

Bolívar, 15 de Agosto de 2002
Ref. Exp. N° 4836/02

= ORDENANZA N° 1660/2002 =

ARTICULO 1°: Apruébase el Proyecto “Normas de Planificación Familiar” que se adjunta como parte integrante del proyecto.

ARTICULO 2°: Comuníquese, publíquese, regístrese y archívese.

DADA EN LA SALA DE SESIONES del HCD A 14 DIAS DEL MES DE AGOSTO DE 2002

FIRMADO

SEBASTIÁN A. REYNOSO
Secretario HCD

MARIA INES LONGOBARDI
Presidente HCD

ES COPIA

MUNICIPALIDAD DE BOLIVAR

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA

***NORMAS DE
PLANIFICACIÓN
FAMILIAR***

*Dirección de Atención Primaria
Municipalidad de Bolívar*

INTRODUCCIÓN

La fecundidad, es decir, la probabilidad de embarazo cuando no se utiliza ningún tipo de anticoncepción, está fuertemente influida por la edad, mejorando la misma al final de la adolescencia y el comienzo de la tercera década de la vida, para luego decrecer. El uso adecuado de un método anticonceptivo es crítico y está influido por factores personales, como edad, raza, educación, religión, situación socioeconómica y por la experiencia con un método en particular.

En la fecundidad humana se involucran el ser femenino y el ser masculino, con ello se favorecen una maternidad y paternidad más responsable.

LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR ES LA ADOPCIÓN VOLUNTARIA DE ALGUNA FORMA DE ANTICONCEPCIÓN, SIENDO NUESTRA RESPONSABILIDAD QUE EL RIESGO PARA LA SALUD SEA EL MÍNIMO.

*Dirección de Atención Primaria
Municipalidad de Bolívar*

PLANIFICACION FAMILIAR

Objetivos Generales:

Brindar elementos que permitan la libre elección para la procreación responsable, teniendo en cuenta los beneficios y las contraindicaciones de cada método anticonceptivo

Objetivos Específicos:

_ Normatizar el conocimiento técnico del personal de salud, para la optimización de la prescripción: a) Fisiológica, b) Métodos Anticonceptivos.

_ Brindar apoyo a los distintos grupos etáreos, según sus propias características (multíparas, adolescentes, puérperas y pre-menopáusicas)

_ Facilitar el acceso a la población del material de anticoncepción.

_ Optimizar el sistema de registro de prestación.

_ Fomentar la Participación comunitaria en el desarrollo de las presentes acciones.

*Dirección de Atención Primaria
Municipalidad de Bolívar*

DESARROLLO

1- CONOCIMIENTOS TÉCNICOS

A-Fisiología Humana:

La madurez sexual es el período de la vida femenina que se extiende desde la menarca hasta la menopausia (11-13 años hasta los 47-51 años aproximadamente)

No obstante la máxima madurez es más corta (18-30 años)

Como ciclo sexual se designa un grupo de modificaciones psicosomáticas inducidas por variaciones hormonales que se ejercen sobre todo el organismo, pero sus manifestaciones más evidentes están en el aparato genital, por lo que se denomina ciclo genital.

La mujer tiene dos ciclos sexuales: Difásico o Infértil y Trifásico o Fértil.

El ciclo sexual Difásico es dirigido por el ovario, a través de dos fases: Estrogénica (folicular) y Progesterónica o del cuerpo amarillo.

El comienzo de la menstruación es el hito que señala el final de un ciclo y el comienzo del siguiente, de 28 días aproximado de duración.

Este ciclo es regulado por la Hipófisis (adenohipófisis) a través de hormonas: Folículo estimulante (FSH), Luteinizante (LH) y Luteotrófica (LTH).

Las dos primeras actúan sobre el ovario y la tercera además estimula la secreción láctea, por lo que a veces se la denomina Lactógeno o Prolactina.

-Crecimiento Folicular: Los folículos crecen por estímulo de la FHS, la LH la acompaña y así un solo folículo madura, o sea se expela un huvo, degenerado el resto.

Ovulación: La misma se produce por el estímulo final de la LH que tiene un tipo de secreción en ese momento.

Los folículos que se desarrollan y luego no ovulan se vuelven atrésicos.

Cuerpo Amarillo: Pocas horas después de expulsado el huevo por el folículo, las células tecales y granulosa empiezan la luteinización y la masa de células se transforma en cuerpo amarillo que secreta principalmente progesterona. El cuerpo amarillo llega a tener 1,5 cm a los 7 u 8 días de producida la ovulación.

Más tarde comienza a involucionar, pierde sus funciones secretoras y se transforma en hábeas Albicans y luego tejido conectivo.

Ciclo Endometrial: Pasa por las siguientes etapas: 1- Proliferación de endometrio, 2- Cambios secretorios del mismo 3- Descamación del endometrio que se conoce como menstruación.

Al comienzo de cada ciclo menstrual se descama por el proceso por el proceso de menstruación

Por influencia de los estrógenos secretados en cantidades crecientes por el ovario, durante la primera parte del ciclo, las células del estroma proliferan.

Durante la segunda mitad, estrógeno y progesterona son secretados por el cuerpo amarillo, fase de secreción endometrial.

La finalidad de todos estos cambios del endometrio es producir un endometrio muy secretor que contenga grandes cantidades de elementos nutritivos para poner a disposición del huevo fecundado.

Menstruación: Unos dos días antes de terminado el ciclo sexual, las hormonas Gonadotróficas y ováricas disminuyen, y esto va seguido de la menstruación. La brusca caída hormonal la produce.

Durante la misma se pierde 35 ml de sangre y otro tanto seroso.

Normalmente no coagula, porque junto con el material menstrual se elimina fibrinolisisina, dura aproximadamente cuatro días.

Ciclo cervical: El cuello uterino y particularmente el endocervix participan del ciclo sexual difásico y las modificaciones son más funcionales que morfológicas y se evidencian especialmente en el intermenstruo.

En la fase folicular la cantidad de moco es escaso, como su extencibilidad o filancia.

En el período ovulatorio entre el día 11 y 16 del ciclo el orificio externo está entre abierto y por el sale en forma de cascada el moco cervical.

En esta etapa la cantidad de agua en el moco es mayor, con lo que disminuye la viscosidad y adquiere una filancia que le permite formar hebras de 10 a 12 cm de longitud.

La transparencia es máxima y la cristalización en forma hojas de helecho es perfecta y total.

Estos cambios del moco cervical inducidos por los estrógenos son indispensables para favorecer el ascenso espermático.

En la fase luteínica el orificio se cierra y el moco disminuye la cantidad y resulta difícilmente permeable para los espermatozoides como en la fase anterior.

CICLO SEXUAL TRIFÁSICO: Si el óvulo liberado es fecundado y por lo tanto se transforma en huevo al anidar en el útero se formará el sistema corioplacentario cuya presencia y funciones caracterizan al ciclo trifásico o fértil.

Este tiene una duración de 28 días o sea 10 veces mayor que la del ciclo difásico.

Menstruación: Unos dos días antes de terminado el ciclo sexual, las hormonas Gonadotróficas y ováricas disminuyen, y esto va seguido de la menstruación. La brusca caída hormonal la produce.

Durante la misma se pierde 35 ml de sangre y otro tanto seroso.

Normalmente no coagula, porque junto con el material menstrual se elimina fibrinolisisina, dura aproximadamente cuatro días.

Ciclo cervical: El cuello uterino y particularmente el endocervix participan del ciclo sexual difásico y las modificaciones son más funcionales que morfológicas y se evidencian especialmente en el intermenstruo.

En la fase folicular la cantidad de moco es escaso, como su extencibilidad o filancia.

En el período ovulatorio entre el día 11 y 16 del ciclo el orificio externo está entre abierto y por el sale en forma de cascada el moco cervical.

En esta etapa la cantidad de agua en el moco es mayor, con lo que disminuye la viscosidad y adquiere una filancia que le permite formar hebras de 10 a 12 cm de longitud.

La transparencia es máxima y la cristalización en forma hojas de helecho es perfecta y total.

Estos cambios del moco cervical inducidos por los estrógenos son indispensables para favorecer el ascenso espermático.

En la fase luteínica el orificio se cierra y el moco disminuye la cantidad y resulta difícilmente permeable para los espermatozoides como en la fase anterior.

CICLO SEXUAL TRIFÁSICO: Si el óvulo liberado es fecundado y por lo tanto se transforma en huevo al anidar en el útero se formará el sistema corioplacentario cuya presencia y funciones caracterizan al ciclo trifásico o fértil.

Este tiene una duración de 28 días o sea 10 veces mayor que la del ciclo difásico.

-A) Métodos Anticonceptivos:

- a) Métodos Hormonales: 1- Píldoras, 2- Inyectables
- b) Métodos Mecánicos: 3- Diu
- c) Métodos de Barrera: 4- Diafragma, 5- Preservativo
- d) Métodos Químicos: 6- Óvulos, 7- Jaleas
- e) Métodos Naturales: 7- Coito interrumpido, 8- Abstinencia Periódica

**A)Métodos Hormonales: Orales: SECUENCIALES,
COMBINADOS
GRAGEA ÚNICA
MINIPILDORA**

Inyectables: Intra-corporales:

IMPLANTES DE NORPLANT

IMPLANTES BIODEGRADABLES

MICROESFERAS

MICROCAPSULAS PROGESTASERT

Conceptos Generales: ANTICONCEPTIVOS ORALES (ACO)

Medicamento a base de hormonas (estrógeno y gestágenos) que impide la ovulación. Son muy seguros en términos generales.

Como efectos colaterales o adversos pueden producir algunos inconvenientes, que han ido solucionándose paulatinamente con la presencia de nuevos preparados.

Su venta fue aprobada a partir de 1960.

Están compuestos por un estrógeno (etinilestradiol) cuya dosis ha sido reducida desde 150 ug a 30 ug en éste momento.

Ello ha ocasionado una disminución importante de los efectos secundarios, sin alterar la eficacia del método.

Como alternativa se ha usado el 3 metil ester del etinil estradiol o Mestranol.

Los progestágenos en cambio han ido modificándose en dosis y estructura buscando la combinación ideal. En los 60 se usó el Gestágeno, en los 70 fue la Norestisterona, derivando de ella luego el Linestrol, Noretinodrel y otros llegando luego al Gestodeno y Desogestrel que producen menos efectos indeseables.

Parece ser ésta la época del Gestodeno, en dosis de 70ug o Desogestrel150ug.

POSOLOGIA: Los anovulatorios a baja dosis deben comenzar a tomarse a partir del primer día del ciclo inicial, una vez terminadas las 21 pastillas, se descansa 7 (siete) días y se comienza una nueva serie.

ANTICONCEPTIVOS COMBINADOS MONOFASICO

Levogestrel 150 ug + Etinilestradiol (EE) (Microgynon-Nordette)

Desogestrel 150 ug + EE (Marvelon)

Gestodeno 75ug + EE (Gynovin-Minulet)

Acetato de ciprosterona 2ug + EE (Diane)

COMBINADOS TRIFÁSICOS:

Levogestrel + EE (Triquilar-Trinordiol)

Levogestrel + Mestranol (Tridestan)

MINIPILDORA:

Así se llama al ACO constituido por una dosis baja no anovulatoria de un Progestágeno.

El de mayor difusión por vía oral es el LINESTROL, 500ugs diarios en forma ININTERRUMPIDA, desde el primer día del ciclo menstrual o pst parto inmediato.

Parecería actuar impidiendo la espermomigración por la producción de un moco cervical hostil. Sueficacia es menor que la de los anovulatorios y los efectos secundarios son propios de los gestágenos (irregularidades del ciclo, retención de líquidos, tensión mamaria, cefalea y en menos proporción aumento de peso).

En general su indicación se limita en nuestro medio al período de la lactancia, NO MAS ALLA DEL 5*_6* MES, dado que no altera la producción láctea.

Nombre comercial: EXLUTON (Linestrol 0.5 mg)

PÍLDORA UNICA

Existe en el país un preparado que contiene 3,5 mg de Quinetrol y 7mg de Diacetato de Etinodiol.

El primero es un estrógeno de síntesis derivado del EE. Se deposita en tejido graso y desde allí se libera. **SU USO NO ES MUY CONFIABLE.**

Nombre comercial: SOLUNA (Quinetrol 3,5 mg- Diacetato de Etinodiol 7mg)

INYECTABLES:

Dentro de los inyectables: existen combinaciones de estrógenos y progesterona como el *PERLUYAL* o *MESIGYNA* que provocan gran cantidad de sangrados erráticos y abundantes.

Se utilizan con una dosis mensual intramuscular.

INTRACORPORALES:

No están disponibles en el país. Son membranas semipermeables en forma de bastoncitos que se insertan a nivel subdérmico y liberan un gestágeno en forma prolongada.

El Norplast dura cuatro (4) años.

El Progestasert es un DIU con contenido hormonal, que es liberado durante un año (Progesterona).

B) Métodos Mecánicos:

Reseña Histórica: Los primeros intentos se remontan al año 1929, un anillo de plata de Grifen-Berg en Alemania, seguido por un anillo de acero de Japón en 1934.

Fueron muy perseguidos, por lo cual cayó en desuso, hasta 1957 con la introducción del espiral de plástico de Margubres (de allí el nombre se espiral) .En 1962 apareció el conocidísimo López

La era del DIU bioactivo comienza en Chile en 1969, donde se agrega cobre al modelo T (T de cobre) y finalmente en nuestros días los trabajos con progestagenos de lenta liberación.

Clasificación: * Inertes: López C-D
Sof

* Bioactivos: con cobre: T Cu
Gravigard
Multiload
Saf T coild

con Progesterona: Progestasert
LNG Novat

Mecanismos de Acción:

Inertes: a) Reacción inflamatoria, b) Reflejo nervioso.

Producen un aumento de la secreción de Prostaglandina.

El resultado de ambas acciones en suma es una interferencia en la implantación del huevo fecundado con o sin fagocitosis del mismo.

Diu con cobre: Las sales de cobre actúan sobre la migración y motilidad de los espermatozoides, habiéndose comprobado que el cobre detiene en forma consistente a los mismos en la cavidad uterina.

Mediante éste hecho queda imposibilitada la fecundación del óvulo.

DIU con Progestágenos: Aquí el mecanismo tampoco es inflamatorio sino dirigido contra la migración espermática, lográndose por cambios en el moco cervical y sobre el metabolismo del espermatozoide.

Contra indicaciones Absolutas :

- Enfermedad inflamatoria pelviana (EIP) aguda o crónica.
- Hemorragia genital sin diagnóstico.
- Malformaciones congénitas
- Sospecha de malignidad en aparato genital.

Contraindicaciones Relativas:

- *Historia de embarazo ectópico.
- *Estonosis cervical
- *Antecedentes de EIP
- *Coagulopatías
- *Alergia al cobre
- *Anemia Grave
- *Flujo genital patológico

Manejo Clínico:

Se inserta en los tres primeros días del ciclo menstrual o sea en plena menstruación

Primero porque sería casi imposible que existiera embarazo y además por la dilatación relativa del cuello uterino que facilita la colocación con menos dolor.

En la amenorrea post-parto se puede colocar hasta 6 semanas después del mismo, aunque conviene inducir una menstruación.

Se debe tener cuidado con las perforaciones.

Seguimiento:

Un control a la semana de inserción, luego al mes y a los 6 meses.

Cada control consta de verificación de los hilos y un descarte palpatorio de cualquier síntoma de inflamación pélvica.

Podría controlarse para mayor seguridad, la ubicación por medio de una ecografía

Recomendaciones a la Paciente:

Avisar que las primeras menstruaciones pueden ser muy abundantes y algo dolorosas, que la primer semana puede expulsar el DIU, que consulte ante la menor molestia.

Extracción:

- Si la paciente lo pide
- Ante las complicaciones siempre
- A los cinco años cuando se acaba el cobre, con opción a 7 años.

Complicaciones:

*Perforación

*Translocación

*EIP

*Embarazo Ectópico

*Aborto Séptico

C) Método de Barra:

No alteran el funcionamiento endocrino

- 1- Diafragma
- 2- Condón o preservativo
- 3- Capuchón cervical
- 4- Preservativo femenino

Diafragma:

Es un capuchón de latex que la mujer se coloca en la Vagina, cubriendo el cuello del útero, impidiendo la entrada del semen,

Para aumentar su seguridad se coloca con una jalea espermaticida. Se debe retirar 8 horas después de la relación sexual.

No es descartable, requiere un profundo conocimiento del propio cuerpo y previamente haberse tomado las medidas correspondientes por un profesional.

Exige privacidad y concientización del método adoptado.

Ventajas: Inocuo. Desventajas: Dificultad de colocación.

Preservativos:

Es una funda de latex que el hombre coloca en el pene en erección y que retiene el semen de la eyaculación.

Debe colocarse dejando una burbuja de aire permeable y ser retirado con el pene sin flacidez total, fuertemente sostenido desde la base para evitar derramamiento de semen.

Eficaz bien utilizado, accesible, económico, compromete al hombre compartiendo la responsabilidad del acto sexual.

Debe ser colocado previo al juego amoroso y no solamente previo a la eyaculación.

Deben aconsejarse aquellos que tienen lubricación, no debe usarse la vaselina, para evitar rupturas.

Capuchón cervical:

No existe en nuestro país.

Es un dispositivo flexible de latex, que viene en cuatro tamaños, impracticables en cuellos muy chicos o grandes. Se coloca sobre el cuello previo a la relación y puede dejarse hasta 48hs.

Se usa con una crema espermicida en la parte interna del capuchón.

Es descartable y reúne las mismas condiciones que el diafragma.

Preservativo femenino:

Igual que el masculino por las ventajas.

Se trata de una funda de poliuretano como una especie de molde vaginal, tiene dos anillos, uno grande en la porción abierta que queda afuera, y el pequeño restante cerrado que es parecido al capuchón cervical y se inserta en el cuello uterino. Se utiliza una sola vez y se descarta.

D) Métodos Químicos (Espermicidas):

Hay productos que contienen sustancias capaces de destruir espermatozoides.

Se presentan como óvulos vaginales, jaleas o tabletas que se colocan en la vagina, antes de la relación sexual.

Si se usan solos son de mediana seguridad, por eso se usan en general con el diafragma, capuchón o preservativo.

Existen esponjas se Farmatex * que contiene cloruro de Benzoalconio, que se coloca en vagina y dura 24 hs, disolviéndose espontáneamente (se recomienda en mayores de 45 años en relaciones ocasionales)

El principal agente usado es el Nonoxinol-9 (Delfen*) como crema vaginal.

E) Métodos Naturales

Coito Interrumpido:

Consiste en retirar el pene de la vagina, antes de eyacular, evitando que los espermatozoides asciendan al útero.

Su poca seguridad se debe a que puede emitirse semen antes de la eyaculación, sin que el hombre lo note o simplemente por extracción tardía.

No es seguro, ni es una relación adecuada, dado que el placer se interrumpe.

Abstinencia Periódica:

Consiste en las relaciones en los días presuntamente fértiles de la mujer, que es cuando se produce la ovulación.

Por lo general éste período es muy variable y sucede entre el día 10 y 20 del ciclo menstrual, contando a partir del primer día de la última menstruación.

Hay muchas técnicas para que cada mujer conozca sus períodos fértiles, pero el más conocido es el de Billings, mediante el cual se reconocen las variaciones que se producen en el moco del cuello del útero. Es frecuente que el ciclo de ovulación varíe, por eso éstos métodos son poco seguros y el riesgo de embarazo es grande.

(Los espermatozoides, pueden vivir en el moco cervical hasta siete días)

Se pueden tener en cuenta métodos que controlan la temperatura Basal rectal, como método para saber con exactitud la fecha de ovulación.

*Dirección de Atención Primaria
Municipalidad de Bolívar*

2) Brindar apoyo a los distintos grupos étnicos

ADOLESCENCIA Y ANTICONCEPCIÓN

La niñez es el periodo de la vida que se extiende desde el nacimiento hasta los 9 o 10 años, ese lapso puede dividirse en dos etapas: la infancia que dura hasta los 6 o 7 años y la puericia que la continúa.

La adolescencia, es la etapa de la vida que marca el paso de la puericia a la madurez sexual, transcurre entre la aparición de los caracteres sexuales y la capacidad para reproducirse.

Estos límites no son muy netos, pero en ese tiempo un hecho llamativo es la aparición de la menstruación (menarca), que permite dividir la pubertad en tres periodos.

En nuestro medio, la menarca tiene lugar entre los 9 y 13 años, si aparece antes de los 8, es precoz y si es después de los 16 es tardía.

El hecho de abordar la anticoncepción a esta edad, se ha hecho más imperioso en esta época.

Existe, una realidad social, que es un incremento de las relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas y está relacionado con los estilos de vida del mundo actual, y con una mayor erotización del medio, factores ambos en que los adolescentes no tienen una participación directa pero que recaen sobre ellos, impulsándolos a actividad sexual precoz, sin una formación e información adecuada para prevenir las consecuencias de dichos actos.

Todo ello lleva al incremento de embarazos no deseados, situación nada ideal para el pasaje a la vida adulta.

La postergación de la fertilidad en la adolescencia no se logra brindándole solamente información y asistencia en la anticoncepción, esto sería simplificar el problema, debería brindarse una adecuada educación sexual.

Los métodos de anticoncepción son difíciles de implementar por distintos motivos:

- a) Dificultad propia del adolescente para asumir la responsabilidad que significa aceptar un método
- b) Omnipotencia que la lleva a pensar que "Ella" no se va a embarazar.
- c) Resistencia a una consulta de este tipo.
- d) Mensajes contradictorios que le llegan del mundo adulto.
- e) Dificultades que pueda tener el médico en el manejo del tema, relacionado con sus prejuicios sobre lo sexual.

Hay una serie de variables que se debe considerar antes de indicar un método:

- 1) Maduración física
- 2) Motivación para la anticoncepción.
- 3) Frecuencia de las relaciones.
- 4) Expectativa frente a un futuro embarazo.
- 5) Estabilidad de la pareja.

De acuerdo a la interacción de éstas variables se aconsejaran aquellos metodos que se consideren adecuados.

Particularidades de cada método:

La anticoncepción hormonal es uno de los mas usados, en comprimidos de bajas dosis (con gestageno) . es el ideal para aquellas que consultan antes de haber iniciado sus relaciones.

Es preferible descartar el método cuando la frecuencia es baja.

Sus ventajas son: baja falla, desvinculación con el coito, adquisición fácil u costo accesible.

Con respecto a las contraindicaciones clásicas (cardiovasculares, venosas, sospecha de carcinoma) no son significativas en éste grupo etáreo, pero se debe considerar antecedentes hepáticos y diabéticos severos.

Diafragma: en aquellas en que las relaciones son poco frecuentes.

Condón: Revitalizado a partir de la prevención de las enfermedades de transmisión sexual inclusive el SIDA.

Es válido siempre que su uso sea correcto. Debe alentarse sobre todo en el varón. En las jóvenes con parejas múltiples por AC y prevención.

Métodos Naturales: Las características fisiológicas y psicológicas de la adolescente, limitan su uso, salvo expreso pedido de la misma, y siempre que existan ciclos regulares y baja frecuencia de las relaciones.

A pesar de la inocuidad es poco recomendable, dado el carácter impulsivo del adolescente.

Química: solo aceptada junto a otro método de barrera.

DIU: es el menos recomendado por mayor incidencia de EIP, sobre todo en adolescentes con parejas multiples. Puede comprometer la futura fertilidad.

Su indicación se restringirá a aquellos casos en que se contraindique hormonales, por no reunir condiciones para los de barrera, o circunstancias especiales como bajo nivel mental, o con embarazos o abortos reiterados.

En éstos casos, habrá que guiarse por la teoría del mal menor, ya que el riesgo de una complicación por DIU, siempre será menor que un embarazo no deseado o una sepsis post aborto.

Concluyendo, para la selección del método a utilizar, el médico deberá explicar todas las alternativas validas para la edad, e inclinarse por el que El Paciente prefiera.

Esta elección pasa por factores que nada tienen que ver con lo medico, sino mas aun con lo social, cultural y económico.

ANTICONCEPCIÓN EN EL PUERPERIO

Después del parto transcurre una etapa de la mujer llamada Puerperio.

En ella confluyen una serie de ansiedades como la necesidad de ser una buena madre, que pueda brindar adecuada alimentación natural, pero pasados algunos días se plantea el retorno a la normalidad, la reanudación de su vida amorosa y por ende la actividad sexual.

Lamentablemente, existe el criterio popular que durante el puerperio y sobre todo si está lactando no puede embarazarse. Esto es un error, porque los ciclos pos-parto en un 50% son fértiles y por lo tanto con ovulación, a pesar de las amenorreas que impone la prolactina.

Por ello es aconsejable el alta sexual cuando la episiotomía ha cicatrizado, con ausencia de loquios, y en ocasiones habiendo aparecido el ciclo menstrual.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:

Anticonceptivos orales: solo se recomiendan aquellos de efecto progestágeno, que no inhiben la lactancia, y están contraindicados los que tienen efecto estrogénico que actúan sobre la misma.

Se pueden indicar en forma ininterrumpida hasta los 6 meses a partir del parto.

Actuaría impidiendo la espermiogénesis con la producción de un moco hostil.

Su indicación se limita a la lactancia (sin otra alimentación para el niño).

Cualquier método anticonceptivo puede emplearse en este periodo, DIU, naturales u hormonales, para el primero es necesario producir una menstruación artificial, para el segundo, falta el control del ciclo menstrual, para su orientación, por lo tanto, es difícil, y para el último tener en cuenta la lactancia.

El preservativo siempre puede ser usado.

ANTICONCEPCIÓN EN LA PREMENOPAUSIA

A pesar del conocimiento sobre los métodos en general, es de relativa ignorancia en esta etapa de la vida.

Los orales son los más investigados, la necesidad de anticoncepción está delineada por el importante aumento de la mortalidad perinatal, malformaciones congénitas y aumento de hasta 6 veces de la mortalidad materna.

En los años 70 se realizaron estudios epidemiológicos que determinaron que el uso de ACO después de los 35 años predisponían al infarto de miocardio y flebotrombosis por lo que se limita su uso a partir de esa edad.

Estos datos se basaron en anticonceptivos con altas dosis de estrógenos, y estas observaciones no se corresponden con la actualidad, donde el contenido estrogénico es mucho menor.

Si uno valora el riesgo de embarazo y parto en mujeres premenopáusicas y los comparamos con los efectos colaterales de los ACO, el primero es mucho más importante que el segundo.

Las mujeres por encima de los 40 años si son además fumadoras, son consideradas como grupo de alto riesgo.

Se ha demostrado que ejercen un efecto protector contra la osteoporosis.

En cuanto a los métodos no hormonales, los reversibles, (rítmicos) son irregulares e inseguros, dado que es imposible predecir la ovulación.

Los DIU se han popularizado y se han diseñado de distintas formas: con cobre para aumentar la eficacia.

A medida que pasan los años disminuyen los efectos colaterales de los DIU (hemorragias, expulsión, dolor)

Puede suceder que por fibromatosis sea dificultosa su colocación.

ANTICONCEPCIÓN EN MULTIPARAS

Se adecuará de acuerdo a las condiciones biológicas, psíquicas, sociales, culturales y sobre todo teniendo en cuenta su realidad y certeza de efectividad.

Se puede utilizar cualquiera de los mencionados con anterioridad.

ANTICONCEPCIÓN MASCULINA

Rol protagónico de acuerdo al método elegido, a menudo olvidado, ésta actitud está cambiando ya que la tercera parte de las parejas utilizan métodos que requieren su colaboración. Es aconsejable una decisión en conjunto en planificación familiar. Machismo, miedos a la infidelidad, autoritarismo, roles sociales predeterminados, etc. contribuyen a la no participación, asumiendo la mujer la responsabilidad sobre el tema. Preservativo coito interrumpido, son específicos del varón, muy recomendado el primero y muy ineficaz el segundo.

La vasectomía es la ligadura de los vasos deferentes, definitiva rápida y segura, estaría indicada en casos específicos.

3) Facilitar el acceso de la población a la anticoncepción:

A través de la difusión permanente de las actividades relacionadas con la educación sexual y planificación familiar, educando y llevando a los grupos de mayor riesgo la oportunidad de elegir un método si así lo desean.

Que cada consulta, con la mujer en edad fértil que surja del personal de salud la comunicación espontánea sobre este tema que es omitido por las pacientes.

La decisión final sobre la adopción o no de un determinado método es de cada paciente, que lo hará habiendo recibido información adecuada y segura.

La provisión de Anticonceptivos Orales deberá ser un tema a tratar y discutir con las Sociedades de Fomento, el Municipio, y la Sociedad Argentina de Protección Familiar, quien provee en forma muy económica material a tal efecto.

4) Optimizar el sistema de registro de prestaciones:

Se confecciona una planilla de registro interno y carnet de Planificación Familiar por año, con datos de filiación, fecha de PAP, método utilizado fecha de entrega del mismo.

De ésta manera se puede llevar un control más adecuado de cantidad de entrega mensual, a quienes, en que fecha y como se está controlando en salud.

Así se lograrán registros reales para la información mensual de cada efector de salud (CAPS).

5) Fomentar la participación comunitaria en las presentes acciones :

Recordar que las Sociedades de Fomento y sobre todo la comunidad asistida pueden y deben PARTICIPAR, en la búsqueda, de soluciones y que dependan de ellos parte de las mismas.

No todo debe ser desde Salud, pueden incentivarse los círculos de ahorro para la adquisición de distintos materiales, y mediante la ayuda mutua el pago del método elegido.

Anexo I

Interacciones Farmacológicas

Los antiepilépticos como el Fenobarbital (Luminal*, Gardenal*) y la Difenil Hidantoína (Epamin*) son potentes inductores de metabolización a nivel hepático, por lo cual podría explicarse el fracaso de los anticonceptivos orales cuando se toman en conjunto con estas drogas.

La Rifampicina (Rifadim*) tiene un efecto similar, produciendo además trastornos en el ciclo menstrual.

Los anticonceptivos orales disminuyen la acción de anticoagulantes orales y variar las pruebas de laboratorio al interactuar con los factores que la determinan.

MUNICIPALIDAD DE BOHAR
 DTE. J. C. MION
 0234-427490



Asociación Argentina de Protección Familiar

Agüero 1355/59 - Tel.: 4826-1216 y líneas rotativas Fax: 4824-8416
 (1476) Buenos Aires - Argentina
 Web site: www.aapf.com.ar
 E-mail: info@aapf.com.ar



BUENOS AIRES, ABRIL 1992

DIU COOPER 380 / A IMPORTADOS		SD	DIU MULTILOAD 375 ESTÁNDAR IMPORTADO	
CANTIDADES	PRECIO UNIDAD		CANTIDADES	PRECIO UNIDAD
1	16,00		1	28,00
50	15,00		50	27,00
100	14,00		100	26,00
200	13,00		200	25,00
300	12,00		300	22,00
500 o más	10,00		500	20,00

DIU MULTILOAD 6H0RT 375 SL IMPORTADO \$ 28,-

ANOVULATORIOS:

FIN DE MES

MICROVLAR		TRIQUILAR		MIRANOVA	
CANTIDADES	PRECIO UNIDAD	CANTIDADES	PRECIO UNIDAD	CANTIDADES	PRECIO UNIDAD
1	5,00	1	5,20	1	4,90
50	4,60	50	4,70	50	4,00
100	4,30	100	4,20	100	3,60
200	3,80	200	4,10	200	3,60
500	3,60	500	3,70	500	3,30

MICROLUT		MESIGYNA		TEST EMBARAZO \$ 12,-
CANTIDADES	PRECIO UNIDAD	CANTIDADES	PRECIO UNIDAD	
1	5,90	1	5,90	
50	4,50	50	4,10	
100	4,00	100	3,60	
200	3,60	200	3,40	
500	3,10	500	3,10	

CONDONES MASCULINOS	Por unidad	\$ 0,40
ESPECULOS (CHICOS Y GRANDES)	Por unidad	\$ 1,20
ESPECULOS (CHICOS Y GRANDES)	Por 100	\$ 100,00
GUANTES DE POLIETILENO	Por 100	\$ 3,60

Así mismo disponemos de material educativo (E. Sexual). Solicitar listado y aranceles.


 Dra. Olga A. Vigliola
 Directora Ejecutiva

Bibliografía

- 1- Ginecología. C-Ruiz. Ed. medico Panamericana. Bs. As. 1977
- 2- Actualizaciones Tocoginecológicas. Numero Especial. AGORA Vol. III Set. 1991
- 3- Temas de Terapéuticas II. Bases Farmacológicas Lasala-Sagasta-Gherardi. Akadia Ed. Bs. As. 1981
- 4- Tratado de Fisiología Médica. Guyton. 4ª Edición Ed. Interamericana BS. As. 1971