

Contracepció d'emergència

en l'atenció **Direcció clínica**  
primària

**Guies de pràctica clínica  
i material docent**

[www.gencat.net/ics](http://www.gencat.net/ics)

Contracepció d'emergència

# Direcció clínica en l'atenció primària

**Guies de pràctica clínica  
i material docent**

## Guies de pràctica clínica i material docent

### AUTORS:

**Rosa Almirall Oliver**, Ginecòloga obstetra. Programa d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva Baix Llobregat Centre. Servei d'Atenció Primària Baix Llobregat Centre.

**Carme Batalla Martínez**, Metge de família. Equip d'Atenció Primària Doctor Pujol i Capsada. Servei d'Atenció Primària Baix Llobregat Litoral.

**Esther Benaque Vidal**, Metge de família. Equip d'Atenció Primària Rio de Janeiro. Servei d'Atenció Primària Nou Barris.

**Arantxa Catalán Ramos**, Farmacèutica. Unitat de Farmàcia. Divisió d'Atenció Primària.

**Dolors Costa Sampere**, Llevadora. Adjunta a la Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut.

**Federico Heredia Prim**, Ginecòleg obstetre. Hospital del Parc Taulí. Corporació Sanitària Parc Taulí.

**Cristina Martínez Bueno**, Llevadora. Programa d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva Àmbit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat.

**Pilar Soterias Guasch**, Llevadora. Programa d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva Cerdanyola-Ripollet. Servei d'Atenció Primària Cerdanyola-Ripollet.

**Carles Viudez Cabañas**, Advocat. Assessoria Jurídica.

**Direcció del projecte**

**Direcció Clínica:**

**Ramon Morera Castell**

*Director*

*Divisió d'Atenció Primària*

**Direcció del projecte**

**Guies de pràctica clínica:**

**Eva Comín Bertrán**

*Divisió d'Atenció Primària*

**Coordinació:**

**Arantxa Catalán Ramos**

*Unitat de Farmàcia*

*Divisió d'Atenció Primària*

**Suport administratiu:**

**Rosa Dehesa Camps**

**M. Carmen Giménez Caraballo**

*Unitat de Farmàcia*

*Divisió d'Atenció Primària*

**Teresa Marín Alcazar**

*Àmbit d'Atenció Primària Centre*

Generalitat de Catalunya

© Institut Català de la Salut

Edició: Institut Català de la Salut

**Coordinació editorial:**

**M. Teresa Ciuraneta Murgarella**

**Mercè Isern Gausí**

*Gabinet de Comunicació*

**Coordinació i assessorament lingüístic:**

**Geòrgia Bascompta Marsal**

**Mercè Muñoz Burzón**

*Gabinet de Comunicació*

Disseny gràfic: Víctor Oliva. Disseny gràfic, SL

Primera edició: setembre de 2004

Dipòsit legal: B-42.588-2004

# Índex

Presentació	5
Nivells d'evidència científica i grau de les recomanacions utilitzades	6
Introducció	7
1. Indicacions	8
2. Mètodes disponibles	11
2.1. Gestàgens (levonorgestrel)	14
2.2. Estrògens i gestàgens combinats: Pauta de Yuzpe	11
2.3. Dispositiu intrauterí	16
2.4. Situacions especials	18
2.5. Teratogènia	19
3. Informació clínica necessària per a la indicació de la contracepció d'emergència	22
4. Accessibilitat	25
4.1. Dificultats en l'accessibilitat	25
4.2. Millora de l'accessibilitat	26
5. Aspectes legals	28
5.1. Menors	28
5.2. Persones incapacitades	28
5.3. Confidencialitat	28
5.4. Objeció de consciència	29
6. Derivació entre diferents unitats assistencials d'Atenció Primària	29
6.1. Derivació al PASSIR	29
6.2. Criteris de seguiment i/o derivació a altres serveis	29
7. Bibliografia	31
<b>Annexos</b>	
Annex I. Indicadors d'avaluació	38
Annex II. Procés d'elaboració de la Guia de pràctica clínica	39



# Presentació

La Guia de pràctica clínica sobre contracepció d'emergència constitueix un element de suport a la tasca assistencial dels professionals, ja que aporta una revisió acurada de les evidències científiques disponibles actualment sobre el coneixement d'aquest tema, i les tradueix en recomanacions per a la pràctica diària.

Les nostres pacients mereixen rebre una atenció sanitària basada al màxim en criteris científics i és per això que us preguem que reviseu i considereu aquest document a l'hora de prendre les vostres decisions assistencials en la pràctica clínica diària. Cal recordar però que les guies són un element de suport i d'ajut al professional, però no poden donar resposta a totes les situacions complexes que es produeixen a la consulta, on és el professional qui ha de individualitzar i decidir en funció de les característiques i preferències de cada pacient.

Pel seu contingut docent, la Guia sobre la contracepció d'emergència constitueix també un valuós document per a facilitar l'adquisició de competències clíniques que han de caracteritzar el desenvolupament professional dels metges d'atenció primària de l'Institut Català de la Salut.

La capacitació tècnica i científica dels seus autors i revisors, el rigor metodològic amb que ha estat elaborada, i les revisions dutes a terme per les societats científiques catalanes i organitzacions com l'Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques o la Fundació Institut Català de Farmacologia, avalen la qualitat d'aquesta Guia .

En el context del Projecte de direcció clínica de la Divisió d'Atenció Primària i en un moment de màxima actualitat en que el Departament de Salut inicia el programa "L'anticoncepció d'emergència en la xarxa de salut de Catalunya" orientat a garantir la disponibilitat de levonorgestrel de manera progressiva a tots els centres de salut, ens complau presentar la Guia pràctica per al maneig de la contracepció d'emergència a l'atenció primària de salut.

Per finalitzar, volem agrair la participació de tots els qui han treballat per fer possible aquest Projecte que té per missió millorar la qualitat de l'assistència sanitària que s'ofereix en els centres d'atenció primària i donar el millor servei al ciutadà.

**Raimon Belenes Juárez**  
*Director gerent*

**Ramon Morera Castell**  
*Director*  
*Divisió d'Atenció Primària*

## Nivells d'evidència científica i grau de les recomanacions utilitzades\*

Nivell	Tipus d'evidència científica (EC)
Ia	L'evidència científica prové de metaanàlisis d'assaigs clínics controlats i aleatoris.
Ib	L'evidència científica prové d'almenys un assaig clínic controlat i aleatori.
IIa	L'evidència científica prové d'almenys un estudi prospectiu controlat ben dissenyat sense aleatoritzar.
IIb	L'evidència científica prové d'almenys un estudi quasi experimental ben dissenyat.
III	L'evidència científica prové d'estudis descriptius no experimentals ben dissenyats com són estudis comparatius, estudis de correlació o estudis de casos i controls.
IV	L'evidència científica prové de documents o opinions de comitès d'experts i/o experiències clíniques d'autoritats de prestigi.

Grau	Recomanació
A (Nivells d'EC Ia, Ib)	Requereix almenys un assaig controlat aleatori correctament dissenyat i de grandària adequada o una metaanàlisi d'assaigs controlats i aleatoris.
B (Nivells d'EC IIa, IIb, III)	Requereix disposar d'estudis clínics metodològicament correctes que no siguin assaigs controlats aleatoris sobre el tema de la recomanació. Inclou estudis que no compleixin els criteris ni d'A ni de C.
C (Nivell d'EC IV)	Requereix disposar de documents o opinions de comitès d'experts i/o experiències clíniques d'autoritats reconegudes. Indica l'absència d'estudis clínics directament aplicables i d'alta qualitat.

En el text s'indica només el grau d'evidència de la recomanació que sustenta cadascuna de les recomanacions efectuades, mitjançant un requadre.

\* US Agency for Health Care Policy and Research

# Introducció

Es denomina contracepció d'emergència l'ús de diferents mètodes que, utilitzats per la dona després d'una relació coital amb risc d'embaràs no desitjat, són capaços de prevenir-lo.

Actualment la contracepció d'emergència és un tema d'interès, tant per la seva demanda creixent com per la diversitat d'àmbits i/o serveis on s'ofereix: equips d'atenció primària (EAP), serveis d'atenció continuada, programes d'atenció a la salut sexual i reproductiva (PASSIR) i serveis d'urgències dels hospitals.

Cal remarcar que tot i que s'estan duent a terme activitats d'orientació i planificació familiar dins l'atenció primària (AP) i que es disposa de nombrosos mètodes contraceptius d'alta efectivitat, es segueixen produint molts embarassos, que no són ni planificats ni desitjats i que, en les adolescents, l'embaràs no planificat es produeix amb més freqüència.

Per tant, la contracepció d'emergència pot ser una bona opció, pot prevenir d'un possible avortament i pot evitar els problemes psicosocials que comporta una maternitat no desitjada.

L'objectiu d'aquesta Guia és donar una eina de suport als professionals que incorpori l'evidència científica en la pràctica clínica i alhora unificar els criteris d'actuació davant de la contracepció d'emergència.

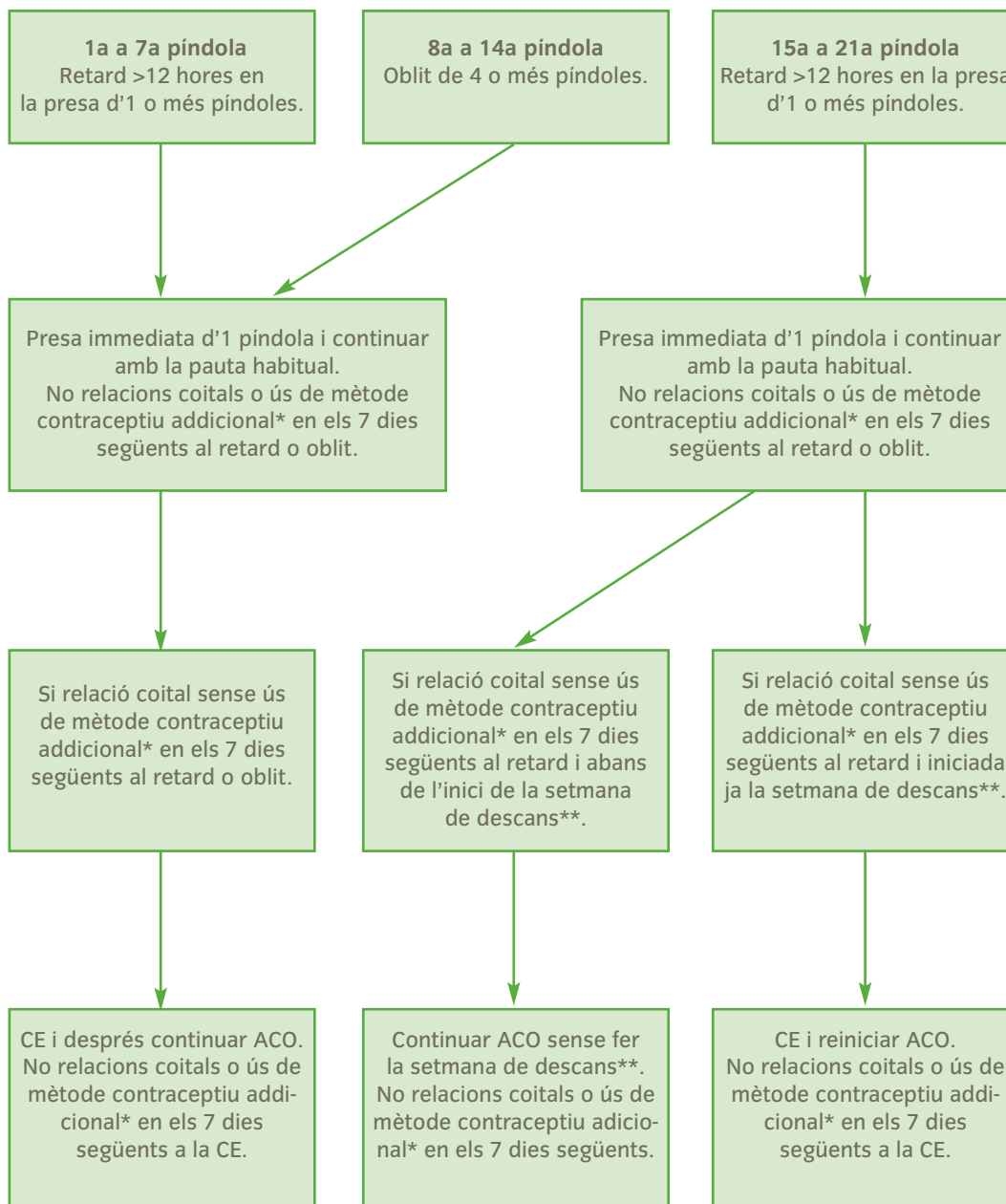
# 1. Indicacions

La contracepció d'emergència està indicada en dones en edat reproductiva que han tingut una relació coital amb risc d'embaràs no desitjat, independentment del moment del cicle menstrual en què hagi tingut lloc aquesta relació.

Les situacions que suposen un risc d'embaràs són les següents<sup>1-9</sup>:

1. Relacions coitals sense mètode contraceptiu.
2. Ús incorrecte o altres incidents de mètodes de barrera:
  - Preservatiu: ruptura, caducitat, retenció dins la vagina en retirar-lo.
  - Diafragma: errors de col·locació, retirada abans del temps recomanat: (abans de les 6 hores postcoitals), mal ús de la crema espermicida (no ús o ús fora del termini recomanat per mantenir la seva efectivitat).
3. Ús incorrecte o altres incidents de mètodes naturals: Ogino-Knaus, Billings, mètode simplotèrmic sense respectar els dies d'abstinència coital.
4. Oblit d'anticonceptius combinats orals (figura 1) i tenir relacions coitals sense ús de mètode contraceptiu addicional en el 7 dies següents.
5. Oblit de més de 3 hores respecte a l'horari habitual de la minipíndola de gestàgens i tenir relacions coitals sense ús de mètode contraceptiu addicional en els 7 dies següents.
6. Relacions coitals sense ús de mètode contraceptiu addicional durant la presa d'anticonceptius combinats orals i fàrmacs que redueixen la seva efectivitat (taula 1).
7. Relacions coitals, sense ús d'un mètode contraceptiu addicional durant la presa d'anticonceptius combinats orals amb vòmits i/o diarrees persistents i durant els 7 dies següents de la recuperació del trastorn.
8. Expulsió/extracció del dispositiu intrauterí (DIU) en les 72 hores següents a una relació coital.
9. Expulsió o ús incorrecte de l'anella vaginal contraceptiva: retirada de l'anella durant més de 3 hores en qualsevol moment dels 21 dies en què ha d'estar inserida, o període de més de 7 dies sense anella entre la seva retirada i la reinserció de la nova anella contraceptiva.
10. Oblit de més de 3 dies del pegat transdèrmic d'estrògens i gestàgens.
11. Violació.

**Figura 1. Oblits en la presa d'anticonceptius combinats orals**



**CE:** Contracepció d'emergència.

**ACO:** Anticonceptius combinats orals.

\* Preservatiu, diafragma, espermicides.

\*\* En cas d'ACO amb comprimits placebo (Diane 35 diari<sup>®</sup>) es considera setmana de descans la de la presa d'aquests comprimits.

**Taula 1. Interaccions medicamentàries dels anticonceptius combinats orals**

Grup terapèutic	Principis actius	Efecte	Mecanisme d'interacció	Actuació recomanada
Antiepilèptics	Carbamazepina Oxcarbamazepina Fenitoïna Fenobarbital Primidona Topiramato	Redueixen l'efectivitat dels ACO	Indueixen l'activitat enzimàtica hepàtica	<b>Si coexisteixen durant un curt període de temps</b> , cal utilitzar un mètode contraceptiu addicional* durant el mateix temps i 1 setmana després de finalitzar el tractament. En el cas de rifabutina i rifampicina, cal allargar el mètode contraceptiu addicional al llarg de 4 setmanes després de finalitzar el tractament.
Antifúngics	Griseofulvina			
Antivirals	Nelfinavir Nevirapina Ritonavir			
Antiretrovirals	Lamivudina Zidovudina, etc.			
Antituberculosos	Rifabutina Rifampicina		Redueixen la circulació enterohepàtica d'estrògens	<b>Pautes antibiòtiques curtes.</b> Cal utilitzar un mètode contraceptiu addicional* al llarg del tractament i almenys durant 1 setmana després de la seva finalització.  <b>Pautes antibiòtiques superiors a 3 setmanes.</b> No requereixen precaucions addicionals atès que es desenvolupen resistències bacterianes a l'intestí.
Antibiòtics d'ampli espectre	Ampicil·lina Amoxicil·lina Penicil·lina V Doxiciclina			

\* Preservatiu, diafragma, espermicida.  
Font: <http://www.bnf.org> (26-06-03).

## 2. Mètodes disponibles

A la bibliografia mèdica apareixen com a mètodes utilitzats per a la contracepció d'emergència diferents pautes combinades d'estrògens i gestàgens, gestàgens sols, danazol, la inserció d'un dispositiu intrauterí (DIU) i la mifepristona (Ru-486). Després de diferents estudis comparant l'efectivitat i la seguretat dels diferents mètodes s'han abandonat les pautes inicials de dosis molt elevades d'estrògens i gestàgens i el danazol, ja que no milloren l'efectivitat i s'ha observat un augment considerable dels efectes secundaris.<sup>10-11</sup>

Per tant, actualment s'utilitza la contracepció d'emergència amb gestàgens (per la seva major efectivitat respecte a les pautes combinades d'estrògens i gestàgens) o la inserció d'un DIU. La mifepristona, malgrat la seva alta efectivitat i seguretat [A]<sup>12</sup>, no està disponible ja que la seva utilització només està autoritzada, a l'estat espanyol, associada a anàlegs de la prostaglandina amb la indicació de finalització mèdica d'un embaràs intrauterí i la seva disponibilitat queda restringida a l'àmbit hospitalari.

### Avaluació de l'eficàcia de la contracepció d'emergència

El risc d'embaràs en una relació coital oscil·la entre el 2 i el 30 % en funció del dia del cicle menstrual en què tingui lloc aquesta relació. Si 100 dones tenen una relació coital, sense mètode contraceptiu, durant les dues setmanes del mig del cicle menstrual, d'aquestes aproximadament 8 dones quedaran embarassades.<sup>5, 13-15</sup>

Molts factors compliquen el càlcul de l'eficàcia dels diferents mètodes de contracepció d'emergència (dificultat de conèixer el dia de l'ovulació, presència de cicles irregulars, possibilitat que la dona estigui ja embarassada en el moment de l'administració de la contracepció d'emergència, índex de fertilitat de la dona, administració correcta del tractament, possibilitat de noves relacions coitals en el mateix cicle, pèrdues en el seguiment de les dones, etc.). No obstant això, habitualment, l'eficàcia de la contracepció d'emergència s'avalua comparant els embarassos observats respecte als esperats segons el dia del cicle menstrual en què té lloc la relació coital de risc sempre que s'hagi fet un seguiment, no hi hagin relacions coitals posteriors de risc en el mateix cicle i s'hagi assegurat l'administració correcta de la contracepció d'emergència. Es pot avaluar, també, amb el percentatge d'embarassos observats.<sup>13, 16-18</sup>

A la taula 2 es descriuen esquemàticament els diferents mètodes disponibles en la contracepció d'emergència.

**Taula 2. Mètodes disponibles**

	Gestàgens (G)	Estrògens i gestàgens (E i G)	Dispositiu intrauterí (DIU)
<b>Indicacions</b>	< 72 hores des del coit de risc <b>B</b>	< 72 hores des del coit de risc <b>B</b>	< 5 dies des del coit de risc <b>B</b>
<b>Dosi total</b>	1,5 mg de levonorgestrel	0,2 mg d'etinilestradiol i 1 mg de levonorgestrel	
<b>Posologia</b>	Dosi única de 2 comprimits	2 dosis de 2 comprimits cada 12 hores	
<b>Efectes secundaris</b>	Nàusees, vòmits, mastodínia, cansament, cefalees	Nàusees, vòmits, mastodínia, cansament, cefalees. Més intensos i freqüents en la pauta de Yuzpe <b>A</b>	Hipermenorrea, dismenorrea, metrorràgia
<b>Contraindicacions absolutes</b>	Embaràs. Hipersensibilitat a algun dels components	Embaràs. Hipersensibilitat a algun dels components	Embaràs. Sospita clínica d'ITS
<b>Contraindicacions relatives</b>	Síndrome de mala absorció greu	Alletament matern. Període postpart (6 setmanes). Antecedents de tromboembolisme venós. Síndrome de mala absorció greu.	Al·lèrgia al coure. Malaltia de Wilson. Cirurgia uterina prèvia (excepte cesària). Hipermenorrees. Trastorns de la coagulació. Tractaments anticoagulants. Anèmia greu. Conductes de risc d'ITS
<b>Taxa d'embarassos</b>	0,8 % - 2,3 %	0,2 % - 3,2 %	0 % - 0,1 %
<b>Avantatges</b>	Menor freqüència d'efectes secundaris <b>A</b> . Més efectiva que pauta de Yuzpe <b>A</b>		Més efectiu que pauta de Yuzpe o G <b>B</b> . Assegura la contracepció a llarg termini.
<b>Desavantatges</b>		Major freqüència d'efectes secundaris <b>A</b> . Més contraindicacions relatives. Menys efectiva que G o DIU <b>A</b> / <b>B</b> .	Necessitat de professionals preparats per a la inserció. Menys assequible econòmicament.
<b>PVP</b>	Norlevo® / Postinor® (1 dosi / 2 comprimits) 19,18 €. Gratuït als centres de la xarxa de salut de Catalunya	Ovoplex®, Neogynona® (5 dosis / 21 comprimits) 4,79 i 4,99 € respectivament. Gratuït en alguns centres.	Entre 19,81€ i 27,77€ (segons les característiques)

ITS: infeccions de transmissió sexual

## 2.1. Gestàgens (levonorgestrel)

L'administració de levonorgestrel 1,5 mg per via oral és el tractament de la contracepció d'emergència hormonal més efectiu i amb menys efectes secundaris dels disponibles actualment al nostre país.

### Mecanismes d'acció

Tot i que hi ha hipòtesis sobre els diferents mecanismes d'acció que poden explicar la utilitat dels gestàgens en la contracepció d'emergència, no existeix cap evidència sobre quins són els mecanismes que actuen en realitat. Segons el dia del cicle menstrual en què s'administra el tractament poden funcionar de manera més o menys efectiva qualsevol dels mecanismes següents: alteracions en el desenvolupament fol·licular, inhibició o retard de l'ovulació, canvis a l'endometri, modificacions del moc cervical, modificacions en el transport tubàric, efectes sobre la fertilització i efectes luteolítics, etc. Aquest mètode no interromp una gestació ja implantada.<sup>14</sup>

### Eficàcia

El levonorgestrel aconsegueix una reducció de la taxa d'embarassos d'un 95 %, si s'administra durant les primeres 24 hores després del coit; d'un 85 % entre les 25 i les 48 hores després d'aquest i, d'un 58 % si l'administració té lloc entre les 49 i les 72 hores següents al coit de risc.<sup>19</sup> La taxa global d'embarassos després de l'administració d'aquest tractament és del 0,8 % al 2,3 %.

La seva eficàcia disminueix en augmentar l'interval de temps entre la relació coital de risc i l'administració del tractament. **B**<sup>20-22</sup>

Alguns autors suggereixen que pot tenir una certa efectivitat, encara que menor, si s'administra fins a les 120 hores després de la relació coital de risc. **C**<sup>22-24</sup>

Quan es compara l'efectivitat de la pauta de Yuzpe respecte al levonorgestrel aquest últim resulta més eficaç (RR: 0,51; 95 % IC: 0,31-0,84). **A**<sup>20</sup> (taula 2)

No hi ha estudis que comparin l'efectivitat del DIU amb la contracepció d'emergència amb levonorgestrel.

### Seguretat

Els efectes secundaris més freqüents són les nàusees i els vòmits (23 % i 6 %, respectivament). Altres efectes secundaris són mastodínia (10 %), cansament (17 %), mareig (11 %), cefalea (10 %) i altres.<sup>14-19</sup>

Quan es comparen els efectes secundaris de la pauta de Yuzpe amb els del levonorgestrel, s'observa que aquest últim té menys efectes secundaris (RR: 0,80; 95 % IC: 0,74-0,86).<sup>20</sup>

L'aparició de la menstruació següent després dels tractaments amb levonorgestrel és variable en funció del dia del cicle menstrual en què s'apliqui. Si el tractament es fa abans de l'ovulació estimada, la regla sol avançar-se de 3 a 7 dies i, si es fa després, sol ser puntual o es retarda. El 98 % de les dones han menstruats 21 dies després del tractament i és per això que es recomana fer la prova d'embaràs si no hi ha hagut menstruació després d'aquest termini. El flux de la regla següent pot ser superior o inferior a l'habitual i es pot produir alguna sagnada intermenstrual prèvia.<sup>19</sup>

### Pautes de prescripció

Dosi única d'1,5 mg<sup>25-26</sup> (dos comprimits de 0,75 mg) de levonorgestrel després de la relació coital de risc (abans de les 72 hores).

És indispensable assegurar la correcta absorció del tractament, ja que es pot veure afectada per la presència de vòmits  (vegeu punt 2.4 Situacions especials). No protegeix de l'embaràs durant la resta del cicle menstrual i, per tant, és indispensable que s'utilitzi un altre mètode efectiu de contracepció (p. ex., de barrera) o bé que es mantinguin relacions no coitals fins a la menstruació següent.

### Cost

Els centres de la xarxa de salut de Catalunya el dispensen gratuïtament. El preu de venda al públic de l'envàs sencer (2 comprimits) de Norlevo<sup>®</sup> o de Postinor<sup>®</sup>, especialitats farmacèutiques que contenen levonorgestrel 0,75 mg, és de 19,18 €. La seva dispensació a les oficines de farmàcia requereix recepta mèdica.

### Indicacions

La contracepció d'emergència amb levonorgestrel està indicada en totes les dones que, necessitant un mètode de contracepció d'emergència i fent-ne la petició en les 72 hores següents a la relació coital de risc.

### Contraindicacions

Contraindicacions absolutes:

- Embaràs.<sup>28</sup>
- Antecedents d'hipersensibilitat a algun dels components.

Contraindicacions relatives:

- Síndrome de mala absorció greu.

## 2.2. Estrògens i gestàgens combinats: Pauta de Yuzpe

Ha estat i és el tractament més àmpliament utilitzat des dels anys 70. No disposem d'un preparat específic, però aquest es pot aconseguir utilitzant l'etinilestradiol i el levonorgestrel (Ovoplex® o Neogynona®, únics preparats comercials en què la dosi per comprimit és l'adequada).

### Mecanismes d'acció

Tots els mecanismes d'acció suggerits amb la contracepció d'emergència amb gestàgens s'han relacionat amb els descrits en la pauta de Yuzpe. Aquest mètode tampoc interromp una gestació ja implantada.<sup>14</sup>

### Eficàcia

La pauta de Yuzpe aconsegueix una reducció en la taxa d'embarassos d'un 77 %, si el tractament es pren en les primeres 24 hores; d'un 36 % entre les 25 i les 48 hores i d'un 31 % entre les 49 i les 72 hores següents al coit de risc.<sup>20</sup> La taxa global d'embarassos després de l'administració d'aquest tractament oscil·la entre el 0,2 % i el 3,2 %.

L'efectivitat del tractament disminueix quan augmenta l'interval de temps entre la relació coital de risc i l'administració del tractament **B**.<sup>20-22</sup>

Alguns autors suggereixen que aquest tractament també pot tenir una certa efectivitat, encara que menor, si s'administra dins d'un període màxim de 120 hores posteriors a la relació coital de risc **C**.<sup>23-24</sup>

Quan es compara l'efectivitat de la pauta de Yuzpe amb la del levonorgestrel, aquest últim resulta més eficaç (risc relatiu (RR): 0,51; 95 % interval de confiança (IC): 0,31-0,84) **A**.<sup>20</sup> (taula 2).

No hi ha estudis que comparin l'efectivitat de la inserció d'un DIU amb la de la contracepció d'emergència hormonal.

### Seguretat

Els efectes secundaris més freqüents són les nàusees i els vòmits (50 % i 19 %, respectivament). Altres efectes secundaris són mastodínia (20 %), cansament (28 %), mareig (17 %), cefalea (10 %) i altres.<sup>14, 19</sup>

Quan es comparen els efectes secundaris de la pauta de Yuzpe amb els de levonorgestrel, aquest últim té menys efectes secundaris (RR: 0,80; 95 % IC: 0,74-0,86). **A**.<sup>20</sup>

Hi ha hagut la tendència a extrapolar els riscos dels contraceptius hormonals a la pauta de Yuzpe. D'un total de 500.000 tractaments amb aquesta pauta, s'han descrit 3 casos de trombosi venosa amb una mort i 3 casos d'accident vascular cerebral, quedant poc clara la relació causa-efecte.<sup>29</sup> En una altra sèrie amb 73.302 tractaments no s'ha descrit cap cas

de trombosi venosa. Hi ha algun cas aïllat descrit a Anglaterra, associat amb immobilització llarga prèvia o a embaràs recent.<sup>30</sup> S'ha de tenir en compte que tots els riscos cardiovasculars dels estrògens són més alts durant l'embaràs que amb l'ús de contraceptius hormonals a llarg termini i, per tant, superiors als que hi pot haver amb la contracepció d'emergència hormonal. [C]<sup>31</sup>

L'aparició de la menstruació següent després dels tractaments amb la pauta de Yuzpe és variable en funció del dia del cicle menstrual en què s'apliqui. Si el tractament es fa abans de l'ovulació estimada, la menstruació sol avançar-se de 3 a 7 dies i, si es fa després, sol ser puntual o es retarda. El 98 % de les dones han menstruats 21 dies després del tractament i és per això que es recomana fer la prova d'embaràs si no hi ha hagut menstruació passat aquest termini. El flux de la regla següent pot ser superior o inferior a l'habitual i es pot produir alguna sagnada intermenstrual prèvia.<sup>19</sup>

### Pautes de prescripció

2 comprimits (0,05 mg d'etinilestradiol i 0,25 mg de levonorgestrel per comprimit), el més aviat possible, després de la relació coital de risc (abans de les 72 hores) i 2 comprimits més, a les 12 hores de la primera dosi.

És indispensable assegurar l'absorció correcta del tractament que pot estar afectada per la presència de vòmits [C] (vegeu punt 2.4. Situacions especials). La contracepció d'emergència no protegeix de l'embaràs durant la resta del cicle menstrual i, per tant, és indispensable que s'utilitzi un altre mètode efectiu de contracepció (p. ex., de barrera) o que no es mantinguin relacions sexuals coitals fins a la menstruació següent.

### Cost

El preu de venda al públic de l'envàs sencer (21 dragees) d'Ovoplex® o de Neogynona®, especialitats farmacèutiques que contenen etinilestradiol i levonorgestrel a les dosis adequades per a la pauta de Yuzpe, és de 4,79 i 4,99 € respectivament. La seva dispensació a les oficines de farmàcia requereix recepta mèdica.

### Indicacions

La pauta de Yuzpe hauria de limitar-se a aquells casos en que no es disposa de preparats amb gestàgens i la usuària no disposi de mitjans econòmics per finançar la pauta amb levonorgestrel.

### Contraindicacions

Contraindicacions absolutes:

- Embaràs.<sup>28</sup>
- Antecedents d'hipersensibilitat a algun dels components.

Contraindicacions relatives:

- Antecedents de tromboembolisme venós.
- Les primeres 6 setmanes postpart.
- L'alletament matern.
- Les síndromes de mala absorció greu.

## 2.3. Dispositiu intrauterí (DIU)

La inserció d'un DIU és el mètode més efectiu de contracepció d'emergència [B] i que la dona pot utilitzar amb continuïtat com a mètode efectiu i segur fins a la seva caducitat. Per a la seva inserció es requereix un professional preparat.

Mecanismes d'acció

El mecanisme d'acció del DIU està poc descrit a la bibliografia mèdica. Actua evitant la implantació de l'ou fecundat.

Eficàcia

És un dels mètodes contraceptius més efectius, amb una taxa global d'embaràs del 0 al 0,1 %.<sup>30, 32</sup>

No hi ha estudis que comparin l'efectivitat de la inserció d'un DIU amb la contracepció d'emergència hormonal.

Seguretat


El DIU és un mètode molt segur i amb una baixa incidència d'efectes secundaris. [B]<sup>33</sup>

- Pot augmentar la sagnada en aproximadament un 50 %, la durada de la sagnada en 1 o 2 dies, la dismenorrea, la sagnada ovulatòria i la sagnada intermenstrual. Els antiinflamatoris no esteroïdals (AINE) poden disminuir el dolor i la quantitat de la sagnada, i els antifibrinolítics, la quantitat.
- La malaltia inflamatòria pelviana (MIP) és més freqüent els 20 dies posteriors a la inserció (81/23.000 dones) del DIU. És molt poc freqüent en dones sense factors de risc d'infecció de transmissió sexual (ITS).
- No s'associa la MIP en dones sense factors de risc i no modifica la taxa de fertilitat posterior.
- La taxa d'embaràs és del 0 al 2 % als 3 anys (menor a les dels anticonceptius combinats orals).
- La taxa d'expulsió és del 3 al 7 % als 3 anys.

- La taxa de remoció per mala tolerància (sagnades i dolor) és del 0 al 7,5 % als 3 anys.
- La incidència de gestacions ectòpiques en dones portadores de DIU és d'1-2 per 10.000 dones/any.

### Pautes de prescripció

Fins als 5 dies de la relació coital de risc es pot inserir un DIU (hi ha autors, però, que afirmen que hi ha temps fins als 7 o 10 dies).

En presència de conductes de risc d'ITS sense confirmació clínica, podria estar indicada profilaxi antibiòtica  amb doxiciclina 200 mg o azitromicina 500 mg, per via oral, una hora abans de la inserció.<sup>35</sup>

Es considera conducta de risc el fet de mantenir relacions coitals sense preservatiu amb una parella que no hagi fet un ús correcte del preservatiu en totes les seves relacions coitals prèvies i de la qual es desconegui el seu estat serològic respecte al VIH.<sup>34</sup>

### Cost

Els preus de majorista dels DIU oscil·len entre els 19,81 € i els 27,77 €, segons les presentacions diferents.

### Indicacions

La inserció d'un DIU està indicada en totes les dones que, si necessiten un mètode de contracepció d'emergència, facin la petició d'aquest abans dels 5 dies després de la relació coital de risc i vulguin utilitzar aquest mètode posteriorment.

El seu cost elevat, a càrrec de la usuària, pot ser un impediment per al seu ús, especialment en adolescents i en dones amb baixos recursos econòmics. És un mètode indicat en dones amb síndrome de malaabsorció greu.

### Contraindicacions

Les úniques contraindicacions absolutes són l'embaràs<sup>6</sup> i la sospita clínica d'ITS. L'al·lèrgia al coure, la malaltia de Wilson i la cirurgia uterina prèvia (excepte cesària)<sup>28</sup> són contraindicacions relatives. Els tractaments anticoagulants o els trastorns de la coagulació, les anèmies severes i les hipermenorrees greus actualment no són contraindicacions relatives si s'utilitza el DIU amb levonorgestrel (Mirena<sup>®</sup>).

No està contraindicada la col·locació del DIU ni en nul·líparas ni en adolescents, encara que durant molt temps això hagi format part de les falses creences dels professionals.

En cas de comprovar per l'anamnesi que poden existir conductes de risc d'ITS postinserció, s'ha de reforçar la necessitat de l'ús simultani del preservatiu.

## 2.4. Situacions especials

### Vòmits durant el tractament hormonal

Tant amb els gestàgens sols com amb la pauta de Yuzpe, en cas de vomitar abans de les 3 hores següents a l'administració del tractament, s'ha de repetir la presa de la dosi.

Si per repetir la dosi s'utilitza la pauta de Yuzpe, es pot utilitzar la via vaginal per assegurar-ne l'absorció [C]<sup>35</sup>, atès que l'absorció per aquesta via és idèntica a l'oral.

Si es pren algun aliment o es fa tractament amb un antiemètic una hora abans de cada administració, la incidència de vòmits disminueix. Aquestes mesures són menys efectives un cop han començat els vòmits. [A]<sup>14, 36-37</sup>

### Alletament i període postpart fins a les sis setmanes

El levonorgestrel s'excreta per la llet materna i cal evitar prendre els comprimits abans d'alletar. Per tant, s'ha de recomanar a la dona que els prengui just després de "donar el pit" al nadó. [C]<sup>38</sup>

No es recomanable la utilització de la pauta de Yuzpe.

### Interaccions medicamentàries de la contracepció d'emergència

En cas de necessitar contracepció d'emergència hormonal i rebre un tractament dels esmentats a la taula 1, s'aconsella doblar la dosi de la contracepció d'emergència. [C]<sup>13</sup>

### Relació coital amb risc d'embaràs i d'infecció de transmissió sexual (ITS)

A més del risc d'un embaràs no desitjat, una relació coital pot suposar el contagi d'una infecció de transmissió sexual.<sup>34, 39-41</sup>

En el cas que existeixin factors de risc per ITS, s'ha de recomanar fer tractament amb doxiciclina 100 mg 1 comprimit cada 12 hores durant 7 dies i una dosi de ceftriaxona 250 mg o cefoxitina 2 g intramuscular. Cal fer, així mateix, una determinació d'anticossos del VIH i de l'hepatitis B, i també cal fer-ne el seguiment corresponent. [C]<sup>42</sup>

### Vòmits i/o diarrees persistents

En aquesta situació, en cas de necessitar contracepció d'emergència, s'aconsella la inserció del DIU o la pauta de Yuzpe via vaginal. [C]<sup>35</sup>

## 2.5. Teratogènia

No hi ha estudis que avaluïn la possibilitat de teratogènia dels diferents tractaments hormonals de la contracepció d'emergència, en cas de produir-se un embaràs.<sup>43</sup> Tanmateix, en el seguiment d'embarassos per fallada de contraceptius hormonals (amb dosis hormonals superiors a les de la contracepció d'emergència) no es relaciona el seu ús amb possible teratogènia. [C]<sup>43</sup>

### 3. Informació clínica necessària per a la indicació de la contracepció d'emergència

El professional sanitari que rep la demanda ha de conèixer una sèrie de dades de la dona que sol·licita la contracepció d'emergència, que serviran per decidir si la seva prescripció pot estar indicada o no (figura 2).<sup>7-9, 19-20, 44</sup>

#### **Dades necessàries per valorar la necessitat i tipus de contracepció d'emergència:**

- Data de l'última regla normal, per descartar un embaràs.
- Temps transcorregut entre la relació coital amb risc d'embaràs i la demanda.
- Altres coïts de risc d'embaràs durant el present cicle menstrual.
- Ús incorrecte de mètode contraceptiu actual.
- No ús, en el moment actual, de mètode contraceptiu.

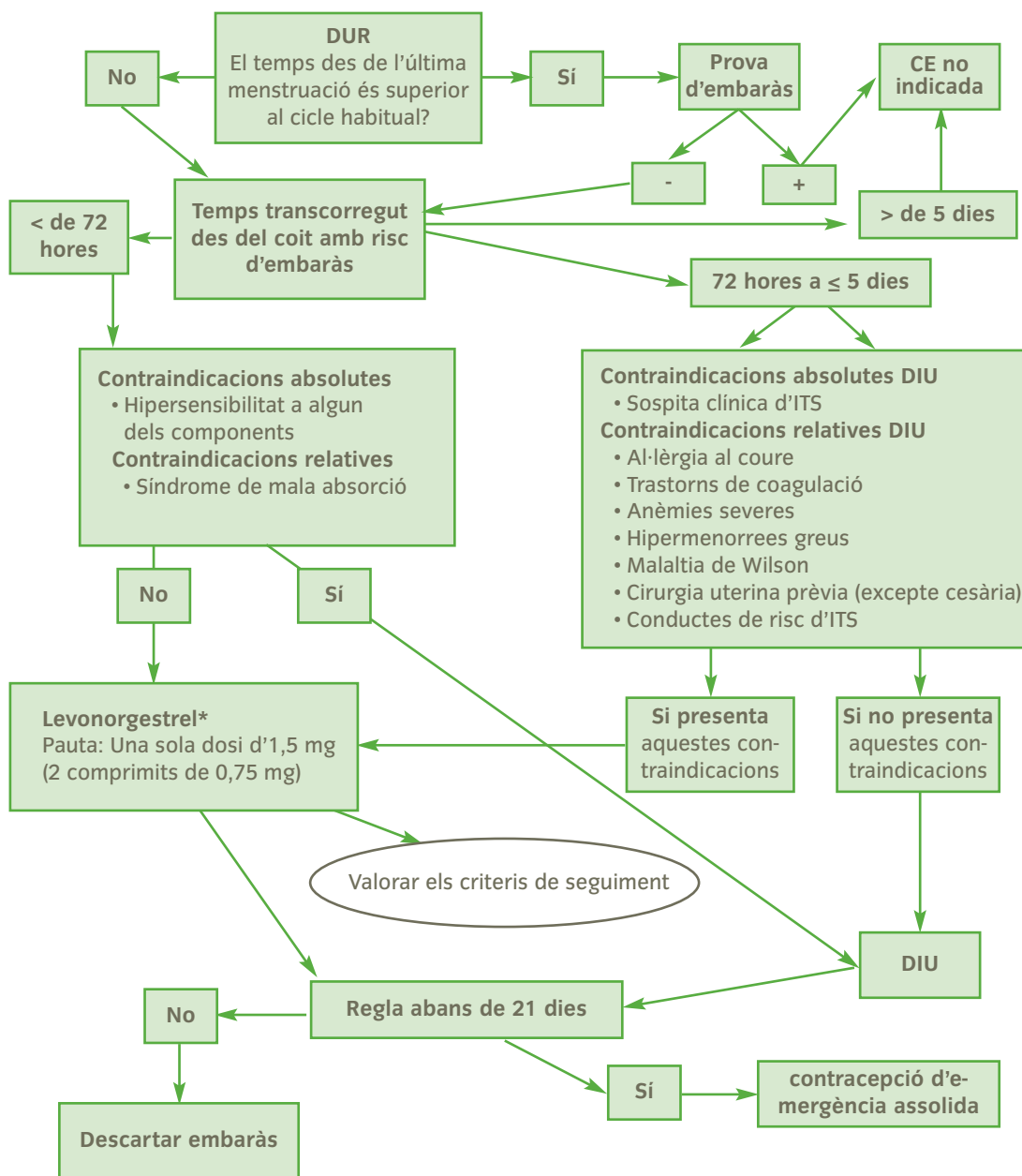
#### **Dades necessàries per a la prescripció de contracepció d'emergència hormonal:**

- Hipersensibilitat a algun dels components de la contracepció d'emergència hormonal.
- Antecedents de tromboembolisme.
- Si alleta.
- Si està dintre de les 6 setmanes postpart.
- Si pren medicació, per valorar interaccions medicamentàries (taula 1).
- Antecedents personals de síndrome de mala absorció greu.

#### **Dades necessàries si s'opta per la inserció d'un DIU:**

- Simptomatologia suggerent d'infecció de transmissió sexual (ITS).
- Al·lèrgia al coure.
- Cirurgia uterina prèvia.
- Trastorns de la coagulació o tractaments anticoagulants.
- Hipermenorrea.
- Anèmia greu.
- Conductes sexuals de risc d'ITS.
- Disponibilitat econòmica.

Figura 2. Demanda de la contracepció d'emergència



**DUR:** Data de l'última regla.

**CE:** Contracepció d'emergència.

**DIU:** Dispositiu intrauterí

\* En cas de no disposar del levonorgestrel a la consulta i manca de recursos econòmics per la usuària es pot indicar la pauta de Yuzpe si no està contraindicada.

**Altres dades que també cal tenir en compte són:**

- Edat.
- Mètode contraceptiu habitual que utilitza.
- Risc d'ITS en aquest coit.

### 3.1. Informació que cal facilitar a la dona

Un cop valorada la indicació de la contracepció d'emergència, és imprescindible informar la dona sobre els seus avantatges i inconvenients, per tal que pugui fer una elecció en funció de l'efectivitat, seguretat i cost del tractament, i donar-li el full informatiu *de Consells per a pacients*.<sup>6-7, 20</sup>

#### Contracepció hormonal d'emergència

Cal explicar-li que:

- La contracepció hormonal d'emergència només protegeix per a aquest coit.
- Es pot utilitzar sempre que sigui necessari.
- És millor l'ús d'altres mètodes contraceptius perquè són més efectius.
- Malgrat l'alta efectivitat d'aquest mètode, hi ha la possibilitat que es pugui produir un embaràs. En aquest cas, no hi ha evidència que la contracepció d'emergència pugui perjudicar el fetus.
- Ha de seguir acuradament les instruccions sobre la presa correcta del tractament i, sobretot, explicar-li què ha de fer si es presenten vòmits i com prevenir-los (vegeu punt 2.4 Situacions especials).
- Ha de tornar a la consulta per a un control posterior:
  - Si després dels 21 dies postractament no li ha vingut la regla, per valorar si existeix gestació.
  - Si no utilitzava cap mètode contraceptiu, per informar-la dels diferents mètodes perquè pugui escollir i adoptar el que s'adeqüi més a les seves necessitats.
  - Si existeix possibilitat de contagi d'ITS, per prevenció i/o tractament, segons protocol establert.
  - Per iniciar o seguir controls ginecològics, si es tracta de dones sense un control ginecològic adequat.

#### Dispositiu intrauterí

En el cas d'inserció del DIU, cal explicar-li que:

- El DIU la protegeix de l'embaràs en aquest coit i en els següents, fins a la seva caducitat, però no de les ITS.

- Malgrat l'alta efectivitat d'aquest mètode, hi ha la possibilitat que es pugui produir un embaràs.
- Ha de seguir les normes de postinserció del DIU.
- Ha de tornar a la consulta:
  - Segons protocol de control del DIU establert.
  - Per iniciar o seguir controls ginecològics, si es tracta de dones sense control ginecològic adequat.
  - Si presenta amenorrea.
  - Si existeix possibilitat de contagi d'ITS, per a la seva prevenció i/o tractament segons protocol.

## 4. Accessibilitat

La contracepció d'emergència és un mètode contraceptiu amb pocs riscos i, per tant, és fonamental aconseguir una bona accessibilitat a la informació i al seu ús entre les dones en edat reproductiva. Per tal de poder abordar l'accessibilitat, cal determinar quins són els factors que la dificulten i els que la milloren.

### 4.1. Dificultats en l'accessibilitat

Coneixement i ús de la contracepció d'emergència per part de les usuàries  
 Diferents estudis poblacionals demostren nivells molt variables de coneixement de la contracepció d'emergència.<sup>45</sup> El 50-80 % de les dones que responen a les enquestes la coneixen i d'aquest percentatge el més elevat correspon a dones joves.<sup>46-47</sup> El coneixement sobre el temps límit de la seva utilització és menor i se situa entre un 10-50 %.<sup>48</sup> Un percentatge elevat de les dones creu que aquest mètode hauria de ser més aconsellat.<sup>49</sup> És per aquest motiu que s'ha d'insistir en la necessitat d'oferir una informació que tingui en compte aspectes relacionats amb el tractament de la contracepció d'emergència, com accedir-hi i també els riscos psicosocials d'un embaràs no desitjat.

Actitud dels professionals i subministrament de la contracepció d'emergència  
 Cal aclarir algunes creences falses relacionades amb la contracepció d'emergència, esteses entre els professionals, no contrastades amb l'evidència científica i que dificulten la seva accessibilitat, com són:<sup>4, 28, 42</sup>

- Creure que si es millora l'accessibilitat a la contracepció d'emergència s'utilitzarà aquest mètode com a contraceptiu habitual.
- Creure que l'ús repetitiu de la contracepció d'emergència pot tenir conseqüències negatives per a la salut.
- Creure que no s'ha de facilitar aquest mètode en dones que no utilitzen un mètode contraceptiu habitual.
- Creure que s'ha de fer examen mèdic o proves complementàries abans de donar la contracepció d'emergència.
- Creure que la contracepció d'emergència és una forma d'avortament.
- Creure que la contracepció d'emergència promou la irresponsabilitat i/o el comportament de promiscuïtat sexual.
- Creure que els homes poden ser menys responsables amb l'ús del preservatiu si coneixen que les seves parelles poden utilitzar la contracepció d'emergència.
- Creure que les adolescents i menors d'edat no poden rebre la contracepció d'emergència si no és amb consentiment dels pares.

## 4.2. Millora de l'accessibilitat

És important millorar el coneixement, tant de les usuàries com dels professionals, respecte a la contracepció d'emergència i, especialment pel que fa a l'interval d'efectivitat del tractament i la quasi absència d'efectes secundaris greus.<sup>7,8</sup>

Els professionals en el moment de la indicació de la contracepció d'emergència han d'evitar actituds que jutgin, comprometin la privacitat, o que desvirtuïn les informacions sobre els efectes secundaris a curt termini (nàusees i vòmits, cefalees, etc.) o, a llarg termini.

### Lloc del subministrament

N'ha de facilitar el seu ús el fet de disposar del tractament hormonal de la contracepció d'emergència en totes les consultes, en tots els nivells assistencials.

### Qui ha de proporcionar la contracepció hormonal d'emergència

Els diferents professionals (metges de família, pediatres, ginecòlegs, llevadores, infermeres i farmacèutics) són els que han de proporcionar informació sobre la contracepció d'emergència i els que han de fer-ne la indicació, sempre treballant amb els criteris d'aquesta *Guia de pràctica clínica*.

Si es disposa del tractament en el mateix centre, és responsabilitat del professional que acull la demanda de contracepció d'emergència (metges de família, pediatres, ginecòlegs, llevadores i infermeres) proporcionar el tractament.

En cas que el tractament requereixi recepta mèdica, cal que el professional que atén la demanda faci la recepta corresponent. Si la demanda és atesa per llevadores o infermeres, cal que sol·licitin la recepta al metge, ja que s'ha de treballar sota els criteris de treball en equip.

### Subministrament avançat de contracepció hormonal d'emergència

En dones d'alt risc d'embaràs no desitjat es pot valorar el fet que se'ls proporcioni aquest tractament per endavant.<sup>50, 51</sup>

### Com informar individualment del seu ús

Els professionals han de donar una informació específica sobre la contracepció d'emergència i sobre la manera d'accedir-hi. Un moment adequat per donar aquesta informació és a l'inici de l'ús de qualsevol mètode contraceptiu, així com en moments de l'entrevista en els quals s'abordi el tema de les relacions coitals de risc.

Per tal de facilitar el seu ús en aquest col·lectiu és important informar les dones/parelles que tenen actituds i valors contraris a l'avortament que la contracepció d'emergència no és un mètode avortiu.

## 5. Aspectes legals

### 5.1. Menors

Les condicions de maduresa de la menor d'edat han de ser determinants a l'hora de rebre informació sobre contracepció i posterior indicació de qualsevol dels mètodes descrits.

El professional de sanitat ha de ser el responsable de determinar el grau de maduresa i l'estat psicològic de la menor a l'hora d'informar-la i d'indicar-li la contracepció d'emergència.

Si la menor, segons el criteri del professional sanitari que l'atengui, no té les suficients condicions de maduresa per entendre l'abast de la intervenció/actuació sanitària, se n'ha d'informar els pares o representats legals per tal que puguin donar el seu consentiment. En cap cas s'ha de deixar d'atendre la menor perquè es consideri que no reuneix aquestes condicions de maduresa.

En cas de conflicte entre la voluntat de la menor amb suficients condicions de maduresa i la dels seus pares o representants legals, ha de prevaler la voluntat de la menor.<sup>52-60</sup>

### 5.2. Persones incapacitades

Quan la persona que sol·licita la contracepció d'emergència, segons el criteri del professional sanitari que rep la demanda, no estigui capacitada per prendre decisions, perquè es troba en un estat físic o psíquic que no li permet fer-se càrrec de la seva situació, se n'ha d'informar els seus pares o representants legals per tal que donin el seu consentiment.

En el cas de persones incapacitades legalment, els professionals sanitaris han d'informar els representants legals, d'acord amb les normes del dret civil, sense que això alliberi aquests professionals del seu deure de facilitar a la persona incapacitada tota aquella informació que sigui capaç d'assimilar segons el seu grau de maduresa intel·lectual.

A les adultes incapaçes de consentir no se'ls pot negar la seva participació en la presa de decisions que afecten la seva salut. Per tant, se les ha d'implicar en el procés d'autorització, sempre que sigui possible.<sup>53, 56-59</sup>

### 5.3. Confidencialitat

Els professionals sanitaris tenen el deure de respectar el dret a la intimitat del pacient i de salvaguardar la confidencialitat sobre qualsevol actuació en l'àmbit sanitari.

Aquest dret a la intimitat i a la confidencialitat sanitàries s'ha de mantenir respecte als familiars i representants legals dels usuaris de la sanitat pública quan així hagi estat manifestat per aquests.

En els casos de menors d'edat, el seu grau de maduresa ha de ser determinant a l'hora de respectar la seva voluntat d'informar o no els seus familiars o representants legals.<sup>53, 55, 56, 59-63</sup>

## 5.4. Objeció de consciència

Tot professional sanitari que consideri oportú exercir el seu dret a l'objecció de consciència en l'àmbit de la contracepció d'emergència ho ha de posar en coneixement dels seus superiors per tal que s'arbitrin les mesures adequades per garantir, en tot moment, la prestació sanitària a totes aquelles persones que acudeixin a un centre sanitari en sol·licitud d'aquest tipus de tractament.

A més a més, aquesta condició d'objector d'un professional s'ha de comunicar a totes les persones que demanin una assistència, amb la finalitat que puguin decidir lliurement si volen continuar amb aquest professional o si volen canviar a un altre.<sup>61, 63</sup>

## 6. Derivació entre unitats assistencials d'Atenció Primària

Quan la indicació de contracepció d'emergència es du a terme a l'Atenció Primària, és important una coordinació entre les diferents unitats implicades: equips d'atenció primària (EAP), Programa d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (PASSIR) i atenció continuada.

El professional ha de valorar el tractament més adequat segons la situació de la usuària i derivar-la a altres serveis, quan ho consideri necessari.

### 6.1. Derivació al PASSIR

- Per donar assessorament i fer un control específic de mètodes contraceptius, amb posterioritat a la contracepció d'emergència.
- Per a la inserció d'un DIU, que s'ha de fer amb caràcter urgent.
- Per a la identificació de risc d'ITS que requereixi proves específiques i seguiment ginecològic.
- Per donar atenció específica als adolescents en un espai exclusiu per a aquests (Tarda jove).

### 6.2. Criteris de seguiment i/o derivació a altres serveis

En casos determinats el professional que atén la demanda de contracepció d'emergència identifica factors personals i psicològics que requereixen un seguiment específic:

- Dificultats sistemàtiques en l'ús del mètode contraceptiu.
- Situacions freqüents de relacions sexuals de risc.
- Violació.
- Violència domèstica, etc.

En aquests casos, cal valorar la derivació al/a la psicòleg/òloga del PASSIR o de la Unitat de Salut Mental de referència, utilitzant el full d'interconsulta/informe en què s'han d'especificar les dades d'interès des d'un punt de vista psicològic.

Això és particularment important en casos de risc social (maltractaments, consum de drogues, alcohol, etc.) i en les adolescents, atès que la seva situació les pot fer més vulnerables i les pot impulsar a tenir relacions coitals de risc o a fer un ús inadequat del mètode que s'està utilitzant. Per tant, en aquests casos, el professional que atén la demanda de contracepció d'emergència ha d'estar especialment atent.

En casos de risc social (quan la situació personal, familiar o social indiquen majors dificultats en el seguiment d'un mètode contraceptiu determinat), és fonamental la coordinació amb els serveis socials de l'Equip d'Atenció Primària i/o municipals.

## 7. Bibliografia

1. Ramírez A, Martínez F, Bernabeu, S, Díez, E. Anticoncepció postcoital A: Sociedad española de contracepció. Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos. Zaragoza, Laboratoris Wyeth-Lederle, 2001; p.803-16
2. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Sexualitat i anti-concepció. A: Direcció General de Salut Pública. Salut Jove. Barcelona, 1999; p.81-6
3. IMAP statement on emergency contraception. IPPF Medical Bulletin, 2004; 38:1-3.
4. Organización Mundial de la Salud. Anticoncepció de emergencia. Guía para prestación de servicios. Ginebra: OMS, 2000.
5. Bagshaw SN, Edwards D, Tucker AK. Ethinyl estradiol and D- norgestrel is effective emergency postcoital contraceptive; a report of its use in 1.200 patients in a family planning clinic. Aust. NZ J Gynaecol Obstet 1998; 28: 137-42
6. Recommendations for Clinical Practice: emergency contraception. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care. October 1999.
7. Emergency contraception a guide for service delivery, chapter 1 A: World Health Organization. Emergency Contraception: A guide for service delivery. WHO/FRH/FPP/98.19
8. Emergency contraception a guide for service delivery, chapter 2 A: World Health Organization. Emergency Contraception: A guide for service delivery. WHO/FRH/FPP/98.19
9. Emergency oral contraception. ACOG Practice patterns. INT J Gynec obstet 1997; 56: 203-210
10. Rowlands S, Gillebaud J, Bounds W, Booth M. Side effects of Danazol compared with an ethinylestradiol/norgestrel combination when used for postcoital contraception. Contraception 1983; 27: 39-49.
11. Webb AM, Russell J, Elstein M. Comparison of Yuzpe regimen, danazol, and mifepristone (RU 486) in oral postcoital contraception. BMJ 1992; 305: 927-931
12. Wu S, Wang C, Cheng W, Zuo S, Li H., et al. Levonorgestrel versus low dose mifepristone for emergency contraception. Chin J Obstet Gynaecol 1998-1999.
13. Kubba A, Wilkinson C. Recommendations for clinical practice: emergency contraception. Clinical and scientific committee. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care. November 1998.
14. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin. Emergency Oral Contraception. Int J Gynaecol Obstet 2002 Aug; 78(2): 191-198.
15. Wilcox AJ, Weinberg CR, Baird DD. Timing of sexual intercourse in relation to ovulation. Effects on the probability of conception, survival of the pregnancy and sex of the baby N Engl J Med 1995; 333: 1.517-1.521

16. Trussell J, Ellerson C, Stewart F. The effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Fam Plan Perspect* 1996; 28: 58-64
17. Dixon GW, Schlesselman JJ, Ory HW, Blye RP. Ethyniloestradiol and conjugated estrogens as postcoital contraceptives *JAMA* 1980; 244: 1.336-1.339.
18. Trussell J, Ellertson C. The efficacy of emergency contraception. *Fertility Control Reviews*. 1995; 4: 8-11
19. WHO Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998; 352: 428-433.
20. Cheng L, Gülmezoglu AM, Ezcurra E, Van Look PFA. Interventions for emergency contraception. *The Cochrane Library*, Volume (Issue 1) 2001
21. Ho PC, Kwan MSW. A prospective randomized comparison of levonorgestrel with the Yuzpe regimen in post-coital contraception. *Human Reproduction* 1993; 8: 389-392.
22. Kane LA, Sparrow MJ. Postcoital contraception: a family planning study. *New Med J*. 1989; 102: 151-153
23. Grou F, Rodrigues G. The morning-after pill-how long after? *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171: 1.529-1.534
24. Trusell J, Ellertson Ch, Rodrigues G. The Yuzpe regimen of emergency contraception: how long after the morning after. *Obstet Gynecol*. 1996; 88: 150-154.
25. Johansson E, Brache V, Alvarez F. Pharmacokinetic study of different dosing regimens of levonorgestrel for emergency contraception in healthy women. *Human Reproduction*. 2002; 4: 1.472-1.476
26. Von Hertzen H, Piaggio G, Ding J., et al. for the WHO Research Group on Post-ovulatory Methods of Fertility Regulation. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. *The Lancet*; 2002: 360; [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)
27. Arowojolu AO, Okewole IA, Adekunle AO. Comparative evaluation of the effectiveness and safety of two regimens of levonorgestrel for emergency contraception in Nigerians. *Contraception* 66; 2002: 269-273
28. World Health Organisation. *Emergency contraception: a guide for service delivery*. Family Planning and Population. Geneva, WHO 1998
29. Webb A. How safe is the Yuzpe method of emergency contraception? *Fertil Control Rev* 1995; 4: 16-18
30. Glasier A. Safety of emergency contraception *JANWA*. 1998; 53: (suppl 2) 219-221
31. Vasilakis C, Jick SS, Jick H. The risk of venous thromboembolism in users of postcoital contraceptive pills. *Contraception* 1999; 59: 79-83
32. Van Look PFA, Stewart F. *Emergency contraception*. A: Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Cates W, Stewart GK, Guest F, Kowal D. *Contraceptive technology: Seventeenth Revised Edition*. New York: Ardent Media 1998

33. Farley TMM, Rosenberg MJ, Rowe PJ, Chen JH, Meirik Q. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: an international perspective. *Lancet* 1992; 339: 785-788
34. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Guia per a la prevenció i el control de les malalties de transmissió sexual. 1 Quaderns de Salut Pública. Direcció General de Salut Pública, 2a edició, Barcelona, 1999.
35. Coutinho EM, de Souza J. Comparative study on the efficacy and acceptability of two contraceptive pills administered by the vaginal route: An international multicenter clinical trial. *Clin Pharmacol Ther* 1993; 1: 65-75
36. Raymond EG, Creinin MD, Barnhart KT, Lovvorn AE, Rountree RW, Trussell J. Meclizine for prevention of nausea associated with use of emergency contraceptive pills: a randomized trial. *Obstet Gynecol.* 2000; 95: 271-277.
37. Percival Smith RK, Abercrombie B. Postcoital contraception with dl-norgestrel/ ethynil estradiol combination; six years experience in a student medical clinic. *Contraception* 1987; 36: 287-293.
38. <http://www.ukmi.nhs.uk/NewMaterial/subarchive.asp?Chr=L> -UK Drug Information Pharmacists Group. 2000. Levonogestel [octubre 2001].
39. Servei Català de la Salut, Regió Sanitària Centre i Institut Català de la Salut, Divisió d'Atenció Primària. Protocol: Ordenació de les activitats de prevenció i atenció a les malalties de transmissió sexual. Àmbits territorials: Bages, Granollers i Mollet, 1999.
40. IMAP Statement on dual protection against unwanted pregnancy and sexuality transmitted infections, including HIV. IPPF. *Medical Bulletin* 2000; 34:1
41. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Counselling sobre el VIH: suport psicosocial i relació d'ajuda a la persona seropositiva. Manual per als professionals. Barcelona, 1999.
42. World Health Organization. Improving acces to quality care in family planning. Medical eligibility criteria for initiating and continuing use of contraceptive methods. Geneva, 1996.
43. Bracken MB. Oral contraception and congenital malformations in offsprings: a review and meta-analysis of the prospective studies. *Obstet Gynecol* 1990; 76: 552-527.
44. Levonogestrel post-coital contraceptiu (New product evaluation) British National Formulary Feb 2000.
45. Ellerson Ch, Shochet T, Blanchart K, Trussell J. Emergency contraception: A review of the Programmatic and Social Science Literature. *Contraception* 2000; 61: 145-186.
46. Pearson VAH, Owen MR, Phillips DR, Pereira Gray DJ, Marshall MN. Pregnant teenagers' knowledge and use of emergency contraception. *BMJ* 1995; 310:1644
47. Gahan A, Green L, Glasier AF. Teenagers' knowledge of emergency contraception: questionnaire survey in south east Scotland. *BMJ* 1996; 312: 1.567-1.569

48. Gooder P. Knowledge of emergency contraception amongst men and women in the general population and women seeking an abortion. *Br j Fam Plann* 196; 22: 81-84
49. Smith B, Gurney E, Aboulela L, Templeton A. Emergency contraception: a survey of women's knowledge and attitudes. *Br j Obstet Gynaecol* 1996; 103: 1.109-1.116
50. Glasier AF, Baird D. The effects of self-administering emergency contraception. *N Engl J Med* 1998; 339: 1-4.
51. Raine T, Harper C, Leon K, Darvey P. Emergency contraception: advance provision in a young, high-risk clinic population. *Obstet Gynecol* 2000; 96: 10

### **Legislació i normativa de l'apartat 6. Aspectes legals**

52. Llei orgànica 1/1996, de 15 de gener, de protecció jurídica del menor. Modificació parcial del Codi Civil i de la Llei d'enjudiciament civil. BOE 17.04.1996.
53. Conveni de 4 d'abril 1997, ratificat per Instrument de 23 de juliol 1999, per a la protecció dels drets humans i la dignitat del ser humà respecte a les aplicacions de la Biologia i la Medicina, fet a Oviedo. BOE 1999; 251; 36.825-36.830 (articles 6 i 10). Rectificació del BOE d'11 novembre de 1999 BOE 1999; 270; 39.293.
54. Codi Civil (article 162.1).
55. Llei 14/1986, de 25 d'abril, Llei general de sanitat. BOE 1986 (article 10.3).
56. Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica.
57. Llei 37/1991, de 30 de desembre, sobre mesures de protecció dels menors desemparats i de l'adopció. DOGC 1992; 1.542; 245-249. (Disposicions Addicionals).
58. Llei 9/1998, de 15 de juliol, del Codi de família. DOGC 23.07.1998, 2.687. (Títol VI).
59. Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica ; DOGC 2001; 3.303; 464-467. (articles 5 i 7.2)
60. Carta de drets i deures dels ciutadans, en relació amb la salut i l'atenció sanitària. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona, març 2002.
61. Constitució Espanyola, de 27 de desembre de 1978. BOE 1978; 311; (articles 14 i 16.1)
62. Llei orgànica 1/1982, de 5 de maig, sobre dret a l'honor, a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge. Protecció Civil. BOE 14.05.1982, (articles 3.1).
63. Codi de deontologia. Normes d'ètica mèdica. Consell de Col·legis de Metges de Catalunya (articles 6, 13 i 28).
64. Document sobre salut sexual i reproductiva en l'adolescència, elaborat pel Grup d'Opinió de l'Observatori de Bioètica i Dret. Juny de 2002.



## Annex I. Indicadors d'avaluació

Nombre de dones en les que s'ha descartat l'embaràs abans de la contracepció d'emergència/Nombre de dones que han rebut tractament amb contracepció d'emergència (%)

Nombre de dones a les que s'han investigat contraindicacions de contracepció d'emergència/Nombre de dones que han rebut tractament amb contracepció d'emergència (%)

Nombre de dones derivades al PASSIR després d'iniciar tractament amb contracepció d'emergència/Nombre de dones que han rebut tractament amb contracepció d'emergència (%)

Nombre de dones < 18 anys que han sol·licitat la contracepció d'emergència i a les que no se'ls ha prescrit/Nombre de dones < 18 anys que han sol·licitat la contracepció d'emergència (%)

Nombre d'embarassos produïts en dones en tractament amb contracepció d'emergència/Nombre de dones que han rebut tractament amb contracepció d'emergència (%)

Nombre de PASSIR en què s'ha presentat la Guia de la contracepció d'emergència	_____ X 100
Nombre total de PASSIR	
Nombre de PASSIR que tenen coneixement de la Guia de la contracepció d'emergència	_____ X 100
Nombre total de PASSIR	
Nombre d'EAP als quals s'ha presentat la Guia de la contracepció d'emergència	_____ X 100
Nombre total d'EAP	
Nombre de professionals objectors de consciència per EAP	_____ X 100
Nombre total de professionals de l'EAP	
Nombre de professionals objectors de consciència per PSAD-ASSIR	_____ x 100
Nombre total de professionals del PASSIR	

## Annex II. Procés d'elaboració i difusió de la *Guia de pràctica clínica*

Per a la realització d'aquesta GPC s'han seguit els passos que s'esmenten a continuació:

### Selecció de la condició clínica

La Divisió d'Atenció Primària de l'ICS ha prioritzat l'abordatge de la Contracepció d'emergència atès que, tot i que s'estan duent a terme activitats d'orientació i planificació familiar dins l'atenció primària i que es disposa de nombrosos mètodes contraceptius d'alta efectivitat, es segueixen produint molts embarassos, que no són ni planificats ni desitjats, especialment en les adolescents.

Les recomanacions efectuades es basen en la millor evidència científica disponible, i han estat adaptades a les característiques de la nostra població i als recursos sanitaris disponibles.

### Metodologia de revisió i síntesi de la literatura biomèdica

El Centre Documental de l'Institut Català de la Salut va portar a terme una cerca bibliogràfica de guies de pràctica clínica i de revisions sistemàtiques (\*) sobre contracepció d'emergència a MEDLINE a través del servidor PUBMED, de guies de pràctica clínica a les bases de dades següents: *National Guidelines Clearinghouse*, *Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)* i *New Zealand Guidelines Group* i de revisions sistemàtiques a la *Cochrane Library*.

Els descriptors emprats han estat creuats amb els filtres adients per tal d'identificar guies de pràctica clínica i revisions sistemàtiques.

Amb la finalitat d'actualitzar i ampliar continguts puntuals de les guies i de les revisions sistemàtiques, es van realitzar cerques específiques prioritzant estudis amb un disseny d'assaig clínic controlat i aleatori, o aquells estudis on, com a mínim, s'incorporés un grup a comparar.

Les definicions dels nivells d'evidència científica i la classificació de les recomanacions utilitzades en aquesta guia de pràctica clínica són les de la *US Agency for Health Care Policy and Research*.

### Determinació dels formats de presentació segons els usuaris de la GPC

Els formats de presentació d'aquesta Guia són els següents:

- a) **Versió extensa:** és el document base, elaborat pel grup de treball aplicant la metodologia que es comenta en el punt anterior.
- b) **Versió reduïda:** és el resum dels continguts essencials de la versió extensa.
- c) **Consells per als pacients:** inclou el contingut de la GPC, que pugui ser d'interès per als pacients, però redactat en un llenguatge comú.

d) **Material docent:** és un conjunt de transparències que té per objectiu facilitar la presentació de la Guia en sessió clínica.

Hi ha disponible una versió electrònica de la GPC a la web de l'ICS: [www.gencat.net/ics/professionals/guies/index.htm](http://www.gencat.net/ics/professionals/guies/index.htm)

### Revisió externa

El document elaborat pel grup de treball ha estat revisat –mitjançant un qüestionari específic– per diversos col·lectius de professionals sanitaris (infermeres, metges de família i d'altres especialitats, farmacèutics i farmacòlegs), amb la finalitat d'avaluar la qualitat del seu contingut, estructura, utilitat pràctica i aplicabilitat.

En el procés de revisió també hi participen la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, l'Associació Catalana d'Infermeria, la *Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria*, l'Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques i la Fundació Institut Català de Farmacologia.

La versió definitiva de la GPC és el resultat de la valoració i incorporació dels comentaris dels revisors externs.

El grup de revisors està compost per:

- |                             |  |
|-----------------------------|--|
| ■ Pilar Bosch Guiral        | Equip d'Atenció Primària Vilapicina                          |
| ■ Edit López- Grado i Nerín | Programa d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva Sabadell |
| ■ Júlia Capdevila Sánchez   | Equip d'Atenció Primària Casc Antic                          |
| ■ Dolors Rosello Farrás     | Equip d'Atenció Primària Raval Nord                          |
| ■ Montserrat Piquet Garcia  | Equip d'Atenció Primària Tàrrega                             |
| ■ M. Rosa Banús Gimenes     | Programa d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva Osona    |
| ■ Concepció Medina Molina   | Equip d'Atenció Primària Berga                               |
| ■ Loreto Noguer Batllori    | Equip d'Atenció Primària Olot                                |
| ■ Eulàlia Ruiz Gil          | Equip d'Atenció Primària Sant Ildefons                       |

### Revisió i actualització de la GPC

La Guia es revisarà amb una periodicitat trianual, sempre que els avenços científics no facin necessari un escurçament d'aquest període.

### **Difusió de la GPC**

Per tal de garantir la major difusió possible dels continguts de la guia, els centres d'atenció primària hauran de prioritzar el maneig de la contracepció d'emergència en les seves activitats de formació, recerca i/o avaluació.

Es prioritzarà, per tant, la realització de sessions clíniques sobre aquest tema, les quals es desenvoluparan com activitats de formació en servei. Per tal de facilitar aquesta tasca totes les guies disposen d'una unitat docent, que conté el material gràfic de suport per al desenvolupament de les sessions clíniques. El responsable de Farmàcia de la SAP donarà suport tècnic per a la presentació de la sessió a cada centre.

A cada centre hi haurà un responsable de la difusió, aplicació i seguiment de les GPC.

### **Finançament**

La GPC no ha rebut cap mena de finançament extern per a la seva elaboració. Els autors han fet una declaració de conflicte d'interessos.

### **Consideracions generals sobre la GPC**

Aquesta Guia pretén ser un element de suport per a la pràctica diària, sempre tenint en compte que són els professionals sanitaris, els que han de valorar cada cas de forma individual i prendre aquelles decisions que creguin més encertades per a cada persona.

