Salut/ Institut Català de la Salut

GUIA FARMACOTERAPÈUTICA

Atenció a la salut sexual i reproductiva

Generalitat de Catalunya

Per citar aquest document cal fer-ho de la manera següent:

Abizanda Garcia J, Alsina Hipólito M, Balanzó Joue M, Gómez Castelló T, López Insua A, Martínez Bueno, C, et. al., *Guia farmacoterapèutica. Atenció a la salut sexual i reproductiva* [En línia]. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2022. Disponible a: http://ics.gencat.cat/web/.content/Assistencia/farmacia/Protocols_doc_consens/Enllacos-PNT/Guia_atencio_salut_sexual_reproductiva.pdf

ics.gencat.cat

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut
© Institut Català de la Salut, 2022

Edició: Institut Català de la Salut
1a edició: febrer 2022

Direcció del projecte:
Unitat de Coordinació i Estratègia del Medicament
Direcció Assistencial d'Atenció Primària i a la Comunitat

Coordinació:
Marina Balanzó Joue

Coordinació editorial:
Gabinet de Comunicació
Direcció de Comunicació i Responsabilitat Social Corporativa

Avís legal
Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 4.0 Internacional. La llicència es pot consultar a la pàgina web de Creative Commons.

Autoria

Coordinació

Marina Balanzó Joue
Farmacèutica d'Atenció Primària
SAP Baix Llobregat Centre
DAP Costa de Ponent. ICS

Autors

Judith Abizanda Garcia
Farmacèutica d'Atenció Primària
Unitat de Coordinació i Estratègia del Medicament
Direcció Assistencial d'Atenció Primària. ICS

Mercè Alsina Hipólito
Obstetra ginecòloga
ASSIR Garraf
DAP Costa de Ponent. ICS

Marina Balanzó Joue
Farmacèutica d'Atenció Primària
SAP Baix Llobregat Centre
DAP Costa de Ponent. ICS

Teresa Gómez Castelló
Obstetra ginecòloga
ASSIR Mataró
DAP Metropolitana Nord. ICS

Amanda López Insua
Farmacèutica d'Atenció Primària
SAP Anoia - Bages
Gerència Territorial de la Catalunya Central. ICS

Cristina Martínez Bueno
Llevadora
Responsable corporativa ASSIR de la Direcció Assistencial d'Atenció Primària i a la Comunitat. ICS

Cristina Morales Navajas
Farmacèutica d'Atenció Primària
SAP Vallès Oriental
DAP Metropolitana Nord. ICS

Jordina Munrós Feliu
Obstetra ginecòloga
ASSIR Muntanya - La Mina
DAP Barcelona. ICS

Míriam Oms Arias
Farmacèutica d'Atenció Primària
Responsable de Farmàcia de la Direcció Assistencial d'Atenció Primària i a la Comunitat. ICS

Rosa Rodríguez Mauriz
Farmacèutica resident
Hospital General de Granollers

Cristina Vedia Urgell
Farmacòloga d'Atenció Primària
SAP Barcelonès Nord i Maresme
DAP Metropolitana Nord. ICS

Versions anteriors de la *Guia farmacoterapèutica d'atenció a la salut sexual i reproductiva*

Coordinació i redacció (Versió 1. 10/2015)

Teresa Gómez Castelló
Obstetra ginecòloga
ASSIR Mataró
DAP Metropolitana Nord. ICS

Cristina Vedia Urgell
Farmacòloga d'Atenció Primària
SAP Barcelonès Nord i Maresme
DAP Metropolitana Nord. ICS

Responsables de l'actualització (Versió 2. 12/2018)

Teresa Gómez Castelló
Obstetra ginecòloga
ASSIR Mataró
DAP Metropolitana Nord. ICS

Cristina Vedia Urgell
Farmacòloga d'Atenció Primària
SAP Barcelonès Nord i Maresme
DAP Metropolitana Nord. ICS

Responsables de l'actualització (Versió 3. 09/2019)

Teresa Gómez Castelló
Obstetra ginecòloga
ASSIR Mataró
DAP Metropolitana Nord. ICS

Cristina Vedia Urgell
Farmacòloga d'Atenció Primària
SAP Barcelonès Nord i Maresme
DAP Metropolitana Nord. ICS

Presentació

La *Guia farmacoterapèutica de l'atenció a la salut sexual i reproductiva* (ASSIR) de l'Institut Català de la Salut és una eina d'orientació actualitzada i adaptable a la major part de les situacions que es produeixen en l'atenció maternoinfantil i en l'atenció a la salut sexual i reproductiva.

Aquesta guia, aprovada per la Comissió Farmacoterapèutica (CFT) de l'ICS, té com a objectiu adequar a la darrera evidència científica disponible els tractaments que es porten a terme en la pràctica clínica diària amb la finalitat d'orientar els professionals en la presa de decisions durant la tasca assistencial diària.

Aquesta guia va néixer l'any 2015 i va ser elaborada per professionals de l'atenció a la salut sexual i reproductiva i del Servei de Farmàcia de l'àrea Metropolitana Nord. Enguany, des de la Unitat de Coordinació i Estratègia del Medicament de l'ICS s'ha liderat la revisió i actualització del document gràcies al treball desplegat per un equip multidisciplinari de professionals de la nostra institució.

Agraïm la dedicació i el treball de tots els que han col·laborat en la seva elaboració i han fet possible posar-la a disposició de l'atenció primària de l'ICS. Aquest document contribueix a la millora de la qualitat en l'atenció sanitària a les dones, els/les joves i les seves parelles.

Yolanda Lejardi Estévez
Directora gerent de l'Institut Català de la Salut

Ariadna Mas Casals
Directora d'Atenció Primària i a la Comunitat de l'Institut Català de la Salut

Índex

1. Tractaments simptomàtics durant l'embaràs 8
1.1. Aparell digestiu 8
1.1.1. Nàusees i/o vòmits 8
1.1.2. Pirosi 8
1.1.3. Restrenyiment 8
1.1.4. Hemorroides 9
1.1.5. Diarrea aguda 9
1.2. Dolor 9
1.3. Tos 10
1.4. Infecció urinària 10
1.5. Anèmia ferropènica 10
1.6. Suplements vitamínics 11

2. Mastitis puerperal 12

3. Vulvovaginitis 13
3.1. Candidiasi vulvovaginal 13
3.2. Vaginosi bacteriana 15

4. Infeccions de transmissió sexual (ITS) 17
4.1. Infecció per *Chlamydia trachomatis*. Serotips D-K 17
4.2. Infecció per *Neisseria gonorrhoeae*. Gonocòccia no complicada 19
4.2.1. Infecció per *Neisseria gonorrhoeae* amb sospita clínica alta o confirmada 20
4.2.2. Coinfecció per *Neisseria gonorrhoeae* i *Chlamydia trachomatis* en cas de sospita o confirmació 21
4.3. Cervicitis/Uretritis aguda per *Mycoplasma genitalium* 22
4.4. Sífilis 23
4.4.1. Sífilis precoç o infecciosa 23
4.4.2. Sífilis tardana o no infecciosa 25
4.5. Infecció per *Trichomonas vaginalis* 26
4.6. Infecció pel virus del papil·loma humà (VPH): berrugues anogenitals o condilomes 28
4.7. Infecció pel virus de l'herpes simple genital 29
4.8. Malaltia inflamatòria pelviana 31

5. Contracepció: anticonceptius hormonals per a l'ús sistèmic 34
5.1. Anticoncepció hormonal combinada 34
5.2. Anticoncepció hormonal amb gestàgens 35
5.3. Anticoncepció d'urgència 36

6. Interrupció farmacològica de l'embaràs 37

7. Tractament hormonal substitutiu (THS) 39

8. Sagnat menstrual abundant (SMA) 41

9. Incontinència urinària 43

Bibliografia 46

Annexos
Annex 1. Mesures higièniques i dietètiques de les molèsties digestives durant l'embaràs 49
Annex 2. Principi actiu i nom comercial de les especialitats amb ferro bivalent 50
Annex 3. Criteris mèdics d'elegibilitat (CME) per a l'ús d'anticonceptius - OMS 51
Annex 4. Anticonceptius hormonals 58
Annex 5. Efectes secundaris i complicacions dels fàrmacs per a la interrupció farmacològica de l'embaràs 62
Annex 6. Càrrega anticolinèrgica 64
Annex 7. Consideracions sobre el maneig dels relaxants del detrusor 66

1. Tractaments simptomàtics durant l'embaràs

1.1. Aparell digestiu

En línies generals, per al tractament de les molèsties digestives lleus cal seguir les mesures higièniques i dietètiques (annex 1).

1.1.1. Nàusees i/o vòmits

Les nàusees i/o vòmits del primer trimestre solen ser lleus i cal recomanar mesures higièniques i dietètiques. Si les nàusees i/o vòmits són intensos, es pot administrar doxilamina + piridoxina.

Tractament	Principi actiu	Pauta terapèutica	Observacions
Tractament recomanat	Doxilamina 10 mg + Piridoxina 10 mg	1 càpsula/8 h	Administrar 30 minuts abans de la ingesta. Dosi màxima: 6 comprimits/dia.

En cas d'hiperèmesi gravídica es pot valorar la metoclopramida com a alternativa considerant-ne l'ús restringit en aquestes circumstàncies. S'ha d'evitar sobretot en les fases finals de l'embaràs pels riscos d'efectes adversos de tipus neurològic, entre d'altres, associats a aquest fàrmac. La dosi recomanada és de 5-10 mg fins a 3 vegades al dia durant un màxim de 5 dies (utilitzar la dosi mínima eficaç). S'aconsella prendre 30 minuts abans de la ingesta.

1.1.2. Pirosi

És un símptoma que apareix sobretot en el segon i el tercer trimestre. S'han de recomanar mesures higièniques i dietètiques. I, si no hi ha milloria, es recomanen antiàcids que continguin alumini o magnesi.

Tractament	Principi actiu	Pauta terapèutica	Observacions
Tractament recomanat	Almagat solució o comprimits	1 sobre o comprimit / 8 h	Administrar 30 minuts després de la ingesta.

En cas de reflux gastroesofàgic, si és necessari, es pot utilitzar famotidina 20 mg cada 12 hores per via oral durant el mínim període possible. Si hi ha problemes de desproveïment de famotidina, es pot valorar la prescripció d'omeprazole 20 mg/dia.

1.1.3. Restrenyiment

Si els canvis en la dieta i en els hàbits de vida resulten ineficaços per controlar el restrenyiment, es poden prescriure laxants. Es recomana començar per laxants formadors de volum com la *Plantago ovata*.

Com a segona línia de tractament, es poden prescriure laxants osmòtics com la lactulosa, de la qual es té més experiència d'ús, o els supositoris de glicerol en cas de necessitat de resposta ràpida, o bé, per la impossibilitat d'emprar la via oral.

Tractament	Principi actiu	Pauta terapèutica	Observacions
Tractament recomanat	Plantago ovata (ispaghula)	7-11 g/dia	Cal assegurar la ingesta d'aigua.
Tractament alternatiu	Lactulosa solució	15-30 mg/dia	Restrenyiment que no millora amb laxants formadors de volum o quan aquests no es poden donar.
	Glicerol supositoris	1/dia	Restrenyiment amb necessitat de resposta ràpida, o per la impossibilitat d'emprar la via oral.

1.1.4. Hemorroides

Convé recomanar canvis en la dieta i els hàbits de vida per evitar el restrenyiment. Si cal un tractament tòpic, es pot prescriure una crema amb corticoides de baixa potència (hidrocortisona) o anestèsic, com a màxim una setmana. No es recomana l'ús d'efedrina durant l'embaràs.

1.1.5. Diarrea aguda

La prevenció o la reposició de la pèrdua de líquids i electròlits són prioritàries.

Cal assegurar una ingesta hídrica suficient amb sèrum oral hiposòdic o altres formes de solucions de rehidratació orals. Les quantitats recomanades són de 2 o més litres per als adults sans. Si hi ha vòmits, la rehidratació es farà més lentament.

1.2. Dolor

L'analgèsic d'elecció en tots els trimestres és el paracetamol en la dosi mínima eficaç i el menor temps possible. Cal destacar que els antiinflamatoris no esteroidals (AINE) estan contraindicats a partir de les 20 setmanes d'embaràs. Si s'ha de receptar un AINE durant els primers mesos d'embaràs, ha de ser preferiblement per a períodes curts i a la dosi mínima eficaç.

Tractament	Principi actiu	Pauta terapèutica	Observacions
Tractament recomanat	Paracetamol 650 mg. Via oral	650 mg/8 h	
Tractament alternatiu	Ibuprofèn 400 mg. Via oral	400 mg/8 h	No utilitzar AINE a partir de les 20 setmanes d'embaràs.
	Naproxèn 500 mg. Via oral	500 mg/8 h	No utilitzar AINE a partir de les 20 setmanes d'embaràs.

El metamizole no està recomanat durant el primer i segon trimestre. Durant el tercer trimestre està contraindicat.

1.3. Tos

S'intentaran mesures no farmacològiques. En cas de tos incapacitant o que dificulta el descans, es podria receptar un antitussigen com el dextrometorfan de forma puntual.

1.4. Infecció urinària

En les **cistitis agudes** de la dona embarassada es recomana fer un urinocultiu i un antibiograma abans i després del tractament. El tractament empíric d'elecció és la fosfomicina trometamol però cal revalorar-lo segons l'antibiograma.

En l'embaràs es recomana tractar les **bacteriúries asimptomàtiques** (> 100.000 ufc/ml) per l'alt risc de pielonefritis. El tractament serà segons l'antibiograma i es recomana realitzar un urinocultiu de control després del tractament.

Tractament	Principi actiu	Pauta terapèutica	Observacions
Tractament recomanat	Fosfomicina trometamol	3 g, dosi única	Millor administrar amb l'estómac buit i, preferiblement, abans d'anar a dormir i amb la bufeta buida.

Els antibiòtics següents estan contraindicats per via sistèmica durant l'embaràs: tetraciclines, aminoglicòsids, sulfamides al tercer trimestre i quinolones. Cal tenir en compte que la nitrofurantoïna està contraindicada en les dues últimes setmanes d'embaràs per risc d'anèmia hemolítica fetal.

1.5. Anèmia ferropènica

L'anèmia durant l'embaràs es defineix per xifres d'hemoglobina inferior a 11 g/dl. És recomanable la via oral i les sals ferroses (ferro II), que s'absorbeixen millor que les sals fèrriques (ferro III) i tenen més contingut de ferro elemental.

El ferro s'absorbeix millor amb l'estómac buit, però es tolera pitjor. Si es pren amb aliments, cal evitar els lactis i la cafeïna. En aquest cas, es recomana prendre'l amb l'àpat del migdia (la carn, el peix i la vitamina C n'augmenten l'absorció).

Tractament	Principi actiu	Pauta terapèutica	Observacions
Tractament recomanat	Ferro (II), sulfat	80-100 mg de Fe elemental	Després d'aconseguir xifres d'Hb normals, convé mantenir la ferroteràpia 3 mesos més, per omplir els dipòsits.

També es pot emprar ferroglicina sulfat (disponible en càpsules o gotes orals).

L'annex 2 mostra els noms comercials que contenen sulfat de ferro i ferroglicina sulfat.

1.6. Suplements vitamínics

És molt important que l'embarassada faci una dieta equilibrada per cobrir la demanda de micronutrients. A més a més, s'aconsella prendre un suplement amb 400 µg d'àcid fòlic al dia un mes abans de la concepció i durant el primer trimestre com a profilaxi dels defectes del tub neural en població de baix risc. En pacients d'alt risc la dosi recomanada és de 5 mg/dia. Es consideren pacients d'alt risc: dones amb antecedents de defectes del tub neural o altres defectes congènits, dones diabètiques o amb obesitats mòrbides i pacients en tractament amb anticonvulsius.

El suplement universal amb comprimits de iode no està justificat a la nostra zona, ja que el contingut de iode en la sal, la llet i derivats làctics ja és suficient. El suplement es podria recomanar per a dones que no arribin a les quantitats diàries recomanades (tres racions de llet i derivats i més de 2 grams de sal iodada).

El calci no s'aconsella de forma rutinària, excepte per a la població de risc. La dieta ha d'incloure almenys 3 racions d'aliments rics en calci i ha d'aportar la ingesta d'àcids grassos poliinsaturats omega-3 (DHA) de 200 mg/dia insistint en la ingesta de fruites, peix blau i verdures.

2. Mastitis puerperal

El tractament inicial de la mastitis puerperal no severa consisteix en la reducció del dolor i la inflamació amb antiinflamatoris o antitèrmics, o amb compreses fredes. Si se sospita que hi ha infecció i els símptomes persisteixen més enllà de 12-24 hores amb febre, s'ha d'afegir un antibiòtic al tractament recomanat.

Tractament	Principi actiu	Pauta terapèutica	Observacions
Tractament recomanat	Cloxacil·lina sòdica	500 mg/6 h durant 7-10 dies	No suprimir la lactància. Afavorir el buidatge de la mama afectada.
	Cefadroxil	1 g/12 h durant 10 dies	
Tractament en cas d'al·lèrgia a la penicil·lina i/o cefalosporines	Clindamicina	300 mg/6 h durant 7-10 dies	No suprimir la lactància. Afavorir el buidatge de la mama afectada.

Les evidències de quin és el millor tractament antibiòtic són escasses, però es recomana utilitzar antibiòtics amb un perfil de sensibilitat millor en el tractament de les infeccions per *Staphylococcus aureus*, que és l'agent etiològic més freqüentment implicat. El tractament amb l'espectre d'acció més específic és la cloxacil·lina, tot i que es tolera pitjor i té una posologia que podria dificultar el compliment del tractament. El cefadroxil està recomanat en cas d'intolerància a cloxacil·lina, de la necessitat d'una posologia més còmoda o d'infeccions per les quals cal ampliar l'espectre d'acció de l'antibiòtic.

3. Vulvovaginitis

3.1. Candidiasi vulvovaginal

En el 10-20 % de les dones en edat reproductiva es poden detectar espècies de *Candida* en la vagina de forma totalment asimptomàtica i no cal tractar-les. Si hi ha símptomes, com a tractament d'elecció es recomanen els azoles (via oral o intravaginal) i durant l'embaràs, només per via intravaginal.

El tractament de la parella sexual només està indicat en els casos de balanitis i cal considerar-lo en casos d'infeccions recurrents.

Tractament de la vulvovaginitis per *Candida albicans* (85-95 %)

Tractament	Principi actiu	Pauta terapèutica	Observacions
Tractament recomanat	Clotrimazole	Comprimits vaginals: 500 mg, dosi única o 200 mg/24 h (2 comprimits vaginals de 100 mg) durant 3 dies o 100 mg/24 h durant 6 dies	Es recomana aplicar els comprimits vaginals o la crema vaginal a la nit i recordar a la pacient la posició correcta per a l'aplicació. Control dels factors de risc, si escau.
		Crema vaginal 2 %: 1 aplicació/24 h durant 3 dies	
Tractament alternatiu	Fluconazole	150 mg, dosi única, via oral	

Si els episodis són severs, les pautes poden ser més llargues.

Es recomana supervisar la pacient després de 7-14 dies de tractament. Si es tenen dubtes en el diagnòstic, la infecció és severa o fracassa el tractament, s'ha de fer un cultiu.

Tractament de la vulvovaginitis per *Candida no albicans*

Quan l'agent etiològic no és *Candida albicans* la majoria són *Candida glabrata* encara susceptibles als azoles disponibles. Es recomana el tractament amb clotrimazole 100 mg comprimits vaginals cada 24 hores durant 14 dies.

En cas que es confirmi l'etiologia per *Candida krusei*, no s'ha d'utilitzar fluconazole perquè és resistent. Es recomana utilitzar clotrimazole 100 mg comprimits vaginals cada 24 hores durant 7-14 dies.

Tractament de la balanitis

Tractament	Principi actiu	Pauta terapèutica	Observacions
Tractament recomanat	Clotrimazole	Crema 2 %: 1 aplicació/12 h durant 7 dies	

Tractament de les recurrències

És recomanable la pauta següent quan hi ha quatre o més episodis de candidiasi vulvovaginal a l'any. S'ha de tractar l'episodi i després fer un tractament de manteniment.

Es recomana fer un cultiu vaginal. Cal fer servir un antifúngic intravaginal o oral segons les preferències de la pacient i la resposta prèvia anterior.

Tractament	Principi actiu	Pauta terapèutica	Observacions
Tractaments recomanats	Fluconazole + Fluconazole	150 mg per via oral cada 3 dies (dies 1, 4 i 7) (en total 3 dosis) + 150 mg per via oral setmanals durant 6 mesos com a dosi de manteniment	Pot interaccionar amb fàrmacs com els anticoagulants orals i la fenitoïna. Si la parella sexual té balanitis, s'ha de tractar l'episodi. Cal informar sobre mesures higièniques i factors de risc.
	Clotrimazole + Clotrimazole	200 mg (2 de 100 mg) comprimit vaginal / 24 h durant 7-14 dies + 500 mg comprimit vaginal setmanal durant 6 mesos com a dosi de manteniment	Es recomana aplicar el comprimit vaginal a la nit. Si la parella sexual té balanitis, s'ha de tractar l'episodi. Cal informar sobre mesures higièniques i factors de risc.
	Clotrimazole + Fluconazole	200 mg (2 de 100 mg) comprimit vaginal / 24 h durant 7-14 dies + 150 mg comprimit setmanal via oral durant 6 mesos com a dosi de manteniment	

S'han de tractar les pacients amb símptomes, així com les parelles sexuals que també presentin símptomes.

En cas que no hi hagi resposta al tractament, cal:

- Comprovar l'adherència al tractament.
- Valorar fer un antifungigrama per pautar el tractament segons els resultats una vegada s'ha comprovat la correcta adherència al tractament.

Tractament durant l'embaràs

Tractament	Principi actiu	Pauta terapèutica	Observacions
Tractament recomanat	Clotrimazole	100 mg comprimit vaginal / 24 h durant 7-14 dies	Es recomana aplicar el comprimit vaginal a la nit. Cal informar sobre mesures higièniques i factors de risc.

La infecció en l'embaràs es considera complicada i s'aconsella una pauta més llarga perquè té més risc de fracàs del tractament i de recurrències (entre 7 i 14 dies de tractament amb una presentació vaginal).

En cas de recurrències durant l'embaràs i la lactància, el tractament recomanat és amb clotrimazole 200 mg comprimit vaginal cada 24 hores durant 14 dies en l'embaràs, i clotrimazole 200 mg comprimit vaginal cada 24 hores durant 7 dies en la lactància.

Les dones embarassades han d'anar amb compte de no danyar el cèrvix uterí en fer servir l'aplicador. Per aquest motiu és millor introduir el comprimit vaginal amb els dits durant l'embaràs (sobretot en les darreres 4-6 setmanes de l'embaràs).

3.2. Vaginosi bacteriana

És la infecció vaginal més prevalent en les dones en edat reproductiva. La seva etiologia és polimicrobiana: anaerobis, *Gardnerella vaginalis, Mycoplasma hominis*, *Mobilluncus ssp*. En general, no cal cap tractament en dones asimptomàtiques.

Malgrat l'eficàcia del tractament, les recidives són freqüents. No es considera una infecció de transmissió sexual, per la qual cosa no està indicat el tractament sistemàtic de les parelles.

Tractament	Principi actiu	Pauta terapèutica	Observacions
Tractament recomanat	Metronidazole	500 mg/12 h durant 5 dies, via oral	Contraindicat l'ús concomitant de metronidazole i disulfiram. Provoca efecte disulfiram amb l'alcohol. Evitar la ingesta d'alcohol fins a les 72 hores després d'haver finalitzat el tractament.

Un tractament alternatiu al metronidazole és la clindamicina:

- Clindamicina intravaginal:
  - Crema vaginal 2 %, 1 aplicació (5 g) a la nit durant 3-7 dies consecutius.
  - Comprimits vaginals, 100 mg/24 h, 3 dies a la nit.
- Clindamicina oral:
  - Clindamicina 300 mg/12 h durant 7 dies.

Tractament durant l'embaràs

S'ha de tractar sempre que sigui simptomàtica. En cas de pacients asimptomàtiques, no hi ha evidència suficient per indicar-ne el tractament, però se'n podrien beneficiar si coexisteixen altres factors de risc per part prematur, si es detecten i es tracten abans de les 20 setmanes. El tractament recomanat és el metronidazole oral. Tot i que la fitxa tècnica del metronidazole desaconsella l'ús d'aquest fàrmac durant el primer trimestre de gestació, algunes metaanàlisis i guies observen que no provoca efectes teratogènics en aquesta etapa i que, per tant, es pot usar havent valorat el benefici/risc del tractament.

S'han d'evitar les dosis úniques i són preferibles les pautes de 5 dies. La clindamicina oral és una alternativa al metronidazole oral.

Tractament	Principi actiu	Pauta terapèutica	Observacions
Tractament recomanat	Metronidazole*	500 mg/12 h durant 5 dies, via oral	És acceptable durant el 2n i 3r trimestre.* Contraindicat l'ús concomitant de metronidazole i disulfiram. Provoca efecte disulfiram amb l'alcohol.
Tractament alternatiu	Clindamicina	300 mg/12 h durant 7 dies, via oral	Eviteu la via tòpica.

* En la fitxa tècnica no està indicat en el 1r trimestre, però està recomanat en diferents guies i metaanàlisis.

4. Infeccions de transmissió sexual (ITS)

Cal recordar que en totes les ITS s'han de tractar les i els pacients, fer el cribratge d'altres infeccions de transmissió sexual, l'estudi dels contactes sexuals i indicar l'abstenció sexual dels pacients i els seus contactes fins que hagin passat 7 dies des de l'inici del tractament farmacològic.

4.1. Infecció per *Chlamydia trachomatis*. Serotips D-K

Infecció de transmissió sexual causada pel bacteri intracel·lular *Chlamydia trachomatis* dels serotips D-K localitzada al tracte genitourinari inferior, l'anus, el recte o la faringe. Almenys el 70-80 % de les infeccions genitals de clamídia en dones i el 50 % en homes són asimptomàtiques en el moment del diagnòstic.

Detecció

La tècnica per al diagnòstic és la PCR (reacció en cadena de la polimerasa) en les dones en mostra vaginal (es pot considerar l'autopresa de la mostra en funció del context clínic de la pacient) o endocervical, i en els homes, en mostra de primer raig d'orina en pacients asimptomàtics o en mostra uretral en pacients simptomàtics.

No cal fer test de curació (PCR) si es fa el tractament i se segueixen les mesures preventives de manera correcta, però sí que s'ha de fer 4 setmanes després de començar el tractament, en els casos següents: mala evolució clínica, embaràs o risc de reinfecció.

Vigilància epidemiològica

Es tracta d'una malaltia de declaració individualitzada (MDI) per la qual cosa cal emplenar l'enquesta epidemiològica corresponent.

Estudi de contactes

S'ha de fer l'estudi dels contactes sexuals dels darrers 3 mesos.

Cribratge oportunista

És recomanable el cribratge oportunista en la població de risc d'infeccions de transmissió sexual:

- En dones i homes de 25 anys o menys que siguin sexualment actius, atesa la major vulnerabilitat enfront d'aquesta infecció.
- En dones i homes de 25 anys o més amb dues o més parelles sexuals en el darrer any.
- En dones i homes diagnosticats o tractats per altres ITS.
- En dones i homes amb risc alt de contreure ITS.
- En les parelles sexuals de persones infectades per *Chlamydia trachomatis*.
- S'ha d'investigar com a mínim la presència d'una infecció genital per *Chlamydia trachomatis* en dones i homes diagnosticats o tractats per la gonocòccia, a causa de l'associació freqüent de la infecció per clamídia amb aquesta última.
- En dones i homes amb antecedents d'infecció genital per *Chlamydia trachomatis* en els darrers dotze mesos, si hi ha possibilitat de reinfecció.

- En dones que se sotmeten a una interrupció de l'embaràs, atès el risc de presentar salpingitis post-avortament.
- En dones embarassades de 25 anys o menys, i en dones embarassades de més de 25 anys si tenen risc d'infecció per *Chlamydia trachomatis*. Aquest cribratge s'ha de dur a terme el primer trimestre i repetir-lo el tercer trimestre si la prova inicial ha estat positiva o el risc d'infecció és alt.

Tractament	Principi actiu	Pauta terapèutica	Observacions
Tractament recomanat	Doxiciclina	100 mg/12 h durant 7 dies, via oral	Dones per a qualsevol localització de la infecció. Contraindicada durant l'embaràs i la lactància. La doxiciclina s'ha de prendre amb un got d'aigua durant els àpats (es recomana no prendre-la amb llet o derivats làctics, ja que poden reduir-ne l'absorció). Cal evitar estirar-se fins a 1 h després de la presa. Durant el tractament amb doxiciclina s'ha d'evitar l'exposició solar.

El tractament d'elecció és la doxiciclina. Com a tractaments alternatius hi ha l'ofloxacina 200 mg/12 h durant una setmana (contraindicat durant l'embaràs o la lactància), o, en casos de sospita de mal compliment del tractament, l'azitromicina 1 g en dosi única.

Tractament durant l'embaràs i la lactància

Tractament	Principi actiu	Pauta terapèutica	Observacions
Tractament recomanat	Azitromicina	1 g via oral, dosi única	L'azitromicina s'ha de prendre amb un got d'aigua 1 hora abans o 2 hores després dels àpats.

Durant l'embaràs i la lactància, com a tractament alternatiu a l'azitromicina es pot prescriure eritromicina 500 mg/6 h durant 7 dies, o amoxicil·lina 500 mg/8 h durant 7 dies.

La doxiciclina està contraindicada durant l'embaràs i la lactància.

Els serotips invasius L1, L2 i L3 causen limfogranuloma veneri de baixa prevalença en la nostra zona.

4.2. Infecció per *Neisseria gonorrhoeae*. Gonocòccia no complicada

Infecció de transmissió sexual causada pel diplococ gramnegatiu *Neisseria gonorrhoeae* localitzada al tracte genitourinari inferior, el recte o la faringe, amb presència de símptomes i/o signes clínics o sense.

No inclou les formes complicades, com la malaltia inflamatòria pelviana, ni l'orquioepididimitis.

A Catalunya, les resistències de *Neisseria gonorrhoeae* a les fluoroquinolones són molt altes, per la qual cosa es desaconsellen com a fàrmacs d'elecció en el tractament d'aquesta infecció.

Detecció

Si se sospita que hi ha infecció per gonococ, cal recollir-ne dues mostres: una mostra per al cultiu i l'antibiograma, i una altra per a la PCR. La localització de les mostres dependrà de les manifestacions clíniques i de les pràctiques sexuals de la persona examinada.

Només s'ha de fer un control posttractament per verificar la curació (PCR), 4 setmanes després d'iniciar el tractament, en els casos següents: no resolució clínica, afectació faríngia, gestació, tractament diferent al d'elecció sense saber-ne el perfil de sensibilitat.

Vigilància epidemiològica

Es tracta d'una malaltia de declaració individualitzada (MDI) per la qual cosa cal emplenar l'enquesta epidemiològica corresponent.

Estudi de contactes

S'ha de fer l'estudi dels contactes sexuals dels darrers 3 mesos.

Cribratge oportunista

En població de risc d'ITS s'ha de fer un cribratge oportunista de la gonocòccia:

- En dones i homes de 25 anys o menys que siguin sexualment actius.
- En dones i homes amb risc alt de contreure ITS (especialment amb risc de gonocòccia).
- En persones diagnosticades d'altres ITS.
- En parelles sexuals de persones infectades per *Neisseria gonorrhoeae*.
- En dones embarassades amb risc alt d'infecció per *Neisseria gonorrhoeae* al primer trimestre, i també al tercer trimestre si aquest risc és alt.

4.2.1. Infecció per *Neisseria gonorrhoeae* amb sospita clínica alta o confirmada

Tractament	Principi actiu	Pauta terapèutica	Observacions
Tractament recomanat	Ceftriaxona	1 g via intramuscular, dosi única	Localització uretrogenital, rectal o faríngia. La ceftriaxona s'administra a la consulta. No cal associar-hi lidocaïna perquè la composició de totes les presentacions de ceftriaxona per via intramuscular ja inclou la lidocaïna com a dissolvent.
Tractament en cas d'al·lèrgia a les cefalosporines	Azitromicina	2 g via oral, dosi única	L'azitromicina s'ha de prendre amb un got d'aigua 1 h abans o 2 h després dels àpats.

Com a tractament alternatiu a la ceftriaxona en el tractament de la gonocòccia:

a. Cefixima 400 mg per via oral, en dosi única, més azitromicina 2 g via oral en dosi única (per cobrir la localització faríngia i augmentar la sinèrgia antimicrobiana contra el gonococ).
b. Azitromicina 2 g via oral en dosi única.
c. Ciprofloxacina 500 mg per via oral (quan el resultat de l'antibiograma és favorable). Contraindicat durant l'embaràs i no recomanat durant la lactància.

Tractament durant l'embaràs i la lactància

Tractament	Principi actiu	Pauta terapèutica	Observacions
Tractament recomanat	Ceftriaxona	1 g via intramuscular, dosi única	La ceftriaxona s'administra a la consulta. No cal associar-hi lidocaïna perquè la composició de totes les presentacions de ceftriaxona per via intramuscular ja inclou la lidocaïna com a dissolvent.
Tractament en cas d'al·lèrgia a la penicil·lina i a les cefalosporines	Azitromicina	2 g via oral, dosi única	L'azitromicina s'ha de prendre amb un got d'aigua 1 h abans o 2 h després dels àpats.

4.2.2. Coinfecció per *Neisseria gonorrhoeae* i *Chlamydia trachomatis* en cas de sospita o confirmació

Tractament	Principi actiu	Pauta terapèutica	Observacions
Tractament recomanat	Ceftriaxona + Doxiciclina	1 g via intramusculal, dosi única + 100 mg/12 h durant 7 dies, via oral	Localització uretrogenital, rectal o faríngia. La ceftriaxona s'administra a la consulta. No cal associar-hi lidocaïna perquè la composició de totes les presentacions de ceftriaxona per via intramuscular ja inclou la lidocaïna com a dissolvent. La doxiciclina s'ha de prendre amb un got d'aigua durant els àpats (es recomana no prendre-la amb llet o derivats làctics, ja que poden reduir-ne l'absorció). Cal evitar estirar-se fins a 1 h després de la presa. Durant el tractament amb doxiciclina s'ha d'evitar l'exposició solar. La doxiciclina està contraindicada durant l'embaràs i la lactància.
Tractament en cas d'al·lèrgia a les cefalosporines	Azitromicina	2 g via oral, dosi única	L'azitromicina s'ha de prendre amb un got d'aigua 1 h abans o 2 h després dels àpats.

Com a tractament alternatiu a la ceftriaxona més la doxiciclina en el tractament de la gonocòccia i la clamídia, es poden emprar:

a. Cefixima 400 mg per via oral, en dosi única, més azitromicina 2 g (per cobrir la localització faríngia i augmentar la sinèrgia antimicrobiana contra el gonococ).

b. Ciprofloxacina 500 mg per via oral en dosi única (si es disposa d'antibiograma amb dades de sensibilitat), més doxiciclina 100 mg cada 12 hores durant 7 dies. Contraindicat durant l'embaràs i no recomanat durant la lactància.

Tractament durant l'embaràs i la lactància

Tractament	Principi actiu	Pauta terapèutica	Observacions
Tractament recomanat	Ceftriaxona + Azitromicina	1 g via intramuscular, dosi única + 1 g via oral, dosi única	La ceftriaxona s'administra a la consulta. No cal associar-hi lidocaïna perquè la composició de totes les presentacions de ceftriaxona per via intramuscular ja inclou la lidocaïna com a dissolvent. L'azitromicina s'ha de prendre amb un got d'aigua 1 h abans o 2 h després dels àpats.
Tractament en cas d'al·lèrgia a la penicil·lina o a les cefalosporines	Azitromicina	2 g via oral, dosi única	L'azitromicina s'ha de prendre amb un got d'aigua 1 h abans o 2 h després dels àpats.

La doxiciclina està contraindicada durant l'embaràs i la lactància.

4.3. Cervicitis/Uretritis aguda per *Mycoplasma genitalium*

Es tracta d'una ITS causada pel *Mycoplasma genitalium* la qual és més freqüent en l'home amb quadre clínic d'exsudat uretral mucós escàs i síndrome uretral aguda. La dona sol presentar un quadre clínic insidiós, amb secreció vaginal mucopurulenta, sagnada intermenstrual i/o postcoital, associat generalment a disparèunia, irritació vaginal i uretritis.

Aquest microorganisme està desenvolupant resistència als antibiòtics; especialment als macròlids.

Detecció

L'estudi de la mostra es porta a terme mitjançant PCR. És important fer un control clínic al cap de 7 dies després d'haver iniciat el tractament, i sempre cal fer un control posttractament per verificar la curació, (PCR) a partir de 5 setmanes després d'iniciar el tractament per la resistència als antibiòtics que té el microorganisme.

Vigilància epidemiològica

No és una malaltia de declaració individualitzada (MDI).

Estudi dels contactes

S'ha de fer l'estudi dels contactes sexuals dels darrers 3 mesos.

Cribratge oportunista

No s'ha de fer un cribratge oportunista en pacients asimptomàtics.

Tractament	Principi actiu	Pauta terapèutica	Observacions
Tractament recomanat	Doxiciclina 100 mg + Azitromicina 1 g + Azitromicina 500 mg	El tractament és de 12 dies, amb la pauta següent: Doxiciclina 100 mg/12 h per via oral durant els primers 7 dies, seguit d'azitromicina 1 g el 8è dia i azitromicina 500 mg/dia del 9è al 12è dia.	Cal fer PCR posttractament al cap d'unes 5 setmanes. La doxiciclina està contraindicada durant l'embaràs i la lactància. La doxiciclina s'ha de prendre amb un got d'aigua durant els àpats (es recomana no prendre-la amb llet o derivats làctics, ja que poden reduir-ne l'absorció). Cal evitar estirar-se fins a 1 h després de la presa. Durant el tractament amb doxiciclina s'ha d'evitar l'exposició solar. L'azitromicina s'ha de prendre amb un got d'aigua 1 h abans o 2 h després dels àpats.

Com a tractament alternatiu en cas de no resposta a la pauta esglaonada amb doxiciclina i azitromicina, les pacients s'han de tractar amb moxifloxacina 400 mg/24 h durant 10 dies (contraindicada durant l'embaràs).

Tractament durant l'embaràs i la lactància

Tractament	Principi actiu	Pauta terapèutica	Observacions
Tractament recomanat	Azitromicina 1 g + Azitromicina 500 mg	Tractament de 5 dies via oral: 1 g d'azitromicina el primer dia, seguit d'azitromicina 500 mg durant 4 dies.	Està indicat fer un test de laboratori posttractament al cap d'unes 5 setmanes. L'azitromicina s'ha de prendre amb un got d'aigua 1 h abans o 2 h després dels àpats.

La doxiciclina està contraindicada durant l'embaràs i la lactància.

4.4. Sífilis

Infecció de transmissió sexual causada pel bacteri *Treponema pallidum.*

4.4.1. Sífilis precoç o infecciosa

La sífilis precoç o infecciosa inclou la lesió primària o xancre sifilític, la sífilis secundària i la sífilis latent precoç (períodes asimptomàtics del primer any de malaltia).

Detecció

Abans de dur a terme el tractament, cal la confirmació diagnòstica serològica.

Vigilància epidemiològica

Es tracta d'una malaltia de declaració individualitzada (MDI) per la qual cosa cal emplenar l'enquesta epidemiològica corresponent.

Estudi de contactes

Cal avaluar i tractar totes les parelles sexuals que s'hagin tingut en:

- en els 3 mesos anteriors a l'aparició del xancre sifilític,
- en els 6 mesos anteriors a l'aparició de les lesions per sífilis secundària,
- en el darrer any, en el cas de la sífilis latent precoç.

Tractament	Principi actiu	Pauta terapèutica	Observacions
Tractament recomanat	Benzilpenicil·lina benzatina	2,4 M UI via IM, dosi única	Cal avisar de la possible reacció de Jarisch-Herxheimer.* S'administra a la consulta. Cal valorar l'administració conjunta amb lidocaïna 1 ml 1 %, en el mateix vial de la benzilpenicil·lina per millorar la tolerància al dolor.
Tractament en cas d'al·lèrgia a la penicil·lina	Doxiciclina	100 mg/12 h o 200 mg/24 h durant 14 dies, via oral	La doxiciclina està contraindicada durant l'embaràs i la lactància. La doxiciclina s'ha de prendre amb un got d'aigua durant els àpats (es recomana no prendre-la amb llet o derivats làctics, ja que poden reduir-ne l'absorció). Cal evitar estirar-se fins a 1 h després de la presa. Durant el tractament amb doxiciclina s'ha d'evitar l'exposició solar.

* La reacció de Jarisch-Herxheimer es manifesta amb cefalea, febre, sudoració, esgarrifances, miàlgia, artràlgia, nàusees, taquicàrdia, hipertensió seguida d'hipotensió, de 2 a 12 hores després de l'administració. Aquests símptomes habitualment es resolen 10-12 hores després d'haver aparegut.

En pacients coinfectats pel VIH, cal donar una dosi complementària de benzilpenicil·lina benzatina al cap de 8-10 dies del tractament (la mateixa dosi de penicil·lina).

Tractament en l'embaràs i la lactància

Durant el primer trimestre de l'embaràs (< 14 setmanes) cal administrar una dosi de 2,4 milions d'unitats de benzilpenicil·lina per via intramuscular i repetir una segona dosi al cap de 8 dies. En cas de diagnòstic en el segon o tercer trimestre de l'embaràs, cal derivar a una unitat hospitalària per administrar el tractament amb penicil·lina en condicions de seguretat i seguiment obstètric pel risc de la reacció de Jarisch-Herxheimer.

En cas que la pacient sigui al·lèrgica a la penicil·lina, cal derivar-la a l'hospital de referència perquè li facin un tractament dessensibilitzador.

Tractament	Principi actiu	Pauta terapèutica	Observacions
Tractament recomanat	Benzilpenicil·lina benzatina	2,4 M UI via IM, dosi única	Diagnòstic al primer trimestre: s'ha de repetir la 2a dosi al cap de 8 dies. Diagnòstic al segon-tercer trimestre: s'ha de derivar a una unitat hospitalària.

4.4.2. Sífilis tardana o no infecciosa

La sífilis tardana inclou la sífilis latent tardana (asimptomàtica, pot durar anys) i la sífilis terciària (neurosífilis, sífilis cardiovascular i goma sifilítica) amb confirmació diagnòstica serològica.

Tractaments d'elecció

Tractament	Principi actiu	Pauta terapèutica	Observacions
Tractament recomanat	Benzilpenicil·lina benzatina	2,4 M UI via IM/setmanal, 3 setmanes	Valorar l'administració conjunta amb lidocaïna 1 ml 1 %, en el mateix vial de la benzilpenicil·lina, per millorar la tolerància al dolor.
Tractament en cas d'al·lèrgia a la penicil·lina	Doxiciclina	100 mg/12 h o 200 mg/24 h durant 28 dies, via oral	La doxiciclina està contraindicada durant l'embaràs i la lactància. La doxiciclina s'ha de prendre amb un got d'aigua durant els àpats (es recomana no prendre-la amb llet o derivats làctics, ja que poden reduir-ne l'absorció). Cal evitar estirar-se fins a 1 h després de la presa. Durant el tractament amb doxiciclina s'ha d'evitar l'exposició solar.

Tractament en l'embaràs i la lactància

Tractament	Principi actiu	Pauta terapèutica	Observacions
Tractament recomanat	Benzilpenicil·lina benzatina	2,4 M UI via IM/setmanal, 3 setmanes	Valorar l'administració conjunta amb lidocaïna 1 ml 1 %, en el mateix vial de la benzilpenicil·lina, per millorar la tolerància al dolor.

Si la gestant és al·lèrgica a la penicil·lina, atès que la doxiciclina està contraindicada durant l'embaràs i la lactància, cal derivar la pacient a l'hospital de referència perquè li facin un tractament dessensibilitzador.

4.5. Infecció per *Trichomonas vaginalis*

La tricomonosi és una infecció de transmissió sexual l'agent etiològic de la qual és la *Trichomonas vaginalis*. Pot cursar de forma asimptomàtica en el 50 % de les dones.

Detecció

La tècnica de PCR és la d'elecció per al diagnòstic, tot i que també es detecta amb un cultiu vaginal. Ara bé, quan es detecta la presència de *Trichomonas vaginalis* en una citologia cervical, s'ha de confirmar el diagnòstic per PCR.

No és estrictament necessari fer un control posttractament en cas d'infecció per *Trichomonas vaginalis.*

S'ha de detectar la infecció per *Trichomonas vaginalis* en les dones que presentin fluix vaginal alterat, i en els homes que presentin un quadre d'uretritis persistent, després d'haver tractat i descartat com a causa altres possibles agents infecciosos.

Vigilància epidemiològica

No és una malaltia de declaració individualitzada (MDI).

Estudi de contactes

S'ha de fer l'estudi dels contactes sexuals dels darrers 3 mesos.

Cribratge oportunista

No s'ha de fer el cribratge oportunista de *Trichomonas vaginalis* en les persones asimptomàtiques.

Tractament d'elecció

Com que es tracta d'una infecció multifocal (epiteli vaginal, glàndules de Bartholin, uretra i glàndules parauretrals), el tractament de la infecció per *Trichomonas vaginalis* ha de ser sistèmic, ja que l'eficàcia del tractament local és més baixa.

El tractament és més fàcil amb el règim de monodosi, tot i que l'èxit d'aquesta pauta serà més gran en la mesura que les parelles sexuals facin també el tractament de la infecció.

Tractament	Principi actiu	Pauta terapèutica	Observacions
Tractament recomanat	Metronidazole	2 g en dosi única o 500 mg/12 h durant 7 dies, via oral	En la dosi única es prenen 8 comprimits de 250 mg de cop. Contraindicat l'ús concomitant de metronidazole i disulfiram. Provoca efecte disulfiram amb l'alcohol. Evitar la ingesta d'alcohol fins a les 72 hores després d'haver finalitzat el tractament.

Si hi ha dificultats amb el compliment o bé se sospiten resistències al metronidazole, es pot emprar tinidazole 2 g per via oral, dosi única (es prenen 4 comprimits de 500 mg de cop). Provoca efecte disulfiram amb l'alcohol. S'ha d'evitar la ingesta d'alcohol fins a les 72 hores després d'haver finalitzat el tractament.

Tractament durant l'embaràs

Tractament	Principi actiu	Pauta terapèutica	Observacions
Tractament recomanat	Metronidazole	500 mg/12 h durant 7 dies, via oral	Durant el 2n i 3r trimestre.* Contraindicat l'ús concomitant de metronidazole i disulfiram. Provoca efecte disulfiram amb l'alcohol.

* En el 1r trimestre no està indicat en fitxa tècnica, però diferents guies i metaanàlisis observen que no provoca efectes teratogènics en aquesta etapa i que, per tant, es pot emprar. Cal valorar el benefici/risc del tractament.

No es recomana l'ús de tinidazole durant l'embaràs.

Tractament durant la lactància

Tractament	Principi actiu	Pauta terapèutica	Observacions
Tractament recomanat	Metronidazole	500 mg/12 h durant 7 dies, via oral	La pauta de metronidazole 500 mg/12 h durant 7 dies no requereix suspendre l'alletament. Una altra opció de tractament amb metronidazole és en dosi única de 2 g. En aquest cas, es recomana suspendre l'alletament durant 12-24 h. Contraindicat l'ús concomitant de metronidazole i disulfiram. Provoca efecte disulfiram amb l'alcohol.

Si hi ha dificultats amb el compliment o bé se sospiten resistències al metronidazole, es pot emprar tinidazole 2 g per via oral en dosi única (es prenen 4 comprimits de 500 mg de cop). Si s'utilitza durant la lactància, cal interrompre-la durant 72 h.

4.6. Infecció pel virus del papil·loma humà (VPH): berrugues anogenitals o condilomes

El virus del papil·loma humà (VPH) és un virus ADN que pertany a la família *Papillomaviridae* i és l'agent causant dels condilomes acuminats o berrugues genitals.

La infecció pel VPH és una infecció de transmissió sexual (ITS) molt freqüent, probablement la més comuna en persones joves sexualment actives.

No és una malaltia de declaració individualitzada (MDI).

Cal considerar el tractament dels contactes sexuals en cas que presentin berrugues condilomatoses.

Tractament de les lesions

No hi ha prou dades que suggereixin que un règim dels tractaments disponibles en l'actualitat sigui millor que els altres. Els tractaments poden ser químics (administrats per un pacient ensinistrat o pels professionals) o ablatius. Les recurrències són freqüents.

Autoadministrats

Tractament	Principi actiu	Pauta terapèutica	Observacions
Tractament recomanat	Podofil·lotoxina	1 aplicació/12 h durant 3 dies i 4 dies de descans. Crema 0,15 %	Lesions vulvars i anals. Fins a la desaparició de les lesions o fins a un màxim de 4 setmanes consecutives. Contraindicat en l'embaràs, la lactància i en casos d'hipersensibilitat. No està indicat en lesions internes (vagina, cèrvix, canal anal o uretra).
	Imiquimod	1 aplicació/24 h abans d'anar a dormir, 3 vegades a la setmana en dies alterns. Crema 5 %	Lesions vulvars i anals. Fins a la desaparició de les lesions o fins a un màxim de 16 setmanes consecutives. Contraindicat en l'embaràs i la lactància.

Administrats pels professionals sanitaris

Tractament	Principi actiu	Pauta terapèutica	Observacions
Tractament recomanat	Àcid tricloroacètic en solució 80-90 %	1 aplicació setmanal. Solució líquida. S'ha de deixar assecar i després s'ha de rentar amb aigua i sabó.	Lesions vulvars i mucoses (anogenitals). Indicat en l'embaràs i la lactància. La durada del tractament és fins a la desaparició de les lesions.

Tractaments ablatius o escissionals

S'usen per tractar condilomes de qualsevol localització.

Tractament	Principi actiu	Pauta terapèutica	Observacions
Tractament recomanat	Crioteràpia amb nitrogen líquid	Cada 7-10 dies.	Molta precaució en l'aplicació vaginal.
	Electrocoagulació diatèrmica Làser de CO_2 Escissió quirúrgica	Cada 7-10 dies.	

Tractament durant l'embaràs i la lactància

En aquesta situació és preferible el tractament a la conducta expectant. Els tractaments en aquesta situació s'administren a la consulta: crioteràpia, àcid tricloroacètic (diluït al 80-90 %), escissió quirúrgica o curetatge, electrocoagulació diatèrmica o vaporització amb làser de CO2.

Estan contraindicats l'ús de la podofil·lotoxina i de la resina de podofil, atesos els potencials efectes teratogènics d'ambdues substàncies. L'imiquimod no ha mostrat efectes teratogènics en estudis experimentals fets en animals, però no hi ha prou estudis per recomanar-ne l'ús.

S'haurà de fer un control clínic periòdic en cas d'optar per la conducta expectant durant l'embaràs.

4.7. Infecció pel virus de l'herpes simple genital

El virus de l'herpes simple (VHS) és un virus ADN que pertany a la família *Herpesviridae* i que té dos serotips: el VHS-1 i el VHS-2. El VHS-2 és l'agent causal més freqüent de les lesions herpètiques localitzades als genitals, però el VHS-1 també pot causar lesions als genitals, i el VHS-2 ho pot fer a la cavitat oral. Distingir els dos serotips és important des del punt de vista clínic i preventiu, ja que el VHS-2 té una història natural més greu, amb recurrències i una infecciositat més alta en etapes asimptomàtiques, per la qual cosa és important recollir-ne una mostra PCR per a l'estudi de les lesions.

L'herpes genital no és una malaltia de declaració obligatòria individualitzada.

Tractament del primer episodi

Tractament	Principi actiu	Pauta terapèutica	Observacions
Tractament recomanat	Aciclovir	400 mg/8 h durant 5 dies, via oral	Si persisteixen les lesions o n'apareixen de noves, es pot allargar el tractament fins a 10 dies.

Com a pauta alternativa a l'aciclovir 400 mg/8 h, es pot emprar aciclovir 200 mg, 5 vegades al dia per via oral durant 5 dies (cada 4 hores, ometent la dosi nocturna). Si no es cura completament, es pot allargar fins a 10 dies.

En cas de no poder utilitzar l'aciclovir, es pot emprar el valaciclovir hidroclorur 500 mg/12 h per via oral durant 5 dies. Cal allargar la durada del tractament si persisteixen les lesions o n'apareixen de noves.

Tractament de les recurrències

Tractament	Principi actiu	Pauta terapèutica	Observacions
Tractament recomanat	Aciclovir	400 mg/8 h durant 5 dies, via oral	

Com a pauta alternativa a l'aciclovir 400 mg/8 h, es pot utilitzar aciclovir 800 mg/8 h durant 2 dies o aciclovir 800 mg/12 h durant 5 dies.

En cas de no poder utilitzar l'aciclovir, es podria emprar el valaciclovir hidroclorur 500 mg/12 h per via oral durant 3 dies.

Tractament supressiu

Si es pateixen 6 o més episodis d'herpes genital a l'any.

Tractament	Principi actiu	Pauta terapèutica	Observacions
Tractament recomanat	Aciclovir	400 mg/12 h, via oral	D'1 a 6 anys, ja que no tenim dades de seguretat més enllà dels 6 anys de tractament.

En cas de no poder utilitzar l'aciclovir, es pot emprar el valaciclovir hidroclorur 500 mg/24 h per via oral diàriament. En cas de 10 o més episodis a l'any, es recomana el valaciclovir hidroclorur 1 g/24 h. Com a màxim 1 any, ja que no tenim dades de seguretat més enllà d'1 any.

Tractament durant l'embaràs

Tractament de la infecció primària durant l'embaràs

Tractament	Principi actiu	Pauta terapèutica	Observacions
Tractament recomanat	Aciclovir	400 mg/8 h durant 5 dies, via oral	El tractament es pot allargar fins a 10 dies. Tractar en qualsevol trimestre de la gestació. El tractament redueix el temps de curació de les lesions i la duració de l'excreció viral.

Tractament de les recurrències durant l'embaràs

Tractament	Principi actiu	Pauta terapèutica	Observacions
Tractament recomanat	Aciclovir	400 mg/8 h durant 5 dies, via oral	En funció de clínica de la gestant es pot decidir tractar o no tractar amb antiherpètics. El tractament es pot allargar fins a 10 dies si la curació és incompleta.

Tractament supressiu durant l'embaràs

A les gestants que presenten un episodi d'infecció primària o de recurrència d'herpes genital, se'ls ha d'indicar un tractament supressiu des de la setmana 36 fins al part, per disminuir el risc de transmissió vertical en el moment del part.

Tractament	Principi actiu	Pauta terapèutica	Observacions
Tractament recomanat	Aciclovir	400 mg/8 h, via oral	A partir de les 36 setmanes fins al part.

4.8. Malaltia inflamatòria pelviana

El terme **malaltia inflamatòria pelviana (MIP)** es refereix al conjunt d'alteracions inflamatòries i infeccioses que afecten els òrgans genitals situats a la pelvis menor i que s'originen habitualment per via ascendent des del tracte genital inferior.

Inclou: **endometritis, miometritis, salpingitis, ooforitis, parametritis, abscés tubo-ovàric i peritonitis**. La inflamació de les trompes és el component més característic i comú. La infecció intraabdominal per contigüitat pot donar lloc a periapendicitis, perihepatitis i, fins i tot, periesplenitis.

És un procés d'etiologia polimicrobiana (50 % *Chlamydia trachomatis* serotips D-K; *Neisseria gonorrhoeae*; *Mycoplasma genitalium*, els anaerobis i altres microorganismes).

El seu diagnòstic és difícil perquè no hi ha proves complementàries amb suficient sensibilitat i especificitat per assegurar-ne el diagnòstic de certesa i no presenta signes ni símptomes pa-

tognomònics. Donada la importància de les seqüeles que poden aparèixer secundàriament a la MIP (dolor pelvià crònic, esterilitat i risc de gestació ectòpica), es recomana iniciar el tractament precoçment davant de qualsevol cas amb sospita clínica.

L'objectiu del tractament és:

- Prevenir el dany del tracte genital superior per evitar seqüeles.
- Disminuir el risc d'infecció crònica i de transmissió a contactes.

En casos de MIP lleu o moderada, s'ha demostrat que el tractament ambulatori té una eficàcia similar al tractament hospitalari. En aquests casos és recomanable fer un control clínic de la pacient al cap de 48-72 hores per avaluar la resposta al tractament.

Els criteris d'hospitalització segons el Centers for Disease Control and Prevention (CDC) són els següents:

- Gestació.
- Pacient prepúber o adolescent.
- Manca de resposta en 48-72 hores al tractament ambulatori o intolerància a l'antibioteràpia via oral (informar a la pacient com a signe d'alarma).
- Manca d'adherència al tractament o incapacitat per al tractament via oral per la presència de nàusees o vòmits.
- Afectació clínica severa (febre elevada, nàusees/vòmits, dolor abdominal intens).
- MIP complicada amb abscés o signes d'afectació peritoneal alta.
- Possible necessitat de tractament quirúrgic o d'avaluació d'altres possibles entitats clíniques per diagnòstic incert.
- En cas de VIH (+) s'indicarà l'ingrés i el tractament parenteral si hi ha immunodepressió severa. En immunocompetents, el maneig serà el mateix que en VIH (-), tot i que les pacients VIH (+) tenen més tendència a desenvolupar abscessos tuboovàrics.

El tractament antibiòtic recomanat per a casos tributaris de tractament ambulatori és:

Tractament	Principi actiu	Pauta terapèutica	Observacions
Tractament recomanat	Ceftriaxona + Doxiciclina + Metronidazole	1 g via IM, dosi única + 100 mg/12 h durant 14 dies, via oral + 500 mg/12 h durant 14 dies, via oral	La ceftriaxona s'administra a la consulta. No cal associar-hi lidocaïna perquè la composició de totes les presentacions de ceftriaxona per via intramuscular ja inclouen la lidocaïna com a dissolvent. La doxiciclina s'ha de prendre amb un got d'aigua durant els àpats (es recomana no prendre-la amb llet o derivats làctics, ja que poden reduir-ne l'absorció). Cal evitar estirar-se fins a 1 h després de la presa. Durant el tractament amb doxiciclina s'ha d'evitar l'exposició solar. El metronidazole pot provocar un efecte disulfiram si es prenen begudes o fàrmacs que contenen alcohol. Cal recomanar a la pacient que eviti prendre cap tipus d'alcohol mentre segueixi aquest tractament i fins a 72 h després d'haver-lo acabat.

Atès que a Catalunya la resistència del gonococ a les fluoroquinolones és alta, és millor que la pauta d'elecció per al tractament de la malaltia inflamatòria pelviana no inclogui aquests fàrmacs.

S'ha de fer l'estudi dels contactes sexuals més recents, però segons la història sexual de la pacient aquest estudi s'ha d'estendre a les parelles sexuals dels 3 mesos anteriors a l'inici dels símptomes.

La infecció urogenital per *Neisseria gonorrhoeae* i *Chlamydia trachomatis* és una malaltia de declaració individualitzada (MDI) la declaració de la qual es complementa amb l'enquesta epidemiològica corresponent.

5. Contracepció: anticonceptius hormonals per a l'ús sistèmic

Hi ha dos tipus d'anticoncepció sistèmica: anticonceptius hormonals combinats amb estrògens sintètics o naturals i progestàgens (monofàsics, bifàsics…), o bé anticoncepció hormonal amb progestàgens sols. També hi ha diferents formes d'administració (oral, intramuscular, pegats transdèrmics, anell vaginal, implants subdèrmics, DIU amb gestagen).

En línies generals, en el consell contraceptiu s'ha de valorar el risc/benefici després d'una anamnesi acurada: edat, antecedents personals (generals i ginecoobstètrics) i familiars, especialment de malaltia i/o factors de risc cardiovascular, activitat sexual, pla reproductiu, hàbits tòxics, nivell socioeconòmic i cultural.També s'ha de recollir en la història clínica la determinació de la tensió arterial i l'índex de massa corporal (IMC).

En l'anticoncepció hormonal (AH) la prescripció ha de complir els criteris mèdics d'elegibilitat (CME) segons les categories de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) per tal de garantir-ne la seguretat (annex 3: Criteris mèdics d'elegibilitat per a l'ús d'anticonceptius).

S'ha de facilitar a la dona la possibilitat d'aclarir qualsevol dubte sobre el mètode, ja sigui en una consulta espontània, telefònica, etc. La dona serà informada dels beneficis no anticonceptius, els efectes secundaris esperables els primers mesos d'ús de l'AH, i els riscos potencials, i ha de ser conscient que l'ús de l'AH no la protegeix del contagi de les ITS, fet que es resol amb l'ús simultani del preservatiu (doble mètode), sempre aconsellable en les adolescents i en les dones amb risc d'ITS.

5.1. Anticoncepció hormonal combinada

Són preparats que associen baixes dosis d'un estrogen (≤ 30 µg) i un progestagen. Les diferents vies d'administració (oral, transdèrmica, vaginal) presenten les mateixes indicacions i contraindicacions.

Recomanacions:

1. Si hi ha bona tolerància i no hi ha contraindicacions, no cal fer canvis de preparats.
2. L'any 2013, l'Agència Espanyola de Medicaments i Producte Sanitaris (AEMPS) va emetre una alerta sobre la seguretat dels anticonceptius hormonals en relació amb l'aparició de tromboembolisme venós (TEV). El risc de TEV és baix i la seva aparició és més freqüent durant el primer any d'utilització o quan es comença de nou el tractament després d'haver-lo deixat durant 4 setmanes. El risc és més baix per als anticonceptius que contenen levonorgestrel, norgestimat o noretisterona. En conclusió, cal valorar el risc de TEV a l'inici del seu ús i durant la presa, i informar les dones dels factors de risc i els possibles signes i símptomes de TEV.
3. Si hi ha «microràgia» persistent, cal descartar-ne una causa orgànica, i en tot cas augmentar la quantitat d'estrogen dins el rang de baixa dosi.
4. L'eficàcia anticonceptiva pot reduir-se per la interacció amb fàrmacs inductors d'enzims hepàtics (rifampicina, topiramat, carbamazepina, herba de Sant Joan, etc.) o amb un tractament concomitant amb antibiòtics. Cal informar la usuària que pot ser necessari utilitzar un

segon mètode anticonceptiu (per exemple: preservatiu) durant i/o després d'aquestes situacions. Cal considerar que en el cas de tractaments crònics que cursen amb episodis de vòmits i diarrees és millor valorar altres mètodes com dispositius intrauterins, acetat de medroxiprogesterona intramuscular, etc.

Els efectes secundaris més freqüents són: cefalees, nàusees, vòmits, tensió mamària, amenorrea en els dies sense hormones, depressió, disminució de la libido.

Els efectes beneficiosos són: millora de l'acne, bon control del cicle menstrual, disminució de la dismenorrea i efecte protector pel càncer d'ovari i d'endometri.

Els anticonceptius monofàsics amb efecte antiandrogen que contenen com a progestagen l'acetat de ciproterona no són d'elecció com a anticoncepció, sinó com a tractament de l'acne. Després de la milloria, si cal continuar el tractament anticonceptiu s'ha de canviar de preparat.

En l'annex 4 es mostren els noms comercials i el finançament dels anticonceptius hormonals.

5.2. Anticoncepció hormonal amb gestàgens

Aquests anticonceptius es caracteritzen per estar compostos només amb progestàgens, no contenen estrògens.

Hi ha diverses presentacions:

- Píndoles només amb gestàgens: són de presa via oral i diària. N'hi ha de dos tipus segons el principi actiu (desogestrel o drospirenona).
- Injectable intramuscular depot d'acetat de medroxiprogesterona: administració intramuscular cada 12 setmanes.
- Implant subcutani: conté etonogestrel 68 mg. Té una durada de 3 anys i s'insereix per via subcutània a la cara interna del braç.
- Dispositius intrauterins alliberadors de levonorgestrel: n'hi ha de diferents tipus segons el contingut de levonorgestrel (52 mg, 19,5 mg i 13,5 mg).

Cal tenir en compte que:

- Els canvis en el patró de sagnat són freqüents amb aquests mètodes: amenorrea, espòting, sagnat infreqüent i sagnat perllongat. Tot i que, amb l'ús continuat, la tendència és a experimentar poc sagnat o amenorrea.
- Donat que no contenen estrògens, el perfil de seguretat és elevat, ja que el risc trombòtic és bàsicament estrogen dependent.
- Cal especificar que el retorn a la fertilitat en suspendre els anticonceptius només amb gestàgens, en el cas de l'injectable intramuscular depot d'acetat de medroxiprogesterona, es pot demorar fins a un any.

5.3. Anticoncepció d'urgència

Progestagen	Observacions
Levonorgestrel 1.500 µg	Les primeres 72 hores. D'elecció durant la lactància.
Acetat d'ulipristal 30 mg	Fins a les 120 hores. No es recomana alletar durant les 24 hores després de la presa. Cal suspendre la lactància durant 24 hores.*
DIU de coure	Fins a les 120 hores. Contracepció de llarga durada.

* Segons les recomanacions del CDC respecte als criteris d'elegibilitat de la contracepció (2016) no es recomana alletar durant 24 hores després de la presa de l'acetat d'ulipristal (AUP) perquè s'excreta a la llet materna en concentracions més altes, tot i que els nivells sèrics màxims materns del fàrmac són més alts durant les 3 primeres hores després d'haver-se administrat.

Les concentracions mitjanes de l'AUP en la llet materna disminueixen notablement de les 0 a les 24-48 hores i després disminueix lentament durant els següents 5 dies. La llet materna no s'hauria d'administrar durant les 24 hores després de la presa de l'AUP, i sempre cal valorar aquestes 24 hores en funció dels riscos-beneficis d'administrar-lo en dones lactants.

6. Interrupció farmacològica de l'embaràs

En el moment actual, el termini per dur a terme una interrupció voluntària de l'embaràs (IVE) és fins als 63 dies. D'acord amb el coneixement i l'evidència científica actuals, s'ha considerat que la pauta més recomanable és la següent:

Tractament	Principi actiu	Pauta terapèutica	Observacions
Tractament recomanat	Mifepristona + Misoprostol	200 mg via oral, dosi única Al cap de 24-48 h d'haver administrat mifepristona, cal administrar 800 µg de misoprostol. Dosi única (via oral o vaginal)	Si s'utilitza la via vaginal, mullar el comprimit amb 2-3 gotes d'aigua o sèrum salí per tal de millorar-ne l'absorció.

L'annex 5 mostra els efectes adversos de la mifepristona i el misoprostol i les complicacions de la IVE farmacològica.

Contraindicacions absolutes

1. Embaràs no confirmat.
2. Hipersensibilitat a la mifepristona o al misoprostol.
3. Contraindicació prèvia per als fàrmacs oxitòcics.
4. Sospita o diagnòstic de gestació ectòpica.
5. Malaltia trofoblàstica.
6. Porfíria hereditària.
7. Insuficiència suprarenal crònica.
8. Asma greu que no s'aconsegueix controlar amb tractament.
9. Coagulopaties de risc hemorràgic i altres trastorns hemorràgics no etiquetats.
10. Anèmia greu: Hb < 9 g/dl.
11. Portadora de DIU, si no s'ha pogut extreure.

Consideracions mèdiques

No se'n recomana l'ús en:

- Insuficiència renal.
- Insuficiència hepàtica.
- Desnutrició, considerant com a marcador el valor d'índex de massa corporal inferior a 18,5.

Cal una atenció especial en situacions com les següents:

1. Anèmia no greu amb valors de Hb > 9 g/dl. S'ha de considerar que el sagnat post-avortament farmacològic pot ser abundant i superior al que es pot produir en l'avortament quirúrgic. Així, en pacients amb alteracions de la coagulació o anèmia, cal avaluar la conveniència del mètode mèdic o el quirúrgic, ja que fins a un 1,4 % poden tenir hemorràgia copiosa que obligui a fer un raspament hemostàtic.

2. En cas de sospita d'insuficiència suprarenal aguda, es recomana d'administrar dexametasona (1 mg de dexametasona antagonitza una dosi de 400 mg de mifepristona).
3. Es recomana administrar el misoprostol amb precaució en pacients amb epilèpsia o antecedents d'epilèpsia, malalties cardiovasculars o amb factors de risc, hipotensió, historial de cesària o cirurgia major uterina.
4. Tractaments de llarga durada amb corticoides.
5. Alletament matern. La mifepristona i el misoprostol s'excreten per la llet en petites quantitats i el seu ús és aïllat, però les repercussions clíniques en el lactant són incertes, atès que la bibliografia és escassa i es basa en un nombre molt reduït de dones. Si es decideix fer una IVE farmacològica, cal tenir en compte la farmacocinètica dels fàrmacs com el pes molecular, la unió a proteïnes, el volum de distribució o el temps de vida mitjana dels fàrmacs:
   a. Mifepristona: tenint en compte les dades de farmacocinètica del fàrmac, es podria administrar el tractament en acabar l'alletament i s'aconsella esperar unes 6 hores després de la presa de la mifepristona per reprendre l'alletament.
   b. Misoprostol: atès que les dades de farmacocinètica del fàrmac indiquen que la seva concentració en la llet materna és clínicament insignificant i com que els nivells de misoprostol disminueixen ràpidament, es podria administrar el misoprostol via oral en acabar l'alletament i es recomana que es doni la següent presa al lactant al cap de 4 hores. En el cas que el misoprostol s'administri via vaginal és preferible esperar unes 6 hores.

Com que s'aconsella a la dona esperar unes hores per donar el pit després de la presa d'aquests fàrmacs, se li pot plantejar que s'extregui llet prèviament per poder cobrir aquest interval de temps que ha d'estar sense donar el pit.

Pauta analgèsica en la IVE farmacològica

	Principi actiu	Pauta terapèutica	Observacions
30 minuts abans d'administrar el misoprostol	Diclofenac + Paracetamol + Codeïna fosfat	50 mg via oral + 1 g via oral + 60 mg via oral	
Al cap de 2-4 hores, si el dolor no està controlat	Metamizole	2 g ampul·la via oral, dosi única	Dissoldre l'ampul·la en aigua o beguda refrescant. Vigilar si hi ha risc d'agranulocitosi.
Al cap de 6-8 hores, si el dolor no està controlat	Diclofenac + Paracetamol + Codeïna fosfat	50 mg via oral + 1 g via oral + 60 mg via oral	

7. Tractament hormonal substitutiu (THS)

Indicacions

La menopausa és un procés fisiològic i en la majoria de casos cal informar i acompanyar la dona i només en casos molt concrets caldrà fer un tractament mèdic:

- menopausa precoç,
- símptomes vasomotors intensos que afecten la qualitat de vida,
- símptomes vaginals.

Contraindicacions

- antecedents de càncer de mama o endometri,
- malaltia hepàtica activa,
- malaltia coronària,
- antecedent o risc de malaltia tromboembòlica,
- antecedents d'ictus,
- lupus eritematós sistèmic,
- melanoma.

Consideracions mèdiques

- El tractament ha de ser el més curt possible i a les dosis més baixes efectives.
- En dones amb úter, s'han d'afegir sempre progestàgens al tractament amb estrògens per prevenir la hiperplàsia d'endometri i el carcinoma.
- Tant els estrògens sols com els combinats amb progestàgens presenten riscos cardiovasculars i de càncer de mama.

Taula de dosis d'estrògens normalment utilitzades en el THS

Principi actiu	Dosi baixa	Dosi normal	Dosi alta
Valerat d'estradiol micronitzat	1 mg	2 mg	3 mg
17-estradiol transdèrmic	25-37,5 µg	50 µg	75-100 µg

Els fitoestrògens i la vitamina E no han demostrat resultats concloents, per la qual cosa no estan indicats en el tractament dels símptomes vasomotors.

No es recomana l'ús de l'associació d'estrògens + bazedoxifè, ja que les dades d'eficàcia i seguretat són limitades.

Tractament dels símptomes vaginals

Per al tractament dels símptomes vaginals (sequedat vaginal i disparèunia) quan són lleus-moderats es poden recomanar com a primera línia els tractaments amb cremes hidratants vaginals, i si la simptomatologia persisteix, es poden utilitzar estrògens vaginals a dosis baixes.

L'abordatge d'aquests símptomes vaginals també disminueix la freqüència d'infeccions urinàries de repetició en dones postmenopàusiques.

Principis actius recomanats: promestrià, estriol, estradiol o prasterona.

Recentment, s'ha comercialitzat l'ospemifè. Es tracta d'un fàrmac d'administració oral, amb una eficàcia modesta. Se n'ha restringit la indicació a pacients no candidates a estrògens locals. Hi ha incertesa de seguretat a llarg termini i s'espera obtenir més dades al respecte, un cop completat l'estudi de seguretat a 5 anys.

Pauta recomanada: Cal seguir les indicacions descrites a la fitxa tècnica de cadascuna de les especialitats.

8. Sagnat menstrual abundant (SMA)

El sagnat menstrual abundant (SMA) és un problema sanitari freqüent que s'estableix en absència de gestació o puerperi, i de gran rellevància en la qualitat de vida de la dona.

La causa principal del SMA és el trastorn ovulatori (57,7 %). De les causes estructurals, el pòlip és la patologia més freqüent (16,2 %),seguit del mioma (12 %) i de l'adenomiosi (4,9 %).

En línies generals, el tractament farmacològic s'ha de considerar quan no s'han identificat anomalies estructurals, i en alguns casos de patologia com els miomes, per al control del sagnat uterí anòmal.

L'elecció del tractament més adequat depèn de molts factors, com per exemple, la preferència de la pacient, el desig genèsic, l'existència de comorbiditats i les contraindicacions que podrien desaconsellar alguns dels tractaments que citem.

Els objectius del tractament del SMA són la disminució de la quantitat de sagnat, la correcció de l'anèmia, la prevenció de recurrències i la millora de la qualitat de vida.

Tractament no hormonal

La durada del tractament es limita a 3-5 dies durant la menstruació. El fàrmac que té una resposta més objectiva és l'àcid tranexàmic.

Tractament	Principi actiu	Pauta terapèutica	Observacions
Tractament recomanat	Àcid tranexàmic	1 g (2 comprimits)/6 h via oral, 3-5 dies durant la menstruació	La dosi màxima acumulada és de 22 mg. Revalorar la resposta al cap de 3 mesos.
	Naproxèn	500 mg/12 h via oral 3-5 dies durant la menstruació	Revalorar la resposta al cap de 3 mesos.

Tractament hormonal

Segons les característiques de la pacient (edat, desig d'anticoncepció, compliment terapèutic, etc.) s'escull un tractament o un altre.

	Principi actiu	Posologia	Observacions
DIU-levonorgestrel	Levonorgestrel	13,5 mg 19,5 mg 52 mg	És el més eficaç en la disminució del sagnat.
Anticonceptiu oral combinat quadrifàsic	Valerat d'estradiol i dienogest	1 comprimit/dia durant 28 dies	Tractament continu. Bona eficàcia.
Anticonceptius orals combinats	20-30 µg etinilestradiol + progestagen	1 comprimit/dia durant 21 dies	Eficàcia moderada.
Progestàgens orals	Acetat de medroxiprogesterona o noretisterona	5-10 mg/dia	Necessita bon compliment. Sense efecte anticonceptiu. Eficàcia moderada.

9. Incontinència urinària

La incontinència urinària (IU) és un símptoma d'ompliment que es defineix com la pèrdua involuntària d'orina produïda durant la fase d'ompliment de la bufeta. Alguns autors matisen aquesta definició, considerant que aquestes pèrdues han de tenir el grau suficient per constituir un problema social o higiènic.

Els tipus més habituals d'IU són: IU d'esforç (IUE), IU d'urgència (IUU) i l'IU mixta (IUM).

Els **objectius del tractament** són: reduir les pèrdues involuntàries d'orina, reduir els símptomes associats com l'increment de la freqüència miccional, la urgència urinària (UU) o la nictúria i millorar la qualitat de vida.

Tractament no farmacològic

El maneig inicial recomanat per al tractament de la IU és el tractament no farmacològic.

Consisteix en l'adopció de mesures higienicodietètiques i en l'aprenentatge de tècniques conductuals.

Cal fer especial èmfasi en el compliment d'aquestes mesures i mantenir-les durant tota l'evolució de la IU i encara que també s'utilitzin altres estratègies de tractament.

Les mesures higienicodietètiques recomanades són: mantenir un índex de massa corporal < 30 kg/m^2, reduir la ingesta de cafeïna i d'alcohol, mantenir uns hàbits de deposicions apropiats i tractar el restrenyiment, mantenir una ingesta de fluids adequada a les necessitats, vigilar el consum d'algunes infusions, promoure la cessació tabàquica i l'activitat física adaptada a la situació de cada pacient i incorporar la higiene postural en les activitats de la vida quotidiana. Com a mesures específiques de la micció, s'ha d'intentar mantenir uns hàbits miccionals regulars i afavorir el buidatge complet i relaxat.

Les tècniques conductuals (micció pautada i entrenament dels músculs del sòl pelvià) milloren la IU en la majoria de pacients. Han de ser supervisades per part de personal especialitzat i expert en la seva realització.

Es recomana mantenir les mesures no farmacològiques almenys 6-12 setmanes abans d'instaurar un tractament farmacològic.

Tractament farmacològic

No hi ha una evidència consistent que mostri que el tractament farmacològic sigui superior al tractament no farmacològic en el maneig de la IU.

Abans d'iniciar el tractament farmacològic, cal comprovar si s'ha mostrat adherència al tractament no farmacològic. En cas de detectar manca d'adherència, és important intentar identificar-ne les causes per poder dissenyar estratègies individuals ajustades a les necessitats i que permetin millorar-la abans d'instaurar un tractament farmacològic.

- **Incontinència urinària d'urgència (IUU)**
  El tractament farmacològic és una opció de tractament en la IUU quan no s'ha assolit una millora adequada dels símptomes del tracte urinari inferior i hi ha una afectació almenys moderada de la qualitat de vida tot i el tractament no farmacològic.

  Els principals fàrmacs orals disponibles són els anticolinèrgics i els agonistes β3-adrenèrgics (fàrmacs relaxants del detrusor).

El tractament oral ha mostrat una millora modesta de la simptomatologia en pacients amb IUU, amb reduccions de 0,7-1,4 episodis d'IUU/dia, 0,4-0,8 episodis d'IU/dia i 0,6-1,2 miccions/dia respecte a placebo. No s'ha demostrat una eficàcia superior d'uns fàrmacs anticolinèrgics o del mirabegró davant dels altres.

Quan es considera adequat iniciar el tractament farmacològic en el maneig de la IUU, es recomana utilitzar **un anticolinèrgic per via oral**. Els anticolinèrgics d'ús preferent són la tolterodina i la solifenacina. Quan es prescriu un anticolinèrgic, cal tenir en compte la càrrega anticolinèrgica associada al tractament. S'ha d'evitar prescriure'l si la càrrega anticolinèrgica és alta o si el fet d'afegir l'anticolinèrgic urinari fa que la càrrega passi a ser alta (annex 6).

Tractament	Principi actiu	Pauta terapèutica	Observacions
Tractament recomanat	Tolterodina d'alliberació prolongada	4 mg/dia	Precaució en pacients tractats amb inhibidors potents del CYP3A4.* Precaució en pacients amb factors de risc de prolongació de l'interval QT.
	Tolterodina d'alliberació immediata	2 mg/12 h	
	Solifenacina	5 mg/dia Dosi màxima: 10 mg/dia	Interacció amb inhibidors potents del CYP3A4:* dosi màxima 5 mg/dia. Possible interacció amb inductors del CYP3A4.** Precaució en pacients amb factors de risc de prolongació de l'interval QT. Els efectes adversos poden trigar a desaparèixer quan es retira el fàrmac, atès que té una semivida plasmàtica llarga.

* Inhibidors potents del CYP3A4: claritromicina, cobicistat, idelalisib, itraconazole, posaconazole, ritonavir, telitromicina i voriconazole.

** Inductors del CYP3A4: apalutamida, carbamazepina, enzalutamida, fenitoïna, fenobarbital, ivacaftor, lumacaftor, mitotà, primidona, rifabutina i rifampicina.

Taula adaptada de les *Pautes per a l'harmonització del tractament farmacològic de la incontinència urinària* del Servei Català de la Salut, 2021. Disponible a: https://catsalut.gencat.cat/ca/detalls/articles/art-pauta-incontinencia-urinaria

En aquells pacients en els quals els anticolinèrgics no són adequats (retenció urinària, símptomes obstructius greus, glaucoma d'angle tancat no controlat, miastènia greu, trastorns obstructius o de la motilitat gastrointestinal greus, megacòlon tòxic, colitis ulcerosa greu o restrenyiment pertinaç), quan amb aquests es presentin reaccions adverses no tolerables o quan no s'hagi aconseguit una millora adequada dels símptomes després de rebre tractament amb dos anticolinèrgics diferents, es pot valorar utilitzar el mirabegró en lloc de l'anticolinèrgic.

El mirabegró està contraindicat en hipertensió arterial greu no controlada i no es recomana utilitzar-lo en pacients hipertensos de difícil control.

Cal tenir en compte les consideracions sobre el maneig dels relaxants del detrusor (annex 7).

Es recomana valorar la tolerabilitat dels tractaments farmacològics a partir de 4 setmanes després d'haver-los iniciat, i l'efectivitat, entre 8-12 setmanes després de l'inici. Cal valorar l'adherència en cada visita.

Si es continua amb el tractament, se'n recomana la revisió cada 12 mesos i, en pacients ≥ 75 anys o quan canvia la situació basal o les comorbiditats, cada 6 mesos. S'han de valorar l'adherència i les reaccions adverses a llarg termini.

Si en 8-12 setmanes de tractament farmacològic no hi ha benefici clínic o si en les revisions successives no es manté el benefici amb una tolerabilitat acceptable, el tractament s'ha de canviar o suspendre.

La discontinuació del tractament es pot considerar dins d'un procés de desprescripció. La manca d'efectivitat, la polimedicació, les reaccions adverses i els canvis en els objectius terapèutics són situacions en les quals s'ha de considerar la desprescripció dels relaxants del detrusor. La decisió ha de ser individualitzada, acordada i planificada amb la persona. No cal fer-ne una retirada gradual.

- **Incontinència urinària mixta (IUM)**
  El tractament farmacològic de la IUM s'ha de fer d'acord amb les recomanacions del tractament per a la IUU quan la UU és el símptoma amb més impacte en el pacient.
- **Incontinència urinària d'esforç (IUE)**
  En la IUE, no està indicat el tractament farmacològic.

En dones embarassades i en el postpart

S'ha d'informar sobre l'afectació dels músculs del sòl pelvià a conseqüència de l'embaràs. S'ha de fer una exploració dels músculs del sòl pelvià i indicar l'entrenament d'aquests (exercicis de Kegel) durant l'embaràs i la continuació de l'entrenament en el postpart.

S'han de recomanar les mesures higienicodietètiques generals.

S'ha d'iniciar un programa de micció pautada en el cas d'aparició d'IUU.

Els tractaments farmacològics per a la IUU i la IUM estan contraindicats durant l'embaràs.

Bibliografia

- AEPCC-Guía. Condilomas acuminados. Publicaciones AEPCC, novembre 2015. ISBN 978-84-608-4146-3 Edició: 1a, novembre 2015 Copyright@AEPCC 2015
- AEPCC-Guía. Infecciones del tracto genital inferior. Coordinador: Fusté P. Autors: Alsina M, Arencibia O, Centeno C, de la Cueva P, Fuertes I, Fusté P, Galiano S, Martínez Escoriza JC, Nonell R, Sendagorta E, Serrano M, Vall M. Revisores-editores: Torné A, del Pino M. Publicaciones AEPCC. 2016; 1-66. ISBN 978-84-617-6554-6 Copyright@AEPCC 2016
- Agència de Salut Pública de Catalunya. Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya. 3a ed. Barcelona: Departament de Salut; 2018
- Agency for Healthcare Research and Quality. United Kingdom National Guideline. Management of *Trichomonas vaginalis,* Londres, 2014
- Andrés AM de, Aguilera C, Alsina M, Bernal S, Carrizo G, Errando C, et al. Pautes per a l'harmonització del tractament farmacològic de la incontinència urinària. Barcelona: Servei Català de la Salut; 2021. Disponible a: https://catsalut.gencat.cat/ca/detalls/articles/art-pauta-incontinencia-urinaria
- Auerbacj, Landy HJ. Anemia in pregnancy. A: Uptodate. Feb. 2021 [en línia] [consultat el març de 2021]. Disponible a: http://www.uptodate.com/
- Boletín INFAC. Medicamentos y embarazo: actualización. INFAC. 2013;21(7): 1-7. Disponible a: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2013/es_def/adjuntos/IINFAC_Vol_21_n_7.pdf
- British Association for Sexual Health and HIV (BASHH) guidelines. Disponible a: https://www.bashhguidelines.org/current-guidelines/all-guidelines/
- Col·legi de Farmacèutics de Barcelona. Guia de dispensació [en línia]. [Consultat el febrer de 2021]. Disponible a: https://farmaceutics.cofb.net/group/guest/guia-de-dispensacio
- Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC, Berry-Bibee E, Horton LG, Zapata LB, Simmons KB, Pagano HP, Jamieson DJ, Whiteman MK. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. MMWR Recomm Rep. 2016;65(3):1-103
- Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Organización Mundial de la Salud (OMS); 2015 [en línia]. [Consultat el 17 de febrer de 2021]. Disponible a: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205016/WHO_RHR_15.07_spa.pdf;jsessionid=B61133CAD1C2BD9771DABA72C97433B4?sequence=1
- Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. Protocol de la interrupció voluntària de l'embaràs (IVE) farmacològica fins als 63 dies d'embaràs: actualització d'acord amb l'informe de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Barcelona: Departament de Salut, Direcció General de Planificació i Recerca en Salut; 2014
- Dixon JM. Lactational mastitis. A: Uptodate. Ene. 2020 [en línia]. [Consultat el març de 2021]. Disponible a: http://www.uptodate.com/
- e-lactancia.org. APILAM: Asociación para la promoción e investigación científica y cultural de la lactancia materna; 2021. Disponible a: http://e-lactancia.org

- Fernández Parra J, Álvarez López C, Martínez Morales S. Actualización del sangrado menstrual abundante. Prog Obstet Ginecol. 2020;63(2):68-80
- Fernández Urrusuno F (coord). Grupo de Trabajo de la Guía. Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 3a edició, Sevilla. Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte y Hospital San Juan de Dios del Aljarafe [en línia]. 2018 [consultat el març de 2021]. Disponible a: http://pirasoa.iavante.es/pluginfile.php/20224/mod_resource/content/2/Guía de Terapéutica Antimicrobianos_Aljarafe_2018.pdf
- Generalitat de Catalunya. Decisions compartides. Eina d'ajuda a la presa de decisions compartides en anticoncepció [en línia]. [Consultat el març de 2021]. Disponible a: http://decisionscompartides.gencat.cat/ca/decidir-sobre/anticoncepcio/
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Publica. Guía clínica para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) por el método farmacológico. Generalitat, 2017
- Gerència del Medicament. Programa d'Harmonització Farmacoterapèutica. Incontinència urinària: pauta d'harmonització farmacoterapèutica. Barcelona: Servei Català de la Salut; 2021. Disponible a: https://catsalut.gencat.cat/ca/detalls/articles/art-pauta-incontinencia-urinaria
- Grup de Treball de la Guia de Pràctica Clínica sobre Infeccions de Transmissió Sexual. Guia de pràctica clínica sobre infeccions de transmissió sexual. Barcelona: Departament de Salut; 2009
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2019. Guías de Práctica Clínica en el SNS
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el abordaje de síntomas vasomotores y vaginales asociados a la menopausia y la postmenopausia. Guía de Práctica Clínica sobre el abordaje de síntomas vasomotores y vaginales asociados a la menopausia y la postmenopausia. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA); 2015. Guías de Práctica Clínica en el SNS
- Hooton TM, Gupta K. Urinary tract infections and asymptomatic bacteriuria in pregnancy. A: Uptodate. Dec. 2019 [en línia] [consultat el març de 2021]. Disponible a: http://www.uptodate.com/
- Informe de Posicionamiento Terapéutico de Ospemifeno (Senshio®) en el tratamiento de la atrofia vulvovaginal en mujeres postmenopáusicas con síntomas moderados a graves. IPT, 65/2019.V1. Madrid (España): Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS); desembre 2019 [consultat el setembre de 2021]. Disponible a: https://www.aemps.gob.es/informa/informes-de-posicionamiento-terapeutico/informe-de-posicionamiento-terapeutico-de-ospemifeno-senshio-en-el-tratamiento-de-la-atrofia-vulvovaginal-en-mujeres-postmenopausicas-con-sintomas-moderados-a-graves/?lang=ca
- Institut Català de la Salut. Guia terapèutica electrònica. Barcelona: Institut Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. [Consultat l'abril de 2021]
- International Union against Sexually Transmitted Infections (IUSTI). Sexually Transmitted Infections (STI) Treatment Pocket European Guidelines, 2019. Disponible a: https://iusti.org/treatment-guidelines/

- Jack D, Sobel, MD Candida vulvovaginitis: Treatment. A: Uptodate. Feb. 2021 [consultat el març de 2021]. Disponible a: http://www.uptodate.com/
- López Rodríguez MJ, Sánchez Méndez JI, Sánchez Martínez MC, Calderay Domínguez M. Suplementos en embarazadas: controversias, evidencias y recomendaciones. Inf Ter SistNac Salud 2010; 34: 117-128.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. CIMA: Centro de Información Online de Medicamentos de la AEMPS [en línia]. [Consultat el febrer de 2021]. Disponible a: http://www.aemps.gob.es/cima/fichasTecnicas.do?metodo=detalleForm
- Molero F, Castaño R, Castelo-Branco C, Honrado M, Jurado AR, Laforet E, et al. Vida y Sexo más allá de los 50. MenoGuía de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM). Primera edición: abril 2014. Aureagràfic, S.L. Barcelona 2014. ISBN: 978-84-940319-6-0
- MUH (FV), 22/2013. Metoclopramida: restricciones de uso, actualización de indicaciones y posología. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [en línia]. [Consultat el febrer de 2021]. Disponible a: https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2013/docs/NI-MUH_FV_22-2013-metoclopramida.pdf?x69995
- OMS. Directriz: Administración diaria de suplementos de hierro y ácido fólico en el embarazo. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014
- Pappas PG, Kauffman CA, Andes DR, Clancy CJ, Marr KA, Ostrosky-Zeichner L, et al. Clinical Practice Guideline for the Management of Candidiasis: 2016 Update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2016 Feb 15;62(4):e1-50. doi: 10.1093/cid/civ933. Epub 2015 Dec 16. PMID: 26679628; PMCID: PMC4725385
- Representatives S, Fitz Gerald Ceg Editor M. British Association for Sexual Health and HIV national guideline for the management of vulvovaginal candidiasis (2019). Int J STD AIDS. 2020 Oct;31(12):1124-1144. doi: 10.1177/0956462420943034. Epub 2020 Sep 3. PMID: 32883171
- St. Cyr S, Barbee L, Workowski KA, et al. Update to CDC's Treatment Guidelines for Gonococcal Infection, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2020;69:1911-1916
- The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. ACOG Practice Bulletin. Obstetrics&Gynecology. 2020; vol 135,5: e196
- US Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. Disponible a: https://www.cdc.gov/std/tg2015/
- US Food and Drug Administration. FDA Drug Safety Communication: FDA recommends avoiding use of NSAIDs in pregnancy at 20 weeks or later because they can result in low amniotic fluid; octubre 2020 [en línia] [consultat el febrer de 2021]. Disponible a: https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-recommends-avoiding-use-nsaids-pregnancy-20-weeks-or-later-because-they-can-result-low-amniotic

Annex 1. Mesures higièniques i dietètiques de les molèsties digestives durant l'embaràs

Canvis/molèsties	Causes	Com es poden millorar
Nàusees i/o vòmits	• Hormonals i emocionals • Disminució de la motilitat gàstrica	• Informar que es resolen espontàniament entre les setmanes 16 i 20 de l'embaràs i no s'associen a resultats adversos. • Prenent algun aliment abans de llevar-se i estant estirada fins que desaparegui la sensació de nàusea. • Bevent líquid entre els àpats i no durant els àpats. • Evitant greixos o menjars difícils de pair. • Fent 5/6 àpats al dia, suaus i poc abundants. • Evitant olors fortes i desagradables. • Mantenint una bona postura corporal.
Pirosi	• Causes hormonals (disminució de la motilitat gàstrica i relaxació del càrdies) • Causes mecàniques (ocupació d'espai per al creixement fetal)	• Fent 5/6 àpats al dia suaus i poc abundants. • Evitant greixos i fregits. • Evitant les begudes gasoses i les alcohòliques, el cafè i el tabac. • No estirant-se després de menjar, reposant semiasseguda. • Sopant dues hores abans d'anar a dormir.
Restrenyiment	• Causes hormonals: augment de la reabsorció de l'aigua i del sodi per la mucosa del colon • Causes mecàniques: compressió del sigmoide i del recte per l'úter • Ingesta de ferro	• Seguint una dieta rica en fibra: cereals, fruita i vegetals frescos. • Ingerint oli d'oliva cru. • Augmentant la ingesta d'aigua i prenent un got d'aigua en dejú. • Fent exercici moderat. • Mantenint un horari regular d'evacuació intestinal.
Hemorroides	• Compressió del drenatge venós per l'úter • Restrenyiment, que n'afavoreix l'absorció	• Evacuant diàriament. • Prenent una alimentació rica en fibra i evitant espècies i begudes alcohòliques. • Descansant en decúbit lateral esquerre. • Restant diàriament 10-15 minuts en posició antihemorroïdal per reduir la pressió en les venes del recte. • Efectuar higiene local, banys amb aigua freda i asseure's en seients tous.

Taula adaptada del *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya*. 3a ed. Barcelona: Departament de Salut; 2018.

Annex 2. Principi actiu i nom comercial de les especialitats amb ferro bivalent

Especialitats amb ferro bivalent	
Principi actiu	Nom comercial
Ferro (II), sulfat	Ferogradumet 325 mg (105 mg Fe), 30 comprimits d'alliberació prolongada
Ferro (II), sulfat	Tardyferon 256,3 mg (80 mg Fe), 30 comprimits recoberts
Ferroglicina, sulfat	Ferbisol 100 mg, 50 càpsules gastroresistents
Ferroglicina, sulfat	Ferro sanol 100 mg, 50 càpsules gastroresistents
Ferroglicina, sulfat	Glutaferro 170 mg, (30 mg Fe)/ml gotes orals 1 flascó 25 ml

Annex 3. Criteris mèdics d'elegibilitat (CME) per a l'ús d'anticonceptius - OMS

Adaptació de les taules de l'Organización Mundial de la Salud. 5a edició, 2015.
Medical eligibility criteria for contraceptive use.

Resum executiu disponible a:
https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/Ex-Summ-MEC-5/es/

Els criteris mèdics d'elegibilitat per a l'ús d'anticonceptius (CME) són les recomanacions de l'OMS sobre la seguretat dels diversos mètodes anticonceptius actualitzades el 2015. Per determinar l'elegibilitat del mètode anticonceptiu cal considerar totes les condicions clíniques o característiques mèdiques que presenta la usuària. Així que, per donar un consell anticonceptiu individualitzat cal una anamnesi orientada a conèixer aquestes condicions.

Per a cada condició o característica mèdica s'assigna una de les quatre categories numèriques segons el mètode anticonceptiu avaluat. Les consideracions per classificar la seguretat del mètode anticonceptiu es fonamenten en si el seu ús empitjora la condició mèdica o genera riscos addicionals per a la salut de la usuària, o bé si la circumstància mèdica en redueix l'eficàcia anticonceptiva.

La categoria 1 significa que la usuària pot usar el mètode sense restriccions. Les categories 2 i 3 requereixen la valoració professional amb un criteri clínic expert en consell anticonceptiu i poden necessitar un seguiment acurat. La categoria 4 és contraindicació absoluta per a l'ús del mètode.

Aquesta valoració de la relació risc/benefici s'ha de dur a terme a l'inici del tractament, en la continuació de l'ús de l'AH i revisar-la periòdicament per si apareix alguna condició mèdica que pogués contraindicar-ne la prescripció. Així, es recomanen controls cada 2 anys per revalorar la contracepció per a l'ús de l'AHC, la píndola només amb gestàgens i en l'injectable de medroxiprogesterona. D'altra banda, la continuïtat de l'implant s'hauria de valorar al cap de 3 anys d'haver-se col·locat.

Classificació dels CME per l'ús dels anticonceptius	
Categoria 1	Situació per la qual no hi ha restriccions a l'ús del mètode anticonceptiu.
Categoria 2	Situació en la qual, en general, els avantatges d'utilitzar el mètode superen els riscos teòrics o demostrats.
Categoria 3	Situació en la qual, en general, els riscos teòrics demostrats superen als avantatges d'utilitzar el mètode.
Categoria 4	Situació en la qual l'ús del mètode anticonceptiu en qüestió constitueix un risc inacceptable per a la salut.

Condició clínica i categoria per a l'ús de l'Anticoncepció Hormonal Combinada (AHC)	
CONDICIÓ CLÍNICA PER A L'ÚS DE L'AHC	**Categoria**
HEMORRÀGIA VAGINAL INEXPLICABLE ABANS DE L'AVALUACIÓ	2
POSTPART	
a) Postpart amb lactància:	
▪ < 6 setmanes	4
▪ ≥ 6 setmanes- 6 mesos	3
▪ > 6 mesos	2
b) Postpart sense lactància:	
▪ > 42 dies postpart	1
▪ < 21 dies sense FR-TEV	3
▪ < 21 dies amb altres FR-TEV	4
▪ ≥ 21 dies sense FR-TEV	2
▪ ≥ 21 dies amb altres FR-TEV	3
EDAT	
a) Des de la menarquia fins als 40 anys	1
b) ≥ 40 anys	2
EDAT I FUMADORA	
a) Edat < 35 anys	2
b) Edat ≥ 35anys:	
▪ < 15 cigarretes/dia	3
▪ ≥ 15 cigarretes/dia	4
MÚLTIPLES FACTORS DE RISC DE MALALTIA CARDIOVASCULAR	
Edat, tabac, diabetis, dislipèmia i HTA	3/4
HIPERTENSIÓ ARTERIAL	
a) Antecedents d'hipertensió en què NO s'ha pogut mesurar la pressió	3
b) Hipertensió gestacional	2
c) Hipertensió ben controlada	3
d) Hipertensió moderada (140-159 / 90-99 mmHg)	3
e) Hipertensió severa (≥ 160 / ≥ 100 mmHg)	4
f) Hipertensió amb malaltia vascular	4

FR-TEV: factor de risc de tromboembolisme venós; HTA: hipertensió arterial.

Condició clínica i categoria per a l'ús de l'anticoncepció hormonal combinada (AHC)	
CONDICIÓ CLÍNICA PER A L'ÚS DE L'AHC	**Categoria**
TROMBOSI VENOSA PROFUNDA (TVP) / EMBÒLIA PULMONAR (EP):	
a) Antecedents de TVP/EP	4
b) TVP/EP aguda	4
c) TVP/EP amb tractament anticoagulant	4
d) Història familiar de primer grau	2
e) Cirurgia major	
▪ amb immobilització prolongada	4
▪ sense immobilització prolongada	2
f) Cirurgia menor SENSE immobilització	1
MUTACIONS TROMBOGÈNIQUES CONEGUDES (ex: factor V Leiden, mutació de protrombina, deficiències de proteïna S, proteïna C i antitrombina)	4
TRASTORN VENÓS SUPERFICIAL	
a) Venes varicoses	1
b) Trombosi venosa superficial	2
CARDIOPATIA ISQUÈMICA (MALALTIA ACTUAL O HISTÒRIA)	4
ANTECEDENT D'ACCIDENT CEREBROVASCULAR	4
DISLIPÈMIES CONEGUDES SENSE FACTORS DE RISC CARDIOVASCULAR CONEGUTS	2
VALVULOPATIES AMB COMPLICACIONS (hipertensió pulmonar, risc de fibril·lació auricular, antecedents d'endocarditis bacteriana subaguda)	4
MIGRANYA	
a) Migranya amb aura a qualsevol edat	4
b) Migranya sense aura en dona > 35 anys que pren AHC	4
c) Migranya sense aura en dona > 35 anys per iniciar AHC	3
d) Migranya sense aura en dona < 35 anys que pren AHC	3
CÀNCER DE MAMA	
a) En curs	4
b) Curat sense evidència de malaltia activa durant 5 anys	3

Condició clínica i categoria per a l'ús de l'anticoncepció hormonal combinada (AHC)	
CONDICIÓ CLÍNICA PER A L'ÚS DE L'AHC	**Categoria**
DIABETIS	
a) Antecedent de diabetis gestacional	1
b) Malaltia no vascular	
▪ No insulinodependent	2
▪ Insulinodependent	2
c) Nefropatia/retinopatia/neuropatia	3/4
d) Una altra malaltia vascular o diabetis > 20 anys de durada	3/4
MALALTIES DE LA BUFETA BILIAR	
a) Simptomàtica	
▪ Postcirurgia	2
▪ Tractament mèdic	3
▪ En curs	3
b) Asimptomàtica	3
ANTECEDENTS DE COLÈSTAS	
a) Durant l'embaràs	2
b) Relacionat amb l'anticoncepció hormonal combinada	3
MALALTIES HEPÀTIQUES	
a) Hiperplàsia nodular focal hepàtica	2
b) Adenoma hepatocel·lular / càncer hepàtic	4
c) Cirrosi severa (descompensada)	4
HIV en tractament amb inhibidors de la proteasa - ritonavir	1/2
INTERACCIONS MEDICAMENTOSES AMB	
▪ Anticonvulsivants: fenitoïna, carbamazepina, barbitúrics, primidona, topiramat, oxcarbazepina	3
▪ Antituberculosos: rifampicina/rifabutina	3

Condició clínica i categoria per a l'ús de la píndola només amb gestàgens (PNG)	
CONDICIÓ CLÍNICA PER A LA PNG	**Categoria**
HEMORRÀGIA VAGINAL INEXPLICABLE ABANS DE L'AVALUACIÓ	2
POSTPART	
a) Postpart amb lactància:	
▪ < 6 setmanes	2
▪ ≥ 6 setmanes	1
b) Postpart sense lactància:	
▪ < 21 dies amb o sense FR-TEV	1
▪ ≥ 21 dies amb o sense FR-TEV	1
QUALSEVOL EDAT I FUMADORA	1
POSTAVORTAMENT IMMEDIAT	1
MÚLTIPLES FACTORS DE RISC DE MALALTIA CARDIOVASCULAR	
▪ Edat, tabac, diabetis, dislipèmia i HTA	2
HIPERTENSIÓ ARTERIAL	
a) Antecedents d'hipertensió en què NO s'ha pogut avaluar la pressió sanguínia	2
b) Hipertensió gestacional	2
c) Hipertensió ben controlada	1
d) Hipertensió moderada (140-159 / 90-99 mmHg)	1
e) Hipertensió severa (≥ 160 / ≥ 100 mmHg)	2
f) Hipertensió amb malaltia vascular	2
TROMBOSI VENOSA PROFUNDA (TVP) / EMBÒLIA PULMONAR (EP)	
a) Antecedents de TVP/EP	2
b) TVP/EP agut	3
c) TVP/EP amb tractament anticoagulant	2
d) Història familiar de primer grau	1
e) Cirurgia major	
▪ Amb immobilització prolongada	2
▪ Sense immobilització prolongada	1
f) Cirurgia menor sense immobilització	1

Condició clínica i categoria per a l'ús de la píndola només amb gestàgens (PNG)	
CONDICIÓ CLÍNICA PER A LA PNG	**Categoria**
MUTACIONS TROMBOGÈNIQUES CONEGUDES (ex: factor V Leiden, Mutació en protrombina, proteïna S, proteïna C i deficiències en antitrombina)	2
TRASTORN VENÓS SUPERFICIAL	
a) Venes varicoses	1
b) Trombosi venosa superficial	1
CARDIOPATIA ISQUÈMICA (MALALTIA ACTUAL O HISTÒRIA)	2(I)/3(C)
ANTECEDENT D'ACCIDENT CEREBROVASCULAR	2(I)/3(C)
DISLIPÈMIES CONEGUDES SENSE FACTORS DE RISC CARDIOVASCULAR CONEGUTS	2
MIGRANYA AMB AURA	2(I)/3(C)
CÀNCER DE MAMA	
a) En curs	4
b) Curat sense evidència de malaltia activa durant 5 anys	3
DIABETIS	
a) Antecedent de diabetis gestacional	1
b) Malaltia no vascular	
▪ No insulinodependent	2
▪ Insulinodependent	2
c) Nefropatia / retinopatia / neuropatia	2
d) Una altra malaltia vascular o diabetis > 20 anys de durada	2
MALALTIES DE LA BUFETA BILIAR	
a) Simptomàtica	
▪ Postcirurgia	2
▪ Tractament mèdic	2
▪ En curs	2
b) Asimptomàtica	2
ANTECEDENTS DE COLÈSTASI	
a) Durant l'embaràs	1
b) Relacionat amb l'anticoncepció hormonal combinada	2

I: inici; C: continuació.

Condició clínica i categoria per a l'ús de la píndola només amb gestàgens (PNG)	
CONDICIÓ CLÍNICA PER A LA PNG	**Categoria**
MALALTIES HEPÀTIQUES	
a) Hiperplàsia nodular focal hepàtica	2
b) Adenoma hepatocel·lular / càncer hepàtic	3
c) Cirrosi severa (descompensada)	3
HIV en tractament amb inhibidors de la proteasa - ritonavir	1/2
INTERACCIONS MEDICAMENTOSES amb:	
▪ Anticonvulsants: fenitoïna, carbamazepina, barbitúrics, primidona, topiramat, oxcarbazepina.	3
▪ Antituberculosos: rifampicina/rifabutina.	3

Annex 4. Anticonceptius hormonals

Adaptació de la taula amb preparats comercialitzats d'«Anticoncepció. Decisions compartides. AQuAS» que presenta els preparats anticonceptius hormonals de què disposem, el nom comercial, la via d'administració, algunes de les característiques de composició i indicacions concretes. Disponible a: http://decisionscompartides.gencat.cat/ca/decidir-sobre/anticoncepcio/recursos_professionals/

Anticonceptius orals	Tipus de progesterona	Perfil clínic
MONOFÀSICS AMB 30 o 35 µg D'ETINILESTRADIOL		
SEASONIQUE	Levonorgestrel 150 µg	Tractament continu. Si vol reduir el nombre de regles a quatre a l'any.
MICROGYNON, **OVOPLEX, RIGEVIDON EFG**		Poden ajudar a reduir l'hirsutisme i l'acne.
EDELSINE, LIBERELLE EFG	Norgestimat	
DESOGESTREL/ETINILESTRADIOL EFG, MICRODIOL	Desogestrel	
GYNOVIN, MINULET, TEVALET	Gestodè	
ANTIN EFG, DROSPERINONA/ETINILESTRADIOL EFG, DRETINE EFG, DROSBELA EFG, DROSIANE EFG, DROSURE EFG,YASMIN, YIRA	Drospirenona	
AILYN EFG, **CECILIANA EFG**, DANIELLE EFG, **DIENOGEST/ETINILESTRADIOL EFG**, DONABEL EFG, **OEDIEN EFG, SIBILLA EFG, VEREZANA EFG**	Dienogest	
BALIANCA, BELARA, ELYNOR, ETINILESTRADIOL/CLORMADINONA EFG	Acetat de clormadinona	
ACETAT DE CIPROTERONA/ETINILESTRADIOL EFG, DIANE 35 diari, GYNEPLEN	Acetat de ciproterona	Tractament de l'hiperandrogenisme i l'acne.

Anticonceptius orals	Tipus de progesterona	Perfil clínic
MONOFÀSICS AMB 20 µg D'ETINILESTRADIOL		
ANAOMI EFG, KERIETTE EFG, LEVESIALLE EFG, LEVOBEL EFG, LEVONORGESTREL/ ETINILESTRADIOL EFG, LINELLE EFG, LOETTE EFG, TRICEN EFG	Levonorgestrel 100 µg	Alternativa als preparats de 30 µg d'etinilestradiol per ajudar a reduir alguns efectes secundaris com les nàusees, la mastodínia o la cefalea.
BEMASIVE, **DESOGESTREL/ ETINILESTRADIOL EFG**, SUAVURET	Desogestrel	
ETINILESTRADIOL/GESTODÈ EFG, GESTINYL, HARMONET, MELTEVA, MELIANE	Gestodè	
ANTINELLE, DRELLE, DROSPIRENONA/ETINILESTRADIOL EFG, DAYLETTE, DETRINELLE, DROSIANELLE, DROSPIL, DROSBELALLE, DROSBELALLEFLEX, DROSURELLE, LIOFORA, YASMINELLE, YAZ	Drospirenona	Tenen un efecte antimineralocorticoide. Recomanats si la pacient té por a augmentar de pes o en casos de mastàlgia. Es poden utilitzar si es té la síndrome de tensió premenstrual. Serveixen per reduir l'hirsutisme.
Bifàsics		
GRACIAL (etinilestradiol 40/30 µg)	Desogestrel 25/12,5 µg	
Trifàsics		
TRI-MINULET, TRIGYNOVIN (etinilestradiol 30/40/30 µg)	Gestodè 50/70/100 µg	
TRIAGYNON, TRICICLOR (etinilestradiol 30/40/30 µg)	Levonorgestrel 50/75/125 µg	
Altres preparats		
ZOELY (estradiol 1,5 mg)	Acetat de nomegestrol 2,5 mg	
QLAIRA (TETRAFÀSICS)	Estradiol/dienogest	
MINESSE, MELODENE (etinilestradiol 15 µg)	Gestodè	

Anell (correspon a 15 µg d'etinilestradiol)	Tipus de progesterona	Perfil clínic
DOLNA, NUVARING, **ORNIBEL, RINGO, SETLONA, CIRCLET**	Etonogestrel 120 µg	L'eficàcia no s'afecta en cas de vòmits. Pot ajudar a regular els cicles i millorar l'acne.
Pegat transdèrmic (correspon a 35 µg d'etinilestradiol)	**Tipus de progesterona**	**Perfil clínic**
EVRA	Norelgestromina (203 µg)	L'eficàcia no s'afecta en cas de vòmits. Pot ajudar a regular la regla i millorar l'acne.
Minipíndola (sense estrògens)	**Tipus de progesterona**	**Perfil clínic**
ARISTIANE EFG, AZALIA EFG, CERAZET, DESOGESTREL EFG, DESOPOP EFG, KERIZET EFG, NACREZ EFG	Desogestrel 75	
SLINDA	Drospirenona 4 mg	
DIU	**Tipus de progesterona**	**Perfil clínic**
DIU MIRENA (52 mg) DIU LEVOSERT (52 mg)	Levonorgestrel	Indicat si es vol un mètode no dependent de la usuària i de llarga durada. En dones amb regles molt abundants.
DIU JAYDESS (13,5 mg)		Anticoncepció efectiva, de baixa dosi hormonal, que no depèn del compliment de la usuària. De llarga durada i reversible.
DIU KYLEENA (19,5 mg)		Indicat per a dones joves i nul·lípares (mida reduïda). Anticoncepció efectiva, de baixa dosi hormonal, que no depèn del compliment de la usuària. De llarga durada, reversible i més cost-efectiva.
Implant	**Tipus de progesterona**	**Perfil clínic**
IMPLANON NXT	Etonogestrel	Anticoncepció efectiva, independent del compliment de la usuària, de llarga durada. Patró de sagnat irregular. Finançat amb validació.

Injectables	Tipus de progesterona	Perfil clínic
DEPO-PROGEVERA 150 mg/ml	Acetat de medroxiprogesterona	Patró de sagnat irregular.
Anticoncepció d'urgència	**Tipus de progesterona**	**Perfil clínic**
LEVONORGESTREL EFG, NORLEVO, POSTINOR (Dispensació gratuïta a la sanitat pública)	Levonorgestrel 1,5 mg	Només en situacions d'anticoncepció d'urgència. Es dispensa a les farmàcies sense recepta mèdica.
ELLA ONE	Acetat ulipristal	
DIU DE COURE*		

En **negreta**, els preparats finançats en data d'abril de 2021.

* Veure les diferents presentacions dels DIU de Coure en l'enllaç següent: http://decisionscompartides.gencat.cat/web/.content/migrat/decisions_compartides/anticoncepcio/recursos_professionals/taula_recursos_professionals_DIU_ca.pdf

Per a més informació: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/medicamentos.do

Annex 5. Efectes secundaris i complicacions dels fàrmacs per a la interrupció farmacològica de l'embaràs

1. Efectes secundaris

La mifepristona no sol produir efectes secundaris. Ocasionalment pot produir mareig, nàusees, vòmits, diarrea, cefalea, fatiga i taquicàrdia i, en els pocs casos en què provoca l'expulsió del producte de l'embaràs, dolor i sagnat. Cal avisar a la dona que tot i sagnar s'ha de completar el tractament amb la presa del misoprostol.

Els efectes secundaris del misoprostol són freqüents i, en la majoria dels casos, apareixen al cap de 4-6 hores d'haver-se administrat. Els més rellevants són:

a) **Sagnat molt abundant** (en un 70 % dels casos és superior al de la menstruació habitual). L'hemorràgia vaginal disminueix progressivament en les dues primeres setmanes després de l'avortament. En alguns casos aquest sagnat pot arribar a durar fins a 45 dies.

b) **Dolor abdominal** (similar a la dismenorrea) pel mateix procés avortiu i per l'efecte de les prostaglandines.

   a. En un 33 % de casos el dolor és com el d'una regla. En un percentatge superior, el dolor és intens i de les característiques d'una dismenorrea important i, excepcionalment, el procés és molt dolorós. Hi ha alguns casos que es resolen sense pràcticament dolor. L'analgèsia profilàctica és essencial per prevenir el dolor.

   b. Diversos estudis refereixen menys dolor en dones multípares, de més edat i en avortaments en les primeres setmanes de gestació.

c) **Simptomatologia gastrointestinal**: diarrea, nàusees i vòmits.

d) Calfreds.

e) **Febrícula o febre fins a 38,5 °C** en les primeres dues hores després del tractament amb misoprostol. La febre és d'origen central, es manté durant unes dues hores i no sol causar problemes. No necessita tractament, ja que desapareix espontàniament.

f) **Exantema i pruïja** a la planta dels peus i al palmell de les mans.

2. Complicacions

a) **Hemorràgia vaginal**: el sagnat vaginal, en alguns casos, pot ser molt intens i comportar la necessitat de l'hemostàsia quirúrgica en un 0,36-0,71 % de casos i, excepcionalment, la transfusió en un 0,08-0,48 %.

b) **Infecció**: l'endometritis pot ser una complicació que s'ha de considerar encara que la freqüència és baixa, del 0,1 al 0,2 %.

c) **Xoc tòxic per *Clostridium sordellii***: és una complicació greu i letal (només hi ha descrits 5 casos al món, 4 a Califòrnia i 1 a Cuba). Es manifesta inicialment amb una simptomatologia de nàusees, vòmits i dolor. En destaca l'absència de febre i que al cap de 24-48 hores empitjora amb hipotensió, taquicàrdia, leucocitosi, hemoconcentració, edema generalitzat i xoc tòxic.

d) **Risc de malformacions fetals**: el misoprostol pot provocar malformacions fetals. L'efecte avortiu de la mifepristona no ha permès, en les dosis terapèutiques, avaluar els possibles efectes teratogènics en el fetus. Així, és cabdal assegurar la interrupció de l'embaràs en el cas d'haver iniciat el tractament farmacològic.

Annex 6. Càrrega anticolinèrgica

De forma orientativa es proposa considerar que hi ha una càrrega anticolinèrgica alta quan:

- Puntuació ≥ 4, considerant que els fàrmacs amb activitat anticolinèrgica baixa puntuen 1 i els d'activitat alta puntuen 2 (vegeu la taula).
- Risc alt calculat amb la calculadora de càrrega anticolinèrgica: https://www.anticholinergicscales.es

Grup farmacològic	Fàrmacs	Activitat	Puntuació
Relaxants musculars	Tizanidina	Alta	2
	Metocarbamol, baclofèn, ciclobenzaprina, pridinol	Baixa	1
Analgèsics opioides*	Morfina, oxicodona, meperidina (petidina), fentanil, tramadol, codeïna, metadona	Baixa	1
Benzodiazepines*	Clonazepam, diazepam, clordiazepòxid, triazolam	Baixa	1
Antiepilèptics	Carbamazepina, oxcarbazepina	Baixa	1
Antiparkinsonians	Biperidèn, prociclidina, trihexifenidil	Alta	2
	Bromocriptina, entacapona, opicapona, tolcapona	Baixa	1
Antipsicòtics de primera generació	Clorpromazina, flufenazina, levomepromazina	Alta	2
	Perfenazina, haloperidol, pimozida	Baixa	1
Antipsicòtics de segona generació	Clozapina	Alta	2
	Olanzapina, quetiapina, risperidona, paliperidona	Baixa	1
Altres psicofàrmacs	Liti	Baixa	1
ATC*	Imipramina, clomipramina, trimipramina, amitriptilina, nortriptilina, doxepina	Alta	2
ISRS	Fluoxetina, citalopram, paroxetina†, fluvoxamina	Baixa	1
Altres antidepressius	Flupentixol/melitracèn	Alta	2
	Trazodona, mirtazapina	Baixa	1
Antihistamínics de primera generació	Difenhidramina, dimenhidrinat, meclozina, hidroxizina, clorfeniramina, dexclorfeniramina, ciproheptadina, bromfeniramina, mepiramina	Alta	2

Grup farmacològic	Fàrmacs	Activitat	Puntuació
Antihistamínics de segona generació	Alimemazina, cetirizina, loratadina, fexofenadina, desloratadina, doxilamina, ketotifèn, clocinizina/ fenilpropanolamina	Baixa	1
Agents gastrointestinals	Prometazina	Alta	2
	Domperidona, loperamida	Baixa	1
Espasmolítics	Atropina, butilescopolamina, escopolamina, dicicloverina	Alta	2
Agents cardiovasculars	Disopiramida	Baixa	1
Altres	Amantadina, teofil·lina, ranitidina‡, ketorolac	Baixa	1

*Cal retirar-lo gradualment. †Activitat moderada/elevada en algunes escales. ‡Només disponible via intravenosa.

ATC: antidepressius tricíclics; ISRS: inhibidors selectius de la recaptació de serotonina.

Font: Programa d'Harmonització Farmacoterapèutica. *Pautes per a l'harmonització del tractament farmacològic de la incontinència urinària* del Servei Català de la Salut, 2021. Barcelona: Servei Català de la Salut; 2021. Disponible a: https://catsalut.gencat.cat/ca/detalls/articles/art-pauta-incontinencia-urinaria

Annex 7. Consideracions sobre el maneig dels relaxants del detrusor

Anticolinèrgics

- Hi ha disponibles set anticolinèrgics orals: tolterodina, solifenacina, clorur de trospi, oxibutinina, propiverina, fesoterodina i desfesoterodina. També hi ha pegats transdèrmics d'oxibutinina.
- Les reaccions adverses més freqüents són la sequedat de boca i el restrenyiment. També poden aparèixer visió borrosa, mareig, nàusees i dispèpsia.
- Les reaccions adverses centrals més freqüents són la confusió i la desorientació, tot i que també s'han comunicat casos d'agitació, al·lucinació o deliri. El risc de patir-les s'incrementa amb l'edat.
- El tractament a llarg termini s'ha associat amb un increment del risc de caigudes i de deteriorament cognitiu, especialment quan s'utilitza més d'un fàrmac amb activitat anticolinèrgica en persones grans.
- La majoria interaccionen amb inhibidors del CYP3A4 i, en alguns casos, pot ser necessari ajustar la dosi de l'anticolinèrgic.
- Molts d'ells requereixen ajustament de la dosi o estan contraindicats en pacients amb insuficiència renal o hepàtica greu.

Mirabegró

- El mirabegró és l'únic agonista β3-adrenèrgic disponible.
- Les principals reaccions adverses són les infeccions urinàries, la taquicàrdia, les nàusees, la diarrea, la cefalea, el mareig i el restrenyiment. Com a greus s'han identificat la fibril·lació auricular i la crisi hipertensiva, de forma poc freqüent i rara, respectivament. S'han notificat casos de crisis hipertensives i esdeveniments cerebrovasculars i cardíacs associats a l'increment de la pressió arterial.
- Requereix ajustament de la dosi, sobretot si el tractament concomitant amb inhibidors del CYP3A4, en pacients amb insuficiència renal i hepàtica.

Les dades d'adherència i persistència al tractament amb anticolinèrgics i mirabegró són baixes.

Font: Programa d'Harmonització Farmacoterapèutica. *Pautes per a l'harmonització del tractament farmacològic de la incontinència urinària*. Barcelona: Servei Català de la Salut; 2021. Disponible a: https://catsalut.gencat.cat/ca/detalls/articles/art-pauta-incontinencia-urinaria

Salut/ Institut Català de la Salut

Generalitat de Catalunya