



# UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

TERAPÉUTICA ANTICONCEPTIVA EN PACIENTES CON  
DIAGNÓSTICO DE MALTRATO SEXUAL

PIZARRO ABAD KERLY ALICIA  
MÉDICA

MACHALA  
2021



# UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

TERAPÉUTICA ANTICONCEPTIVA EN PACIENTES CON  
DIAGNÓSTICO DE MALTRATO SEXUAL

PIZARRO ABAD KERLY ALICIA  
MÉDICA

MACHALA  
2021



# UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

EXAMEN COMPLEXIVO

TERAPÉUTICA ANTICONCEPTIVA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE  
MALTRATO SEXUAL

PIZARRO ABAD KERLY ALICIA  
MÉDICA

PALADINES FIGUEROA FRANKLIN BENJAMIN

MACHALA, 26 DE AGOSTO DE 2021

MACHALA  
26 de agosto de 2021

# TERAPÉUTICA ANTICONCEPTIVA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE MALTRATO SEXUAL

*por* KERLY ALICIA PIZARRO ABAD

---

**Fecha de entrega:** 15-ago-2021 03:35p.m. (UTC-0500)

**Identificador de la entrega:** 1631633667

**Nombre del archivo:** TURNITIN\_2.docx (35.93K)

**Total de palabras:** 2944

**Total de caracteres:** 15006

La que suscribe, PIZARRO ABAD KERLY ALICIA, en calidad de autora del siguiente trabajo escrito titulado Terapéutica anticonceptiva en pacientes con diagnóstico de maltrato sexual, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

La autora declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

La autora como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 26 de agosto de 2021



PIZARRO ABAD KERLY ALICIA  
0707021937

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero expresar mi agradecimiento a Dios por ser mi guía y acompañarme en el transcurso de mi vida, brindándome paciencia y sabiduría para culminar con éxito mis metas propuestas.

A mi esposo por brindarme su apoyo día día para continuar con mi carrera, a mis queridos padres por ser mi pilar fundamental y haberme apoyado incondicionalmente, pese a las adversidades e inconvenientes que se presentaron.

Mi profundo agradecimiento a todas las autoridades y personal que hacen la Carrera de Ciencias Médicas, y a mis profesores, quienes con la enseñanza de sus valiosos conocimientos hicieron que pueda crecer día a día como profesional, gracias a cada uno de ustedes por su paciencia, dedicación, apoyo incondicional y amistad.



## **DEDICATORIA**

Este trabajo se lo dedico a mi Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi familia quienes por ellos soy lo que soy.

A mis padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El diagnóstico de Maltrato sexual se conceptualiza como aquellos actos sexuales que son coaccionados o forzados y que se ejecutan sin el consentimiento de la víctima, cuya definición se encuentra en la Clasificación Internacional de Enfermedades – 11 (CIE-11) con la codificación PJ21; mientras que en la Clasificación Internacional de Enfermedades - 10 (CIE-10) el diagnóstico que se declara es el de “abuso sexual” con la codificación T74.2. Pese a lo detallado, el desarrollo y estadística del tema por parte de organismos internacionales, se hace en alusión al término “violencia sexual”. **OBJETIVO:** Explicar las diferentes opciones de tratamiento anticonceptivo de emergencia utilizadas en pacientes diagnosticadas por maltrato sexual. **DESARROLLO:** La terapéutica anticonceptiva en mujeres con diagnóstico de maltrato sexual se fundamenta en tres pilares fundamentales: tratamiento de lesiones, profilaxis y tratamiento anticonceptivo. Las alternativas de anticoncepción de emergencia disponibles son el dispositivo intrauterino (DIU) de cobre y diferentes píldoras anticonceptivas de emergencia (solas o en combinación). Se realizó una búsqueda sobre maltrato y violencia sexual en las bases de datos PubMed, Cochrane, NIH y SciELO desde el 2016 hasta el 2021. Se usó operadores booleanos como 'OR', 'AND' y 'NOT' para las combinaciones de palabras clave y términos DeCS respectivos. **CONCLUSIONES:** Los embarazos no planificados producto de maltrato sexual pueden ser evitados hasta en un 95 % de los casos si se realiza un manejo adecuado y precoz de las pacientes. El DIU es un método anticonceptivo que cuenta con un 99 % de efectividad.

### **PALABRAS CLAVE:**

“Maltrato sexual”, “violencia sexual”, “anticonceptivo”, “anticonceptivo de emergencia”, “embarazo no deseado”.



## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** The diagnosis of sexual abuse is conceptualized as sexual acts that are coerced or forced and that are carried out without the consent of the victim, whose definition is found in the International Classification of Diseases - 11 (ICD-11) with the PJ21 coding; whereas in the International Classification of Diseases - 10 (ICD-10) the diagnosis declared is that of "sexual abuse" with the T74.2 coding. Despite the details, the development and statistics of the topic by international agencies refer to the term "sexual violence".

**OBJECTIVE:** Explain the different emergency contraceptive treatment options used in patients diagnosed with sexual abuse. **DEVELOPMENT:** Contraceptive therapy in women

with a diagnosis of sexual abuse is based on three main pillars: injury treatment, prophylaxis and contraceptive treatment. The available emergency contraception alternatives are the copper intrauterine device (IUD) and different emergency contraceptive pills (alone or in combination). A search was conducted on abuse and sexual violence in the PubMed, Cochrane, NIH and SciELO databases from 2016 to 2021. Boolean operators such as 'OR', 'AND' and 'NOT' were used for combinations of keywords and respective DeCS terms.

**CONCLUSIONS:** Unplanned pregnancies as a result of sexual abuse can be avoided in up to 95 % of cases if proper and early management of patients is carried out. IUD is a 99 % effective method of birth control.

### KEYWORDS:

"Sexual abuse", "sexual violence", "contraceptive", "emergency contraception", "unwanted pregnancy".

## ÍNDICE

<b>1. - Introducción.....</b>	<b>6</b>
<b>2. - Desarrollo.....</b>	<b>9</b>
<b>2.1 Terapéutica anticonceptiva: .....</b>	<b>9</b>
<b>2.1.1 Anticoncepción oral de emergencia con Levonorgestrel.....</b>	<b>11</b>
<b>2.1.2 Anticoncepción oral de emergencia con Acetato de ulipristal.....</b>	<b>12</b>
<b>2.1.3 PAE combinadas.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1.4 DIU de cobre. ....</b>	<b>13</b>
<b>2.2 Mecanismo de acción de los AE. ....</b>	<b>14</b>
<b>2.3 Interacciones medicamentosas en la terapia AE.....</b>	<b>15</b>
<b>2.4 Efectos adversos de los AE. ....</b>	<b>15</b>
<b>3. - Conclusiones. ....</b>	<b>16</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS. ....</b>	<b>17</b>

## 1. - INTRODUCCIÓN

Se entiende como diagnóstico de maltrato sexual a aquellos actos sexuales que son coaccionados o forzados, pues se ejecutan sin el consentimiento de la víctima, cuya definición se encuentra en la Clasificación Internacional de Enfermedades – 11 (CIE-11) y su codificación es PJ21 <sup>1</sup>, mientras que en la Clasificación Internacional de Enfermedades – 10 (CIE-10) el término que se utiliza es abuso sexual con la codificación T74.2 <sup>2</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) conceptualiza el termino violencia sexual, como una acción o intento a realizar un acto sexual, con finalidad de consumir un acto sexual u otro acto que no son deseados y que de esta manera vulneran la sexualidad, es un tipo de violencia en la que el verdugo utiliza la coacción y la agresividad para someter a sus víctimas, independientemente del tipo de relación que tenga el agresor con su víctima <sup>3</sup>.

En su reporte oficial acerca de la prevalencia de la violencia sexual, la OMS manifestó que aproximadamente 1 de cada 3 mujeres han padecido algún tipo de violencia sexual durante el transcurso de su vida y que eso no se relaciona con el vínculo afectivo que tengan las víctimas con sus agresores, ya que los abusadores pueden ser sus propias parejas o terceras personas, dicho estudio fue llevado a cabo en 161 países y se desarrolló a lo largo de 8 años (2000 - 2018), en este estudio también reporta que el grupo de edad de mujeres abusadas va desde los 15 a 49 años <sup>2</sup>.

**Tabla 1**

Prevalencia de violencia sexual por continentes.

<b>CONTINENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Región de Asia sudoriental y África	33 %
Región Mediterránea Oriental	31 %
América	25 %
Europa y países de ingresos altos	22 %
Región del Pacífico Occidental	20 %

**FUENTE:** Organization WH. Violencia contra la mujer [Internet]. 2021

A nivel nacional el Ministerio de Salud Pública (MSP) no publica registros estadísticos referentes a maltrato o violencia sexual.

La consecuencia más común de la violencia sexual es el embarazo, por lo tanto, las mujeres pueden necesitar más anticoncepción de emergencia (AE) que aquellas mujeres que no están expuestas a violencia sexual<sup>4,5</sup>. La AE hace referencia a los métodos anticonceptivos que pueden ser utilizados en los primeros días posteriores al acto sexual, para impedir un embarazo no deseado<sup>6</sup>. Se conoce que utilizar AE en los primeros 3 días luego de haber sufrido la agresión sexual evita 3 de cada 4 posibles embarazos<sup>4</sup>. Por tal motivo la AE es uno de los ejes fundamentales por abarcar durante la atención de mujeres con diagnóstico PJ21.

El riesgo de embarazo en víctimas de maltrato sexual va entre el 0,5 % al 5 %, por lo cual, el personal sanitario cumple un rol fundamental para atender a las víctimas de maltrato sexual, ya que la función principal es disminuir los daños producidos<sup>4</sup>.

Este estudio tiene como objetivo explicar las diferentes opciones de tratamiento anticonceptivo de emergencia utilizadas en pacientes diagnosticadas por maltrato sexual. Se realizó un estudio de tipo descriptivo y documental con enfoque narrativo. Se realizaron búsquedas para identificar información relevante sobre maltrato y violencia sexual, se emplearon las palabras clave y además términos involucrados para efectuar la investigación. Las bases de referencias consultadas fueron PubMed, Cochrane, NIH y SciELO a partir del 2016 hasta el presente año 2021.

Se usaron las palabras clave y términos MeSH y DeCS: “maltrato sexual”, “violencia sexual”, “anticonceptivo”, “anticonceptivos de emergencia”. Operadores booleanos como 'OR', 'AND' y 'NOT' se utilizaron para la conexión de palabras clave y términos MeSH. Se averiguaron dichos términos en los campos de resumen, título y además palabras clave de los artículos.

Se analizó literatura y datos sobre maltrato sexual y varios indicadores entre los sitios web gubernamentales y de instituciones que tengan relación principal con la salud, entre ellos, publicaciones de organismos mundiales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS). Otra fuente que se investigó fue el Ministerio de Salud Pública (MSP). La disponibilidad y el patrón de los datos han sido bastante reducidos comparativamente con la información obtenida entre artículos y términos de búsqueda.

## **2. - DESARROLLO**

La atención de emergencia de la paciente con diagnóstico de maltrato sexual se fundamenta en tres pilares fundamentales: abordaje de lesiones, profilaxis general y terapéutica anticonceptiva. Los tipos de lesiones pueden ser físicas (cara y cuerpo) y ginecológicas (lesiones genitales, nalga, región perianal)<sup>7</sup>. Si se combina el examen forense con la curación de lesiones ocasionadas será menos traumático para las víctimas de maltrato sexual<sup>7</sup>. Para la prevención por VIH se utilizará profilaxis antirretroviral<sup>4</sup> con los fármacos tipo emtricitabina asociado al tenofovir, disoproxil fumarato con un esquema a cumplir de 30 tabletas vía oral 1 vez al día por 30 días<sup>8</sup>. Además, para el caso de la Hepatitis B, se realiza la vacunación en caso de no haber cumplido el esquema<sup>4</sup>. Para la prevención contra las infecciones de transmisión sexual (ITS) bacterianas se utilizará 1 gramo de azitromicina en una sola toma<sup>4,8</sup>. A continuación, se explica la terapéutica para evitar la concepción no consentida ni planificada.

### **2.1 Terapéutica anticonceptiva:**

Se refiere al uso de técnicas utilizadas para no concebir cuando exista el deseo de no hacerlo; más aún cuando existe el diagnóstico de maltrato sexual. Es a partir de estas premisas que encontramos a las distintas alternativas para la AE, consiste en el grupo de medicamentos anticonceptivos que se utilizan para eludir un embarazo no planificado en los primeros días luego de la interacción sexual; aproximadamente hasta en unas 120 horas posteriores al coito. Este tipo de anticoncepción es un procedimiento fiable para la mayor parte de las mujeres, sin desconsiderar las variables peso corporal o uso de medicamentos que puedan interactuar con su eficacia<sup>9,10</sup>.

La AE es además un método de recuperación, ya que está diseñado para usarse en situaciones que podrían considerarse de emergencia como después del coito sin protección, el

fracaso o la utilización inadecuada de los métodos anticonceptivos y diagnóstico de maltrato sexual. Algo fundamental a tener en cuenta es que estos AE no están destinados a ser utilizados de ninguna manera regular, pues representan un mayor riesgo de falla que los métodos anticonceptivos habituales<sup>11</sup>, todo esto garantiza que las mujeres disminuyan los resultados socioeconómicos y los resultados de salud negativos que traen consigo los embarazos no planificados<sup>12</sup>.

El acceso a la AE varía en cada país del mundo. Es así que aproximadamente 147 países a nivel mundial tienen al menos un tipo de AE que puede ser utilizado y que está debidamente registrado; mientras que 47 países no tienen ningún anticonceptivo de emergencia registrado para su uso. Actualmente, 19 países tienen AE orales que se pueden comprar directamente en las farmacias<sup>13</sup>.

Se debe tener en cuenta que la eficacia de los distintos tipos de AE va a depender de algunas consideraciones, entre las que se encuentran: el tipo de AE seleccionado, el día del periodo menstrual en el que esté pasando la mujer y el tiempo sucedido entre el coito sin protección y el principio del uso de la AE. Adicionalmente, la efectividad de los AE se consigue ver comprometida en dependencia con el índice de masa corporal (IMC) o en combinación con el empleo de otros fármacos (inductores enzimáticos del citocromo P450 3A4)<sup>6,14</sup>.

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, en su publicación del año 2017 acerca de la anticoncepción de emergencia, señala que en muchas ocasiones se confunde esta opción terapéutica como la píldora del día después. Si bien la AE es más eficaz dentro del periodo de las 24 horas luego de la relación sexual sin protección, evita el embarazo hasta 120 horas después del coito sin uso de protección<sup>15</sup>.



### ***2.1.1 Anticoncepción oral de emergencia con Levonorgestrel.***

El plan aprobado para la anticoncepción de emergencia a base de Levonorgestrel (LNG) son tabletas de 1.5 mg, que deben tomarse por vía oral lo antes posible y de preferencia dentro del rango de las 72 horas después de la relación sexual sin protección, aunque suele tener algunos efectos hasta las 96 horas (cuatro días) desde la relación sexual<sup>16</sup>.

La evidencia científica ha demostrado que mientras menos tiempo transcurra entre el coito y en la deglución de la píldora anticonceptiva de LNG, mejor será el efecto; así mismo se ha comparado las diferencias que existen en tomarla el primer día y tomarla el quinto día posterior al coito sin protección, donde el riesgo de embarazo aumenta aproximadamente seis veces<sup>16</sup>.

La píldora de LNG es un método anticonceptivo bien tolerado pero su uso como anticoncepción de emergencia aún es limitado; una razón es que los anticonceptivos orales de emergencia con levonorgestrel no son tan eficaces como los otros métodos anticonceptivos de emergencia<sup>16</sup>.

La tasa de equivocación de los anticonceptivos combinados orales es del 0,75 % al 1,67 %, y la tasa de equivocación de los anticonceptivos orales de emergencia que contienen levonorgestrel es del 0,6 % al 3,1 %, que es más alta que la del acetato de ulipristal (UPA) (tasa de fracaso del 0,9 al 1,2 %) y el DIU de cobre (tasa de falla: <0.1 %) <sup>14,17</sup>.

Si la paciente está usando medicamentos que inducen las enzimas hepáticas y no es adecuado para los DIU de cobre y la dosis de LNG deberá duplicarse (3 mg). Sin embargo, la eficacia del LNG puede verse reducida por fármacos que inducen las enzimas hepáticas como la fenitoína, rifabutina, rifampicina, carbamazepina, fenobarbital, y hipérico (hierba de San

Juan); en estos casos se recomienda un método anticonceptivo intrauterino que contenga cobre como sustituto<sup>16</sup>.

Su período más efectivo es durante la ovulación, lo que hace que el período menstrual ocurra antes de lo esperado<sup>11</sup>. Si se producen vómitos luego de dos horas posteriores a la ingesta de LNG, se debe repetir la administración<sup>16</sup>.

En semejanza con las mujeres que tiene un índice de masa corporal (IMC) saludable, las mujeres obesas pueden tener un riesgo elevado de error en la anticoncepción de emergencia de LNG oral, por ello las mujeres obesas deben recibir asesoramiento adicional y, como alternativa, ya que, a medida que aumenta el  $IMC > 30 \text{ kg} / \text{m}^2$ , disminuye la eficacia de las píldoras, es por esta razón que se deben recomendar dispositivos intrauterinos que contengan UPA o cobre; y, a pesar de que existen pocas contraindicaciones para el uso de LNG como anticoncepción de emergencia no es tan efectivo como los dispositivos intrauterinos de UPA o cobre<sup>16</sup>.

### ***2.1.2 Anticoncepción oral de emergencia con Acetato de ulipristal.***

El protocolo aprobado para acetato de ulipristal (UPA), el cual es un modulador sintético y selectivo de los receptores de progesterona y cuyo mecanismo de acción consiste en retrasar la ruptura folicular en 5 días, justo antes del aumento en el nivel de la hormona luteinizante (LH); además retrasa la ovulación mejor que el LNG cuando se administra en el período folicular tardío. Tiene más eficacia que LNG ya sea que se puede tomar hasta las 120 horas después del coito sin protección<sup>11</sup>, los efectos adversos son similares para ambas PAE<sup>16</sup>.

Se recomienda utilizar la UPA o el LNG entre 0 y 72 horas posteriores del coito sin protección para tener mayor eficacia y seguridad; su efectividad se podría reducir al tomar un progestágeno al día siguiente o por el uso de drogas<sup>11</sup>.

UPA es una tableta de 30 mg que se toma por vía oral dentro de las 120 horas (cinco días) luego del coito sin protección, por lo tanto, la anticoncepción hormonal habitual debe comenzar hasta 5 días después de la administración de UPA<sup>11</sup>. Este medicamento fue aprobado por Health Canada para AE en el año 2015<sup>18</sup>.

La información acerca de UPA y la lactancia es deficiente y sin evidencia científica por lo que se recomienda a las mujeres que dejen de amamantar por al menos una semana después de la ingesta de UPA. Adicionalmente, a las mujeres que estén en periodo de lactancia se les recomienda anticoncepción de emergencia de LNG o colocarse un DIU de cobre ya que son seguros de usar durante la lactancia<sup>16</sup>.

### ***2.1.3 PAE combinadas.***

Para este esquema se usa una dosis dividida: 1 dosis de 100 µg de etinilestradiol más 0,50 mg de LNG, consecutivo a una segunda dosis de 100 µg etinilestradiol más 0,50 mg de LNG 12 horas posteriores, sin embargo, no es el método más eficaz, por lo cual su uso ha ido disminuyendo<sup>6</sup>.

### ***2.1.4 DIU de cobre.***

Representa la anticoncepción de emergencia más eficaz, ya que posee una tasa de fracaso <1 %, y además puede ser colocado hasta cinco días después de la ovulación, además que los DIU de cobre son un método anticonceptivo de acción prolongada, que puede proporcionar protección frente a embarazos por un periodo de tiempo que oscila entre 10 a 12 años, todo lo anterior, lo hace más eficaz que las píldoras anticonceptivas<sup>16,19</sup>.

El mecanismo de acción del DIU-cu, es la inhibición de la fertilización puesto que los iones de cobre que son liberados por el dispositivo tienen un efecto tóxico sobre los

espermatozoides y con ello se logra afectar su movilidad y viabilidad de los mismos; lo mismo ocurre sobre los óvulos. En sucesos raros en los que acontece la fertilización, la implantación se evita debido a la respuesta inflamatoria en el endometrio<sup>16</sup>.

El diagnóstico por infección de transmisión sexual (ITS) está indicado en mujeres que se consideran con factores de riesgo (como usuarias < 25 años de edad y que tengan más de 1 pareja sexual en los últimos 12 meses, o que tengan un cambio reciente de pareja), sin embargo, esta no es una contraindicación para usar el DIU como anticonceptivo de emergencia<sup>16</sup>.

En algunos países el acceso a las colocaciones de DIU de cobre (DIU-Cu) de emergencia es limitado por dos razones: falta de conocimiento de los AE por parte del personal de salud o de las usuarias y porque no todos los médicos realizan inserciones de DIU-Cu<sup>16</sup>.

La eficacia del DIU-Cu para la AE está demostrada con evidencia científica, la cual respalda que su eficacia es mayor en mujeres con sobrepeso y obesidad con relación a las píldoras de AE hormonales, las cuales son menos eficaces en este grupo de mujeres con un IMC mayor a 25 kg/m<sup>2</sup> a su vez, el DIU-Cu se puede utilizar de entre 7 a 10 días posteriores al coito sin protección, si se compara al límite de 5 días que poseen las píldoras hormonales. Con todo esto, se ha logrado demostrar que la mayor parte de las mujeres que reciben un DIU-Cu para Anticoncepción de Emergencia lo siguen usando a largo plazo<sup>18</sup>.

## **2.2 Mecanismo de acción de los AE.**

Mecanismo de acción de las píldoras anticonceptivas de emergencia que contengan levonorgestrel y ulipristal es prevenir o posponen la ovulación, o en circunstancias en donde se haya producido la ovulación, se genere una incapacidad para inhibir el endometrio, disminuir su receptividad e implantación, otro mecanismo es que alteran la ovulación, y, por

ende, la formación del cuerpo lúteo se ve afectada y, la siguiente fase, que es la fase lútea se afecta. Aunque, si ocurre la ovulación, la siguiente fase lútea no se afecta y puede existir la implantación del embrión<sup>20</sup>. Los DIU son más eficaces pues no solo previenen la fertilización sino también previenen la receptividad endometrial y por ende previenen que se produzca la implantación en caso de que ya haya ocurrido la fertilización<sup>20</sup>.

### **2.3 Interacciones medicamentosas en la terapia AE.**

Los medicamentos o productos que inducen o aceleran las enzimas hepáticas y que aumentan el metabolismo de la anticoncepción hormonal disminuyen la eficacia de la AE hormonal, entre aquellos productos/medicamentos que ejercen esta acción se encuentran<sup>11</sup>: antiepilépticos, antifúngicos, antirretrovirales usados para el tratamiento del VIH<sup>12</sup>. Algunos fármacos usados en infecciones micóticas<sup>11</sup>. Productos a base de hierbas<sup>11</sup>.

### **2.4 Efectos adversos de los AE.**

Los anticonceptivos orales de emergencia tienen efectos adversos similares, entre los más frecuentes se encuentran: náuseas y vómitos, entre otros menos frecuentes se encuentran: mareos, dolor abdominal, dolor de cabeza, tensión en el pecho, fatiga y sangrado<sup>11</sup>. En cuanto al DIU podemos encontrar: dolor pélvico, sangrado transvaginal, infección pélvica, perforación uterina y expulsión del DIU<sup>11</sup>.

### **3. - CONCLUSIONES**

Los embarazos no planificados producto de maltrato sexual pueden ser evitados hasta en un 95% de los casos si se realiza un manejo adecuado y precoz en las pacientes, todos los estudios analizados para la realización de este trabajo demuestran que mientras más pronto se use la terapéutica anticonceptiva de emergencia mejores resultados van a existir en cuanto a la anticoncepción, las primeras 72 horas son cruciales para los distintos tipos de anticonceptivos de emergencia.

Con la presente revisión bibliográfica se ha podido constatar que existe poco conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos de emergencia y que muchos de los profesionales de la salud sólo prescriben píldoras anticonceptivas de emergencia y no brindan asesoría sobre el DIU, el cual es el método más eficaz con un 99.9% de efectividad, con relación al 70 - 90% que proporcionan las píldoras anticonceptivas de emergencia.

También hay que asegurarse que las víctimas tengan un lugar que le de la seguridad que necesitan donde puedan permanecer luego de recibir la atención inicial, además se debe generar conciencia a toda la población sobre la repercusión a la que esto conlleva sino también de cómo afecta a las mujeres y proporcionar ayuda que esté disponible las 24 horas del día, sea esta de manera virtual o vía telefónica, cuando sucedan estos hechos, con lo cual estas pacientes tendrán la asesoría oportuna.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad [Internet]. 2021. Available from:  
<https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/1192102653>
2. Organization WH. Violencia contra la mujer [Internet]. 2021. Available from:  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
3. Cie-10 - Gobierno de España.
4. Delziovo CR, Berger E, Coelho S, Lindner SR. Sexual violence against women and care in the health sector in Santa Catarina – Brazil. *Rev Ciência Saúde Coletiva*. :1687–96.
5. Lewis N V, Moore THM, Feder GS, Macleod J, Whiting P. Use of emergency contraception among women with experience of domestic violence and abuse : a systematic review. *BMC Womens Health*. 2018;1–8.
6. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos, Tercer edición, 2018. 2018.
7. Peeters L, Vandenberghe A, Hendriks B, Gilles C, Roelens K, Keygnaert I. Current care for victims of sexual violence and future sexual assault care centres in Belgium: the perspective of victims. *BMC Int Health Hum Rights*. 2019;5:1–12.
8. Bress J, Kashemwa G, Amisi C, Armas J, Mcwhorter C, Ruel T, et al. Delivering integrated care after sexual violence in the Democratic Republic of the Congo. *BMJ Glob Heal*. 2019;1–7.
9. Michie L, Chb MB, Mfsrh M, Cameron ST, Chb MB, Mfsrh F. Emergency contraception and impact on abortion rates. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2019;(xxxx). Available from:  
<https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.06.008>
10. Upadhya KK. Emergency Contraception. *Am Acad Pediatr*. 2019;144(6).
11. Hamdaoui N, Cardinale C, Agostini A. Emergency contraception: CNGOF Contraception Guidelines. *Gynecol Obstet Fertil Senol* [Internet]. 2018; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.006>
12. Mohammed S, Abdulai A, Iddrisu OA. Pre-service knowledge , perception , and use of emergency contraception among future healthcare providers in northern Ghana. *Contracept Reprod Med*. 2019;9:1–7.



13. Moore A, Sarah R, Stamm C. Seeking Emergency Contraception in the United States: A Review of Access and Barriers Access and Barriers. *Women Health* [Internet]. 2018;0(0). Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/03630242.2018.1487905>
14. Batur P, Mph LNK, Casey PM. Emergency Contraception. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2016;91(6):802–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.02.018>
15. AWHONN A of WHO and NN. Emergency Contraception. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 2017;46(6):886–8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2017.09.004>
16. Black KI, Hussainy SY. Emergency contraception: Oral and intrauterine options. *Aust Fam Physician* [Internet]. 2017;46(10):722–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29036770/>
17. Leelakanok N, Methaneethorn J. A Systematic Review and Meta - analysis of the Adverse Effects of Levonorgestrel Emergency Oral Contraceptive. *Clin Drug Investig* [Internet]. 2020;(0123456789). Available from: <https://doi.org/10.1007/s40261-020-00901-x>
18. Edwards C, Panjwani D, Pendrith C, Ly A, Dunn S. Knowledge of and Interest in the Copper Intrauterine Device Among Women Seeking Emergency Contraception. *Contraception* [Internet]. 2017;1–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jogc.2017.05.027>
19. Kaller S, Mays A, Freedman L, Harper CC, Biggs MA. Exploring young women's reasons for adopting intrauterine or oral emergency contraception in the United States: a qualitative study. *BMC Womens Health*. 2020;1–9.
20. Wun H, Li R. Mechanisms of action of emergency contraception pills. *Eur J Contracept Reprod Heal Care* [Internet]. 2019;0(0):1–2. Available from: <https://doi.org/10.1080/13625187.2018.1555663>