

## **“El ginecólogo como médico de Atención Primaria de la salud. Una mirada diferente de la mujer”.**

**Dr. José María Méndez Ribas**

**Prof. Asociado de Ginecología de la Universidad de Buenos Aires.**

**Director del Servicio de Adolescencia del Hospital de Clínicas**

**“José de San Martín”**

Siguiendo a la OMS (1974) definimos a la Atención Primaria como “el cuidado esencial de la salud basado en métodos prácticos, científicamente sólidos y socialmente aceptables con tecnología universalmente accesible para los individuos y sus familias a través de su participación y a un costo tal que la comunidad y el país puedan acceder”. Agrega la OMS que es directa responsabilidad de los gobiernos que este particular cuidado de la salud llegue a *toda* la población en forma eficiente y equitativa.

El Sistema de salud, con sus variantes, basado prioritariamente en la atención primaria, están fuertemente instalados en los principales países de Europa en los cuales predomina la social democracia a los cuales habría que agregar Canadá y Cuba. Inglaterra fue el primer país pionero en adoptar esta metodología de atención (1948) vigente hasta hoy con sucesivas modificaciones, basada en el pago por capitación y atención gerenciada. Allí, el sistema de salud está conformado por un 60% de médicos generalistas y un 40% de especialistas y el tocoginecólogo ocupa el 2º nivel de atención (1). Por ejemplo, un embarazo normal es atendido por el médico de atención primaria, la partera y enfermera especializada. El médico obstetra intervendrá solo si es requerido por una complicación de la normalidad. Este sistema, como otros, tiene sus fallas y quejas periódicas tanto de los prestadores como de los beneficiarios requiriendo una fuerte subvención del Estado además del apoyo de numerosas ONG relacionadas con la salud. Pero pese a ello, este particular cuidado de la salud llega a toda la población con índices de patología muy bajos, por lo cual en principio y en términos generales se cumple el objetivo básico: “salud para todos”.

Descripto de esta manera, se comprende más la jerarquía que tiene la *atención primaria* dentro de un sistema de salud organizado. Lamentablemente, como metodología de trabajo aún continúa relegada en los países de nuestra región por la mirada peyorativa de los especialistas que actúan en niveles superiores de atención. Así queda claro que no es una atención “primitiva” sino primordial y cuyo principal objetivo es cambiar los comportamientos relacionados con la salud en general de modo de prevenir la aparición de una enfermedad. De este modo centra su accionar *en el cuidado de la paciente*.

Mientras ¿qué pasa en la Argentina? Sabemos y “padecemos” que no tenemos sistema de salud organizado. Conviven varios de ellos en forma anárquica (hospital, obra social estatal, obra social sindical, prepaga) lo que lo hace ineficiente, caro y no equitativo.

En 1996 el Ministerio de Salud a nivel nacional implementó el Plan Médico Obligatorio básico de Atención Primaria (PMO) por la Ley 23.660, resolución 247, del

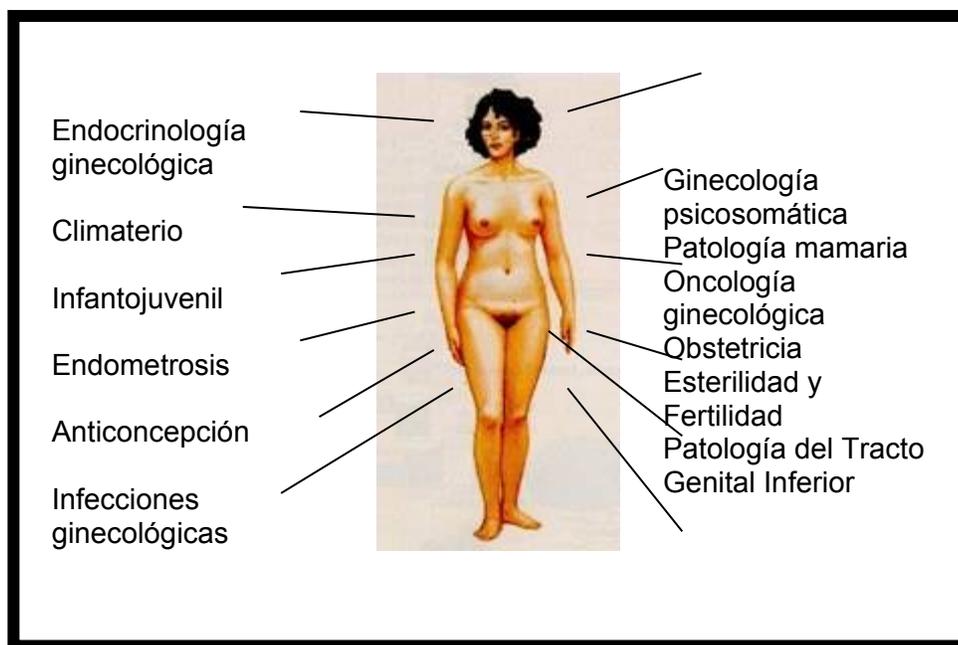
cual deberían ocuparse en primera instancia sólo el médico generalista y de familia. La medida produjo en su momento la airada protesta de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), SOGIBA y FASGO ante el Ministro de turno. Como sabemos, dicha presión produjo que en 1998 se agregara al tocoginecólogo y el pediatra como médicos de atención primaria de la mujer y el niño respectivamente.

Ahora cabe la pregunta: ¿está hoy el ginecólogo preparado para ocuparse de la salud integral de la mujer y practicar con idoneidad y eficacia la Atención Primaria?

A mi entender y en términos generales diría que no, sencillamente porque no fuimos capacitados en esta metodología de trabajo comenzando por la formación de pregrado y continuando por el sistema de residencia especializada. En la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires aún se sigue enseñando una medicina organicista e individual privilegiando la patología a la prevención. La residencia potencia esta especialización enfatizando la atención en la paciente internada sobre la ambulatoria.

Las autoridades universitarias son conscientes de esta situación y en diversas oportunidades se ha intentado cambiar el curriculum de enseñanza, a los cuales me he sumado con un proyecto personal presentado oportunamente a las autoridades (2), pero los vaivenes políticos que lamentablemente afectan al gobierno de la Facultad ya en forma crónica han hecho que hasta el presente poco se haya avanzado en este tema.

Por otra parte si a continuación vemos el gráfico, observamos que hoy ya son 12 las subespecialidades reconocidas que nacieron de la tocoginecología. Y cuando digo reconocidas es porque ya han formado Sociedades Científicas por sí mismas, todas con representación internacional y muchas de ellas con revistas propias.



Es decir, que en realidad somos en su mayoría especialistas de la especialidad, situación que ha originado un avance científico espectacular en el conocimiento de la fisiología y patología de las enfermedades de la mujer pero no es tan conducente y eficaz en el abordaje que estamos necesitando a los fines de la salud pública general.

A mi entender, el tocoginecólogo que por vocación le guste la atención primaria debe ser *el médico generalista de la mujer*. Por otra parte debemos aprovechar, antes de que sea tarde, que la mujer nos consideró y nos considera aún como el profesional referente cuando su salud general y reproductiva está afectada -y difícilmente hoy acuda a un clínico general a menos que el sistema la obligue- por un problema ginecológico.

Pero para ejercer adecuadamente la atención primaria primero debe capacitarse, priorizando la salud sobre la enfermedad e incorporando a la consulta los factores psicosociales que inciden en la patología más emergente.

De tal manera que:

- Debe ver en cada encuentro con la paciente una oportunidad para la educación o prevención.
- Debe incorporar en el interrogatorio los factores psicológicos que pueden ocasionar el motivo de consulta.
- Debe ubicar a la paciente en el contexto social en el que vive.
- Debe aprender a trabajar interdisciplinariamente. Es decir, tener una visión integral y una mirada diferente de la mujer en las distintas etapas de la vida: adolescente y adulta.

Con estos conceptos previos, describiremos cómo ejercer la atención desde nuestra disciplina "avanzando" sobre la clínica y poniendo nuestros propios límites para la correcta y oportuna derivación. Lo haremos de la misma forma que lo hacen hoy los generalistas y médicos de familia que se están capacitando en el abordaje de temas ginecológicos básicos correspondientes a la salud reproductiva en general. Como se comprenderá, el objetivo no es una "lucha" de poderes por ocupar un campo de acción profesional sino que la mujer esté bien atendida y cuidada independientemente de quién la atienda.

Por razones de espacio, sólo enumeraré al estilo de una normatización, los temas que debemos agregar e incluir en la consulta sin el desarrollo y fundamentación necesarios de los mismos ya que el lector interesado puede y debe encontrarlos en los libros de texto correspondientes.

- **¿Cómo ejercer la Atención Primaria en la adolescente?**

Adolescencia: no es necesario enfatizar la importancia que tiene la prevención y la enseñanza del cuidado de la salud en esta edad ya que es obvio que una *adolescencia sana (biosicosocial) sienta las bases para una adultez sana*. De ahí la jerarquía de la primera consulta al ginecólogo cuando la niña deja al pediatra, ya que de ella dependerá que se haga una rutina la consulta periódica en salud. (3)

No debe perderse esta oportunidad con una atención inadecuada.

A su vez, la etapa adolescente la dividimos, dada la trascendencia de la primera menstruación para la adolescente, en premenarca y posmenarca.

- Premenarca

Ante la cada vez más frecuente pregunta de las madres que ahora nos hacen: "Dr., ¿cuándo debo llevar a mi hija por primera vez al ginecólogo?" hasta no hace mucho responderíamos "cuando tenga algún problema o bien cuando inicie su actividad sexual". Hoy, bajo el concepto de atención primaria y puesto el foco en la prevención, debemos decir: "a partir de los 11 años, dos veces por año". Pero ¿qué podemos y debemos hacer frente a una niña de 11 años sana? Como veremos, mucho.

- **¿Qué evaluar y controlar?**

Comenzar con los controles de crecimiento y desarrollo y volcarlos a un gráfico personalizado de talla y peso. Calcular el Índice de masa corporal (IMC)  $\text{Peso sobre Altura}^2$  (Normal: entre 19 y 24) y consignar en qué período de Tanner está (vello pubiano y mama: evaluación indirecta de los niveles de estrógenos y andrógenos puberales).

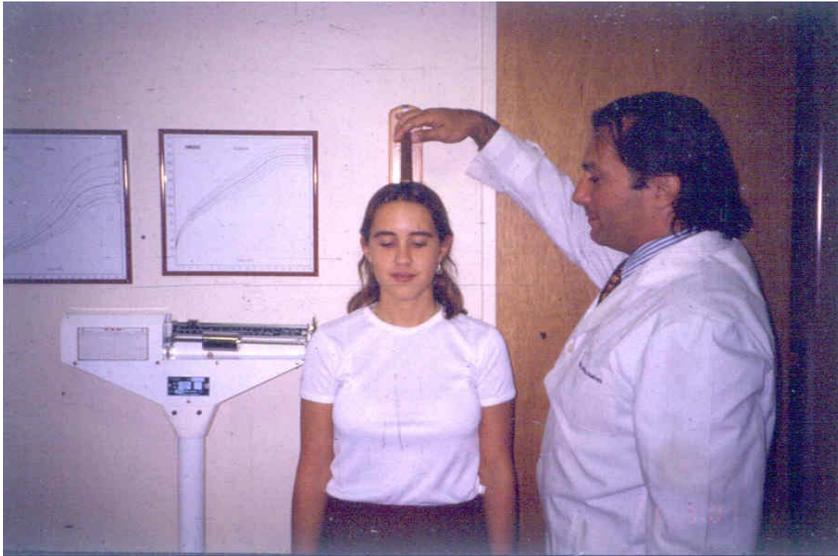


FOTO 1

Para una buena medición, el altímetro está separado de la balanza. Las tablas colocadas en la pared como referencia para la paciente.

Luego, evaluaremos el desarrollo óseo como preparación al importante pico de crecimiento que ocurrirá poco después. Gran parte de la temida osteoporosis de la adulta se "juega" en esta etapa donde se forma el 70% de la estructura ósea. Si el caso nos preocupa (desnutrición, enfermedades crónicas) podemos indicar una densitometría pero utilizando aparatos que estén validados para estas edades. Se aprovecha para observar hábitos posturales y cómo está alineada la columna para prevenir las frecuentes desviaciones posteriores (escoliosis, xifosis) que ocurren a esta edad.

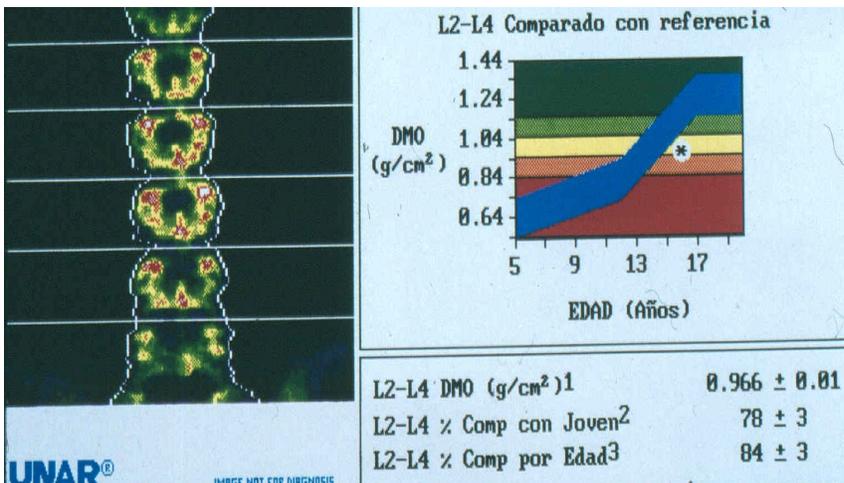


FOTO 2

Densitometría: útil para objetivar desvíos en pleno empuje puberal.

Medir la relación masa grasa / masa magra con la maniobra del pliegue tricótipal o medida más exacta con el plicómetro si se tiene. Explicitar la importancia que esto tiene para una menarca en edad adecuada. Necesitamos un 17% de masa grasa para menstruar y un 21% para ovular.



FOTO 3 Y 4

La masa grasa tiene una implicancia directa en la salud reproductiva.

Repasar el patrón alimentario de la púber considerando que en esta etapa de crecimiento se recomienda consumir 2200 calorías diarias y 1500 mg de calcio (OMS). Además de la cantidad y calidad de alimentos basado en la pirámide nutricional, debemos investigar los hábitos alimentarios de la paciente y su familia para detectar precozmente los frecuentes trastornos en la conducta alimentaria que hoy padecen las adolescentes.

Otros temas importantes que debemos incluir en la historia clínica son:

Estructura familiar: focalizando en la relación madre-hija y presencia de violencia familiar.

Escolaridad: chequear el rendimiento escolar y posibles problemas en el vínculo con sus compañeros y docentes.

Tiempo libre: si lo tiene o no y si lo usa adecuadamente: sedentarismo o exigencia física/deportiva exagerada.

Higiene menstrual: preparar para la menarca con folletos ilustrados adecuados, su cuidado e higiene.

Finalmente, dentro del examen físico incluimos, respetando el pudor de la adolescente, el examen de los genitales externos para observar las características del himen y la permeabilidad vaginal con la técnica del hisopo o pipeta. De esta manera descartamos las malformaciones obstructivas que pueden impedir la salida normal de la 1ª menstruación o la posterior colocación de tampones.

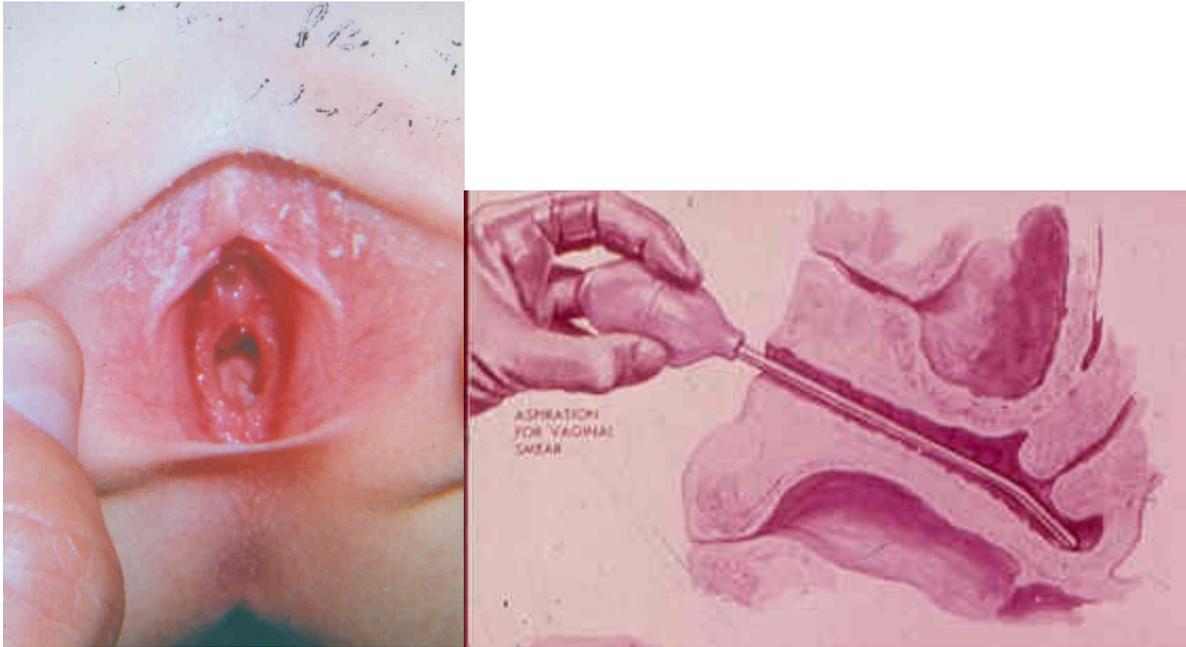


FOTO 5 Y 6

Maniobra de Capraro y Técnica del hisopo o pipeta. Maniobras útiles para descartar malformaciones genitales obstructivas que impidan la menarca.

- Posmenarca  
Ocurrida la menarca y ya en plena adolescencia realizamos los siguientes controles:
  - *Prevención de patologías clínicas específicas del proceso adolescente.*
  - Investigar antecedentes de enfermedades crónicas iniciadas en la etapa infantil (insuficiencia renal, diabetes, asma, etc).
  - Detectar estados depresivos preocupantes (suicidio).
  - Descartar hipertensión e hipercolesterolemia familiar. Si es ⊕, lo chequeamos en la paciente.
  - Repasar el calendario de vacunas y completar las que faltan (ver Cuadro).
  - Promover con énfasis el no uso de tabaco, alcohol, drogas y anabólicos esteroideos.
  - Prevención de accidentes (primer causa de muerte en este grupo etáreo)

## **CUADRO: CALENDARIO DE VACUNAS**

VACUNAS:

TRIPLE VIRAL	{ Sarampión Parotiditis Rubeola	12 y 19 a.
DOBLE ADULTO	{ Difteria Tétanos	(16 a. →)
HEPATITIS A		
HEPATITIS B	(relaciones sexuales)	

• **Prevención de patologías ginecoendócrinas.**

Como ginecólogos, estos son los temas que más conocemos, pero conviene repasarlos en orden:

- Control de los primeros ciclos. Reconocimiento y enseñanza a la adolescente del proceso ovulatorio.
- Evaluación precisa del tipo e intensidad del dolor menstrual. Pesquisa de posible endometriosis.
- Adecuada evaluación de los trastornos del ciclo. Descartar hiperandrogenismo: acné, hirsutismo.
- Detección perfil poliquistosis ovárica (oligomenorrea), obesidad. Ecografía ginecológica.



**FOTO 7**

La ecografía unida al cuadro clínico permitirá el diagnóstico precoz del ovario poliquístico.

- Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia, bulimia, trastornos atípicos, obesidad.
- Asesoramiento sobre responsabilidad coital. Anticoncepción. Brindar muy buena consejería.
- Prevención de ITS – SIDA.

- Cuidado oncológico. Pesquisa de HPV: Papanicolaou y colposcopia al inicio de las relaciones sexuales. Examen mamario. Si es necesario, ecografía mamaria.
- Enseñanza de autoexamen (> 21 años).
- Detección de malformaciones genitales altas (ecografía).
- Abuso sexual (ver Cuadro).

**CUADRO: ABUSO SEXUAL**

**PENSAR EN ÉL:**

- BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR
- INTROVERSIÓN. DEPRESIÓN. TRISTEZA.
- DOLORES ABDOMINALES CRÓNICOS E IMPRECISOS.
- TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.
- FOBIAS.
- MASTURBACIÓN COMPULSIVA

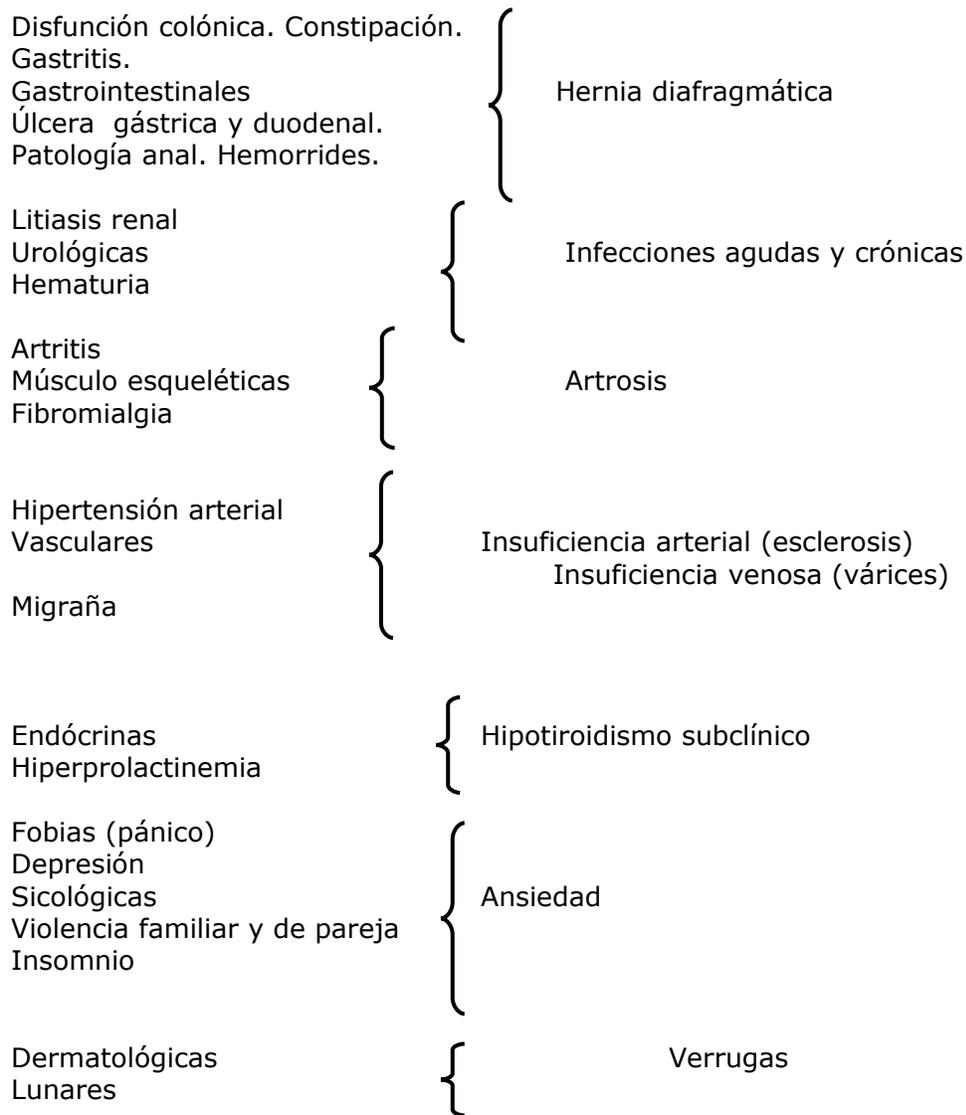
Ya en el periodo adulto el control en salud de acuerdo a los distintos períodos de la vida lo enfatizamos en: (4)

- Preparación para el matrimonio. Sexualidad normal. Derechos de la mujer.
- La salud sexual de la pareja. Disfunciones.
- Planificación familiar previa al 1º hijo.
- Estudio preconcepcional. Estudio básico de fertilidad.
- Atención del embarazo normal. Controles prenatales adecuados (OMS).
- Preparación para la lactancia.
- Parto y lactancia. Prevención de la disfunción del piso pelviano en el puerperio. Detección precoz de IOE.
- Chequeos clínicos, ginecológicos y mamarios periódicos.
- Planificación familiar intergenésica.
- Evaluar nutrición (obesidad) y hábitos (alcohol, tabaco), presión arterial, distress, ejercicio físico.
- Planificación familiar posgenésica.
- Screening del cáncer de colon, pulmón y laringe.
- Evaluación de la premenopausia.
- Preparación para el climaterio. Hipertensión. Dislipidemia. Nutrición.
- Tratamiento integral del climaterio. Prevención de osteoporosis.
- Evaluar piso pelviano. Adaptación a una sexualidad diferente.
- Control de la tercera edad. Evaluación cardiovascular. Disfunción urinaria. Calidad de vida.

Además debemos pesquisar y evaluar las afecciones clínicas más prevalentes en la mujer.

**¿Cómo instrumentarlo?**

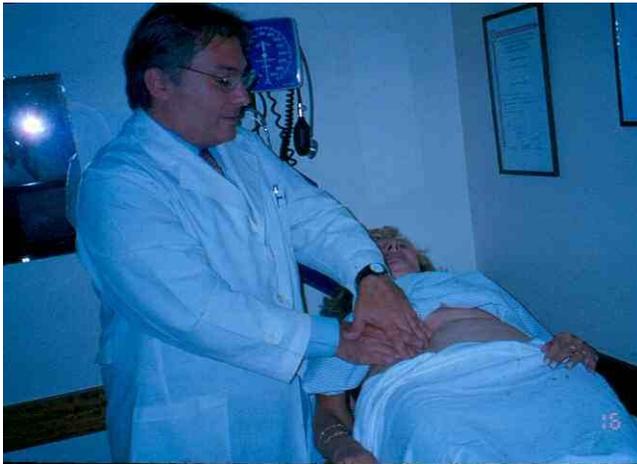
Agregando al interrogatorio ginecológico habitual los correspondientes a las patologías clínicas más comunes y prevalentes que afectan a la mujer: (5)



Obviamente que para el abordaje de estos temas básicos de clínica médica seguramente ya olvidados (su análisis excede el objetivo de este artículo) será necesaria la adecuada actualización, para lo cual contamos con excelentes libros y cursos especiales teórico prácticos de atención primaria. De la misma manera que los médicos de familia se han capacitado en temas de salud reproductiva, los ginecólogos interesados en atención primaria deberán hacerlo en las enfermedades clínicas prevalentes de la mujer.

Por ello, en relación al examen físico agregamos al habitual ginecológico y mamario un examen clínico básico:

- IMC: peso / altura<sup>2</sup> (19 a 24). Diámetro de cintura (80 cm).
- Toma de presión arterial y pulsos.
- Examen abdominal, colónico y anal.
- Examen de miembros inferiores (várices).
- Examen dermatológico.
- Examen de columna y postura.



### **FOTO 8 Y 9**

Una correcta semiología abdominal y la toma de presión arterial son gestos que debemos incorporar al examen físico de la mujer.

De acuerdo a los hallazgos del interrogatorio y examen físico, adecuaremos el pedido de los métodos auxiliares de diagnóstico. De esta manera, el nivel de nuestros conocimientos, sentido común y ética determinarán cuándo hacer la oportuna interconsulta especializada.

Pero además de la necesaria capacitación en los conocimientos médicos, también es muy importante para ejercer una adecuada atención primaria *preparar el consultorio* para esta nueva metodología de atención. Para ello, debemos contar con una buena balanza, altímetro de pared, centímetro de cintura y tablas antropométricas ubicadas como para que las vea la paciente. Además, un buen aparato de presión arterial y buena folletería (personal o la ya existente) relacionada con temas diversos educativos para la salud, que enfatizen en la prevención y cambios de hábitos, tanto en la sala de espera como dentro del consultorio. Es de buena práctica que cada paciente que sale del consultorio se lleve un folleto explicativo relacionado con su motivo de consulta.



**FOTO 10**

Disponer de material educativo para utilizar en cada consulta.

Finalmente, es muy operativo tener ágil comunicación con las pacientes estimulando a que hagan la consulta en salud. Aprovechar así los beneficios de la informática para la citación de pacientes que no concurren a sus controles, el fax para la evaluación rápida de análisis y el correo electrónico para recibir y enviar mensajes con agilidad.

- **Conclusiones**

Con este cambio de actitud y la adecuada capacitación podremos convertirnos nuevamente en el *médico integral de la mujer*, con una mirada diferente. Haremos el primer contacto, seremos guía y orientación ante los problemas que ocurran, consultor inicial permanente con continuidad a lo largo del ciclo vital femenino y un buen gerenciador en la utilización de los recursos médicos. (6)

La formación de médicos con un criterio generalista es una de las deudas aún no saldadas por nuestras escuelas médicas. Debemos enfatizar, en especial desde las Sociedades Científicas, que *el tocoginecólogo sea nuevamente el médico de la mujer desde la adolescencia hasta la senectud*.

- 

- **Referencias**

- *Rubinstein, A. y col. "Medicina Familiar ambulatoria". Ed. Panamericana. 2001*
- *Méndez Ribas, J.M. y otros. "Proyectos de cambio en la currícula de la Facultad de Medicina". Informe OPS. Ed. Paltex. 2002.*
- *Seltzer, V.; Pearce, W. "Women Primary Health Care". Ed. Mc Graw Hill. 1995.*
- *Starfield, B. "Primary Care: concept, evaluation and policy". Ed. Oxford University Press. 1992.*
- *Roa, R.; Ruiz, M. "Medicina Familiar: hacia un nuevo modelo de atención en salud". Ed. Akadia. 1997.*

- Hecker, N. *"Essentials of obstetrics and gynecology"*. Ed. Saunders. 3º edición. 1998.