

MILLOR
SENSE

RISC



L'ANTICONCEPCIÓ D'EMERGÈNCIA
AMB LEVONORGESTREL A LA
XARXA DE SALUT DE CATALUNYA



Generalitat de Catalunya
Departament
de Salut



**L'ANTICONCEPCIÓ
D'EMERGÈNCIA AMB
LEVONORGESTREL EN LA XARXA
SANITÀRIA DE CATALUNYA**

ÍNDEX

	Pàg.
1. Presentació	3
2. Justificació de l'anticoncepció d'emergència (AE) amb levonorgestrel	5
3. Accessibilitat	10
3.1. Distribució del producte	10
3.2. Presentació del producte	12
3.3. Qui l'ha de proporcionar	12
3.4. Com s'ha de proporcionar l'AE	14
4. Orientacions per a la seva administració	16
5. Registre de dades	20
Annex I. Full informatiu per lliurar a la dona	21
Bibliografia	23
Participants	

1. PRESENTACIÓ

Des de fa uns anys estan augmentant els embarassos no desitjats en el nostre medi i molts d'ells acabaran en avortament. El Departament de Salut està treballant en la prevenció d'aquests embarassos, especialment en els adolescents.

Encara que alguns són desitjats i ben acceptats, els embarassos en l'adolescència sovint van acompanyats, en general, de rebuig social i conflicte familiar, aïllament, soledat, així com d'abandó dels estudis. Aquesta situació fa que l'embaràs s'oculti durant bastant de temps i que evolucioni en un clima psicològic que en fa difícil el seguiment, la qual cosa implica un control inadequat i tardà de la gestació. A més, té com a conseqüències l'increment de desigualtats socials, atès que el fet de tenir fills en l'adolescència dificulta la formació i la incorporació de la mare, i en molts casos també del pare, al món laboral.

És una prioritat de salut en tots els països desenvolupats implementar programes preventius que redueixin els embarassos no desitjats en adolescents a fi d'evitar-ne els efectes nocius per a la salut.

És voluntat d'aquest Govern fer front a aquesta situació i en aquesta direcció estem organitzant des del Departament de Salut, de forma coordinada amb altres departaments, societats científiques i professionals, les actuacions preventives dirigides a evitar els embarassos no desitjats en joves. Bàsicament aquestes accions van orientades a l'educació afectiva i sexual a l'escola, l'atenció activa als joves des de l'atenció primària i la possibilitat d'accedir a l'anticoncepció d'emergència.

El Ministeri de Sanitat i Consum va aprovar l'any 2001 el fàrmac levonorgestrel com a mètode anticonceptiu d'emergència postcoital. Les condicions de l'autorització per a la seva dispensació requereixen recepta i no està finançada pel Sistema Nacional de Salut. Aquestes condicions creen dificultats que no afavoreixen l'accés al tractament, per aquest motiu el Departament de Salut ha decidit facilitar el tractament de forma fàcil i gratuïta.

L'anticoncepció d'emergència, però, es la "segona oportunitat" preventiva quan ha fallat o no s'ha utilitzat la prevenció primària adequada. No pensem que la pastilla de l'endemà per si sola sigui la solució del problema, per això l'emmarquem en tot un seguit d'actuacions encaminades a la promoció i prevenció de la salut en els joves, on l'aspecte de l'educació afectiva i sexual té un paper destacat.

La dispensació del tractament comportarà necessàriament la coordinació de tots els nivells d'atenció, a fi d'assegurar la dispensació ràpida del tractament i així mateix l'adequat seguiment de la dona pels serveis corresponents d'atenció primària.

Esperem que aquest document us ajudi en la dispensació ràpida del producte i que aquesta iniciativa, basada en la col·laboració de tota la xarxa de salut, contribuirà a millorar la salut de les dones, de les seves parelles i de la població en general.

Marina Geli i Fàbrega
Consellera de Salut

2. JUSTIFICACIÓ DE L'ANTICONCEPCIÓ D'EMERGÈNCIA (AE) AMB LEVONORGESTREL

L'objectiu de l'anticoncepció postcoital, anomenada d'emergència, és la prevenció d'un embaràs després d'un coit no protegit.

Al llarg dels anys s'han seguit diverses pautes terapèutiques:

1. L'administració d'altres dosis d'estrògens per impedir la implantació, que data dels anys 60. S'utilitzaven 5 mg d'etinilestradiol (EE) al dia durant 5 dies. Aquest mètode tenia una alta taxa d'efectes secundaris, sobretot gastrointestinals¹, i tenia una llarga llista de contraindicacions.
2. Pauta de Yuzpe²: va ser descrita a finals dels anys 70 i s'ha utilitzat fins l'actualitat. Consisteix en la presa d'un total de quatre comprimits de 0,1 mg de EE i 0,5 mg de levonorgestrel (LN), separats en un interval de 12 hores.
3. Danazol, gestagen d'acció antigonadotròpica, a dosis de 400 a 600 mg en dues preses separades 12 hores. En el moment actual s'ha deixat d'utilitzar per l'alta taxa de fracàs (4,6%)³. Els efectes secundaris són mínims i està contraindicat solament en casos d'insuficiència hepàtica.
4. Mifepristona a diferents dosis (600 mg, 50 mg i 10 mg), administrada en dosi única o fraccionada en dues dosis. Presenta una alta eficàcia per prevenir l'embaràs després d'un coit no protegit, però té l'inconvenient de retardar bastant la menstruació, i per altra banda la protecció de coits posteriors a la presa és més baixa que amb altres mètodes⁴.

5. Levonorgestrel (LN), 1,5 mg en una dosi, o fraccionada en dues preses. Presenta una alta eficàcia i una baixa taxa d'efectes secundaris⁵.

Eficàcia comparada dels mètodes hormonal de anticoncepció d'emergència

Taula 1: Eficàcia

	Dosis	Eficàcia (95% IC) (Taxa d'embarassos x 1.000 dones)	Nom comercial (Espanya)
Yuzpe	EE: 100 mcg + LN: 0,5 mg, dues dosis ⁵	32 (22-45)	Neogynona® Ovoplex®
Progesterona sola	LN: 0,75 mg x dues dosis o dosi única ⁵	11 (6-20)	NorLevo® Postinor®
Antiprogesteroes	Mifepristona (RU-486): 600, 50 i 10 mg ⁴	9 (5-16)	Ús restringit a hospitals
Danazol	400-600 mg dues dosis ³	46 (22-87)	Danatrol®

Els estudis més recents mostren una diferència significativa, respecte a l'eficàcia, de la progesterona i les antiprogesteroes *versus* el mètode de Yuzpe i el danazol. Atès que la mifepristona està subjecta a un ús restringit, podem concloure que el millor mètode és el levonorgestrel.

Estudis recents han comparat la eficàcia de l'LN en funció de les hores transcorregudes des del coit de risc i l'administració del medicament i també en funció de la seva pauta d'administració:

1. Percentatge d'embarassos segons el temps entre l'últim coit i la presa de l'LN⁵:

	Taxa d'embarassos x 1. 000 dones tractades (95% IC)
Levonorgestrel	11 (6-20)
<24 hores	4 (1-16)
25-48 hores	12 (3-30)
49-72 hores	27 (9-61)

El levonorgestrel aconseguix una reducció en la taxa d'embarassos d'un 95%, si s'administra en les primeres 24 hores; d'un 85% entre les 25 i les 48 hores i, d'un 58% si l'administració té lloc entre les 49 i les 72 hores següents al coit de risc.

La taxa global d'embarassos després de l'administració d'aquest tractament és del 0,8 al 2,3%. 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.

2. Diferents pautes d'administració^{4,6}: dues dosis de 0,75 mg d'LN separades 12 hores i una dosi única d'1,5 mg d'LN. Els estudis no mostren diferències significatives i es considera que la dosi única té avantatges, ja que no es produeixen oblitats de la presa posterior.

Un altre punt a considerar és la protecció en coits posteriors a la presa de la dosi postcoital. En l'estudi comparatiu de l'OMS⁴ entre mifepristona i levonorgestrel, aquest es mostra més eficaç en la prevenció d'embarassos en coits posteriors que

la mifepristona (1,7% vs. 3,2%). Comparat amb el mètode de Yuzpe, també l'LN es mostra més eficaç en la prevenció d'embarassos posteriors (Yuzpe 5,3% vs. 1,9% l'LN)

Per tot el que s'ha exposat, podem concloure que el millor mètode disponible en l'actualitat és l'LN administrat en dosi única al més aviat possible després del coit.

Efectes secundaris de les pautes d'anticoncepció d'emergència actuals

En tots els estudis l'LN es tolera millor que el mètode de Yuzpe. Segons el darrer estudi de l'OMS⁵, les diferències són:

Efectes secundaris	% (95% IC)		p
	Yuzpe	Levonorgestrel	
Nàusees	50,5 (47,3-53,6)	23,1 (20,5-25,9)	<0,01
Vòmits	18,8 (16,4-21,4)	5,6 (4,3-7,3)	<0,01
Mareig	16,7 (14,4-19,1)	11,2 (9,3-13,3)	<0,01
Fatiga	28,5 (25,7-31,4)	16,9 (14,6-19,4)	<0,01
Cefalea	20,2 (17,8-22,9)	16,8 (14,5-19,3)	0,06
Tensió mamària	12,1 (10,1-14,3)	10,8 (8,9-12,9)	0,4

En els estudis comparatius entre la mifepristona i l'LN no s'observen diferències significatives pel que fa als efectes secundaris immediats, però amb la mifepristona es produeix amb major freqüència retard menstrual de més de 7 dies en relació amb la data esperada de la menstruació (9% vs. 5% amb una $p < 0,001$).

Podem concloure que l'LN es tolera millor que el mètode de Yuzpe i els efectes sobre el retard en la menstruació són millors que els de la mifepristona.

Conclusions

Dels estudis analitzats es pot concloure que en el moment actual el tractament disponible més eficaç per a l'anticoncepció d'emergència és el levonorgestrel, administrat a una dosi única d'1,5 mg.

També és el que presenta menys efectes secundaris i no es coneixen contraindicacions majors per al seu ús de forma sistemàtica en qualsevol grup d'edat.

3. ACCESSIBILITAT

L'anticoncepció d'emergència no és una forma regular d'anticoncepció, es tracta d'una manera de prevenir l'embaràs en el cas de coit sense protecció. Està demostrat^{7, 8, 9} que el seu coneixement i ús no porta a tenir relacions sexuals de risc. Per tant, hauria de ser accessible per a les dones que ho necessitin, tant en l'adolescència, com en l'edat adulta i la perimenopausa.

Per aquest motiu, l'anticoncepció d'emergència s'ha de garantir amb el màxim d'accessibilitat possible en els diferents punts d'atenció de la xarxa sanitària, no només pel que fa referència a la seva administració sinó també a la informació que han de tenir les dones i els homes en edat reproductiva.

Per tal que això sigui possible, us informem d'alguns aspectes relacionats amb els apartats següents:

3.1. Distribució del producte

En l'actualitat el levonorgestrel és un medicament de venda amb recepta mèdica i que no està finançat pel Sistema Nacional de Salut. Això vol dir que cal acudir a un centre mèdic per tal d'obtenir la recepta i que en el moment de l'adquisició a la farmàcia la pacient ha d'abonar el total de l'import.

Per tal de donar resposta al problema es procedirà a intervenir de forma esglaonada, assegurant d'aquesta manera la disponibilitat immediata del tractament. El programa seguirà tres fases:

Fase primera: perseguirà el criteri de garantir la disponibilitat del fàrmac en els dispositius assistencials més adequats, donant prioritat a l'atenció continuada, PASSIR i urgències hospitalàries.

Cada regió sanitària determinarà els centres de la regió que distribuiran el tractament en aquesta primera fase.

Fase segona: en la segona fase, aproximadament dos mesos després d'haver-se iniciat la primera, els tractaments estaran disponibles en tots els centres sanitaris, tant hospitalaris com d'atenció primària, d'arreu de Catalunya.

Fase tercera: els tractaments haurien d'estar també a totes les oficines de farmàcia, adaptant-se els protocols per tal d'estendre el projecte.

El Departament de Salut està iniciant els tràmits de sol·licitud al Ministeri de Sanitat i Consum, com a Administració responsable d'establir els requisits de dispensació de les especialitats farmacèutiques, perquè accepti canviar la situació administrativa del levonorgestrel a dispensació sense recepta mèdica.

Tanmateix, el fet que la situació administrativa del medicament exigeixi la prescripció mèdica prèvia no possibilita que les oficines de farmàcia

puguin participar, de moment, en aquest projecte d'administració gratuïta *in situ* del medicament.

3.2. Presentació del producte

El producte ve en una bossa tancada i conté un tractament de Postinor[®] (2 comprimits de levonorgestrel de 0,75 mg cada un), un díptic informatiu per a la dona (figura en l'annex núm. 1), un preservatiu com a element educatiu de cara a la prevenció d'ITS i d'embarassos no desitjats i una etiqueta adhesiva amb les dades per emplenar.

Cal extreure l'etiqueta i emplenar les dades de la persona que fa el tractament. Aquesta informació s'utilitzarà de cara a la posterior avaluació del programa.

3.3. Qui l'ha de proporcionar

Els diferents punts d'atenció sanitària, els equips d'atenció primària, els programes de salut sexual i reproductiva, els serveis d'atenció continuada i les urgències hospitalàries, així com d'altres serveis

específics que per les seves activitats tinguin com un dels seus objectius la prevenció en salut sexual i reproductiva, han de poder garantir l'administració d'AE.

La pastilla l'ha de dispensar el centre o la unitat en què es produeix la demanda, evitant derivacions que endarreririen l'inici del tractament, i per tant en disminuirien l'efectivitat. Quan aquesta demanda es produeix a urgències hospitalàries i centres d'atenció continuada, una vegada proporcionat el tractament, serà aconsellable derivar la dona a l'AP per al seu posterior seguiment.

No obstant això, s'ha de tendir que sigui l'atenció primària la porta natural d'entrada de la demanda.

Els diferents professionals (metges de família, pediatres, llevadores, ginecòlegs, professionals d'infermeria i farmacèutics) han de proporcionar informació sobre l'AE i són els que han de garantir l'accés al tractament. Encara que hi pugui haver algun professional que exerceixi el seu dret d'objecció de consciència, cada centre de la xarxa sanitària ha d'assegurar un circuit que permeti mantenir el dret de l'usuari/ària a l'accés a l'AE.

Quan la indicació d'AE es realitza en l'atenció primària, és important una coordinació entre les diferents unitats implicades: equip d'atenció primària, programa d'atenció a la salut sexual i reproductiva i atenció continuada.

La informació que ha de tenir la població sobre els llocs de subministrament de l'AE ha de ser exhaustiva, per tal que s'utilitzi el recurs

més adient i es racionalitzi la dispensació de l'AE. En aquest sentit, el servei d'informació i consulta sanitària **Sanitat Respon (Tel. 902 111 444)**, de l'empresa pública SEMSA, jugarà un paper important en l'orientació d'aquesta demanda.

3.4. Com s'ha de proporcionar l'AE

La demanda d'AE es produeix en un moment especialment sensible de la dona i la parella, per l'ansietat que produeix la possibilitat d'embaràs. És important, per tant, que es realitzi un bon acolliment de la demanda que propiciï la responsabilització i eviti que la dona/parella se senti rebutjada o jutjada negativament. D'altra banda, caldrà assegurar la transmissió d'informació i els consells de salut adequats per tal que s'utilitzin mètodes anticonceptius segurs, així com la correcta protecció contra les ITS. S'hauria d'assegurar, en cas de fracàs de l'AE, l'acolliment i la informació que s'ha de proporcionar a la dona sobre les diferents opcions davant d'un embaràs no desitjat.

En successives consultes seria útil ajudar a explorar i entendre els elements que van portar a la relació sexual amb risc d'embaràs, que poden anar des de la desinformació, la inexperiència, la

vergonya i les dificultats per negociar l'ús d'anticoncepció a situacions d'abús de substàncies tòxiques, passant per un cert desig d'embaràs inconscient.

Aquesta informació s'ha de realitzar a nivell individual aprofitant diferents tipus de demanda. Un moment d'especial importància és davant la demanda de qualsevol tipus de anticoncepció, però també en aquells moments en què es realitzen intervencions relacionades amb les relacions coitals de risc.

És fonamental la intervenció grupal sobretot pel que fa referència als adolescents/joves, aprofitant les intervencions que es realitzen en les escoles, però també dins d'àmbits no formals com són els llocs de trobada juvenil (esplais, casals, etc.).

S'han de poder planificar de manera efectiva les intervencions educatives sobre la prevenció d'embarassos no desitjats en població de vulnerabilitat més gran, que per les seves característiques té difícil l'accés a l'educació per a la salut sobre aquests aspectes. Cal treballar, en aquests casos, de manera comunitària amb els educadors de carrer o altres agents socials pel que fa referència a l'adolescent en risc, però també amb agrupacions específiques que aglutinen població adulta també amb vulnerabilitat més gran: immigrants, prostitució, etc.

4. ORIENTACIONS PER LA SEVA ADMINISTRACIÓ

Indicacions

L'AE està indicada per prevenir un embaràs després d'un coit no protegit, incloent-hi:

- No ús de mètode anticonceptiu
- Mal ús d'un mètode anticonceptiu:
 - Ruptura o lliscament de preservatiu
 - Oblit de dues o més píndoles anticonceptives.
 - Retard en la presa d'un comprimit de *minipill* (progesterona sola – Cerazet®), de més de 3 hores.
 - Retard de 15 dies en l'administració d'un injectable de progesterona (acetat de la medroxiprogesterona depot o enantat de noretisterona)
 - Retard de més de 7 dies en la administració d'un injectable mensual d'estro-progestagen
 - Pèrdua o retard en la col·locació d'un pegat anticonceptiu (Evra®) o un anell vaginal (NuvaRing®) de més de 3 dies
 - Fracàs en la retirada o *coitus interruptus*.
 - Càlcul erroni de les dates fèrtils en els mètodes naturals.
- En els casos de violació en què la dona no estava protegida per cap mètode.

Precaucions abans de la indicació

Fer una entrevista clínica adreçada a determinar el ritme menstrual i la fase del cicle en què es troba la pacient.

Si hi ha un retard menstrual, cal fer un test de gestació per descartar un embaràs. Si la prova és positiva **no s'ha d'administrar** l'AE, ja que no serà efectiva.

Indagar les possibilitats de risc d'embaràs i el nombre de coïts desprotegits en els darrers 5 dies (pot haver-hi més d'un coït sense protecció i no només el que ens consulta), per valorar el tipus d'AE que cal aconsellar segons el temps transcorregut.

Valorar el risc d'infeccions de transmissió sexual per indicar profilaxi, si és el cas.

No hi ha contraindicacions mèdiques per a l'administració de l'AE amb levonorgestrel.

Pauta d'administració

El levonorgestrel es pot donar de les maneres següents:

- Dos comprimits administrats conjuntament
- Dos comprimits administrats en 12 hores d'interval
- Dos comprimits administrats en 24 hores d'interval

Actualment s'aconsella la administració en una sola presa, els dos comprimits a la vegada, ja que els resultats són millors.

És una bona estratègia donar els comprimits en el moment de la consulta i que els prengui en aquell moment.

Recomanacions

Aprofitar la consulta per aconsellar l'ús habitual d'un mètode anticonceptiu fiable.

Advertir sobre els punts següents:

- Amb l'LN les nàusees i/o vòmits són infreqüents, per aquest motiu no cal fer una profilaxi prèvia. Si es presenten, s'ha de recomanar l'ús de la metoclopramida (Primperan®).
- La menstruació es presentarà habitualment una setmana abans o després de l'esperat. *Si hi ha un retard de més d'una setmana cal consultar per descartar un embaràs.*
- En alguns casos es pot presentar un sagnat irregular durant la primera setmana després de la presa de l'LN.
- Altres efectes secundaris lleus poden ser la tensió mamària o cefalea lleu, que desapareixen en 24 hores.

En el cas que es produeixi un embaràs, no hi ha afectació materna ni fetal que contraindiqui la continuació de la gestació pel fet d'haver ingerit una medicació postcoital.

Es pot administrar a dones lactants.

L'ús repetit de l'AE no és un problema, es pot donar tantes vegades com calgui, però cal insistir en l'ús habitual de mètodes anticonceptius fiables.

Cal recomanar una *visita de seguiment a les 3 setmanes* per valorar la eficàcia del mètode i treballar els temes de salut sexual i reproductiva.

5. REGISTRE DE DADES


Es fa necessari un registre mínim de dades per tal de fer un seguiment de la dispensació de l'AE.

Com ja hem comentat, utilitzarem les etiquetes incloses en la bossa de dispensació del producte.

Es tracta de recollir de forma fàcil unes mínimes dades de forma anònima. Aquestes etiquetes s'hauran d'emplenar en el moment d'obrir la bossa per prendre el tractament i anar-les enganxant en un foli.

Mensualment caldrà enviar els folis amb les etiquetes del producte subministrat a la regió sanitària corresponent.

Les dades que s'hauran d'emplenar són les següents:

ANTICONCEPCIÓ D'EMERGÈNCIA	
Data:	____ / ____ / _____
Edat:	_____
Centre dispensador:	_____
1a vegada:	<input type="checkbox"/>
Més d'una vegada:	<input type="checkbox"/>
 Generalitat de Catalunya Departament de Salut	

ANNEX I. FULL INFORMATIU PER LLIURAR A LA DONA

Instruccions per a la utilització de la contracepció d'emergència amb "la pastilla de l'endemà"

La contracepció d'emergència és un tractament per evitar l'embaràs, després d'una relació sexual en la qual no s'han utilitzat mètodes anticonceptius o s'hi han utilitzat incorrectament.

Cal prendre les pastilles al més aviat possible i abans de les 72 hores (3 dies) després de la relació sexual amb risc d'embaràs. De tota manera, tot i que en disminueix bastant l'eficàcia, pot ser útil prendre-les fins a les 120 hores (5 dies).

Com prendre el tractament

<ul style="list-style-type: none"> • 1 dosi única (2 pastilles juntes), al més aviat possible 	Norlevo® o bé Postinor®
--	-------------------------

- Si prens les pastilles amb algun aliment les digeriràs millor.
- Si vomites abans que hagin passat 3 hores d'haver pres les pastilles, cal fer tractament per als vòmits i tornar-te-les a prendre.
- En cas que tornis a vomitar en les 3 hores següents després de repetir la dosi, cal que consultis un professional.

Després del tractament

- Aquest tractament encara que falla poques vegades, no sempre evita l'embaràs.
- La regla ha de venir, com a màxim, a les 3 setmanes després del tractament. Si no és així, t'has de fer una prova d'embaràs.

- Abans que comenci la menstruació pots tenir petites pèrdues de sang i la regla pot tenir una durada i quantitat diferent de l'habitual.
- Després que et vingui la regla és convenient que consultis un professional per rebre informació sobre mètodes anticonceptius.

Molt important

Aquest tractament només serveix per evitar l'embaràs en aquesta relació sexual, per tant, en les pròximes relacions sexuals has d'utilitzar algun mètode contraceptiu segur.

Hi ha mètodes contraceptius segurs i eficaços per prevenir un embaràs no desitjat.

El preservatiu masculí i femení és l'únic mètode que evita al mateix temps l'embaràs i les infeccions de transmissió sexual, inclosa la sida i, per tant, és molt recomanable.

Si tens dubtes, pots dirigir-te al teu centre d'atenció primària / Programa d'atenció a la salut sexual i reproductiva, o bé pots trucar al telèfon de **“Sanitat Respon 24 hores” 902 111 444**

BIBLIOGRAFIA

¹ Morris JM, Van Wagenen G. Compounds interfering with ovum implantation and development. 3. The role of estrogens. *Am J Obstet Gynecol* 1966; 96 (6): 804-15.

² Yuzpe AA, Smith RP, Rademaker AW. A multicenter clinical investigation employing ethinyl estradiol combined with dl-norgestrel as postcoital contraceptive agent. *Fertil Steril* 1982; 37 (4): 508-13.

³ Webb AMC, Russel J, Elstein M. Comparison of Yuzpe regimen, danazol and mifepristone in oral postcoital contraception. *Br Med J* 1992; 305: 927-31.

⁴ Von Hertzen H, Piaggio G, Ding J, Chen J, Song S, Bártfai G, Ng E, Genzell-Danielsson K, Oyunbileg A, Wu S, Cheng W, Lüdicke F, Pretnar-Darovec A, Kirkman R, Mittal S, Khomassuridze A, Apter D, Peregoudov A, for the WHO Research Group on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentric randomised trial. *The Lancet* 2002; 360: 1803-10.

⁵ The Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *The Lancet* 1998; 352: 428-33.

⁶ Johansson E, Brache V, Alvarez F, Faundes A, Cochon L, Ranta S, Lorven M, Kumar N. Pharmacokinetic study of different dosing regimens of levonorgestrel for emergency contraception in healthy women. *Hum Reprod* 2002; 17(6): 1477-76.

⁷ Glasier AS, Baird D. Defects of self-administering emergency contraception. *N Engl J Med* 1988; 339:1-4.

⁸ Raine P, Harper C, Leon K, Darvey P. Emergency contraception: Advance provision in a young, high risk clinic population. *Obstet Gynecol* 2000; 96:10.

⁹ Generalitat de Catalunya. Institut Català de la Salut. *Guia pràctica clínica de la contracepció d'emergència*. Barcelona: Institut Català de la Salut, 2004. <www.gencat.net/ics>

¹⁰ Alvarez D, Arribas L, Cabero L, Tete I, Ollé C, De Lorenzo R. *Guía de actuación en anticoncepción de emergencia. La píldora del día después*. Pulso Ediciones, Laboratorios Alcalá Farma SL, 2002 (obra avalada por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Sociedad Española de Contracepción).

Han participat en l'elaboració d'aquest document:

Santiago Barambio – Societat Catalana de Contracepció

Joaquim Calaf – Hospital de Sant Pau

Carme Coll – Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia

Dolors Costa – Direcció general de Planificació

Rosario Giménez – Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària

Iskra Ligüerre – Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària

Silvia López – Societat Catalana de Contracepció

Cristina Martínez – Associació Catalana de Llevadores

Carme Ollé – CASSIR. Rabal Sud. IMAS

Rosa Pous – Associació de Planificació Familiar de Contracepció de
Catalunya i Balears

Ramon Prats – Direcció general de Salut Pública

Neus Rams – Direcció general de Recursos Sanitaris

Rosa Ros – Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat

Lluís Torralba – Direcció general de Recursos Sanitaris