. Los controles subsecuentes y el cumplimiento de las acciones a desarrollar en cada uno de ellos es inversamente proporcional al número de controles debido a que predomina el ausentismo.
3. En cuanto al llenado del instrumento, en el primer control a las 24 a 72 horas la falla es institucional, la mayoría de acciones no están documentadas en el instrumento. En el resto de controles predominó el ausentismo de las pacientes, y en los pocos casos en que se realizó el llenado del instrumento, esto se hizo de manera adecuada.

X. RECOMENDACIONES.

A la institución, Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”:

1. Asignación de recurso capacitado para que se pueda dar cumplimiento según lineamiento del protocolo de seguimiento de las pacientes víctimas de violencia sexual.
2. Apoyo a las actividades que realiza el Comité de Violencia y Género de la Institución para sensibilizar al personal en general sobre la no estigmatización y la correcta atención de las pacientes.
3. Coordinar enlaces interinstitucionales de manera que sea fácil hacer las gestiones respectivas para el adecuado manejo de la paciente, sobre todo en aquellos casos de pacientes menores de edad o en casos especiales donde por la tipificación del delito se amerite custodia.

Al Comité de Violencia y Género del Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”:

1. Formar mesas de trabajo para realizar una reestructuración del protocolo. Según lo observado se recomienda elaborar una hoja de seguimiento a las pacientes víctimas de violencia tomando como base los lineamientos ministeriales, pero acoplada al tipo de población que se atiende, a las circunstancias, lugares y tiempos en los que se realiza la atención.
2. Las mesas de trabajo deben de estar conformadas por equipos multidisciplinarios que incluyan a los integrantes del Comité, perinatólogos, infectólogos y al médico psiquiatra para que se planteen directrices en casos especiales como las

pacientes embarazadas, pacientes que ameriten ajustes de dosis de medicamentos, etc.

3. Tomar en consideración y hacer una auto - evaluación del porqué no se logra crear impacto en la población y que estas continúen sus controles con regularidad según normativa.
4. Realizar evaluaciones de manera rutinaria y al azar a los expedientes para la verificar el cumplimiento de todo el protocolo en sus diferentes áreas y por todos los involucrados, recordando que algunas fallas en el mismo pueden tener repercusiones en la salud de la paciente así como también a nivel de la salud pública.

A los profesionales de la salud involucrados en la atención de las pacientes:

1. Acudir a las capacitaciones programadas por el Comité y participar de manera activa en la atención de las mismas.
2. Reforzar la consejería a las pacientes de manera constante y en las diferentes áreas de atención, en temas como educación sexual, importancia de finalizar la PPE pese a los efectos adversos, toma de exámenes control, etc.
3. Leer y llenar de manera adecuada los instrumentos dados por el Comité para la atención de las pacientes.

XI. BIBLIOGRAFIA.

Comité de Prevención de Violencia. (2016.). Plan de Prevención de Violencia. Hospital Nacional de la Mujer. San Salvador.: Ministerio de Salud de El Salvador.

Espén Falcón, J. C. (2008). La violencia Un problema de salud. Revista Cubana de medicina General Integral, 1561 - 3038.

Infopolis. (2012). Evaluación de los protocolos locales para la atención a las mujeres víctimas de maltrato doméstico y agresiones sexuales. España.

ISDEMU. (2017). Informe sobre el Estado y situación de violencia contra las mujeres, 2017. San Salvador, El Salvador.

ISDEMU. (2017). Violencia feminicida creció este año, ISDEMU. San Salvador: Comisión de ética ISDEMU.

Ministerio de Salud de El Salvador. (2012.). Lineamientos Técnicos de Atención Integral a Todas las Formas de Violencia. San Salvador.: Unidad de Atención Integral e Integrada a todas las formas de Violencia.

Ministerio de Salud de El Salvador. (2012.). Guía Clínica de la Profilaxis Post Exposición. San Salvador.: Ministerio de Salud de El Salvador.

Ministerio de Salud. (2015.). Lineamientos Técnicos para la Prevención y Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. San Salvador, El Salvador.: Ministerio de Salud.

Mujer Coomeva. (2017). ¿Baja educación, mayor riesgo de violencia sexual?

ORMUSA. (2018.). Observatorio de Violencia de Género contra las Mujeres. San Salvador.: ORMUSA.

Ortiz Serrano, A. C. (2013). Seguimiento a la implementación y cumplimiento del protocolo de atención integral en salud a víctimas de violencia sexual. Bogotá, Colombia.

Programa Regional Combatir la Violencia contra las Mujeres en Latinoamérica (ComVoMujer). (2015). Convención Interamericana para Prevenir, Sancional y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Convención de Belem Do Pará". Lima, Perú: Suscrita en el XXIV Período Ordinario de Sesiones de la Asamblea General de la OEA, Belén Do Pará. Brasil Junio 6 - 10 1994.

Programa Regional Combatir la Violencia contra las Mujeres en Latinoamérica. (2015). Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia con la Mujer "Convenciaón Belém Do Pará". Lima, Perú: Vicky Avalos Carrillo.

Rojas Loría, K., Teresa, G. R., & al., e. (2014). Tendencia en salud de políticas y planes en violencia contra las mujeres. Revista de Salud Pública, 613 - 621.

ANEXOS

Anexo 1. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Objetivo 1: Caracterizar socio demográficamente las víctimas de violencia sexual.

Variable.	Indicador.	Definición operacional.	Valores.	Escala de medición.
Edad	Porcentaje por grupo etario.	Años cumplidos.	Menores de 15. De 15 a 18 años. Mayores de 18 años.	Continua.
Procedencia.	Porcentaje según procedencia.	Lugar de donde procede la persona.	Municipio.	Nominal.
Nivel académico.	Porcentaje por grado.	Grado que cursa actualmente, último grado aprobado o sin dato.	Ninguno. Primaria. Secundaria. Bachillerato. Técnico. Universitario.	Nominal.
Estado civil.	Porcentaje de estado actual.	Situación legal determinado por la ley a la fecha de consulta.	Soltera. Casada. Acompañada Viuda. Divorciada.	Nominal.
Paridad y/o gravidez.	Porcentaje según paridad o gravidez.	Número de embarazos previos o durante la consulta inicial.	Nulípara. Primípara. Multípara. Nuligesta. Secundigesta. Multigesta.	Nominal.

Objetivo 2: Identificar a través del registro el cumplimiento clínico de los controles subsecuentes en estas pacientes.

Variable.	Indicador.	Definición operacional.	Valores.	Escala de medición.
Primeras 24 a 72 horas. Cumplimiento de profilaxis.	Porcentaje realizado.	Cumplimiento de profilaxis post exposición.	Se cumplió. No se cumplió. No corresponde.	Nominal.
Primeras 24 a 72 horas. Exámenes basales.	Porcentaje realizado.	Ver exámenes basales	Reportados. No reportados.	Nominal.
Primeras 24 a 72 horas. Vacunación.	Porcentaje realizado.	Verificar esquema de vacunación: Hepatitis B, Td, neumococo, influenza.	Se cumplió. No se cumplió. No corresponde.	Nominal.
Primeras 24 a 72 horas. Adherencia, efectos secundarios e ingreso.	Porcentaje realizado.	Evaluar adherencia y efectos secundarios e ingreso hospitalario por efectos adversos severos.	Se evaluó. No se evaluó. No corresponde.	Nominal.
Primeras 24 a 72 horas. Estado psicológico.	Porcentaje realizado.	Evaluar estado psicológico.	Se evaluó. No se evaluó.	Nominal.
Primeras 24 a 72 horas. Incapacidad.	Porcentaje realizado.	Evaluar prórroga de la incapacidad laboral.	Se evaluó. No se evaluó.	Nominal.
Primeras 24 a 72 horas. Otras referencias.	Porcentaje realizado.	Evaluar otras referencias.	Corresponde. No corresponde.	Nominal.
Control a la semana.	Porcentaje realizado.	Evaluar adherencia y	Se evaluó. No se evaluó.	Nominal.

Variable.	Indicador.	Definición operacional.	Valores.	Escala de medición.
Adherencias, efectos secundarios e ingreso.		efectos secundarios e ingreso hospitalario por efectos adversos severos.		
Control a la semana Exámenes de seguimiento a las 7 semanas.	Porcentaje realizado.	Indicar exámenes de seguimiento para ser tomados en siete semanas: anticuerpos para VIH, serología para sífilis.	Se indicaron. No se indicaron.	Nominal.
Control a la semana. Uso de condón.	Porcentaje realizado.	Reforzar el uso de condón.	Se realizó. No se realizó.	Nominal.
Control a la semana. Estado psicológico.	Porcentaje realizado.	Evaluar estado psicológico.	Se evaluó. No se evaluó.	Nominal.
Control a los 2 meses. Hepatitis B.	Porcentaje realizado.	Cumplir segunda dosis de vacunación de hepatitis B.	Se cumplió. No se cumplió.	Nominal.
Control a los 2 meses. Cumplimiento de PPE.	Porcentaje realizado.	Verificar cumplimiento de la PPE.	Se cumplió. No se cumplió. No corresponde.	Nominal.
Control a los 2 meses. Pruebas anteriores.	Porcentaje realizado.	Verificar resultados de pruebas de seguimiento anteriormente indicadas.	Reportados. No reportados.	Nominal.
Control a los 2 meses. Indicar VIH en 5 meses.	Porcentaje realizado.	Indicar prueba de VIH a tomarse en 5 meses.	Se indicó. No se indicó.	Nominal.

Variable.	Indicador.	Definición operacional.	Valores.	Escala de medición.
Control a los 2 meses. Verificar uso de condón.	Porcentaje realizado.	Verificar uso de condón.	Se realiza. No se realiza.	Nominal.
Control a los 2 meses. Indicar Hepatitis B en 5 meses.	Porcentaje realizado.	Indicar antígenos de hepatitis B a tomarse en 5 meses post exposición.	Se indicó. No se indicó.	Nominal.
Control a los 2 meses. Indica prueba para sífilis.	Porcentaje realizado.	Indicar serología para sífilis.	Se indicó. No se indicó.	Nominal.
Control a los 6 meses. Cumplir dosis de vacuna de hepatitis B.	Porcentaje realizado.	Cumplir tercera dosis de vacunación de hepatitis B.	Se cumplió. No se cumplió.	Nominal.
Control a los 6 meses. Verificar pruebas de seguimiento.	Porcentaje realizado.	Verificar resultados de pruebas de seguimiento.	Reportados. No reportados.	Nominal.
Control a los 6 meses. VIH a los 11 meses.	Porcentaje realizado.	Indicar la prueba de VIH para ser tomada a los 11 meses.	Se indicó. No se indicó.	Nominal.
Control a los 12 meses. Verificar pruebas de seguimiento.	Porcentaje realizado.	Verificar resultados de pruebas de seguimiento.	Reportados. No reportados.	Nominal.
Control a los 12 meses. Resultado de VIH.	Porcentaje realizado.	Dar el alta contra prueba negativa de VIH.	Constancia de alta. Sin constancia de alta.	Nominal.

Objetivo 3: Verificar el llenado del instrumento de protocolo de seguimiento de violencia.

Variable.	Indicador.	Definición operacional.	Valores.	Escala de medición.
Primeras 24 a 72 horas.	Porcentaje según el llenado de procedimientos.	Reevaluar el riesgo y la indicación de la PPE. Ver exámenes basales. Verificar esquema de vacunación: Hepatitis B, Td, neumococo, influenza. Evaluar adherencia y efectos secundarios e ingreso hospitalario por efectos adversos severos. Evaluar estado psicológico. Evaluar prórroga de la incapacidad laboral. Evaluar otras referencias.	Realizado. No realizado. No corresponde. No asistió.	Nominal.
Control a la semana.	Porcentaje según el llenado de procedimientos.	Evaluar adherencia y efectos secundarios e ingreso hospitalario por	Realizado. No realizado. No corresponde. No asistió.	Nominal.

Variable.	Indicador.	Definición operacional.	Valores.	Escala de medición.
		efectos adversos severos. Indicar exámenes de seguimiento para ser tomados en siete semanas: Anticuerpos para VIH, serología de sífilis. Reforzar uso de condón. Evaluar estado psicológico.		
Control a los 2 meses.	Porcentaje según el llenado de procedimientos.	Cumplir la segunda dosis de vacunación de Hepatitis B. Verificar cumplimiento de la PPE. Verificar resultados de pruebas de seguimiento anteriormente indicadas. Indicar prueba de VIH a tomarse en 5 meses post exposición. Verificar uso de condón. Indicar antígenos de Hepatitis B a tomarse 5 meses post exposición.	Realizado. No realizado. No corresponde. No asistió.	Nominal.

Variable.	Indicador.	Definición operacional.	Valores.	Escala de medición.
		Indicar serología de sífilis.		
Control a los 6 meses.	Porcentaje según el llenado de procedimientos.	Cumplir tercera dosis de vacunación de hepatitis B. Verificar resultados de pruebas de seguimiento. Indicar la prueba de VIH para ser tomada a los 11 meses post exposición.	Realizado. No realizado. No corresponde. No asistió.	Nominal.
Control a los 12 meses.	Porcentaje según el llenado de procedimientos.	Verificar resultados de pruebas indicadas anteriormente. Dar alta contra prueba de VIH negativa.	Realizado. No realizado. No corresponde. No asistió.	Nominal.

Anexo 2. Carta de autorización del estudio.



Hospital Nacional de la mujer
"Dra. María Isabel Rodríguez "
Comité de ética de la investigación.



Dra. . Claudia María Guzmán Chicas
Universidad autónoma de Nicaragua
Presente.

Reciba un cordial saludo, en atención a la revisión y análisis del trabajo de investigación presentado al comité de ética de la investigación (CEIC) con el título de: **PERFIL EPIDEMIOLOGICO YEVALUACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO A MUJERES AFECTADAS POR VIOLENCIA SEXUAL, ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER "DRA. MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ" SAN SALVADOR ,EL SALVADOR AÑO 2017.** Amparados en los reglamentos y normas institucionales, resuelve de conformidad la debida APROBACIÓN PRELIMINAR para iniciar la recolección de información pertinente en la unidad de ESDOMED a la espera de la entrega de informe final del mismo .para los usos que estime convenientes se extiende la presente el día 26 de Marzo del año 2019 .

Atte.



PRESIDENTE Dr. José Carlos Fonseca Erazo
Presidente de CIE



Lic. Linda Marianita Cuellar de Arevalo
Secretaria CIE



Anexo 3. Instrumento de recolección de la información.



CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PUBLICA
CIES- UNAN Managua



Registro de pacientes.	Variables.	Valores.	
Características socio – demográficas de la víctima.	Edad.	Dato variable.	
	Procedencia.	Dato variable.	
	Nivel educativo.	Primaria.	<input type="checkbox"/>
		Secundaria.	<input type="checkbox"/>
		Bachillerato.	<input type="checkbox"/>
		Técnico.	<input type="checkbox"/> SOLTERA
Universitario.		<input type="checkbox"/> CASADA <input type="checkbox"/> ACOMPAÑADA <input type="checkbox"/> VIUDA	
Estado civil.	Ninguna.	<input type="checkbox"/> DIVORCIADA <input type="checkbox"/> SOLTERA	
	Soltera.	<input type="checkbox"/> CASADA <input type="checkbox"/> ACOMPAÑADA	
	Casada.	<input type="checkbox"/> VIUDA <input type="checkbox"/> DIVORCIADA	
	Acompañada.	<input type="checkbox"/> SOLTERA <input type="checkbox"/> CASADA	
	Viuda.	<input type="checkbox"/> CASADA <input type="checkbox"/> ACOMPAÑADA	
Paridad / gravidez.	Divorciada.	<input type="checkbox"/> VIUDA <input type="checkbox"/> DIVORCIADA	
	Nulípara.	<input type="checkbox"/>	
	Primípara.	<input type="checkbox"/>	
	Multípara.	<input type="checkbox"/>	
	Primigesta.	<input type="checkbox"/>	

		Secundigesta.	<input type="checkbox"/>
		Multigesta.	<input type="checkbox"/>
Cumplimiento clínico: primeras 24 a 72 horas de evaluación.	Cumplimiento de PPE.	Se cumplió.	<input type="checkbox"/>
		No se cumplió.	<input type="checkbox"/>
		No corresponde.	<input type="checkbox"/>
	Exámenes de base.	Reportados.	<input type="checkbox"/>
		No reportados.	<input type="checkbox"/>
		Incompletos.	<input type="checkbox"/>
	Vacuna de Hepatitis B.	Se cumplió.	<input type="checkbox"/>
No se cumplió.		<input type="checkbox"/>	
No corresponde		<input type="checkbox"/>	
Vacuna de Td.	Se cumplió.	<input type="checkbox"/>	
	No se cumplió.	<input type="checkbox"/>	
	No corresponde	<input type="checkbox"/>	
Vacuna de neumococo.	Se cumplió.	<input type="checkbox"/>	
	No se cumplió.	<input type="checkbox"/>	
	No corresponde	<input type="checkbox"/>	
Vacuna de Influenza.	Se cumplió.	<input type="checkbox"/>	
	No se cumplió.	<input type="checkbox"/>	
	No corresponde	<input type="checkbox"/>	
Evaluar adherencia y efectos secundarios e ingreso hospitalarios por efectos adversos.	Se evaluó.	<input type="checkbox"/>	
	No se evaluó.	<input type="checkbox"/>	
	No corresponde.	<input type="checkbox"/>	

	Evaluar estado psicológico.	Se evaluó. <input type="checkbox"/> No se evaluó. <input type="checkbox"/>
	Evaluar prórroga de incapacidad laboral.	Se evaluó. <input type="checkbox"/> No se evaluó. <input type="checkbox"/>
	Evaluar otras referencias.	Corresponde. <input type="checkbox"/> No corresponde. <input type="checkbox"/>
Cumplimiento clínico: control a la semana.	Evaluar adherencia y efectos secundarios e ingreso hospitalarios por efectos adversos.	Se evaluó. <input type="checkbox"/> No se evaluó. <input type="checkbox"/>
	Indicación de exámenes de seguimiento para ser tomados en siete semanas: VIH y serología para sífilis.	Se indicaron. <input type="checkbox"/> No se indicaron. <input type="checkbox"/>
	Reforzamiento del uso de condón.	Se realizó. <input type="checkbox"/> No se realizó. <input type="checkbox"/>
	Evaluar estado psicológico.	Se evaluó. <input type="checkbox"/> No se evaluó. <input type="checkbox"/>
Cumplimiento clínico: control	Cumplimiento de la segunda dosis de Vacuna de Hepatitis B.	Se cumplió. <input type="checkbox"/> No se cumplió. <input type="checkbox"/>
	Verificar el cumplimiento de la PPE.	Se cumplió. <input type="checkbox"/> No se cumplió. <input type="checkbox"/> No corresponde. <input type="checkbox"/>

a los dos meses.	Verificar resultados de pruebas de seguimiento anteriormente indicadas.	Reportadas. <input type="checkbox"/>	No reportadas. <input type="checkbox"/>	
	Cumplimiento clínico: control a los dos meses.	Indicar prueba de VIH a tomarse en 5 meses.	Se indicó. <input type="checkbox"/>	No se indicó. <input type="checkbox"/>
		Verificar uso de condón.	Se realiza. <input type="checkbox"/>	No se realiza. <input type="checkbox"/>
		Indicar antígenos de Hepatitis B a tomarse en 5 meses post exposición.	Se indicó. <input type="checkbox"/>	No se indicó. <input type="checkbox"/>
		Indicar serología para sífilis.	Se indicó. <input type="checkbox"/>	No se indicó. <input type="checkbox"/>
Cumplimiento clínico: control a los seis meses.	Cumplir tercera dosis de vacuna de Hepatitis B.	Se cumplió. <input type="checkbox"/>	No se cumplió. <input type="checkbox"/>	
	Verificar los resultados de las pruebas de seguimiento.	Reportados. <input type="checkbox"/>	No reportados. <input type="checkbox"/>	
	Indicar la prueba de VIH para ser tomada a los 11 meses.	Se indicó. <input type="checkbox"/>	No se indicó. <input type="checkbox"/>	
Cumplimiento clínico: control	Verificar resultados de pruebas de seguimiento.	Reportados. <input type="checkbox"/>	No reportados. <input type="checkbox"/>	

a los doce meses.	Dar el alta contra prueba negativa de VIH.	Constancia de alta. <input type="checkbox"/> Sin constancia de alta. <input type="checkbox"/>
Llenado del instrumento.	Registro de procedimientos clínicos de 24 a 72 horas.	Realizado. <input type="checkbox"/> No realizado. <input type="checkbox"/> Incompleto. <input type="checkbox"/> No corresponde. <input type="checkbox"/> No asistió. <input type="checkbox"/>
	Control a la semana.	Realizado. <input type="checkbox"/> No realizado. <input type="checkbox"/> Incompleto. <input type="checkbox"/> No corresponde. <input type="checkbox"/> No asistió. <input type="checkbox"/>
	Control a los dos meses.	Realizado. <input type="checkbox"/> No realizado. <input type="checkbox"/> Incompleto. <input type="checkbox"/> No corresponde. <input type="checkbox"/> No asistió. <input type="checkbox"/>
	Control a los seis meses.	Realizado. <input type="checkbox"/> No realizado. <input type="checkbox"/> Incompleto. <input type="checkbox"/> No corresponde. <input type="checkbox"/> No asistió. <input type="checkbox"/>

	Control a los doce meses.	Realizado.	<input type="checkbox"/>
		No realizado.	<input type="checkbox"/>
		Incompleto.	<input type="checkbox"/>
		No corresponde.	<input type="checkbox"/>
		No asistió.	<input type="checkbox"/>

Anexo 4. Tablas.

Tabla 1. Grupo etario de las pacientes víctimas de violencia sexual que consultaron en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”, San Salvador, El Salvador. 2017.

Grupos etarios	Porcentajes	Frecuencias
Menores de 15 años	31.46%	28
De 15 a 18 años	28.09%	25
Mayores de 18 años	38.20%	34
Sin dato	2.25%	2

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla 2. Nivel educativo de las pacientes víctimas de violencia sexual que consultaron en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”, San Salvador, El Salvador. 2017.

Nivel educativo	Porcentajes	Frecuencias
Sin dato	4.49%	4
Primaria	28.09%	25
Secundaria	30.34%	27
Bachillerato	24.72%	22
Técnico	1.12%	1
Universidad	8.99%	8

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla 3. Estado civil de las pacientes víctimas de violencia sexual que consultaron en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”, San Salvador, El Salvador. 2017.

Grupos etarios	Porcentajes	Frecuencias
Soltera	86.52%	77
Acompañada	6.74%	6
Casada	5.62%	5
Viuda	1.12%	1

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla 4. Paridad o gravidez de las pacientes víctimas de violencia sexual que consultaron en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”, San Salvador, El Salvador. 2017.

Paridad / Gravidez	Porcentajes	Frecuencias
Nulípara	67.42%	60
Primípara	10.11%	9
Multípara	16.85%	15
Primigesta	5.62%	5

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla 5. Registro de actividades clínicas realizadas durante el control de las primeras 24 a 72 horas de las pacientes víctimas de violencia sexual que consultaron en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”, San Salvador, El Salvador. 2017.

Cumplimiento de la PPE	Porcentajes	Frecuencias
Se cumplió	71.91%	64
No corresponde	28.09%	25
Reporte de exámenes	Porcentajes	Frecuencias
Reportados	97.75%	87
No reportados	2.25%	2
Vacuna / Esquema de vacunación	Porcentajes	Frecuencias
Hepatitis B.		
Se cumplió	87.64%	78
No se cumplió	10.11%	9
No corresponde	2.25%	2
Td		
No se cumplió	100%	89
Neumococo		
No se cumplió	100%	89
Influenza		
No se cumplió	100%	89
Reporte de exámenes	Porcentajes	Frecuencias
Se evaluó	41.57%	37
No se evaluó	34.83%	31
No corresponde	23.60%	21
Evaluación del estado psicológico	Porcentajes	Frecuencias
Se evaluó	91.01%	81

No se evaluó	8.99%	8
Evaluación de la incapacidad laboral	Porcentajes	Frecuencias
Se evaluó	10.11%	9
No se evaluó	89.89%	80
Referencias	Porcentajes	Frecuencias
No corresponde	60.67%	54
Corresponde	28.09%	25
No se realizó	11.24%	10

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla 6. Registro de actividades clínicas realizadas durante el control a la semana de las pacientes víctimas de violencia sexual que consultaron en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”, San Salvador, El Salvador. 2017.

Adherencias	Porcentajes	Frecuencias
No se evaluó	88.76%	79
Se evaluó	11.24%	10
Exámenes	Porcentajes	Frecuencias
No se indicaron	73.03%	65
Se indicaron	26.97%	24
Uso de condón	Porcentajes	Frecuencias
No se realizó	89.89%	80
Se realizó	10.11%	9
Estado psicológico	Porcentajes	Frecuencias
No se evaluó	89.89%	80
Se evaluó	10.11%	9

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla 7. Registro de actividades clínicas realizadas durante el control a los dos meses de las pacientes víctimas de violencia sexual que consultaron en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”, San Salvador, El Salvador. 2017.

2ª dosis vacuna Hepatitis B	Porcentajes	Frecuencias
No se cumplió	68.54%	61
Se cumplió	31.46%	28
Cumplimiento de la PPE	Porcentajes	Frecuencias
No se cumplió	56.18%	56.18%
Se cumplió	24.72%	24.72%
No corresponde	19.10%	19.10%
Pruebas de seguimiento	Porcentajes	Frecuencias
No reportados	78.65%	70
Reportados	21.35%	19
Indicación de pruebas de seguimiento	Porcentajes	Frecuencias
No se indicó	69.66%	62
Se indicó	30.34%	27
Uso de condón	Porcentajes	Frecuencias
No se realiza	70.79%	63
Se realiza	29.21%	26

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla 8. Registro de actividades clínicas realizadas durante el control a los seis meses de las pacientes víctimas de violencia sexual que consultaron en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”, San Salvador, El Salvador. 2017.

3ª dosis Vacuna Hepatitis B	Porcentajes	Frecuencias
No se cumplió	80.90%	72
Se cumplió	19.10%	17
Pruebas de seguimiento	Porcentajes	Frecuencias
No reportados	80.90%	72
Reportados	19.10%	17
Indicación de pruebas de VIH	Porcentajes	Frecuencias
Se indicó	78.65%	70
No se indicó	21.35%	19

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla 9. Registro de actividades clínicas realizadas durante el control a los doce meses de las pacientes víctimas de violencia sexual que consultaron en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”, San Salvador, El Salvador. 2017.

Verificación de prueba de VIH	Porcentajes	Frecuencias
No reportados	85.39%	76
Reportados	14.61%	13
Constancia de alta	Porcentajes	Frecuencias
Sin constancia	89.89%	80
Con constancia	10.11%	9

Fuente: Expedientes clínicos.

Tabla 10. Llenado del instrumento del protocolo de seguimiento de las pacientes víctimas de violencia sexual que consultaron en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”, San Salvador, El Salvador. 2017.

Control en las primeras 24 a 72 horas	Llenado del instrumento	Porcentajes	Frecuencias
	No realizado	93.26%	83
	Realizado	6.74%	6
Control a la semana	No asistió	78.65%	70
	Realizado	8.99%	8
	No realizado	12.36%	11
Control a los dos meses	No asistió	65.17%	58
	Realizado	31.46%	28
	No realizado	3.37%	3
Control a los seis meses	No asistió	77.53%	69
	Realizado	20.22%	18
	No realizado	2.25%	2
Control a los doce meses	No asistió	85.39%	76
	Realizado	11.24%	10
	No realizado	3.37%	3

Fuente: Expedientes clínicos.

Anexo 5: Hoja de formato de seguimiento de casos de profilaxis post exposición (PPE).



Anexo 3 Formato de Seguimiento de casos de PPE



Establecimiento de salud _____
 SIBASI _____ Región de Salud _____
 _____ Exposición Ocupacional al VIH _____ Exposición al VIH por Violación Sexual

A) Datos del accidentado laboralmente o persona afectada por violación sexual

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____

Historia clínica _____

Examen Físico _____

Primeras 24 a 72 horas	Marcar si hecho	Fecha _____
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reevaluar el riesgo y la indicación de la PPE ▪ Ver exámenes basales ▪ Verificar esquema de vacunación: hepatitis B, Td, neumococo, influenza. ▪ Evaluar adherencia y efectos secundarios e ingreso hospitalario por efectos adversos severos ▪ Evaluar estado psicológico ▪ Evaluar prórroga de la incapacidad laboral ▪ Evaluar otras referencias 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Observaciones Indicaciones Firma
Control a la semana	Marcar si hecho	Fecha _____
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluar adherencia y efectos secundarios e ingreso hospitalario por efectos adversos severos ▪ Indicar exámenes de seguimiento para ser tomados en siete semanas: anticuerpos para VIH, serología de sífilis. ▪ Reforzar uso de condón ▪ Evaluar estado psicológico 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Observaciones Indicaciones Firma
Control a los 2 meses	Marcar si hecho	Fecha _____
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cumplir segunda dosis de vacunación de hepatitis B ▪ Verificar cumplimiento de la PPE ▪ Verificar resultados de pruebas de seguimiento anteriormente indicadas ▪ Indicar de prueba VIH a tomarse en 5 meses post exposición ▪ Verificar uso de condón ▪ Indicar antígenos de Hepatitis B a tomarse en 5 meses post exposición ▪ Indicar serología de sífilis 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Observaciones Indicaciones Firma
Control a los 6 meses	Marcar si hecho	Fecha _____
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cumplir tercera dosis de vacunación de hepatitis B ▪ Verificar resultados de las pruebas de seguimiento ▪ Indicar la prueba de VIH para ser tomada a los 11 meses post exposición 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Observaciones Indicaciones Firma
Control a los 12 meses	Marcar si hecho	Fecha _____

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verificar resultados de pruebas indicadas anteriormente ▪ Dar alta contra prueba negativa de VIH 	<p>—</p> <p>—</p>	<p>Observaciones</p> <p>Indicaciones</p> <p>Firma</p>
---	-------------------	---

Fuente: Equipo Técnico y Comité Consultivo de PPE, MINSAL, agosto, 2012.