



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 2001; 47 (1) : 22 - 26

Atención en el consultorio de ginecoobstetricia de la adolescente

Carmen González, [Eduardo Gil](#), Víctor Chávez, Jorge Díaz, Maritza Torres

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características de la atención del Consultorio de Ginecoobstetricia de la Adolescente. **Diseño:** Estudio observacional, retrospectivo, longitudinal y descriptivo. **Lugar:** Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH). **Material y Métodos:** Revisión de las hojas de atención HIS del Consultorio de Ginecoobstetricia de la Adolescente de los años 1998 y 1999. **Resultados:** Se encontró 3304 pacientes: 7,3% era adolescente temprana, 30,2% adolescente media y 62,5% adolescente tardía. La patología ginecológica representó el 88,4% de los diagnósticos de las adolescentes tempranas, el 50,0% de las adolescentes medias y el 24,2 de las adolescentes tardías. La consulta obstétrica fue el 7,0%, 48,4% y 75,9% de las adolescentes tempranas, medias y tardías, respectivamente. **Conclusiones:** La patología ginecológica es el principal motivo de consulta en las adolescentes tempranas y medias y la consulta obstétrica lo es en las adolescentes tardías.

Palabras clave: Ginecología, ginecología infantojuvenil, adolescencia.

SUMMARY

Objective: To determine attention characteristics at the Adolescent Gynecology and Obstetrics Outpatient Office. **Design:** Observational, retrospective, longitudinal and descriptive study. **Setting:** Department of Obstetrics and gynecology, Cayetano Heredia National Hospital. **Materials and Methods:** Review of HIS 1998 and 1999 attention files of the Adolescent Gynecology and Obstetrics Outpatient Office. **Results:** In 3304 patients, 7,3% belonged to early adolescence, 30,2% to middle adolescence and 62,5% to late adolescence. Gynecologic pathology represented 88,4% of all diagnosis in early adolescents, 50,0% of middle adolescents and 24,2 of late adolescents. Obstetrical consultation was 7,0%, 48,4% and 75,9% of early, middle and late adolescents, respectively. **Conclusions:** Gynecologic pathology was the main reason of consultation in early and middle adolescents and obstetrical consultation in late adolescents.

Key words: Gynecology, infantile and juvenile gynecology, adolescence.

INTRODUCCION

El Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH), en su afán de brindar un mejor servicio a sus pacientes, instaló, dentro de sus clínicas de especialidades en consulta externa, el Consultorio de Ginecoobstetricia de la Adolescente, en el año de 1990, para la atención de la patología ginecológica y la consulta obstétrica en pacientes menores de 20 años. Ello se formalizó en el año de 1992, con la suscripción del convenio entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación, lo que da lugar a la aparición del Programa



de Salud del Escolar y del Adolescente, y desde esa fecha el volumen de atención se ha visto incrementado en forma progresiva.

Este consultorio viene funcionando tres veces por semana, en el ambiente destinado a los consultorios de especialidades del Departamento de Obstetricia y Ginecología.

En América Latina existen algunos centros especializados dedicados a este campo, destacando entre otros el de Santiago de Chile, liderado por Ramiro Molina. En el Perú existen muy pocos servicios especializados y escasas publicaciones sobre el tema, lo que no permite tener un conocimiento certero de las características de la población y de las patologías que se presentan en nuestro medio

En nuestro caso no ha existido una adecuada evaluación y difusión de la casuística, desperdiándose la valiosa información de esta experiencia, lo que es motivo del presente trabajo.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, longitudinal y descriptivo, que corresponde a una revisión de casos. La población de estudio fue las pacientes atendidas en el Consultorio de Ginecoobstetricia de la Adolescente del Hospital Nacional Cayetano Heredia, entre el 1 de enero de 1998 y el 31 de diciembre de 1999. Los criterios de inclusión fueron edad entre 11 y 19 años y estar registrada su atención en la hoja HIS. El criterio de exclusión fue el tener los datos de registro incompletos.

Los datos fueron obtenidos de las hojas de registro de atención, que fueron codificadas por el Departamento de Estadística e Historias Clínicas de acuerdo a la CIE9. Las variables a estudiar fueron el mes y año de la consulta, el médico responsable de la misma, el distrito de procedencia, la edad y diagnósticos de la paciente, agrupándose por frecuencias. Se usó los programas EpiInfo 6,04, Microsoft Word y Microsoft Excel 97.

RESULTADOS

Se encontró 3304 pacientes que cumplieron los criterios establecidos, todos con los datos de registro completos.

La distribución por mes y año muestra incremento de la demanda en el segundo año, de 1421 (43% del total) pacientes en 1998 a 1883 (57%) en 1999, y el promedio de atenciones mensuales fue 118 en 1998 y 157 en 1999. La menor atención mensual fue 85 pacientes (noviembre 98) y la mayor 243 (febrero 99).

Un 77,5 % de la consulta fue atendida por dos médicos, otros dos médicos un 7% cada uno y el 8,2% restante atendido por 14 médicos.

Casi el 70% de las pacientes pertenecía a la zona de influencia del HNCH, y San Martín de Porres fue el primer distrito, con 35% de las atenciones. Tabla 1.



Tabla 1. Atención del consultorio de ginecoobstetricia de la adolescente: distribución por distrito de procedencia

Distrito	N	%
San Martín de Porras	1155	35,0
Los Olivos	479	14,5
Comas	478	14,5
San Juan de Lurigancho	290	8,8
Independencia	219	6,6
Rímac	157	4,8
Lima	105	3,2
Callao	95	2,9
Puente Piedra	81	2,5
Otros (32)	245	7,4
Total	3304	100,0

En cuanto a la distribución por grupos de edades, 242 (7,3%) fueron adolescentes tempranas (entre 11 y 13 años), 996 (30,2%) adolescentes medias (entre 14 y 16 años) y 2066 (62,5%) adolescentes tardías (entre 16 y 19 años).

Tabla 2. Adolescentes tempranas (11-13 años). Distribución por diagnóstico

Diagnóstico	N	%
Trastornos del ciclo menstrual	114	47,1
Vulvovaginitis	91	37,6
Obstétricas	17	7,0
Parasitosis intestinal	7	2,9
Infecciones de transmisión sexual (ITS)	6	2,5
Infección de la vía urinaria	5	2,1
Persona sana	4	1,7
Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	3	1,2
Anemia	2	0,8
Patología mamaria	2	0,8
Enfermedades del aparato digestivo	1	0,4
Enfermedades del aparato respiratorio	1	0,4
Trastornos metabólicos	1	0,4
Tumores benignos en general	1	0,4
Violación sexual	1	0,4

* En relación al total de pacientes (242)

La principal patología observada en la población fue la obstétrica (62,6%), que incluyó 1977 (95,6%) controles de gestantes y 90 (3,4%) de púerperas. Los trastornos del ciclo menstrual (incluían hemorragia uterina anormal y amenorrea) fueron el 19,0% de los diagnósticos, y la vulvovaginitis el 15,7%. Los otros diagnósticos en importancia fueron la infección del tracto urinario (1,0%), la patología mamaria (0,8%), paciente sana (0,7%) y anticoncepción (0,6%). El 4,18% de los diagnósticos restantes se distribuía en 20 patologías diferentes.



Tabla 3. Adolescentes medias (14-16 años). Distribución por diagnósticos

Diagnóstico	N	%
Obstétricas	482	48,4
Trastornos del ciclo menstrual	281	28,2
Vulvovaginitis	199	20,0
Persona sana	14	1,4
Anemia	10	1,0
Patología mamaria	9	0,9
Endocrinopatías	8	0,8
Infección de la vía urinaria	6	0,6
Parasitosis intestinal	6	0,6
Anticoncepción	5	0,5
Metabólicas	4	0,4
Anomalías cromosómicas y congénitas	3	0,3
Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	3	0,3
Enfermedades del aparato digestivo	3	0,3
Enfermedades del aparato respiratorio	3	0,3
Lumbalgia	3	0,3
Tumores benignos en general	3	0,3
Enfermedades del tejido conectivo	3	0,3
Infecciones de transmisión sexual (ITS)	2	0,2
Miomatosis	2	0,2
Enfermedades del sistema nervioso central	1	0,1

* En relación al total de pacientes (996)

En cuanto a las patologías más frecuentes en cada grupo de edades, tenemos que los diagnósticos ginecológicos (vulvovaginitis, trastornos del ciclo menstrual, patología mamaria y violación sexual) ocupan el primer lugar en las adolescentes tempranas, con 88,4%, y en las medias con 50,0%. En las adolescentes tardías la consulta obstétrica ocupa el primer lugar con 75,9%, seguida de los trastornos del ciclo y la vulvovaginitis. La descripción de todos los diagnósticos se muestra en las Tablas 2, 3 y 4. La distribución por tipos de diagnósticos según grupo de edad se muestra en la Figura 1.

Tabla 4. Adolescentes tardías (17-19 años). Distribución por diagnósticos

Diagnóstico	Número	%
Obstétricas	1568	75,9
Trastornos del ciclo menstrual	232	11,2
Vulvovaginitis	227	11,0
Infección del tracto urinario	23	1,1
Anticoncepción	16	0,8
Patología mamaria	15	0,7
Endocrinopatías	11	0,5
Parasitosis intestinal	6	0,3
Persona sana	6	0,3
Anemia	5	0,2
Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	5	0,2
Infecciones de transmisión sexual (ITS)	5	0,2
Metabólicas	5	0,2
Miomatosis	5	0,2
Enfermedades del aparato digestivo	4	0,2
Enfermedades del aparato respiratorio	4	0,2
Anomalías cromosómicas y congénitas	33	0,1
Enfermedades del sistema nervioso central	2	0,1
Tumores benignos en general	2	0,1
Displasia leve de cuello uterino	1	0,0
Enfermedades del tejido conectivo	1	0,0
Enfermedades vasculares	1	0,0
Estado de abertura artificial	1	0,0
Oftalmológicas	1	0,0

* En relación al total de pacientes (2066)



Figura 1. Tipo de diagnóstico según grupo de edad

DISCUSION

Durante estos dos años, ha habido 3304 atenciones, mostrándose un incremento del 33% en 1999 con relación a 1998. Esto ha motivado que los tres días de atención con los que actualmente contamos no sean suficientes. Por ejemplo, en febrero de 1999 (el mes de mayor atención), se atendió en promedio más de 20 pacientes por día. Hay que considerar que el tiempo de atención que se destina a una adolescente no es el mismo que a una adulta, sobre todo en casos que atañen a su salud sexual y reproductiva.

Por otro lado, se quiere lograr que el consultorio funcione en un ambiente totalmente diferenciado, como por ejemplo el Centro Juvenil, lo que lo haría más atractivo y cómodo para las adolescentes. En sus inicios era un solo médico el responsable de la atención, posteriormente fueron incorporándose otros, y actualmente se ha limitado los médicos responsables de la atención, como se evidencia en que 77,5% de la consulta recae en dos de ellos, y se busca una capacitación continua de los mismos, viendo más allá de un enfoque meramente biomédico y buscando la atención integral. Dentro de esta tendencia, se ha inaugurado este año, en coordinación con la Universidad Peruana Cayetano Heredia, la subespecialidad de Ginecología Pediátrica y Ginecoobstetricia de la Adolescente, cuya sede es nuestro hospital.

La población atendida corresponde mayoritariamente al área de influencia del Hospital, que son los distritos de San Martín de Porres, Los Olivos, San Juan de Lurigancho, Independencia y Rímac. No se consideró Comas, por corresponder al Hospital "Sergio Bernales" de Collique.

En la consulta ginecoobstétrica de adolescentes, la demanda aumenta conforme la edad, lo que coincide con lo encontrado en otros estudios realizados^{2,3}. Las adolescentes tempranas ocupan un mínimo porcentaje, el cual va ascendiendo, y las adolescentes tardías ocupan el mayor número de atenciones, siendo el 62,5% de las mismas.

Los diagnósticos son en su mayoría obstétricos, 62,5% incluyendo gestantes y puérperas, ocupando la consulta ginecológica una menor proporción (36,7%) y los diagnósticos que no son propiamente de la especialidad un 5,3%. Cuando analizamos los grupos de diagnósticos, por cada grupo de edad encontramos que estas proporciones varían: en las adolescentes tempranas la principal patología es la ginecológica, que incluye principalmente los trastornos del ciclo menstrual, la vulvovaginitis y la patología mamaria. En las adolescentes medias, la patología ginecológica es la primera por muy poca diferencia y siguen predominando los trastornos del ciclo menstrual, pero vale la pena resaltar el gran incremento del grupo obstétrico. En cambio, en las adolescentes tardías, la preponderancia de la consulta obstétrica sobre la ginecológica es evidente, llegando al 75,9%.

Entre los trastornos del ciclo menstrual es frecuente la dismenorrea primaria, caracterizada por dolor pélvico difuso y bilateral³ que se inicia con el periodo menstrual y que puede estar acompañada de náuseas, vómitos y diarrea. Otro grupo de pacientes presenta signos y síntomas días antes de la menstruación, siendo más frecuente el dolor pélvico unilateral, aumento de peso y constipación; generalmente estos síntomas desaparecen al comenzar el sangrado. Otra causa de consulta es la hemorragia uterina disfuncional, donde las adolescentes (y sus madres) acuden atemorizadas a la consulta, porque después de la menarquía ha continuado el sangrado o presentado ciclos con sangrado abundante de muy larga duración. Se reconoce que 50% de los ciclos siguientes a la menarquía son anovulatorios^{2,4,7}, pero no debemos olvidar que existen factores endocrinos a nivel de tiroides, metabólicos (obesidad y peso excesivamente bajo), factores psicológicos, entre otros, que pueden traer como consecuencia un desequilibrio en la relación estrógeno-progesterona.



Este desequilibrio puede dar lugar a un ciclo anovulatorio, una declinación temprana del cuerpo lúteo o a una función inadecuada de éste, dando por resultado distintos tipos de metrorragias, en su mayoría ciclos cortos menores de 21 días y con catamenia mayor de 10 días.

La vulvovaginitis disminuye su proporción al aumentar la edad, disminuyendo de 37% en las tempranas a 20% y 11% en las medias y tardías, y tiene una amplia gama de presentaciones, que van desde un aumento del flujo fisiológico hasta vaginitis específicas. Estas últimas se acompañan de prurito vulvar, escoriaciones causadas por el rascado, y disuria por el contacto de la orina con las zonas lesionadas. Entre los agentes aislados en el cultivo hemos encontrado gramnegativos como *E. coli*, *Klebsiella sp* y, generalmente asociados a los casos más severos, *Shigella flexneri*. Ante la presencia de un flujo amarillento y abundante hay que tener presente la posibilidad de una gonococia^{5,6}.

La parasitosis intestinal es un diagnóstico que es hecho muchas veces en los casos de vulvovaginitis y ginecorragias asociadas a éstas, y es más frecuente a edades menores. De ellos el *Enterobius vermicularis* es el que se aísla con mayor frecuencia.

Las enfermedades de transmisión sexual constituyen el 2,9% de los diagnósticos en las adolescentes tempranas y deben ser consideradas sinónimo de abuso sexual^{2,8-10}. Muchas veces, la primera manifestación es un flujo vaginal, prurito o ardor en el área genital, y en el examen se descubre signos, como la desfloración himeneal o condilomas acuminados en vulva, perineo y alrededor del ano. En estos casos, un examen rectal es imprescindible, para evaluar el tono y la integridad del esfínter^{4,6}.

La infección de la vía urinaria es el diagnóstico que sigue en frecuencia (1%), aumenta con la edad; la cistitis es el motivo de consulta más frecuente, causada principalmente por el inicio de las relaciones sexuales. Los síntomas más frecuentes son polaquiuria, disuria y malestar suprapúbico. Se comunica que en alrededor de 80% de casos se aísla *E. coli* ^{2,3,6}, también encontrado por nosotros, siguiéndole en frecuencia el *S. saprophyticus*.

La patología mamaria es el tercer diagnóstico ginecológico, que va desde las molestias relacionadas a la aparición del botón mamario (muchas veces interpretada por la paciente como una tumoración) hasta mastodinia, enfermedad fibroquística y fibroadenomas de mama^{2,7,9}, encontrándose también tensión mamaria asociada al periodo menstrual.

En cuanto a la consulta obstétrica, el hecho que sea el 62,5% del total, llegando al 75% en las adolescentes tardías, es preocupante y traducción del problema del embarazo en la adolescente, problema que es complejo y atañe factores, como el inicio precoz de las relaciones sexuales, el no uso de métodos anticonceptivos, el pobre soporte familiar. Existe un número pequeño de casos de embarazo consecuencia de una violación, siendo la iniciación en la mayoría de las veces consecuencia de una decisión ¹¹, pero el embarazo no es deseado, lo que lleva a una tasa de abortos en adolescentes que varía entre 11 y 30%. También se reconoce que las madres adolescentes tienen siete veces más probabilidades de pobreza que las de mayor edad, y el embarazo temprano contribuye a esta pobreza¹⁷.

El resto de los diagnósticos lo constituye un grupo diverso de patologías, muchas veces ni obstétricas ni ginecológicas, pero relativamente frecuente en el grupo adolescente, como endocrinopatías, acné, lumbalgias y colon irritable.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pacheco J. Ginecología y Obstetricia. Lima-Perú: MAD Corp SA. 1999.
2. Zeiguer B. Ginecología Infantojuvenil. B. Aires: Ed Panamericana. 1995.
3. Silber T, Munist M. Manual de Medicina de la Adolescente. OPS. EE.UU. 1992.
4. Rivling M, Martin R. Manual of Clinical Problems in Obstetrics and Gynecology. 4ª edition. USA, 1994.
5. Lambrou N, Norse A. The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics. USA: Ed Lippincott. Williams and Wilkins. 1999.
6. Strasburger M, Brown R. Adolescent Medicine. Ped Clin NA 1997; 44 (6). Ed WB Saunders Company.
7. Sanfilippo J. Pediatric and Adolescent Gynecology. USA: Ed WB Saunders Company. 1994.
8. Farinati A, Mormandi J. Infecciones en ginecología y obstetricia: Del diagnóstico al tratamiento. Lima-Perú: Ed Pfizer. 1999.
9. Graef J. Manual de Terapéutica Pediátrica. Department of Medicine. The Children's Hospital, Boston. Salvat Editores SA. 4ª edición 1990. España.
10. MINSA. Guía Nacional de Manejo de Casos de ETS. Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA. Lima-Perú 1998.
11. Freyre E. La salud de los adolescentes: Aspectos médicos y psicosociales. Lima-Perú: CONCYTEC. 1994.
12. Parra J, Pinedo A, Távara L. Comportamiento reproductivo de las adolescentes. En: Tomo del X Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Lima-Perú 1990.
13. Braverman P, Polaneczky M. Adolescent Gynecology, Part I: Common Disorders. Ped Clin NA 1999; 46 (3).
14. Ríos R. Gestación en mujeres menores de 16 años. Tesis de bachiller en medicina. Lima-Perú: UPCH, 1991.
15. Tang L. Embarazo en adolescentes. Tesis de bachiller en medicina. Lima-Perú: UPCH, 1991.
16. Departamento de Gineco-Obstetricia del HNCH. Informes y Estadísticas Anuales, Centro de Computo. 1999.
17. Yinger N, et al. La actividad sexual y la maternidad en las adolescentes en América Latina y el Caribe. Riesgos y consecuencias. EE.UU. 1992.