

“Reunión Internacional de Salud Integral y Servicios de
Salud para los Adolescentes y Jóvenes en América
Latina y el Caribe”
5 al 7 de octubre del 2011
Tegucigalpa, Honduras

Sistema Informático Perinatal (SIP)/Sistema Informático del Adolescente (SIA)

Dr. Pablo Duran

Asesor, Salud Perinatal

Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva
(CLAP/SMR) OPS/OMS



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



**Centro Latinoamericano de Perinatología
Salud de la Mujer y Reproductiva - CLAP/SMR**

Adolescencia, sinónimo de ...

- Cambios significativos
- Resignificación de roles y redes
- Apertura a nuevas situaciones-experiencias-exposiciones:
 - Mortalidad precoz por causas prevenibles.
 - Salud Sexual y Reproductiva: Embarazos tempranos, VIH/ITS
 - Salud mental
 - Consumo de sustancias
 - Violencia, lesiones

Desafíos en la atención de Adolescentes

- Favorecer el acceso a los servicios
- Fortalecer las capacidades específicas para su atención y el trabajo interdisciplinarios
- Identificar factores subyacentes determinantes sociales, económicos culturales, pobreza, derechos, etc., e intervenir específicamente
- Combatir la inequidad de género
- Fortalecer la educación en sexualidad
- Prevenir el aborto inseguro
- Prevenir consumo alcohol y drogas
- Prevenir la violencia sexual y otros tipos de violencia

Elementos centrales

- Abordar “las diferentes adolescencias” y sus necesidades
- Privilegiar la promoción de la salud y estilos de vida saludable
- Privilegiar la prevención de probables riesgos
- Centrarse en la familia y el soporte social
- Participación activa de los adolescentes
- Control de salud del adolescente como momento de “ENCUENTRO”

Objetivos del SIA:

- Mejorar la calidad de la atención
- Sostener un abordaje integral
- Promover prácticas para una atención de calidad
- Favorecer acorde a necesidades locales:
 - el conocimiento epidemiológico
 - la evaluación
 - el desarrollo de programas
- Identificar signos que pueden llevar a “riesgos”

Constitución SIA

- Historia Clínica del Adolescente (HCA)
- Programa de Computación
- Manual:
 - Llenado de la HCA
 - Sistema operativo
 - “Anexos”
 - Codificación de “Motivos de Consulta”
 - Codificación de “Diagnósticos”
 - Codificación de “indicaciones e interconsultas”
 - Curvas de crecimiento
 - Estadificación de Tanner
 - Tablas de PA
- Embarazo: Historia Clínica Perinatal (HCP) del SIP

Características generales

- 2 tipos de respuestas: cerradas y abiertas (“observaciones”)
- Los cuadrados se llenan con “cruces”
- Los rectángulos con números
- Consta de un sistema de advertencia: casilleros “amarillos” = “observaciones”
- Obliga a evaluar estrategias específicas de abordaje, tratamiento o referencia acorde a necesidades

Características fundamentales

- Se sugiere iniciar HCA en consulta externa o internación
- Requiere 30 – 45 minutos
- Facilita la participación adolescente
- Acorde a la percepción adolescente
- Instrumento confidencial
- No es un cuestionario autoadministrado
- Debe evaluarse la oportunidad para requerir información

Uso del formulario de “consulta principal”

- Una vez por año
- Puede iniciarse uno nuevo ante la identificación de cambios

Consulta principal

- Identificación
- Motivo de Consulta
- Ant. Personales
- Ant. Familiares
- FAMILIA
- Vivienda
- Educación
- Trabajo
- Vida Social
- Hábitos y consumo
- A. Gineco-urológicos
- Sexualidad
- Sit. psicoemocional
- Examen Físico
- Impresión Diag. Int.
- Indicaciones e interc.

ANTECEDENTES PERSONALES

PERINATALES normales	CRECIMIENTO normal	DESARROLLO normal	ALERGIA	VACUNAS COMPLETAS	ENFERMEDADES CRONICAS	DISCAPACIDAD	ENFERMEDADES INFECTO CONTAGIOSAS	
si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
ACCIDENTES	INTOXICACIONES	CIRUGIA HOSPITALIZAC.	USO DE MEDICAMENTOS	PROBLEMAS PSICOLOGICOS	VIOLENCIA	EDUCACION PREESCOLAR	JUDICIALES	OTROS
no <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	código <input type="text"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
Llamativamente frecuentes								
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>								

Observaciones

ANTECEDENTES FAMILIARES

DIABETES		OBESIDAD	CARDIOVASC. (HTA, cardiopatía, etc.)	ALERGIA	INFECCIONES	CANCER	PROBLEMAS PSICOLOGICOS	ALCOHOL DROGAS Y OTROS	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	MADRE Y/O PADRE ADOLESCENTE	JUDICIALES	OTROS
no <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>

Observaciones

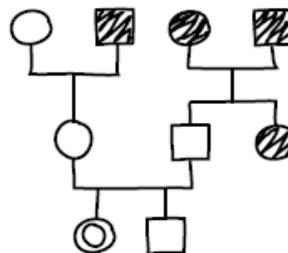
FAMILIA

	no	si	
VIVE			
solo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
en la casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
en la calle	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
en instit. protectora.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
privado de libertad	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
CONVIVE CON	En la casa	en el cuarto	comparte la cama
madre	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
padre	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
madrastro	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
padrastro	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
hermanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
otros	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

NIVEL DE INSTRUCCION

Padre o sustituto	Madre o sustituto	Pareja
ninguno <input checked="" type="checkbox"/>	ninguno <input checked="" type="checkbox"/>	ninguno <input checked="" type="checkbox"/>
primaria <input type="checkbox"/>	primaria <input type="checkbox"/>	primaria <input type="checkbox"/>
secund. <input type="checkbox"/>	secund. <input type="checkbox"/>	secund. <input type="checkbox"/>
univers. <input type="checkbox"/>	univers. <input type="checkbox"/>	univers. <input type="checkbox"/>
años en el mayor nivel <input type="checkbox"/>	años en el mayor nivel <input type="checkbox"/>	años en el mayor nivel <input type="checkbox"/>
TRABAJO		Ocupación
Padre o sustituto	Madre o sustituto	Pareja
ninguno <input checked="" type="checkbox"/>	ninguno <input checked="" type="checkbox"/>	ninguno <input checked="" type="checkbox"/>
no estable <input checked="" type="checkbox"/>	no estable <input checked="" type="checkbox"/>	no estable <input checked="" type="checkbox"/>
estable <input type="checkbox"/>	estable <input type="checkbox"/>	estable <input type="checkbox"/>
Apoyo social o subsidio		tipo <input type="checkbox"/>
no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	
PERCEPCION DEL ADOLESCENTE SOBRE SU FAMILIA		
Buena <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Mala <input type="checkbox"/>
No hay relación <input type="checkbox"/>		

DIAGRAMA FAMILIAR



Observaciones

VIVIENDA

	si	no
ENERGIA ELECTRICA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	en el hogar:	fuera del hogar
AGUA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
EXCRETAS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
HACINAMIENTO	si <input checked="" type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>

Observaciones

Este color significa ALERTA

EDUCACION		NIVEL	GRADO	AÑOS	PROBLEMAS	AÑOS	VIOLENCIA	DESERCIÓN/	EDUCACION
ESTUDIA si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		No escolariz. <input type="checkbox"/>	CURSO	APROBADOS	EN LA ESCUELA	REPETIDOS <input type="checkbox"/>	ESCOLAR	EXCLUSION <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NO FORMAL no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
Centro al que concurre		Prim. <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Sec. <input type="checkbox"/> Univ. <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	Causa _____	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> código <input type="text"/>	Causa _____	Cuál? _____

Observaciones

TRABAJO	ACTIVIDAD	EDAD INICIO TRABAJO	TRABAJO	TRAB. JUVENIL	HORARIO DE TRABAJO	RAZON DE TRABAJO	TRABAJO LEGALIZADO	TRABAJO INSALUBRE	TIPO DE TRABAJO
<input type="checkbox"/> trabaja	<input type="checkbox"/> pasantía	años <input type="text"/>	<input type="text"/> horas por semana	decente <input type="checkbox"/> precario <input type="checkbox"/>	mañana <input type="checkbox"/> todo el día <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> noche <input type="checkbox"/> fin de semana <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> económica <input type="checkbox"/> autonomía <input type="checkbox"/> me gusta <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/> n/c	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> busca 1ª vez	<input type="checkbox"/> desocupado	años <input type="text"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	peores formas de trabajo <input type="checkbox"/>					_____
<input type="checkbox"/> no y no busca	<input type="checkbox"/> no trabaja y no estudia								_____

Observaciones

VIDA SOCIAL		PAREJA	Amigos/as	ACTIVIDAD FISICA	COMPU-TADORA	JUEGOS Y REDES VIRTUALES	OTRAS ACTIVIDADES (incluso grupales)
ACEPTACION		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> edad de la pareja años <input type="text"/> meses <input type="text"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> horas por semana	TV <input type="text"/> horas por día	<input type="text"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Cuáles? _____
aceptado <input type="checkbox"/>	rechazado <input type="checkbox"/>						
ignorado <input type="checkbox"/>	no sabe <input type="checkbox"/>						

Observaciones

HABITOS/ CONSUMOS		ALIMENTACION ADECUADA si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	COMIDAS POR DIA CON FAMILIA <input type="checkbox"/>	TABACO si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Edad de inicio años <input type="text"/> <input type="text"/> Número cigarrillos/día <input type="text"/> <input type="text"/>	ALCOHOL Frecuente si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Edad de inicio años <input type="text"/> <input type="text"/> Episodios de abuso si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	OTRAS SUSTANCIAS/S cuál? cuáles? <input type="text"/> Edad de inicio años <input type="text"/> <input type="text"/> Repercusiones si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	CONDUCE VEHICULO no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Cuál? <input type="text"/>
SUEÑO NORMAL horas <input type="text"/> <input type="text"/> si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	COMIDAS POR DIA <input type="checkbox"/>						SEGURIDAD VIAL no <input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>

Observaciones

GINECO-UROLOGICO	FECHA ULTIMA MENSTRUACION <input checked="" type="checkbox"/> no conoce <input type="checkbox"/> no corresp. día <input type="text"/> <input type="text"/> mes <input type="text"/> <input type="text"/> año <input type="text"/> <input type="text"/>	CICLOS REGULARES si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/> DISMENORREA no <input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	FLUJO PATOLOGICO/ SECRECION PENEANA no <input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/>	ITS/VIH no <input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> Cuál? <input type="text"/> Búsqueda de contactos no <input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> s/d <input type="checkbox"/> Tratamiento de contactos no <input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> s/d <input type="checkbox"/>	EMBARAZOS <input checked="" type="checkbox"/> HIJOS <input checked="" type="checkbox"/> ABORTOS <input checked="" type="checkbox"/>
-------------------------	---	---	--	--	--

Observaciones

SEXUALIDAD	PAREJA SEXUAL <input type="checkbox"/> pareja única <input type="checkbox"/> varias parejas <input type="checkbox"/> n/c	EDAD INICIO REL. SEX. años <input type="text"/> <input type="text"/> bajo coacción si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	DIFICULTADES EN REL. SEX. no <input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	ANTICONCEPCION uso habitual de condón no <input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Inicio MAC no <input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Consejería no <input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> ACO "pildora" <input type="checkbox"/> pref. acced. <input type="checkbox"/> inyectable <input type="checkbox"/> otro hormonal (anillo vaginal, parche, AE) <input type="checkbox"/> implante <input type="checkbox"/> otro método barrera <input type="checkbox"/> ritmo <input type="checkbox"/> EQV masc <input type="checkbox"/> EQV fem <input type="checkbox"/>	ACO de Emergencia no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
-------------------	--	--	---	---	---

Observaciones

SITUACION PSICO-EMOCIONAL	<input type="checkbox"/> conforme	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> retraído	REFERENTE ADULTO		VIDA CON PROYECTO	REDES SOCIALES DE APOYO	REFERENTE ADULTO Cel.: Tel.:
	<input type="checkbox"/> crea preocupación	<input type="checkbox"/> muy triste y/o muy alegre	<input type="checkbox"/> ideas suicidas	<input type="checkbox"/> madre	<input type="checkbox"/> otro fam.	<input type="checkbox"/> claro <input type="checkbox"/> confuso	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> impide relación con demás	<input type="checkbox"/> ansioso/angustiado	<input type="checkbox"/> hostil/agresivo	<input type="checkbox"/> padre	<input type="checkbox"/> ninguno	<input type="checkbox"/> ausente		

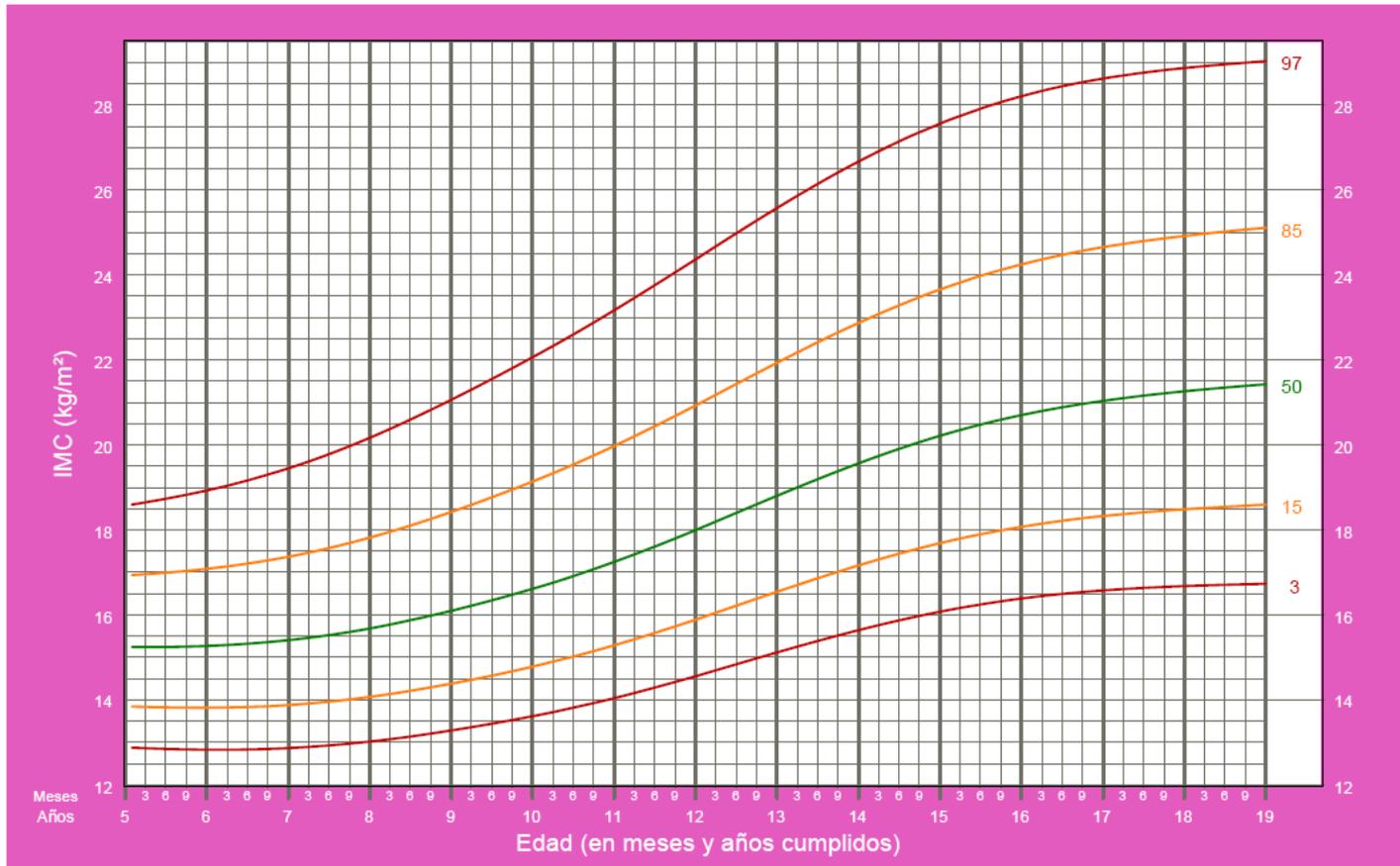
Observaciones

EXAMEN FISICO	PESO (Kg)		Centil peso/edad	IMC		PIEL, FANERAS Y MUCOSA	CABEZA	AGUDEZA VISUAL	AGUDEZA AUDITIVA	SALUD BUCAL	CUELLO Y TIROIDES
	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> anormal	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> normal						
ASPECTO GENERAL	TALLA (cm)		Centil talla/edad	Centil IMC		<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal					
TORAX Y MAMAS	CARDIO-PULMONAR	PRESION ARTERIAL		ABDOMEN	GENITO-URUNARIO	TANNER			COLUMNA	EXTREMIDADES	NEUROLOGICO
<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal			<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	mamas <input type="checkbox"/>	vello pub. <input type="checkbox"/>			
FRECUENCIA CARDIACA											
<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal											
latidos/min											

Observaciones

IMC para la edad Niñas

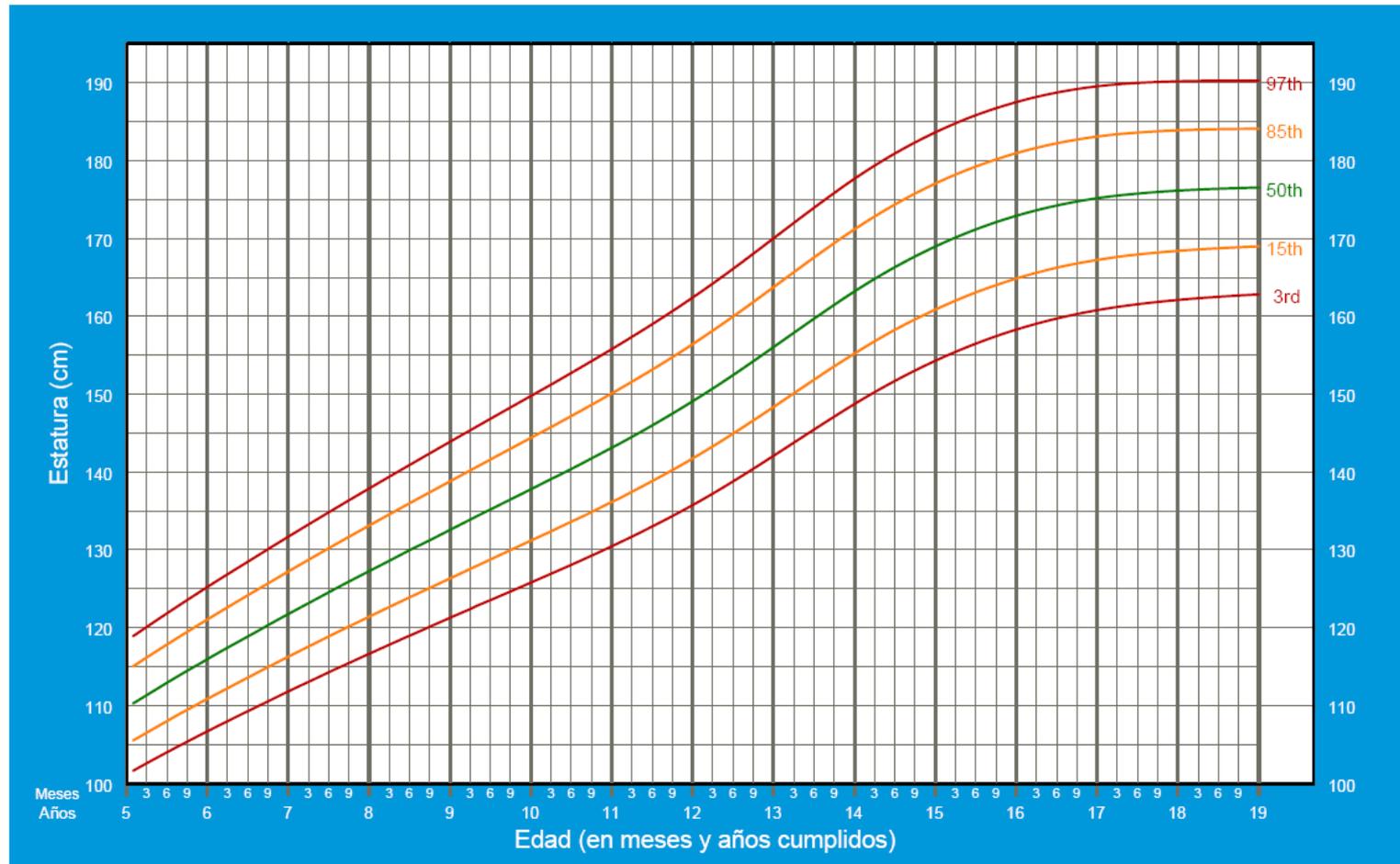
Percentiles (5 a 19 años)



Referencia de la OMS 2007

Estatura para la edad Niños

Percentiles (5 a 19 años)



Referencia de la OMS 2007

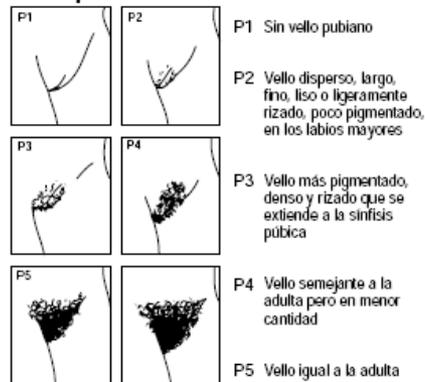
6.5. Estadios de Tanner

MUJERES

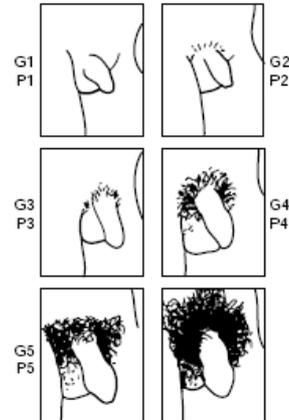
Estadio mamario



Vello pubiano



VARONES



Estadio genital

- G1 Pene, testículo y escroto de tamaño infantil
- G2 Aumento de tamaño de los testículos y el escroto, cuya piel es fina y enrojecida
- G3 Se suma el aumento de tamaño del pene
- G4 Aumento de tamaño de genitales más aumento pigmentación escrotal
- G5 Genitales adultos

Vello pubiano

- P1 Sin vello pubiano
- P2 Vello disperso, largo, fino, liso o ligeramente rizado, poco pigmentado, en la base del pene
- P3 Vello más pigmentado, denso y rizado que se extiende a la sínfisis púbica
- P4 Vello semejante al adulto pero en menor cantidad
- P5 Vello igual al adulto

HDAESRVA-08/10

IMPRESION DIAGNOSTICA INTEGRAL

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

INDICACIONES E INTERCONSULTAS

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

día mes año

Responsable

--	--	--	--	--

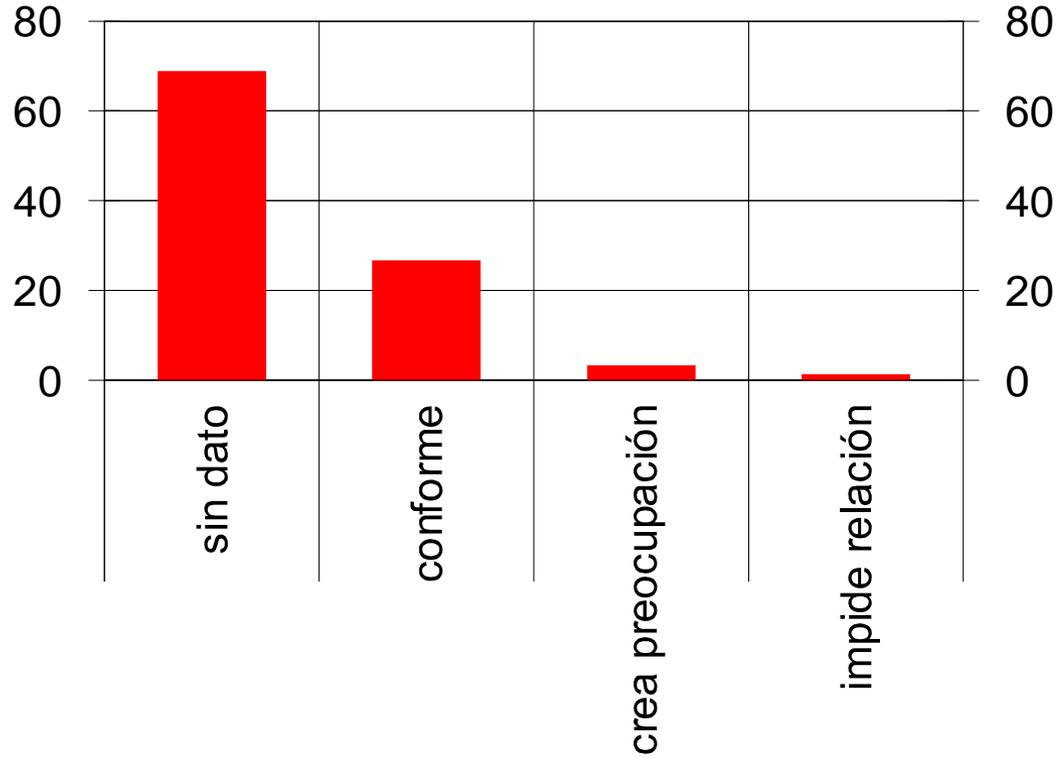
Fecha próxima visita

--	--	--	--	--

El SIA en la Región



Imagen corporal





CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGÍA
SALUD DE LA MUJER Y REPRODUCTIVA



Friday, September 30, 2011

Institución Usuaría - País

Descripción de una variable

SIP ver. 3.2.0

Imagen corporal	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS
sin dato	163	68.8	.
conforme	63	26.6	85.1
crea preocupación	8	3.4	10.8
impide relación	3	1.3	4.1
		N casos= 237	N casos válidos=74

[Mostrar gráficos](#)

CLAP/SMR-OPS/OMS

- Amigos y AF Alcohol según problemas escolares
- Dificultad en relaciones sexuales y luego ver 1 a 1



CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGÍA
SALUD DE LA MUJER Y REPRODUCTIVA



Friday, September 30, 2011

Institución Usuaría - País

Descripción de una variable

SIP ver. 3.2.0

Sexualidad - uso habitual de condon	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS
sin dato	192	81.	.
si	11	4.6	24.4
no	20	8.4	44.4
	N casos= 237		N casos válidos=45

[Mostrar gráficos](#)

CLAP/SMR-OPS/OMS



CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGÍA
SALUD DE LA MUJER Y REPRODUCTIVA



Friday, September 30, 2011

Institución Usuaría - País

Descripción de una variable

SIP ver. 3.2.0

Selección activa

Inicio relaciones. sex. - voluntarias entre si y si

Sexualidad - pareja	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS
sin dato	3	5.9	.
única	40	78.4	83.3
varias	8	15.7	16.7
n/c		.	.
		N casos= 51	N casos válidos=48

[Mostrar gráficos](#)

SIP ver. 3.2.0

Selección activa

Inicio relaciones. sex. - voluntarias entre no y no

Sexualidad - pareja	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS
sin dato	1	100.	.
única		.	.
varias		.	.
n/c		.	.
		N casos= 1	N casos válidos=0

[Mostrar gráficos](#)


 CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGÍA
 SALUD DE LA MUJER Y REPRODUCTIVA


Friday, September 30, 2011

Institución Usaria - País

Descripción de una variable

SIP ver. 3.2.0

Selección activa

Inicio relaciones. sex. - voluntarias entre si y si

Sexualidad - uso habitual de condon	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS
sin dato	16	31.4	.
si	6	11.8	17.1
no	18	35.3	51.4
	N casos= 51		N casos válidos=35

[Mostrar gráficos](#)

SIP ver. 3.2.0

Selección activa

Inicio relaciones. sex. - voluntarias entre no y no

Sexualidad - uso habitual de condon	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS
sin dato	1	100.	.
si		.	.
no		.	.
	N casos= 1		N casos válidos=0

[Mostrar gráficos](#)