

CONCURSO SOBRE EL TEMA DE SALUD REPRODUCTIVA

Convocado por la Revista Cubana de Salud Pública y la MEDICC Review (EE.UU.)

JURADO

Dr. *Jorge Hadad*, MSP, presidente de la Sociedad Cubana de Salud Pública.
Gail *Reed*, MS, periodista, directora de MEDICC Review.
Dra. *Michele Frank*, directora asociada de MEDICC Review.
Dra. *Luisa Álvarez*, investigadora titular. Centro de Reproducción Humana (OPS-OMS).
Dr. *Radamés Borroto*, Dr.C, director del Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico (CENAPEM).
Dr. *Juan S. Ceballos*, Dr. C, profesor titular, profesor consultante, MINSAP.
Dra. *Yodalia Leyva*, especialista en Psiquiatría. Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX).
Dr. *Alcides Lorenzo*, jefe del Grupo Nacional de Atención Primaria, MINSAP.
Lic. *José A. de la Osa*, periodista.
Dra. *Rosaida Ochoa*, especialista en Epidemiología, directora del Centro Nacional de Prevención ITS-SIDA.
Dr. *Jehová Oramas*, especialista en Medicina Interna, vicedirector del Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas (CNICM).
Dra. *María del Carmen Pría*, MSP, especialista en Bioestadística, profesora auxiliar. Escuela Nacional de Salud Pública.
Dra. *Aida Rodríguez*, economista, profesora titular, jefa del Departamento de Investigaciones. Escuela Nacional de Salud Pública.
Nereyda Rojo, MSP, MTéc. Ed., socióloga, profesora titular. Escuela Nacional de Salud Pública.

PREMIACIÓN

Fueron premiados 5 trabajos el 15 de diciembre del 2000.

___ (N. del E.): En el próximo número se publicarán los restantes trabajos premiados.

**LA CONSULTA DE GINECOLOGÍA INFANTO-JUVENIL
EN LA ATENCIÓN PRIMARIA Y LA SALUD REPRODUCTIVA
DE LAS ADOLESCENTES***

*Miguel Lugones Botell,¹ José J. Prado González,² María de los A. Calzada Occeguera³ y
Mauricio de Córdoba Armengol⁴*

RESUMEN: Se realizó un estudio descriptivo y transversal de 212 adolescentes de 11 a 19 años que fueron atendidas en la consulta de Ginecología Infanto-Juvenil Municipal de Playa, desde su creación, el 1ro. de septiembre de 1996 al 1ro. de agosto del 2000. Se tomaron como objeto de estudio las adolescentes que se les confeccionaron sus historias clínicas según el modelo oficial establecido para estas consultas, que recoge entre otros aspectos: motivo de consulta, algunas características de la sexualidad, anticoncepción, etc. Se utilizó la entrevista personal y la comunicación participativa con ellas. Los principales motivos de consulta fueron la orientación anticonceptiva, la cervicitis y leucorrea y la solicitud de regulación menstrual o interrupción de embarazo. Hubo precocidad en el inicio de las relaciones sexuales dadas fundamentalmente por presión de la pareja y sin protección anticonceptiva ni privacidad. El método anticonceptivo más usado fue el hormonal por vía oral y la mayoría se mantuvo con anticoncepción, con bajo índice de abandono. La mayoría de las pacientes curaron la sepsis cérvico-vaginal. Hubo participación familiar en las consultas en la mayoría de los casos. Se utilizó como método estadístico el porcentual y la prueba binomial para comparación de proporciones.

DeCS: ATENCION PRIMARIA DE SALUD; ADOLESCENCIA; MEDICINA REPRODUCTIVA/educación.

* Primer premio del Concurso sobre el tema de Salud Reproductiva.

¹ Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Miembro de la Sección de Ginecología Infanto-Juvenil de la Sociedad Cubana de Ginecología y Obstetricia y de su grupo provincial. Policlínico Docente «26 de Julio», Playa.

² Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Miembro de la Sección de Ginecología Infanto-Juvenil de la Sociedad Cubana de Ginecología y Obstetricia. Policlínico «Isidro de Armas», Playa.

³ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructora. Policlínico Docente «26 de Julio», Playa.

⁴ Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructor. Policlínico Docente «Jorge Ruiz Ramírez», Playa.

"Nuestra sociedad actual ha creado la adolescencia y tiene la obligación de preocuparse por ella, de infiltrarle responsabilidad y esperanza, de darle una nueva ética en la que impere el concepto del derecho a nacer deseado y protegido. Sólo así podría mantenerse el concepto de familia"

Hallengtead

DEDICATORIA

El autor principal dedica este trabajo a la memoria de su esposa Gina

La Ginecología Infanto-Juvenil, que se ocupa de la atención ginecológica de niñas en edad pediátrica y de adolescentes hasta los 19 años, surgió por la necesidad de brindar una atención específica que ayudara a agrupar todas las alteraciones ginecológicas en las niñas y las adolescentes, y la importancia y/o necesidad de un médico especializado en esta etapa de la vida.¹

En Cuba, se creó la Sección Infanto-Juvenil de la Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología en el año 1995. La aprobación en julio de 1996 de los "Lineamientos Generales para el desarrollo de la Ginecología Infanto-Juvenil" subordinada a la Dirección Nacional Materno-Infantil, sentaron las bases definitivas para el despegue e incorporación de nuestro país al desarrollo de esta especialidad.²

Según ha sido reportado por la Organización Panamericana de la Salud, en la actualidad, más de la mitad de los habitantes del mundo son menores de 25 años y la población adolescente de 10 a 19 años estará en el 2020 sobre los 1 200 millones de habitantes.³

Si a esto añadimos que los demógrafos de nuestro país han identificado un proceso de rejuvenecimiento de la fecundidad y señalan que las mujeres cubanas están teniendo hijos a edades más tempranas⁴ –fundamentalmente en el grupo comprendido

entre los 15 y 19 años-, podemos considerar que la fecundidad en la adolescencia, planteado en sus aspectos más generales, constituye un problema de salud importante sobre el cual debe actuarse.⁴ Este aspecto adquiere su máxima dimensión cuando lo enfocamos desde el concepto de salud reproductiva, de uso reciente dentro del trabajo médico.

La *salud reproductiva* como estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos, para que las personas sean capaces de llevar una vida sexual segura y satisfactoria y tener acceso a métodos de regulación de la fecundidad seguros, efectivos, sostenibles y aceptables, surge como concepto en 1994, en las sesiones de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en el Cairo aunque su gestación y evolución ocurrieron algún tiempo atrás.^{5,6}

Si consideramos que la adolescencia, con todas sus características, constituye un problema asociado al mundo actual, que su reconocimiento e importancia demográfica, cultural, psicosocial y económica implica la necesidad de dedicarle cada vez más nuestra atención^{7,8} por ser un período en el que el individuo se enfrenta a situaciones insólitas capaces de afectar definitivamente su vida, su personalidad y su orientación, y en el que comienza una etapa nueva de aprendizaje,⁹ el estudio de la salud reproductiva en esta etapa -por ser una edad tan compleja y trascendental- resulta idó-

neo para poder ejercer acciones específicas en sus aspectos más vulnerables.

La integralidad de las acciones de salud que podamos ejercer, el trabajo sistemático y continuo y la comunicación que seamos capaces de establecer en la consulta con las adolescentes, debe jugar un papel esencial en su desarrollo informativo y formativo.¹⁰ Especial acento debemos poner en la prevención, fundamentalmente del embarazo, el aborto, las infecciones del aparato reproductivo, y la anticoncepción, haciendo partícipe a la familia como algo vital para enfrentar estos problemas.

Teniendo en cuenta lo señalado anteriormente, hemos querido exponer nuestras experiencias de trabajo con las adolescentes y algunos resultados obtenidos en la consulta de Ginecología Infanto-Juvenil en la atención primaria, en sus casi 4 años de existencia, vinculado a algunos aspectos de su salud reproductiva, que tanta importancia tiene en la promoción y en la prevención de Salud, como en la calidad de vida presente y futura de estas pacientes.

OBJETIVO GENERAL

- Determinar algunos aspectos de la salud reproductiva de las adolescentes atendidas en la consulta de Ginecología Infanto-Juvenil en la atención primaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los principales motivos de consulta.
- Determinar algunas características de la sexualidad.
- Precisar algunas características relacionadas con la anticoncepción.
- Determinar la participación de la familia de estas pacientes y de su médico de familia en estas consultas.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo y transversal de 212 adolescentes de 11 a 19 años que fueron atendidas en la Consulta de Ginecología Infanto-Juvenil que se realiza en el nivel municipal en Playa, desde su creación, el 1ro. de septiembre de 1996 al 1ro. de agosto de 2000.

Se tomó como objeto de estudio a este grupo y se les confeccionó su historia clínica según el modelo oficial establecido para estas consultas (anexo), que recoge, entre otros aspectos, el motivo de consulta, características de la sexualidad, en la que abundamos sobre la protección anticonceptiva en las relaciones sexuales, privacidad en ellas, tiempo transcurrido entre las relaciones y el primer contacto sexual y principales motivaciones para iniciar las relaciones sexuales. También recogimos datos sobre anticoncepción; si conocían algún método anticonceptivo para valorar en la historia clínica los métodos utilizados, así como el tiempo que habían estado utilizándolos y que después lo abandonaron.

En los casos con presencia de leucorrea y cervicitis valoramos el diagnóstico y la evolución de estas entidades con los tratamientos convencionales.

También consideramos en la historia clínica la participación de la familia y su médico en la consulta. Con todos estos elementos se le dio salida a cada uno de los objetivos propuestos.

La entrevista individual con cada paciente, nos permitió identificar los principales aspectos personales que caracterizarían nuestro trabajo según los objetivos propuestos y, a pesar de la participación familiar, siempre hubo un tiempo de privacidad exclusivamente con la paciente.

Después de confeccionada la historia clínica y de escuchar todas las preocupaciones planteadas, precisamos la

autoestima, las expectativas y el nivel de información, se les brindó una amplia información verbal e ilustrada de fácil comprensión y asimilación sobre aspectos anatómicos y fisiológicos del sistema reproductor, así como de las infecciones de transmisión sexual, el aborto y otros tópicos de interés relacionados con la salud sexual y reproductiva del adolescente. También se les permitió ver y tocar el material de reconocimiento, los propios métodos anticonceptivos, como un medio más de enseñanza.

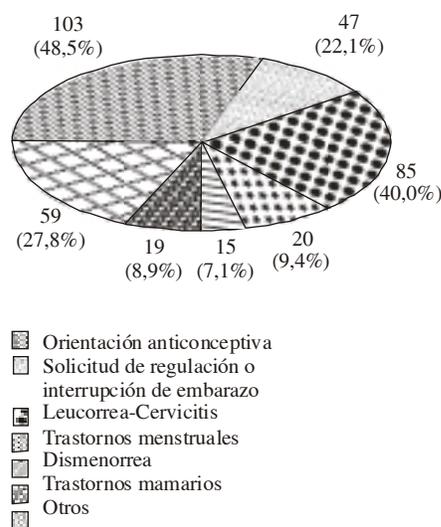
Al final, nos reunimos con el grupo de adolescentes y familiares; utilizamos la metodología de la Comunicación Participativa con el conocimiento previo de las necesidades de aprendizaje y con el objetivo de lograr una orientación y tratamiento adecuados según el motivo de consulta. En las consultas subsiguientes evaluamos progreso y efectividad: permanencia en la consulta, seguimiento adecuado de los procesos infecciosos y permanencia del uso de la anticoncepción.

Se usó la prueba binomial como método estadístico para la comparación de proporciones en la evaluación de los casos con leucorreas y cervicitis, que prueba si la proporción de curados es significativamente diferente de la proporción de no curados, teniendo en cuenta el total.

Los datos fueron recogidos de las historias clínicas, se contabilizaron por el método de palotes y se expresaron en porcentajes, los que se exponen en tablas y figuras para su mejor comprensión.

Resultados

Como puede verse en la figura 1 los principales motivos de consulta fueron la orientación anticonceptiva para el 48,5 % seguido de la leucorrea y cervicitis para el 40,0 % y la solicitud de interrupción de em-



Fuente: Historias clínicas

FIG. 1. Principales motivos de consulta.

barazo o de regulación menstrual (22,1 %). Queremos resaltar que en muchos casos hubo más de un motivo de consulta si consideramos su suma total.

En la tabla 1 señalamos algunos aspectos que consideramos de interés con relación a la sexualidad y la salud reproductiva de los pacientes atendidos. Se puede observar que al llegar a la consulta, el 87,3 % no se protegía en las relaciones sexuales; el 86,4 %, no contaba con privacidad o tenía temor a ser descubierto; la mayoría tuvo el primer contacto sexual durante el primer mes de relaciones con su pareja para el 68,9 % y, en la motivación para tener relaciones sexuales, predominó la presión de su pareja (35,8 %) o igualarse a sus amistades (29,7 %), aspecto donde el factor género está presente.

En la tabla 2, vemos que la mayoría de las pacientes no sabían el método que iban a utilizar para el 74,0 %. En este sentido predominó el método hormonal para el 49,3 %

y dentro de este, el oral, con 45 pacientes para el 30 %. Queremos destacar que si observamos la figura 1 fueron 103 pacientes las que acudieron solicitando algún método anticonceptivo y, sin embargo, logramos tener 150 pacientes con métodos anticonceptivos del total de las historias revisadas. También consideramos importante que la mayoría de las pacientes mantuvieran el método indicado y que solo el 10,7 % los abandonarían; de estas, 11 (7,3 %) por sus efectos secundarios.

TABLA 1. Algunas características de la sexualidad

Protección anticonceptiva en las relaciones sexuales	No.	%
Con protección	27	12,7
Sin protección	185	87,3
Total	212	100,0
Privacidad en las relaciones sexuales		
Sin privacidad	184	86,4
Con privacidad	28	13,2
Total	212	100,0
Tiempo entre las relaciones y el primer contacto sexual		
1 mes	146	68,9
2 meses	49	23,1
3 meses y más	17	8,0
Total	212	100,0
Motivación para tener las relaciones sexuales		
Atracción física	38	17,9
Enamoramiento	35	16,5
Presión de la pareja	76	35,8
Igualarse a sus amistades	63	29,7
Total	212	100,0

Fuente: Historias Clínicas.

TABLA 2. Algunos aspectos sobre anticoncepción

Método anticonceptivo a utilizar	No.	%
No precisa	111	74,0
Sí precisa	39	26,0
Total	150	100,0
Método anticonceptivo utilizado		
Hormonal	74	49,3
Dispositivos intrauterinos	39	26,0
Condón	37	24,7
Total	150	100,0
Tiempo utilizando anticonceptivos		
1 año	27	18,0
1-2 años	45	30,0
3-4 años	62	41,3
Abandonaron el método	16	10,7
Total	150	100,0

Fuente: Historias Clínicas.

La figura 2 se refiere a los casos con leucorreas y cervicitis que representan el 40 % del motivo de consulta, dentro de este el 55,2 % con leucorreas y 44,8 %, cervicitis. En los casos con leucorreas predominó la *Gardnerella* vaginal con 19 casos (40,4 %), 11 pacientes con condiloma genital y 2 con sífilis secundaria; todas fueron tratadas y curadas. De las pacientes con cervicitis, 1 se remitió a patología de cuello y resultó ser un NIC II, aun está en seguimiento. Se usó la prueba binomial para comparación de proporciones y resultó significativamente diferente la proporción de pacientes curadas con leucorreas y cervicitis en relación con el número de casos diagnosticados.

Por último, al analizar la tabla 3, vemos que la mayoría de las pacientes asistieron a consulta con la madre para el 58,9 %. La participación de la pareja fue pobre, solamente el 4,7 %, así como también del padre

Discusión

El análisis de las diferentes tablas expuestas, evidencia, que las adolescentes utilizan nuestros servicios, fundamentalmente, por eventos relacionados con la sexualidad precoz y sus consecuencias, factores que son importantes para considerarlas como un grupo vulnerable de riesgo en la salud reproductiva.¹¹

Al observar los principales motivos de consulta, vemos que la orientación anticonceptiva, la solicitud de interrupción de embarazo o de regulación menstrual y los casos con cervicitis y leucorreas, constituyen las principales causas que llevan a este grupo a la consulta. Si consideramos que la salud reproductiva está articulada alrededor de 3 ejes temáticos fundamentales -anticoncepción, aborto y nuevas técnicas conceptivas- según plantea Scavone¹² y que las mujeres que se someten a la práctica del aborto están atentando contra su propia salud reproductiva,¹³ se comprende la importancia que tienen estas consultas, al brindarles además de una adecuada, consciente y dirigida educación sexual, una atención especializada, diferenciada y, en la mayoría de los casos multidisciplinaria. Con gran acierto Peláez plantea que el trabajo en estas consultas está relacionada prácticamente con la totalidad de los principales componentes de la salud reproductiva.⁵

Se ha señalado que la accesibilidad a los servicios de salud de buena calidad y con abastecimientos adecuados, influye de manera significativa sobre la salud sexual y reproductiva de sus usuarios.¹⁴

Como es sabido, entre los cambios que ocurren en la adolescencia, están el despertar de la sexualidad y el aumento de los deseos y las sensaciones especiales que los acompaña. Para los adolescentes constituye un reto significativo este despertar

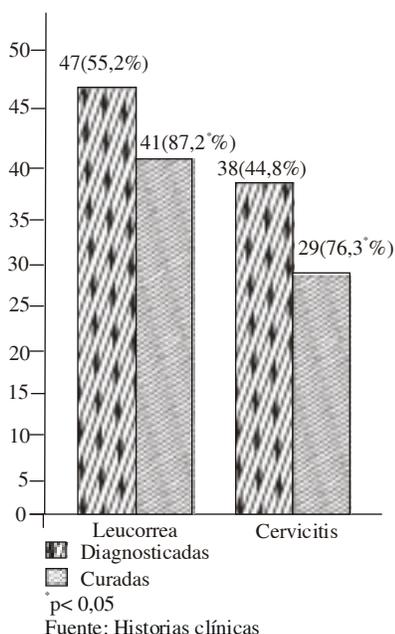


FIG. 2. Diagnóstico y evolución de procesos infecciosos-inflamatorios del aparato genital.

TABLA 3. Participación de la familia y su médico en la consulta

Participa	No.	%
Con la madre	125	58,9
Con el padre	52,3	61,2
Sola	50	23,6
Con la pareja	10	4,7
Otros	22	10,4
Total	212	100,0

Participación del médico de familia		
Participa	No.	%
Participa	35	16,5
No participa	177	83,5
Total	212	100,0

Fuente: Historias Clínicas.

2,3 %. Tampoco hubo gran participación del médico de familia, donde solo participó el 16,5 %, aunque la mayoría de los casos fueron remitidos por ellos.

de la sexualidad y cómo integrar esos sentimientos, su comportamiento y sus relaciones con sus padres y adultos con el mínimo de conflicto y ansiedad.¹⁵

Según vimos en los resultados, hay consecuencias desfavorables para el normal desenvolvimiento y desarrollo de la sexualidad, como la no protección para las relaciones sexuales, y la falta de privacidad, que pueden constituir experiencias frustrantes y que pueden ser causas de disfunciones sexuales en el futuro. También el hecho que la principal motivación para las relaciones sexuales fuera, para la mayoría, la presión de su pareja, así como por igualarse a sus amistades, refleja que el factor género y su enfoque en las relaciones sociales sexo/género están presentes, pues al varón se le estimula veladamente la precocidad sexual como valores que son transmitidos generacionalmente y es necesario una educación sexual participativa,¹⁶⁻¹⁸ la que siempre hicimos con estos casos.

Entre los aspectos positivos logrados en nuestra consulta, además de los educativos, formativos, informativos y de participación -de relevante importancia en la salud reproductiva y que permiten hacer una evaluación evolutiva del trabajo realizado- nos referiremos específicamente a 3 de ellos, según los resultados expuestos.

El primero es el relacionado con la anticoncepción. Aunque no existen razones biomédicas para contraindicar ningún anticonceptivo, se toman en cuenta para seleccionarlos varios factores, como la edad, antecedentes de embarazos previos, medio familiar, relaciones de pareja débiles, vida sexual activa, etc.¹⁹ Es característico de los adolescentes centrar su atención en el presente y tienden a no planificar por adelantado o prever las consecuencias de sus actuaciones a largo plazo, lo que vimos en los resultados, donde, al acudir a consulta por primera vez, no se protegían en sus relaciones y muchas no sabían el anticonceptivo que debían utilizar. En la ado-

lescencia, los anticonceptivos hormonales ocupan la segunda prioridad en su utilización después del condón¹⁹ y nosotros lo logramos con el concepto de “no imponerles criterios, solo brindarles alternativas”, después de explicarles las características, ventajas y desventajas de cada método en la consulta y en las reuniones participativas con ellos, que fuera la anticoncepción hormonal y dentro de esta la oral, la que predominara en nuestras pacientes, y que solo el 10,6 % abandonaran el método, la mayoría por efectos secundarios indeseables. Es bueno destacar 2 aspectos: si se observa el motivo de consulta vemos que inicialmente hubo 103 solicitudes de anticoncepción y llevamos a 150 adolescentes en nuestra casuística, y también que las pacientes que llevan entre 1 y 3 años con anticonceptivos es porque en su mayoría la solicitud y aplicación del método se hizo en ese tiempo y no por abandono.

Otro aspecto de importancia que consideramos fueron los casos con cervicitis y leucorreas, su diagnóstico y evolución. Estos constituyeron el segundo motivo de consulta y su tratamiento es un factor importante dentro de la atención de los problemas ginecológicos en esta etapa de la vida como hemos señalado.²⁰ Se logró la curación de la mayoría de las pacientes con leucorrea (87,2 %) y cervicitis (76,3 %) con diferencias significativas en relación con las que acudieron con estas patologías ($p < 0,05$); el tratamiento empleado fue el convencional, lo que revela que la importancia para su evolución satisfactoria estuvo en la asistencia a la consulta y seguimiento adecuado. Como se sabe, las infecciones ginecológicas tienen mucha relación con infecciones de transmisión sexual y los hábitos y costumbres sexuales constituyen un factor de riesgo importante^{21,22} y pueden provocar una serie de consecuencias tales como aumento de la frecuencia del embarazo ectópico, infertilidad, cáncer de cuello y otras afecciones,^{22,23} de gran importancia también en la salud reproductiva.

Por último, nos referiremos al tercer aspecto que señalamos como de importancia en nuestra consulta y fue la participación de la familia, que se logró en más de la mitad de los casos (61,2 %) si consideramos la presencia materna y paterna.

La familia está considerada dentro de los factores sociales, culturales y económicos que influyen sobre la salud sexual y reproductiva.²⁴ En ella, tanto las pacientes como sus familiares tuvieron participación activa en toda la consulta, aunque a veces se solicitó la entrevista individual con la adolescente. Tomaron parte también en la metodología de comunicación participativa donde se logró la intervención con técnicas vivenciales, ya que son los actores sociales fundamentales de la actividad y en la que se detectaron, muchas veces, contradicciones entre la familia y la adolescente, pero siempre perseguimos un objetivo: la comunicación como proceso de interacción social.²⁵⁻²⁷ Tuvimos en cuenta que la comunicación y la educación en salud reproductiva, es algo complejo, pero que debe llevar mensajes claros y precisos²⁶⁻²⁸ para esclarecer muchos aspectos sobre las relaciones sexuales, la anticoncepción, infecciones genitales y de transmisión sexual, aborto, etc., que son factores de riesgo reproductivo identificados como los de mayor importancia,²⁹ así como actitudes, creencias y la percepción del riesgo que tenían, lo que nos permitió orientar cada caso debidamente.

La participación del médico de familia la consideramos de gran importancia, fundamentalmente en el pesquaje y la selección que se haga de los casos para valorar en estas consultas. Destacamos el papel de educadores y agentes de cambio que ellos representan, pues elementos vitales de la salud reproductiva como son los embarazos en edades precoces, abortos, infecciones de transmisión sexual, la anticoncepción, y el conjunto de problemas relacionados con la educación de la sexualidad, constituyen un área de actividad permanente de su trabajo diario.^{6,30}

Por todo lo anterior concluimos que:

- Los principales motivos de consulta fueron: orientación anticonceptiva, leucorrea y cervicitis, así como solicitud de regulación menstrual o de interrupción de embarazo.
- No existía protección anticonceptiva en la mayoría de las pacientes al venir a consulta ni privacidad en las relaciones sexuales.
- La mayoría tuvieron el primer contacto sexual en el primer mes de relaciones y estas fueron motivadas por presión de la pareja y por igualarse a sus amistades.
- La mayoría de las adolescentes no sabían el método anticonceptivo que iban a utilizar y predominó como anticonceptivo utilizando el hormonal. Pocos casos abandonaron el método.
- De los casos con cervicitis y leucorreas curaron la mayoría de las pacientes, con diferencias significativas con el total de casos diagnosticados.
- Hubo participación de la familia en más de la mitad de los casos que asistieron a consulta, fundamentalmente la parte materna. No ocurrió así con el médico de familia, aunque la mayoría de las pacientes fueron remitidas por ellos.

Agradecimientos

A Margarita Rodríguez del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital "Juan Manuel Márquez", por el esmero y dedicación con que realizó la transcripción del trabajo y la impresión de prueba. También a Surely y Maidel, del Centro Provincial de Higiene y Epidemiología, por el gran interés con que realizaron la impresión definitiva del texto.

A la psicóloga Mercedes Acosta que tanto ha cooperado con nuestras consultas, así como a Octavio Venegas y Margarita Núñez, del Instituto de Investigaciones para la Industria Alimenticia, por el asesoramiento bioestadístico.

ANEXO. Policlínico 26 de Julio. Municipio Playa

H.C. Historia del Adolescente No. _____
No. C.I – T. M.: _____

Nombre del médico: _____
Paciente: _____ Edad: _____
Color de la piel: ___ 1. Blanca 2. Mestiza 3. Negra 4. Amarilla
Consultorio: _____ Policlínico: _____ Municipio: _____
Escolaridad: _____ 1. Primaria 2. Secundaria 2. Politécnico
4. Preuniversitaria 5. Universitaria 6. Otros

Último grado aprobado: _____
Estado civil: ___ 1. Soltera 2. Casada 3. Divorciada 4. Unión estable
Con quién vive ___ 1. Padres 2. Solo con madre 3. Solo con padre
4. Otros familiares 5. Con su pareja
6. Otros no fam. 7. Sola

Situación de los padres: ___ 1. Casados
2. Divorciados: a) Con pareja estable ___
b) Sin pareja estable ___
3. Unión estable.

Situación laboral padres: _____ 1. Ambos trabajan 2. Uno solo trabaja
3. Ninguno trabaja

Escolaridad padres Madre _____ Padre _____ Tutor _____
o tutor: 1. Primaria 2. Secundaria 3. Técnico 4. Obrero Cal.
5. Preuniversitario 6. Universitaria 7. No sabe

Total de personas en la casa _____ Total de locales _____
Total de dormitorios _____
Con quién viene a consulta _____ 1. Padres 2. Madre 3. Sola
4. Otros Fam. 5. Amigos 6. Med. Fam

Motivo de consulta: _____
1. Leucorrea 2. Amenorrea 3. Trast. menst. 4. PF 5. Pat. cuello.
6. ITS. 7. Trast. mamaros 8. Trast pubertad 9. Tumores ginecolog.
10. Dolor pelviano 11. Reg. menstr/Int. emb. 12. Dismenorrea 13. Otros
H.E.A.

Menarquía _____ P.R.S. _____ 1er. emb. _____ Edad ginec. _____
Privacidad _____ Tiempo entre la relación y 1er. contacto sexual _____
Motivación para la relación _____
Total emb. _____ Partos _____ Abortos _____ Reg. menst. _____
Gest. ectópicos _____ Fecha último parto o aborto _____
Fecha última menstruación _____ F/M _____
Conoces algún método anticonceptivo _____ 1. Sí 2. No 3. No sé
Has utilizado algún anticonceptivo _____ 1. Sí 2. No 3. En ocasiones
Cuál _____ Por qué tiempo _____
Lo usa actualmente _____ 1. Sí 2. No 3. En ocasiones.

Motivo de abandono del método: _____
No. de compañeros sexuales _____ 1. Ninguno 2. 1 a 3 3. 3 a 6 4. Más de 6.
Por qué medios te has informado sobre anticonceptivos: _____
1. Amigos 2. Novio/a 3. Hermanos 4. Padres 5. Escuela 6. Inst. médicas
7. Medios de difusión 8. Otros.

Examen físico
10-14 15-16 17-18 19

Fecha _____
Peso _____

Anexo (continuación)

Talla _____
V.P. _____

Estadios de desarrollo (TANNER)

Mama	Vello púbico	Vello axilar	Edad ósea _____
Distribución pilosa _____			1. Presente adulto
			2. Presente puber
			3. Ausente

Examen mamas: _____

Abdomen: _____

Vulva y periné: _____

Himen: _____

Vagina: _____

Tacto bimanual: _____

Tacto rectal: _____

Speculum: _____

Test Schiller: _____
Otros exámenes: _____
Principales hallazgos: _____
Diagnóstico presuntivo: _____

Conducta a seguir: _____

Evolución y tratamiento

SUMMARY: A cross-sectional descriptive study was conducted on 112 adolescents aged 11-19 years, who had been seen at the Child-Youth Gynecological Outpatient Service of Playa municipality since the establishment of such service in September 1st, 1996 till August 1st, 2000. The object of study lied in those adolescents whose medical records were made according to the official model set for this type of services. The model includes among other aspects: reasons for going to see the doctor, some sexuality characteristics, contraception methods, etc. Individual interviews and participatory communication were used to approach these adolescents. The main reasons for going to the doctor's were: looking for contraceptive orientation, suffering from cervicitis and leukorrea and requesting menstrual regulation or abortion. Sexual relations started at very early ages fundamentally because one partner was put under pressure for sexual intercourse, without contraceptive protection or privacy. The most used contraceptive method was the orally administered hormone and the majority of adolescents kept on using contraception devices, with low index of

contraception neglecting. Most of he patients had a cure for cervix-vaginal sepsis. Their families participated in medical appointments in most of the cases. Percentage method was used as statistical method together with binomial test for ratio comparisons.

Subject headings: **PRIMARY HEALTH CARE; ADOLESCENCE; REPRODUCTIVE MEDICINE/education.**

Referencias bibliográficas

1. Concepción López J. Reseña histórica de la ginecología infanto juvenil En: Obstetricia y ginecología infanto juvenil. Su importancia. La Habana. Sociedad Científica Cubana para el desarrollo de la familia (SOCUDEF), 1996:2-5.
2. Peláez Mendoza J. Generalidades. En: Ginecología infanto-juvenil. Salud reproductiva del adolescente. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1999:18.
3. Organización Panamericana de la Salud. Fecundidad en la adolescencia, causas, riesgos y opciones. Washington, DC, 1988:1-15. (Cuaderno Técnico; No. 12).
4. Alfonso Fraga JC. Fecundidad y aborto en la adolescencia. Algunas características. Rev Sexol Soc 1994;1(0):8-9.
5. Peláez Mendoza J, Salomón Avich N. Salud reproductiva del adolescente. En: Ginecología infanto-juvenil. Salud reproductiva del adolescente. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1999:167-8.
6. Álvarez Villanueva R. La salud reproductiva y la atención primaria de salud. En: La salud reproductiva en el adolescente. La Habana. Centro Nacional de Educación para la Salud. 1998:26.
7. Alfonso Fraga JC. Reproducción en la adolescencia: una caracterización socio-demográfica. Primera parte. Rev Sexol Soc 1995;1(3):2-5.
8. Peláez Mendoza V. Adolescente embarazada: características y riesgos. Rev Cubana Obstet Ginecol 1997;23(1):13-7.
9. Castro Espín M. Crecer en la adolescencia. Rev Sexol Soc 1996;2(4):2.
10. Barcas HE, Caro EL. Sexualidad y comunicación. Rev Sexol Soc 1995;1(2):31.
11. Lugones Botell M, Pedroso Hernández P, Perera BO, Acosta Jiménez M. La consulta de Ginecología infanto-juvenil en función de la educación sexual. Rev Cubana Med Gen Integr 1999;15(2):189-90.
12. Scavone L. Introducción. En: Género y salud reproductiva en América Latina. Cartago: Consejo Editorial SUR, 1999:9.
13. Aguila Acebal CL, Neyra RA. El aborto en Cuba, un reto para los educadores. En: Scavone L. Género y salud reproductiva en América Latina. Cartago: Libro Universitario Regional (LUR) 1999:210.
14. Chelala CA. Factores relacionados con los servicios. En: Salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Washington DC: OPS, OMS, 1995:21.
15. _____. Salud sexual y reproductiva en la adolescencia En: Salud sexual y reproductiva. Washington DC: OPS, OMS, 1995:25.
16. Peláez MJ, Salomón Avich N. Género y salud reproductiva del adolescente. En: Ginecología infanto-juvenil. Salud reproductiva del adolescente. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1999:169.
17. González HA, Castellanos Simons B. La sexualidad y los géneros. Rev Sexol Soc 1998;4(9):33.
18. Fernández Ríos L.)Roles de género?)Feminidad vs masculinidad? Temas 1996;5:18-23.
19. Peláez Mendoza J. Anticoncepción en la adolescencia. En: Ginecología infanto-juvenil. Salud reproductiva del adolescente. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1999:184-6.
20. Lugones Botell M, Quintana Riverón T. Algunas afecciones y problemas de interés de la Ginecología infanto-Juvenil en la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr 1998;14(1):81-92.
21. Vanegas ER. Afecciones del cérvix uterino en adolescentes. En: Peláez MJ. Ginecología infanto juvenil. Salud reproductiva del adolescente. La Habana: Editorial Científico Técnica 1999:141.
22. Dexon-Mueller R, Wassenhert J. La cultura del silencio. Infecciones del tractus reproductivo entre mujeres del Tercer Mundo. New York: International Women's Health Cralition. 1991:20-31.

23. Lugones Botell M, Quintana Riverón T. Embarazo ectópico y atención primaria de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1998; 14(2):111-2.
24. Chelala CA. Factores sociales, culturales y económicos. En: *Salud sexual y reproductiva*. Washington, DC: OPS, OMS, 1995;3.
25. Guibert RW, Grau AJ, Prendes LM. ¿Cómo hacer más efectiva la educación en salud en la atención primaria? *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999;15(2):176-83.
26. Calero LJ. Salud reproductiva. ¿Estamos educando bien? *Rev Sexol Soc* 1999;5(13):33-4.
27. Fernández Pacheco R. Comunicación en salud reproductiva. *Rev Sexual Soc* 1995; 1(3):28-9.
28. Calero LJ. Los adolescentes y la salud reproductiva. *Rev Sexol Soc* 1997;2(8):6-7.
29. Peláez Mendoza J. Factores de riesgo reproductivo. En: *Ginecología infanto-juvenil. Salud reproductiva del adolescente*. La Habana: Editoria Científico-Técnica, 1999:173.
30. Cano López AM. El médico de la familia: principal agente de cambio en la comunidad. *Rev Sexol Soc* 1994;1(0):28-9.

Recibido: 23 de marzo del 2001. Aprobado: 15 de abril del 2001.

Dr. *Miguel Lugones Botell*. Policlínico «26 de julio», 72 e/ 13 y 15, municipio Playa, Ciudad de La Habana, Cuba.