



Caracterización de embarazos adolescentes hospitalizados

Centro Hospitalario Pereira Rosell, Uruguay.
2019 - 2022

Ciclo de Metodología Científica II-2023, Facultad de Medicina, UdeLaR



Investigadores (Grupo 112):

- Br. Darino Burgueño Jimena Lucía ¹
- Br. García del Puerto Laura ¹
- Br. Ghio Oddone Rossina Maria¹
- Br. Lima Agustina Belen ¹
- Br. Lorenzelli Azambuya Chiara ¹
- Br. Silva González Yenny Tatiana ¹

Docentes orientadores:

- Dra. Arce Risso Manuela Florencia ². Asistente.
- Dr. Canto Colli Marcos ². Asistente.
- Dra. Loreley García². Profesora.
- Dra. González Castro Ana Virginia ². Prof Adj.

1. Curso Metodología Científica II 2023. Facultad de Medicina-Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.
2. Departamento de Pediatría, clínica B. Facultad de medicina- Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

ÍNDICE DE CONTENIDOS:

RESUMEN.....	3
OBJETIVOS.....	8
General:.....	8
Específicos:.....	8
METODOLOGÍA.....	9
Diseño del estudio.....	9
Tamaño de la muestra.....	9
Técnicas para la recolección de datos y fuentes de información.....	9
Aspectos éticos.....	10
Variables a analizar.....	10
Plan de análisis de datos.....	15
RESULTADOS Y ANÁLISIS.....	16
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	23
CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS.....	26
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27
AGRADECIMIENTOS.....	30
ANEXO 1.....	31
ANEXO 2.....	35

ÍNDICE DE TABLAS:

Tabla 1. Variables socio-económicas y educativas según año de ingreso hospitalario.....	17
Tabla 2. Antecedentes ginecoobstétricos.....	18
Tabla 3. Edad al ingreso hospitalario y al inicio de las relaciones sexuales, número de embarazo y edad gestacional.....	19
Tabla 4. Características del embarazo actual según año de ingreso hospitalario.....	20
Tabla 5. Uso de MAC post ingreso.....	21
Tabla 6. Clasificación de los RN según edad gestacional y situación al alta hospitalaria.....	22
Tabla 7. Relación entre pareja estable y recién nacido vivo.....	22
Tabla 8. Relación entre búsqueda de embarazo e IVE.....	22

ÍNDICE DE GRÁFICAS:

Gráfico 1. Departamento de residencia según año de ingreso hospitalario.....16
Gráfico 2. Adolescentes cuyas madres tuvieron embarazo adolescente.....18
Gráfico 3. Motivos de ingreso hospitalario según año de ingreso.....19

RESUMEN:

Introducción: El embarazo adolescente es definido como aquel que ocurre entre los 10 y 19 años de edad. Es considerado un problema de salud tanto individual como colectivo. Que conlleva mayor riesgo biológico, psicológico y social.

Objetivos: Caracterizar los embarazos adolescentes que requirieron hospitalización en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) durante el período 2019 - 2022. Conocer los motivos de la hospitalización. Reconocer variables vinculadas al embarazo adolescente y al ingreso hospitalario.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, mediante revisión de historias clínicas y encuestas telefónicas. Se analizaron variables sociodemográficas, antecedentes personales de relevancia, embarazo actual, ingreso hospitalario y abordaje. Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias absolutas y relativas, las variables cuantitativas en medidas de tendencia central y su rango.

Resultados: Se incluyeron 80 pacientes. Media de edad 17 años. 75% con pareja estable. 56% convivían con sus familias, 26% con su pareja, 10% con familia y pareja. El 75% no estaba escolarizada al momento del ingreso hospitalario. El 22% consumían sustancias de abuso. 86% recibió educación sexual. 45% utilizó métodos anticonceptivos. 72% tenían una madre que también tuvo un embarazo adolescente. El motivo de ingreso hospitalario más frecuente fue IVE. En 26% era el segundo embarazo adolescente. 72,5% fueron embarazos no buscados. 61% embarazos aceptados. 88% se fueron con un MAC luego de finalizar su embarazo. Nacieron 37 niños de 80 embarazadas. 91% de término, 3% pretérminos y 6% post término. Se encontró una relación significativa entre pareja estable y recién nacido vivo y entre búsqueda de embarazo y finalización con IVE.

Conclusiones: La hospitalización de embarazadas adolescentes tuvo elevada prevalencia en la muestra analizada. La frecuencia de IVE, el porcentaje de embarazos no buscados y el escaso uso de MAC en esta franja etaria demuestra que debemos continuar fortaleciendo medidas de prevención del embarazo adolescente.

PALABRAS CLAVES: EMBARAZO ADOLESCENTE – HOSPITALIZACIÓN – EDUCACIÓN SEXUAL

ABSTRACT:

Introduction: Teenage pregnancy is defined as pregnancy that occurs between the ages of 10 and 19. It is considered a health problem both individually and collectively. It carries greater biological, psychological, and social risks.

Objectives: To characterize teenage pregnancies that required hospitalization at the Pereira Rossell Hospital Center (CHPR) during the period 2019 - 2022. To understand the reasons for hospitalization. To identify variables related to teenage pregnancy and hospital admission.

Methodology: This study is an observational, descriptive, cross-sectional study conducted through the review of medical records and telephone surveys. Sociodemographic variables, relevant personal history, current pregnancy, hospital admission, and approach were analyzed. Qualitative variables were expressed in absolute and relative frequencies, while quantitative variables were presented as measures of central tendency and range.

Results: 80 hospitalized patients due to teenage pregnancy were included. The average age was 17 years old (15-19). The majority were Uruguayan residents in Montevideo.

Conclusions: The hospitalization of pregnant adolescents had a high prevalence in the analyzed sample. The frequency of induced abortion (IVE), the percentage of unintended pregnancies, and the limited use of contraceptive methods in this age group demonstrate that we should continue to strengthen measures for the prevention of teenage pregnancy.

KEYWORDS: TEENAGE PREGNANCY - HOSPITALIZATION - SEXUAL EDUCATION.

INTRODUCCIÓN

El embarazo adolescente es definido como aquel que ocurre entre los 10 y 19 años de edad.

Es considerado un problema de salud tanto individual como colectivo. Frecuentemente es abordado desde su repercusión biológica, dejando en otro plano las dimensiones psico-emocionales y sociales de la paciente.¹ Los expertos en el tema coinciden en definirlo como una problemática para la mujer, para la salud pública y para la sociedad del siglo XXI.²

En su génesis, es prioritario considerar la multicausalidad, la vulneración de los derechos del adolescente, el abandono educativo y su inserción social.² En muchos casos se vincula a la falta de educación y a la pobreza, si bien se observa en todos los grupos sociales.¹ Existe el cuestionamiento de si el embarazo en la adolescencia podría llegar a ser una elección. Es difícil sostener esta afirmación, ya que la mayoría provienen de un medio socioeconómico deficitario, con retraso o rezago educativo, sin inserción laboral, sin actividades recreativas, criadas en núcleos familiares donde otras mujeres (abuela, madre, hermanas) también fueron madres adolescentes. Todo esto se suma a la idea de que el rol de la mujer es el de ser cuidadoras o madres, transformando al embarazo y a la maternidad en una opción, que puede ser no buscada, pero aceptada.²

El embarazo adolescente conlleva un mayor riesgo, tanto biológico como psicológico y social. Desde el punto de vista de la salud física, aumenta la morbimortalidad del binomio madre - hijo e interfiere en la calidad de vida de las familias. A nivel psicosocial, las desigualdades e inequidades que lo originan se acentúan, obstaculizando aún más la inserción educativa y laboral de la adolescente. Si bien no siempre es un embarazo de alto riesgo biológico, si se lo considera de alto riesgo social. Estos embarazos requerirán un control más estricto, con equipos multidisciplinarios y redes territoriales de contención y apoyo, haciendo posible el buen desarrollo del mismo y obteniendo mejores resultados para la paciente y su hijo/a.²

Es importante diferenciar entre las adolescentes embarazadas de 14 años o menos y las de 15 años o más. El primer grupo tiene características particulares. En estas adolescentes-niñas, el abuso sexual y la vulneración de derechos están en la base, y el embarazo surge en este contexto. Requieren de un abordaje específico e inmediato, poniendo alerta a todo el equipo de salud, educadores y agentes territoriales. Además, existen mayores riesgos biológicos, con mayor riesgo de preeclampsia, parto prematuro y cesárea.²

Durante la adolescencia, la sexualidad y la salud sexual y reproductiva deben ocupar un papel central en la vida. Muchos programas e intervenciones tienen como foco principal los factores de riesgo y las deficiencias, poniendo poca atención a la promoción de estilos de vida saludables y al correcto desarrollo de los adolescentes.³

La tasa de fecundidad adolescente en América Latina y el Caribe continúa estando entre las más altas a nivel mundial.³

En cuanto a la educación integral de la sexualidad (EIS), el escenario de Latinoamérica es heterogéneo. Existen países donde no está legislado como Panamá, mientras otros tienen programas a cargo de diferentes ministerios. Otros, como Argentina y Colombia, han promulgado leyes específicas. Uruguay no posee una ley específica sino una ley general de educación⁴, la cual incluye la EIS y la ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, incorporando la capacitación docente en derechos sexuales y reproductivos.^{4,5}

En Uruguay, la fecundidad adolescente se mantuvo estable y alta para la región desde el año 1990 hasta el año 2014. A partir de 2014, los nacimientos correspondientes a madres adolescentes fueron disminuyendo, con un notorio descenso entre 2017-2018, alcanzando 36 en mil mujeres adolescentes como mínimo histórico. En la base de esto no existe un único determinante, sino la suma de diferentes variables, como la legislación, la implementación de políticas públicas, la presencia de un sistema de salud con cobertura universal, la accesibilidad a métodos anticonceptivos, la disminución de la pobreza en los últimos años, entre otras.⁶

Según datos publicados por la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), Uruguay reduce año a año el número de embarazos en adolescentes. En 2015 el prestador público atendió 137 y en 2022 se registraron 62. El 85% del total corresponden a usuarias de ASSE y, en su mayoría, del interior del país. Entre mayo de 2021 y octubre de 2022, hubo 81 usuarias de ASSE menores de 15 años embarazadas. El 80% mantuvo consultas previas para controlar su salud, el 24% presentaba antecedentes patológicos de salud mental y el 5% antecedentes de consumos problemáticos.⁷

La maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), la más grande del país, asiste a la población pediátrica con mayor vulnerabilidad socioeconómica y cultural. Entre el 2013 y 2015, el 29% de los nacimientos anuales en el hospital corresponden a madres que tenían entre 10 y 19 años de edad, mientras que a nivel nacional el promedio anual fue de 16%.⁸

Durante la revisión de la bibliografía nacional e internacional, no se encontraron datos específicos sobre la prevalencia de hospitalización de los embarazos adolescentes; por lo que sería importante conocer las diferentes variables que acompañan a estos tipos de embarazos con el fin de profundizar en esta problemática de salud actual.

OBJETIVOS

General:

Caracterizar los embarazos adolescentes que requirieron hospitalización en el Centro Hospitalario Pereira Rossell durante el período 2019 - 2022 en Montevideo, Uruguay.

Específicos:

- Conocer los motivos de la hospitalización.
- Identificar variables vinculadas al embarazo adolescente y al ingreso hospitalario.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Estudio observacional, descriptivo y de corte transversal, en el período 2019 - 2022, en Montevideo, Uruguay.

Población de referencia y de estudio

La población objetivo del estudio son todas las adolescentes embarazadas que requirieron hospitalización en el Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Tamaño de la muestra

La muestra comprendió mujeres adolescentes embarazadas entre 10 y 19 años de edad, que requirieron hospitalización en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (Hospital Pediátrico y Hospital de la Mujer), entre los años 2019 y 2022.

A partir de la población total, se calculó un tamaño muestral, mediante el Software estadístico OpenEpi, con un nivel de significación $\alpha = 0,05$ (5%) y un intervalo de confianza del 95 %.

Criterios de inclusión: Adolescentes entre 10 -19 años que hayan cursado uno o más embarazos con ingreso hospitalario en el CHPR, fuera del momento del parto/cesárea, durante el período del estudio y que hayan otorgado su asentimiento y/o consentimiento informado.

Criterios de exclusión: Imposibilidad de contactar a la paciente para pedir su asentimiento/consentimiento.

Técnicas para la recolección de datos y fuentes de información

Se solicitó al servicio de registros médicos del CHPR, la lista de pacientes que estuvieron hospitalizadas dentro del período de estudio y cuyo motivo de egreso hospitalario incluía algunos de los siguientes términos: embarazo, amenaza de parto pretérmino, embarazo complicado, aborto, óbito, interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y/o legrado.

Instrumento de recolección de datos

- Historias clínicas electrónicas.
- Encuestas telefónicas.

Las variables fueron recogidas en una ficha de recolección de datos diseñada por los investigadores del estudio.

Aspectos éticos

Se solicitó consentimiento informado y/o asentimiento por vía telefónica a todas las pacientes incluidas (ver anexo 1), libre de coacción y de forma voluntaria. Se contactó a las pacientes y se consultó su interés de participar en el estudio, explicándoles el objetivo del mismo y su fundamentación con lenguaje claro y accesible. Una vez confirmada su participación, se preguntó por su asentimiento y/o consentimiento para la revisión de su historia clínica y la realización de una encuesta telefónica (ver anexo 2), con las variables que los autores presumían que no se encontrarían en el registro médico; evitando, dentro de lo posible, las preguntas de mayor sensibilidad para la paciente.

Se solicitó también, consentimiento a la madre/padre o tutor, en caso de adolescentes menores de 18 años, que el entrevistador consideró que no contaba con la autonomía necesaria para completar la entrevista telefónica.

Una vez obtenido el consentimiento y/o asentimiento de la paciente y realizada la encuesta telefónica, se llevó a cabo la revisión de las historias clínicas electrónicas, y se extrajeron las variables de relevancia seleccionadas.

El protocolo de investigación fué aprobado por el Comité de Ética del Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Variables a analizar

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE DE OBTENCIÓN DE DATOS
Sociodemográficas				
<i>Edad</i>	Años cumplidos hasta la fecha en que se constató el embarazo		Cuantitativa discreta	Historia clínica
<i>Nacionalidad</i>	País donde nació una persona		Cualitativa nominal	Historia clínica
<i>Departamento de residencia</i>	Departamento donde vive una persona		Cualitativa nominal	Historia clínica
<i>Núcleo familiar</i>	Parentesco/vínculo con la paciente de las personas que viven en el hogar donde reside		Cualitativa nominal	Historia clínica

<i>Nivel Educativo</i>	Máximo nivel educativo aprobado	-Ninguno -Primario -Secundario -Terciario	Cualitativa ordinal	Historia clínica
<i>Escolarización</i>	Escolarización actual en un centro educativo público o privado	sí/no	Cualitativa nominal dicotómica	Historia clínica
<i>Empleo</i>	Empleo por el cual recibe una remuneración	sí/no	Cualitativa nominal dicotómica	Historia clínica
<i>Nivel SocioEconómico</i>	Definidas en base a si recibió o no ayudas económicas del estado		Cuantitativa o Cualitativa nominal dicotómica	Encuesta telefónica
<i>Embarazo adolescente en la madre</i>	Gestación durante el período comprendido entre los 10 y 19 años, en la madre de la paciente	sí/no	Cualitativa nominal dicotómica	Encuesta telefónica
Antecedentes personales				
<i>Edad de inicio de las relaciones sexuales</i>	Edad en que una persona consolida su primera relación sexual con otra persona		Cuantitativa discreta	Historia clínica
<i>Educación sexual</i>	Proceso educativo vinculado a la prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva	sí/no	Cualitativa nominal dicotómica	Encuesta telefónica
<i>Infecciones de transmisión sexual (ITS)</i>	Infecciones que se transmiten de una persona a otra por medio de cualquier acto sexual	sí/no	Cualitativa nominal dicotómica	Historia clínica
<i>Tipo de ITS (en caso de que corresponda)</i>	Tipo de infección que se transmite de una persona a otra por medio de cualquier acto sexual, en la paciente	- VIH - Sífilis - HPV - Otra	Cualitativa nominal	Historia clínica
<i>Aborto espontáneo (AE)</i>	Pérdida espontánea del embarazo antes de las 20 semanas de edad gestacional	sí/no	Cualitativa nominal dicotómica	Historia clínica - SIP
<i>Interrupción Voluntaria de Embarazo (IVE)</i>	Terminación de la gestación, facilitada por personal idóneo y en instituciones pertenecientes al Sistema Nacional Integrado de Salud, que cuenta con la voluntad de la mujer	sí/no	Cualitativa nominal dicotómica	Historia clínica - SIP
<i>Uso de métodos</i>	Métodos utilizados para la prevención del	sí/no	Cualitativa	Historia

<i>anticonceptivos (MAC)</i>	embarazo		nominal dicotómica	clínica - SIP
<i>Tipo de MAC (en caso de que corresponda)</i>	Métodos utilizados para la prevención del embarazo	- DIU - Anticonceptivos orales- Anticonceptivo de Emergencia - Preservativo - Natural - Otro	Cualitativa nominal	Historia clínica - SIP
<i>Consumo de sustancias de abuso</i>	“Cualquier droga consumida en exceso que provoca la activación directa del sistema de recompensa del cerebro”	sí/no	Cualitativa nominal dicotómica	Historia clínica
<i>Tipo de sustancia de abuso (en caso de que corresponda)</i>	Tipo de sustancia consumida en exceso que provoca la activación directa del sistema de recompensa del cerebro	- Cocaína - Pasta base - Marihuana - Alcohol - Tabaco - Éxtasis	Cualitativa nominal	Historia clínica - SIP
<i>Patología psiquiátrica</i>	Afecciones que impactan en el pensamiento, sentimientos, estado de ánimo y comportamiento	sí/no	Cualitativa nominal dicotómica	Historia clínica
<i>Discapacidad intelectual</i>	Aquella que presenta una serie de limitaciones en las habilidades diarias que una persona aprende y le sirven para responder a distintas situaciones en la vida	sí/no	Cualitativa nominal dicotómica	Historia clínica
<i>Violencia doméstica</i>	Toda acción u omisión, directa o indirecta, que por cualquier medio menoscabe, limitando ilegítimamente el libre ejercicio o goce de los derechos humanos de una persona, causada por otra con la cual tenga o haya tenido una relación de noviazgo o con la cual tenga o haya tenido una relación afectiva basada en la cohabitación y originada por parentesco, por matrimonio o por unión de hecho	sí/no	Cualitativa nominal dicotómica	Historia clínica
<i>Abuso sexual</i>	Violación sexual o actos sexuales forzados; pudiendo ser cometida por un conocido (la pareja, otro miembro de la familia, un amigo o	sí/no	Cualitativa nominal dicotómica	Historia clínica

	un allegado) o por un desconocido			
Embarazo actual				
<i>Motivo de ingreso</i>	Síntoma, signo y/o situación por la cual se decide hospitalizar al paciente		Cualitativa nominal	Historia clínica
<i>Número de embarazo</i>	Número de gestación que se está cursando actualmente, en base a la presencia o no de gestaciones previas		Cuantitativa discreta	Historia clínica - SIP
<i>Embarazo buscado</i>	Embarazo que es planificado	sí/no	Cualitativa nominal dicotómica	Historia clínica - SIP
<i>Embarazo aceptado</i>	Embarazo que no fue planificado, pero que es bien recibido por la paciente y su entorno	sí/no	Cualitativa nominal dicotómica	Historia clínica - SIP
Al ingreso hospitalario				
<i>Edad gestacional</i>	Número de semanas entre el primer día del último ciclo menstrual y la fecha probable de parto	semanas	Cuantitativa discreta	Historia clínica - SIP
<i>Bien controlado en cantidad y calidad</i>	Cantidad: Aquel embarazo que al momento del nacimiento presente al menos cinco controles. Calidad: Contar con los estudios que se solicitan de manera rutinaria en el primer y tercer trimestre de gestación 20	sí/no	Cualitativa nominal dicotómica	Historia clínica - SIP
<i>Bien tolerado</i>	Ausencia de alguna patología vinculada o no al embarazo, durante su transcurso	sí/no	Cualitativa nominal dicotómica	Historia clínica - SIP
<i>Causa de mala tolerancia del embarazo (en caso de que corresponda)</i>	Presencia de alguna patología vinculada o no al embarazo, durante su transcurso, que complique su buen desarrollo	- DM - HTA - ITU a repetición - Anemia - Infección genital baja	Cualitativa nominal	Historia clínica - SIP
<i>Estado nutricional</i>	Condición física que presenta una persona resultado del balance entre la ingesta y la demanda de energía, medida mediante el IMC	Adecuado en aquellas pacientes que presentaron entre -2 y +2 de desvío estandar	Cualitativa ordinal	Historia clínica - SIP

		según edad y sexo.		
<i>Pareja estable</i>	Vínculo afectivo/romántico entre dos personas que conserva cierta estabilidad	sí/no	Cualitativa nominal dicotómica	Historia clínica
Abordaje actual y complicaciones				
<i>Aborto espontáneo</i>	Pérdida espontánea del embarazo antes de las 20 semanas de edad gestacional	sí/no	Cualitativa nominal dicotómica	Historia clínica - SIP
<i>IVE</i>	Terminación de la gestación, facilitada por personal idóneo y en instituciones pertenecientes al Sistema Nacional Integrado de Salud, que cuenta con la voluntad de la mujer	sí/no	Cualitativa nominal dicotómica	Historia clínica - SIP
<i>Óbito</i>	Muerte fetal intrauterina \geq a 20 semanas de edad gestacional y/o un peso superior a 500 gramos	sí/no	Cualitativa nominal dicotómica	Historia clínica
<i>Continuación con el embarazo</i>	Decisión de la paciente de seguir cursando el embarazo una vez que se identifica el mismo	sí/no	Cualitativa nominal dicotómica	Historia clínica - SIP
<i>Recién nacido (RN) vivo</i>	Primera etapa vital de la vida extrauterina que transcurre desde el nacimiento, hasta los 28 días posteriores.	sí/no	Cualitativa nominal dicotómica	Historia clínica
<i>Edad gestacional del RN (en caso de que corresponda)</i>	Número de semanas entre el primer día del último ciclo menstrual y la fecha de parto		Cuantitativa discreta	Historia clínica - SIP
<i>Sospecha de violencia doméstica</i>	Toda acción u omisión, directa o indirecta, que por cualquier medio menoscabe, limitando ilegítimamente el libre ejercicio o goce de los derechos humanos de una persona, causada por otra con la cual tenga o haya tenido una relación de noviazgo o con la cual tenga o haya tenido una relación afectiva basada en la cohabitación y originada por parentesco, por matrimonio o por unión de hecho 16; no siendo referido por la paciente pero sospechado por el equipo de salud	sí/no	Cualitativa nominal dicotómica	Historia clínica
<i>Sospecha de abuso sexual</i>	Violación sexual o actos sexuales forzados, pudiendo ser cometida por un conocido (la	sí/no	Cualitativa nominal	Historia clínica

	pareja, otro miembro de la familia, un amigo o un allegado) o por un desconocido; no siendo referido por la paciente pero sospechado por el equipo de salud		dicotómica	
<i>Intervención socio-judicial</i>	Medida cautelar, dispuesta por el juez, contra una persona jurídica o física, con el objeto de asegurar posibles derechos de terceros	sí/no	Cualitativa nominal dicotómica	Historia clínica - Encuesta telefónica
<i>Desenlace del RN</i>	Quién se hará cargo del RN una vez dado de alta	- Alta al cuidado materno - Alta en adopción - Amparo del estado	Cualitativa nominal	Historia clínica - Encuesta telefónica

Aclaración: Los datos de las variables corresponden al momento en que la adolescente se encontraba cursando el embarazo.

Plan de análisis de datos

Se analizaron las variables cuantitativas mediante medidas de tendencia central (media) y dispersión (desvío estándar), con representación gráfica.

Las variables cualitativas se presentaron mediante tablas de distribución y representación en gráficos de barras.

A partir de la información obtenida, se identificó las variables que se presentaron en mayor frecuencia y se buscó la relación entre la presencia de esas variables y el embarazo adolescente con ingreso hospitalario.

Se evaluaron las relaciones bivariadas entre las siguientes variables cualitativas:

- Embarazo adolescente y embarazo adolescente de la madre.
- Embarazo adolescente y educación sexual.

Mediante tablas de contingencia se detallan el número de casos y las proporciones respectivas.

Se utilizó un software estadístico para buscar asociación entre las variables, mediante la prueba de Chi cuadrado para las cualitativas y Test T de Student para las cuantitativas.

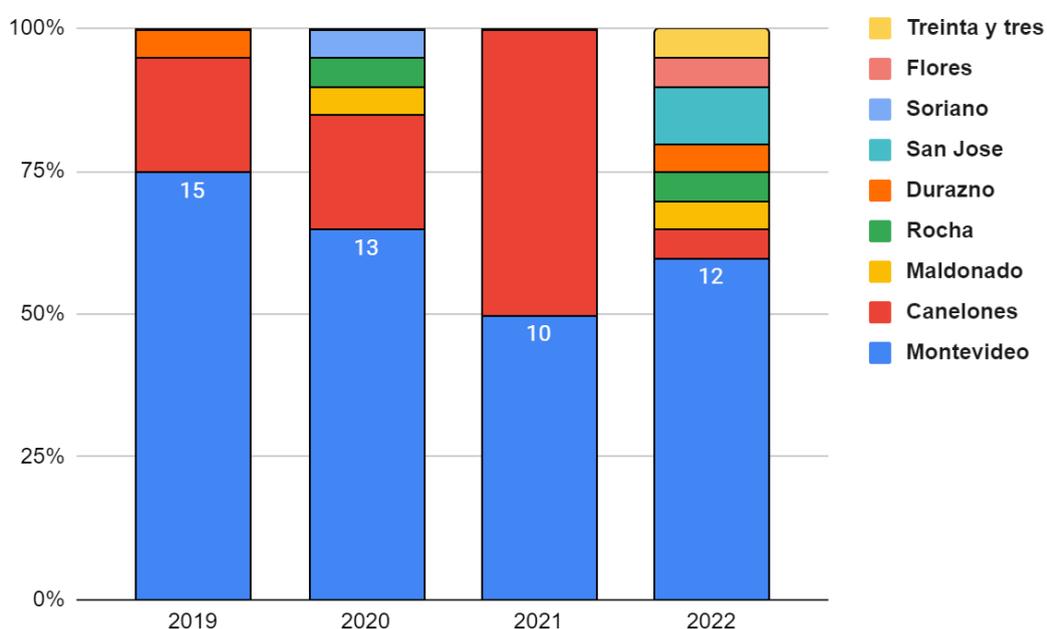
RESULTADOS Y ANÁLISIS:

Durante el periodo 2019-2022 consultaron en el CHPR **5.077** adolescentes embarazadas. De ellas, 1653 (32%) requirieron hospitalización por algún motivo diferente al parto o cesárea, cumpliendo los criterios de ingreso al estudio. Se calculó un tamaño muestral de 260 adolescentes, mediante el Software estadístico OpenEpi. Esta cifra se dividió entre la cantidad de años analizados (4 años) obteniéndose un número para cada año, de 65 pacientes, los que fueron aleatorizados.

Debido a las dificultades en la comunicación telefónica, de las 65 pacientes del año 2019, se logró incluir a 20 (31%). Tomando este valor como referencia para cada año posterior, finalmente se incluyeron 80 adolescentes (20 en cada año)

La media de edad del total de adolescentes incluidas fue de 17 años (15 - 19 años). Una de ella era procedente de Cuba, las 79 restantes de procedencia uruguaya, la mayoría residentes en Montevideo (gráfico 1).

Gráfico 1. Departamento de residencia según año de ingreso hospitalario. (N: 80)



El 56% (45/80) de las adolescentes embarazadas vivía con su familia, el 26% (21/80) con su pareja, 10% (8/80) con familia y pareja, 4% (3/80) solas y 4% (3/80) estaban institucionalizadas. El 75% (60/80) refirió tener pareja estable.

Respecto al nivel educativo, el 27,5% (22/80) tenían ciclo básico completo, 26% (21/80) ciclo básico incompleto y 25% (20/80) bachillerato incompleto. Solo una paciente no había terminado primaria. El 75% (60/80) no estaba escolarizada al momento del ingreso hospitalario y 78% (63/80) estaba desempleada.

El 22% (18/80) consumían sustancias de abuso (11 tabaco, 5 marihuana, 2 pasta base) y el 86% (69/80) refirió haber recibido educación sexual. Las variables sociodemográficas y educativas se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Variables socio-económicas y educativas según año de ingreso hospitalario.

Variables socioeconómicas-educativas		2019 n=20	2020 n=20	2021 n=20	2022 n=20	
Nivel educativo	Primaria incompleta	1 (5%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
	Primaria completa	3 (15%)	2 (10%)	2 (10%)	2 (10%)	
	Ciclo básico incompleto	6 (30%)	4 (20%)	7 (35%)	4 (20%)	
	Ciclo básico completo	3 (15%)	7 (35%)	5 (25%)	7 (35%)	
	Bachillerato incompleto	3 (15%)	6 (30%)	6 (30%)	5 (25%)	
	Bachillerato completo	4 (20%)	1 (5%)	0 (0%)	2 (10%)	
Escolarizada al momento del ingreso	Sí	6 (30%)	5 (25%)	3 (15%)	6 (30%)	
	No	14 (70%)	15 (75%)	17 (85%)	14 (70%)	
Empleo actual	Sí	4 (20%)	2 (10%)	0 (0%)	11 (55%)	
	No	16 (80%)	18 (90%)	20 (100%)	9 (45%)	
Nivel socio económico **	Aceptable	11 (55%)	15 (75%)	17 (85%)	16 (80%)	
	No aceptable	9 (45%)	5 (25%)	3 (15%)	4 (20%)	
Consumo de sustancias de abuso	No	17 (85%)	15 (75%)	12 (60%)	18 (90%)	
	Sí	3 (15%)	5 (25%)	8 (40%)	2 (10%)	
	Cual	Tabaco	3	2	5	1
		Marihuana	0	1	3	1
		Alcohol	0	0	0	0
Pasta base		0	2	0	0	
Educación sexual	Sí	16 (80%)	19 (95%)	15 (75%)	19 (95%)	
	No	4 (20%)	1 (5%)	5 (5%)	1 (5%)	
Pareja estable	Sí	17 (85%)	15 (75%)	13 (65%)	15 (75%)	
	No	3 (15%)	5 (5%)	7 (35%)	5 (5%)	

** Nivel socio-económico: se consideró no aceptable aquellas pacientes que recibían algún plan de ayuda del Estado.

En la Tabla 2 se muestran los antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes. Se destaca que el 45% (36/80) de los casos refirió utilizar métodos anticonceptivos, el más frecuente los anticonceptivos orales 64%, seguido del preservativo 25%.

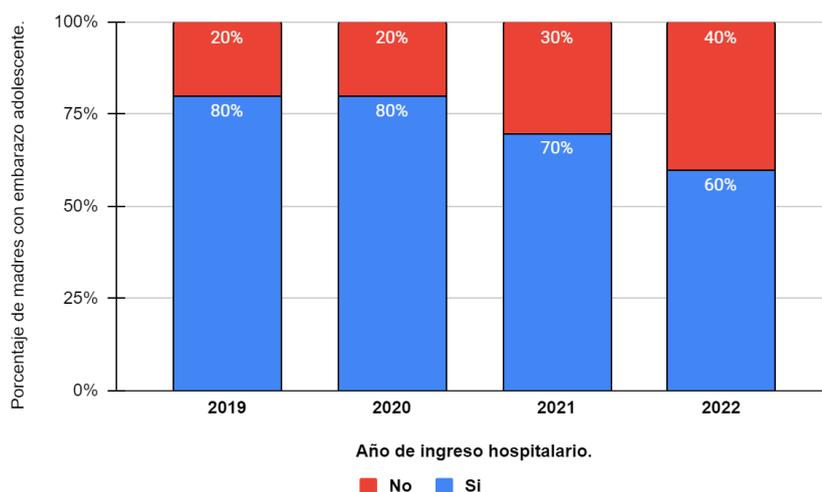
Tabla 2. Antecedentes ginecoobstétricos (n = 80).

Antecedentes ginecoobstétricos.		2019 n: 20	2020 n: 20	2021 n: 20	2022 n: 20	
Métodos anticonceptivos	No	11 (55%)	13 (65%)	9 (45%)	11 (55%)	
	Sí	9 (45%)	7 (35%)	11 (55%)	9 (45%)	
	Cual	ACO	7	5	6	5
		Inyectable	0	0	0	0
		Implante	1	1	0	1
		DIU	0	0	1	0
		Preservativo	1	1	4	3
IVE previo	Sí	1 (5%)	0 (0%)	1 (5%)	1 (5%)	
	No	19 (95%)	20 (100%)	19 (95%)	19 (95%)	
Aborto espontaneo previo	Sí	1 (5%)	3 (15%)	4 (20%)	4 (20%)	
	No	19 (95%)	17 (85%)	16 (80%)	16 (80%)	
Infecciones de transmisión sexual	No	17 (85%)	19 (95%)	18 (90%)	20 (100%)	
	Sí	3 (15%)	1 (5%)	2 (10%)	0 (0%)	
	Cual	Gonorrea	1	0	0	0
		Sífilis	0	0	2	0
		HPV	2	1	0	0

IVE: interrupción voluntaria del embarazo, DIU: dispositivo intrauterino. ACO: anticonceptivos orales, HPV: virus del papiloma humano.

El 72% (58/80) de las adolescentes refirieron que su madre también tuvo un embarazo adolescente. El gráfico 2 muestra la distribución por año.

Gráfico 2. Adolescentes cuyas madres tuvieron embarazo adolescente (n = 80).



En el 26% (21/80) de los casos, se trataba del segundo embarazo adolescente. El 72,5% (58/80) fueron embarazos no buscados y el 61% (49/80) fueron embarazos aceptados. La tabla 4 muestra las características del embarazo al momento del ingreso hospitalario.

Tabla 4. Características del embarazo actual según año de ingreso hospitalario.

Variables del embarazo actual		2019 n: 20	2020 n: 20	2021 n: 20	2022 n: 20	
nº de embarazo	1	15 (75%)	14 (70%)	13 (65%)	12 (60%)	
	2	5 (25%)	5 (25%)	4 (20%)	7 (35%)	
	3	0 (0%)	1 (5%)	2 (10%)	1 (5%)	
	4	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	0 (0%)	
Buscado	Sí	9 (45%)	5 (25%)	6 (30%)	2 (10%)	
	No	11 (55%)	15 (75%)	14 (70%)	18 (90%)	
Aceptado	Sí	15 (75%)	11 (55%)	12 (60%)	11 (55%)	
	No	5 (25%)	9 (45%)	8 (40%)	9 (45%)	
Bien controlado en calidad/cantidad	Sí	16 (80%)	15 (75%)	17 (85%)	19 (95%)	
	No	4 (20%)	5 (25%)	3 (15%)	1 (5%)	
Bien tolerado	Sí	9 (45%)	10 (50%)	10 (50%)	10 (50%)	
	No	11 (55%)	10 (50%)	10 (50%)	10 (50%)	
	Causa	EHE	3	0	2	3
		DG	2	1	1	1
		ITU	5	3	5	5
		IGB	1	2	0	0
		Intolerancia digestiva	0	0	0	1
		Anemia	0	0	1	0
		Amenaza de aborto	0	2	1	0
APP	0	2	0	0		
Edad gestacional al ingreso (semanas)	< 20	8 (40%)	10 (50%)	14 (70%)	10 (50%)	
	20- 28	3 (15%)	3 (15%)	1 (5%)	1 (5%)	
	29 -32	0 (0%)	2 (10%)	0 (0%)	1 (5%)	
	33- 37	7 (35%)	4 (20%)	2 (10%)	5 (25%)	
	>38	2 (10%)	1 (5%)	3 (15%)	3 (15%)	
Estado nutricional materno al ingreso *	Adecuado	15 (75%)	17 (85%)	18 (90%)	17 (85%)	
	No adecuado	5 (25%)	3 (15%)	2 (10%)	3 (15%)	
	Aborto espontáneo	2 (10%)	3 (15%)	2 (10%)	0 (0%)	

Finalización del embarazo	IVE	2 (10%)	8 (40%)	10 (50%)	9 (45%)	
	Obito	2 (10%)	2 (10%)	2 (10%)	1 (5%)	
	RN vivo	14 (70%)	7 (35%)	6 (30%)	10 (50%)	
Violencia doméstica	Sí	4 (20%)	5 (25%)	2 (10%)	0 (0%)	
	No	16 (80%)	15 (75%)	18 (90%)	20 (100%)	
Abuso sexual	Sí	1 (5%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
	No	19 (95%)	20 (100%)	20 (100%)	20 (100%)	
Discapacidad intelectual	Sí	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
	No	20 (100%)	20 (100%)	20 (100%)	20 (100%)	
Patología psiquiátrica	No	14 (70%)	17 (85%)	17 (85%)	18 (90%)	
	Si	6 (30%)	3 (15%)	3 (15%)	2 (10%)	
	Cual	Pánico	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (100%)
		Depresión	5 (83%)	2 (67%)	1 (33%)	0 (0%)
		Ansiedad	1 (17%)	1 (33%)	0 (0%)	0 (0%)
		Trastorno de personalidad	0 (0%)	0 (0%)	1 (33%)	0 (0%)
		Conducta agresiva	0 (0%)	0 (0%)	1 (33%)	0 (0%)

*El estado nutricional se consideró adecuado cuando el IMC era entre -2 y +2 de desvío estándar según edad y sexo. EHE: Estado hipertensivo del embarazo. DG: Diabetes gestacional. ITU: Infección tracto urinario. IGB :Infección genital baja. APP:Amenaza parto pretérmino. IVE: Interrupción voluntaria del embarazo. RN vivo: Recién nacido vivo.

Una de las adolescentes hospitalizadas en 2019 tenía el antecedente de abuso sexual, pero ese no fue el motivo del embarazo actual.

Un 88% de las pacientes se fueron con un MAC luego de finalizar su embarazo. El más elegido fue el implante subdérmico, seguido por los ACO (Tabla 5).

Tabla 5. Métodos anticonceptivos luego de finalizado el embarazo u hospitalización.

Prevención de embarazo		2019	2020	2021	2022
MAC al alta hospitalaria n: 80	No	4 (20%)	3 (15%)	2 (10%)	1 (5%)
	Sí	16 (80%)	17 (85%)	18 (90%)	19 (95%)
Tipo de MAC n: 70	ACO	4/16 (25%)	5/17 (29%)	9/18 (50%)	4/19 (21%)
	Implante subdérmico	4/16 (25%)	6/17 (35%)	4/18 (22%)	12/19 (63%)
	Inyectable	3/16 (19%)	1/17 (7%)	0/18 (0%)	1/19 (5%)
	DIU	3/16 (19%)	5/17 (29%)	4/18 (22%)	2/19 (11%)
	Preservativo	2/16 (12%)	0/17 (0%)	1/18 (6%)	0/19 (0%)

MAC: método anticonceptivo.

Nacieron 37 niños de las 80 adolescentes embarazadas. El 91% fueron recién nacidos de término, 3% pretérminos y 6% post término. Al alta hospitalaria, todos los recién nacidos permanecieron al cuidado materno. La tabla 6 muestra los datos referentes a los recién nacidos hijos de estas madres adolescentes.

Tabla 6. Clasificación de los RN según edad gestacional y situación al alta hospitalaria.

Recien nacido			2019 n=14	2020 n=7	2021 n=6	2022 n=10
Edad gestacional (semanas)	Postermiño	> 41	1 (7%)	0 (0%)	1 (17%)	0 (0%)
	Término maduro	39-40	6 (43%)	2 (28%)	2 (33%)	4 (40%)
	Término inmaduro	37-38	7 (50%)	5 (72%)	3 (50%)	5 (50%)
	Prematuro maduro	34-36	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (10%)
	Prematuro inmaduro	28-33	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Intervención socio judicial		Si	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
		No	14 (100%)	9 (100%)	8 (100%)	11 (100%)
Desenlace del RN al alta hospitalaria		Cuidado materno	14 (100%)	9 (100%)	8 (100%)	11 (100%)
		Adopción	0	0	0	0
		Cuidado Familiar	0	0	0	0
		Amparo del estado	0	0	0	0

Al relacionar las variables, se encontró una relación significativa entre pareja estable y Recién Nacido (RN) vivo, entre búsqueda de embarazo y finalización con IVE.

Tabla 7. Relación entre pareja estable y recién nacido vivo

RN vivo	Pareja estable		Total	Valor p
	Sí	No		
Sí	36	1	37	0,000008921
No	24	19	43	
Total	60	20	80	

Tabla 8. Relación entre búsqueda de embarazo e IVE

Finalización en IVE	Embarazo buscado		Total	Valor p
	Sí	No		
Sí	0	29	29	0.000005762
No	22	29	51	
Total	22	58	80	

DISCUSIÓN DE RESULTADOS:

Se muestran las características de los embarazos que requirieron hospitalización en adolescentes uruguayas. En 2019, la tasa de nacimientos en adolescentes entre 15 y 19 años en Uruguay fue de 31,5% (3968 recién nacidos vivos) y se realizaron 10.227 interrupciones voluntarias del embarazo.²³

En relación a las adolescentes menores de 15 años, se asistieron en la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) 84 en 2020 y de 62 en 2022.²⁴

Los datos mostrados en este trabajo, no encontró adolescentes menores de 15 años que hayan ingresado al hospital durante el período analizado. Entre 15 y 19 años, la prevalencia de ingresos hospitalarios diferentes al parto o la cesárea en adolescentes embarazadas fue de 32 %.

El principal motivo de hospitalización fue IVE (35%) y una adolescente de cada año, menos en 2020, tenía el antecedente de haberse realizado un IVE previo a este embarazo. El porcentaje de embarazos que culminaron en IVE fue menor en 2019 (10%) observándose mayor nacimientos (70%), en comparación con los otros años donde la relación se invierte (45% de IVE y 50 % nacimientos en 2022). Al relacionar la búsqueda del embarazo con la finalización del mismo con IVE se encontró una relación significativa entre la no búsqueda del embarazo y el IVE. En los 4 años analizados hubieron entre 1 y 4 adolescentes con abortos espontáneos previos. Este resultado se corresponde con la falta de prevención y probablemente escaso deseo del embarazo en esta muestra de adolescentes.

En cuanto a las variables vinculadas al embarazo adolescente, se encontró un media de inicio de relaciones sexuales de 15 años, con una media de edad de ingreso hospitalario de 17 años, y 26 % de las adolescentes estaban cursando su segundo embarazo, por lo que podemos observar un embarazo precoz luego del inicio de las relaciones sexuales. La mayoría se trataban de embarazos no buscados (72.5%) pero más de la mitad de las adolescentes no utilizaban métodos anticonceptivos a pesar de que el 86% refirió recibir clases de educación sexual.²⁵

Un estudio realizado en el barrio Piedras Blancas en 2006, donde se preguntó sobre el uso y conocimiento de los MAC, se observó que 97% de las entrevistadas conocía de su existencia pero un 68% no los usaba, o lo usó de forma incorrecta. La información que recibían provenía en su mayoría de la escuela o el liceo, de algún integrante de la familia y en muy bajo porcentaje del médico tratante.²⁶

Luego de finalizar el embarazo, en 2019 el 20% se retiró del hospital sin MAC y en 2022 el porcentaje fué 5%. La prevención de la reiteración del embarazo adolescente necesita de un 100% de MAC.

La muestra de adolescentes analizada tiene un nivel de educación bajo (solo 25 % bachillerato completo), el 75% no estaba estudiando al ingreso hospitalario y el 66% vivían con un familiar, lo que puede mostrar escaso acceso a información adecuada. También un 36 % vivía con su pareja sexual y la mayoría tenía pareja estable, variables que probablemente aumentan las probabilidades de embarazo. Los resultados obtenidos en este trabajo mostraron una relación entre la pareja estable y la finalización del embarazo con un recién nacido vivo.

En cuanto al embarazo adolescente en la madre, la mayor parte de las pacientes refirieron que su madre había tenido su primer hijo en la adolescencia, siendo un 80% de los casos en 2019 y 2020, un 70% en 2021 y un 60% en 2022. Si bien el porcentaje parece disminuir con los años este es un factor de riesgo conocido que parece persistir.²⁷

El nivel socioeconómico se definió según si las pacientes o su núcleo familiar recibía algún tipo de ayuda del estado, siendo en estos casos categorizado como no aceptable. Si bien la bibliografía sugiere que el nivel socioeconómico bajo es favorecedor del embarazo adolescente, en este estudio no se pudo observar, probablemente porque al ser un estudio retrospectivo la clasificación socioeconómica no logró realizarse con parámetros objetivos.²⁷

Si bien la mayoría de las adolescentes que ingresaron estaban cursando un embarazo no buscado, el 61 % lo aceptaron y más del 75 % lo controlaron adecuadamente. También se destaca el porcentaje de embarazos buscados en ésta etapa tan vulnerable de la vida, siendo mayor en 2019 y menor en 2022 (45% y 10 % respectivamente). En una investigación realizada en 2017 en sectores pobres de Montevideo, se pudo observar que para muchas adolescentes el embarazo significa una salida a situaciones traumáticas, conflictivas o una manera de llenar vacíos afectivos de ellas o de sus parejas.²⁸

La mitad de los embarazos fueron mal tolerados, la causa más frecuente fue EHE, seguida por ITU. Los embarazos adolescentes se asocian con mayores riesgos biológicos. Desde el punto de vista de la salud materna, aumentan la mortalidad y morbilidad por causa obstétrica.²

En relación al consumo de sustancias de abuso, un 33% presentaba hábitos tóxicos, siendo la sustancia más consumida el tabaco en un 55%. Según un estudio realizado en 2007, las sustancias de consumo más frecuentes son tabaco y alcohol.²⁹

La mayoría de los RN fueron término inmaduros y todos se fueron de alta al cuidado de su madre adolescente.

Limitaciones:

Falta de información en historias clínicas, ya que, la historia clínica electrónica se implementó en el año 2018, no logrando acceder a la historia previa en papel. La desactualización de los números de teléfono que figuran en las historias clínicas, constituyó la principal limitación para obtener el consentimiento y acceso a la entrevista, logrando incluir un menor número de pacientes al que se pretendía.

Fortalezas:

Es importante destacar que este estudio representa uno de los pocos realizados en nuestro país sobre este tema, que a pesar de su gran importancia, ha sido abordado de manera limitada.

La escasez de investigaciones previas resalta la necesidad de continuar explorando este campo, aprovechando los hallazgos y las limitaciones identificadas en este estudio como puntos de partida para investigaciones más amplias y completas en el futuro.

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS:

La hospitalización de embarazadas adolescentes tuvo una elevada prevalencia en la muestra analizada. La frecuencia de IVE, el porcentaje de embarazos no buscados y el escaso uso de MAC en esta franja etaria demuestra la falta de prevención del embarazo adolescente.

El bajo nivel educativo, el abandono de centros educativos y el embarazo adolescente materno fueron las variables encontradas con más frecuencia. Se encontró relación entre la pareja estable y finalización del embarazo con recién nacido vivo así como, la falta de planificación del embarazo y el IVE.

El apoyo familiar, la presencia de pareja estable, la aceptación y buen control del embarazo parecen ser las fortalezas de esta muestra.

Una de las principales estrategias para la prevención de un embarazo adolescente es lograr el uso de MAC en el 100% de las adolescentes que inician las relaciones sexuales.

Es importante seguir trabajando en las diferentes estrategias para la prevención del embarazo adolescente y en encontrar nuevas herramientas adecuadas a las diferentes realidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cafaro AL. Cuando el embarazo ocurre en la adolescencia; 2015 [citado el 13 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/10816>
2. Leticia Rieppi, Veronica Fiol. Embarazo en la adolescencia. Rev SUGIA 2019, volumen 8, número 2: 7-10. Montevideo, Uruguay; 2019 [citado el 13 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://sugia.com.uy/wp-content/uploads/2019/11/Sugia-Vol8-N2.pdf>
3. Silvia Graña Baez. Embarazo en la adolescencia. Rev SUGIA 2019, volumen 8, número 2: 12-16. Montevideo, Uruguay; 2019 [citado el 14 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://sugia.com.uy/wp-content/uploads/2019/11/Sugia-Vol8-N2.pdf>
4. Ley N° 18.437, Ley general de educación (Artículo 40). Uruguay; 2009 [citado el 14 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18437-2008/40>
5. Ley N° 18.426, Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. [citado el 15 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>
6. Ministerio de Salud Pública. Tendencias recientes sobre la natalidad, fecundidad y mortalidad infantil en Uruguay 2018. [citado el 15 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/presentacion-sobre-natalidad-fecundidad-y-mortalidad-infantil-en-uruguay>
7. Uruguay presidencia. Cifras de embarazos en adolescentes se redujo en ASSE, de 84 casos en 2020 a 62 en 2022. Montevideo, Uruguay; 2022 [citado el 15 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.gub.uy/presidencia/comunicacion/noticias/cifra-embarazos-adolescentes-se-redujo-asse-84-casos-2020-62-2022>
8. Zunino C, García L, Boulay M, Pérez W. Programa de protección de madres adolescentes de niños hospitalizados “Cuidando a las cuidadoras”: Primeros dos años de experiencia. Arch Pediatr Urug. Montevideo, Uruguay; 2016 [citado el 16 de mayo de 2023]. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492016000500007
9. Valor de la línea de pobreza del hogar, por región, según su tamaño. INE. (Metodología 2006). [citado el 20 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www3.ine.gub.uy/boletin/Pobreza/Estimaci%C3%B3n%20de%20la%20pobreza%20por%20el%20m%C3%A9todo%20del%20ingreso%202022.html>
10. Carrasco, P. Calvo, JJ. De los Campos, H. Metodología de cálculo de las Necesidades Básicas Insatisfechas. En Atlas sociodemográfico y de la desigualdad en Uruguay, 2013. Montevideo, Uruguay; 2013. INE. Cap 1, pg 9-26. [citado el 20 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www5.ine.gub.uy/documents/Demograf%C3%ADayEESS/PDF/Demograf%C3%ADa/Atlas_fasciculo_1_NBI_versionrevisada.pdf

11. Biblioteca Nacional de Medicina, Medlineplus. Aborto espontáneo. Estados Unidos. [citado el 20 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001488.htm#:~:text=Es%20la%20p%C3%A9rdida%20espont%C3%A1nea%20de,abortos%20m%C3%A9dicos%20o%20abortos%20quir%C3%BArgicos.>
12. Visconti A, Aguirre R. Guía técnica para la interrupción del embarazo. Montevideo, Uruguay; 2016 [citado el 20 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2012/11/2016-Gu%C3%ADa-T%C3%A9cnica-IVE-2da-versi%C3%B3n.-Con-anexos.pdf>
13. Guía Infodrogas. 12da. Edición (Rev. A). Montevideo, Uruguay; 2019 [citado el 25 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://GuiaInfodrogas2019.pdf>.
14. Psicología Clínica: Psicopatología, Manual Diagnóstico y Estadístico de Los Trastornos Mentales, Locura, Neuropsicología, Neurosis, Anorma. University-Press. Org; 2013 [citado el 25 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-iv-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
15. Organización Mundial de la Salud. Clasificación CIF: Tipos de discapacidad. 2001 [citado el 25 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.mintrabajo.gob.gt/images/Servicios/DEL/Informe_del_Empleador/Clasificaci%C3%B3n-CIF-Tipos-de-Discapacidad_CIF.pdf
16. Ley 17.514, Ley de erradicación de la violencia doméstica (Artículo 2). Uruguay; 2002 [citado el 25 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17514-2002>
17. Ministerio de Salud Pública. Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Uruguay; 2018 [citado el 26 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Manual%20Clinico%20SNIS%20MSP%202018.pdf>
18. Ferrari. M. Automutilaciones en la adolescencia. Atención Pediátrica: normas nacionales de diagnóstico, tratamiento y prevención. 9na ed. Montevideo, Uruguay; 2020 [citado el 26 de mayo de 2023]. p. 707-710.
19. Ministerio de Salud Pública. Guías de prevención y detección de factores de riesgo de conductas suicidas. Montevideo, Uruguay; 2016 [citado el 26 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.asse.com.uy/aucdocumento.aspx?10652,70790>
20. Guías en salud sexual y reproductiva. Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio. Montevideo, Uruguay: MSP; 2014. [citado el 27 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/guias-salud-sexual-reproductiva-manual-para-atencion-mujer-proceso>
21. Decreto N° 276/019 (Artículo 4). Uruguay; 2019 [citado el 28 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/276-2019>

22. Diccionario panhispánico del español jurídico, Real Academia Española [citado el 28 de mayo de 2023]. España; 2023. Disponible en:
<https://dpej.rae.es/lema/intervenci%C3%B3n-judicial>
23. MSP. Presidencia. Noticias. Embarazos de adolescentes se redujeron a la mitad en los últimos 15 años en Uruguay. [citado el 14 de noviembre de 2023] Disponible en:
www.msp.gub.uy
24. MSP. Presidencia. Noticias. Cifras de embarazos en adolescentes se redujo en ASE, de 84 casos en 2020 a 62 en 2022. [citado el 14 de noviembre de 2023] Disponible en:
www.msp.gub.uy.
25. Hidalgo Vicario. M.I, Rodríguez Molinero. L, Muñoz Calvo. M.T. Embarazo adolescente. Problemas, maternidad, aspectos legales. In: Medicina de la adolescencia Atención integral. Tercera. 2021. p. 1219–1225. [citado el 14 de noviembre de 2023]
26. Alejandro de Dios Moccia, Raúl Medina Milanesi. Qué saben las adolescentes acerca de los métodos anticonceptivos y cómo los usan. Rev. Méd. Urug. vol.22 no.3 Montevideo set. 2006 [citado el 14 de noviembre de 2023]. Disponible en:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902006000300004#:~:text=Del%20total%20de%20las%20adolescentes,informada%20acerca%20de%20los%20mismos.
27. C. Rosa, M. Doyenart, M. Freitas, C. Lara, A. Gómez, S.Rossi, C. Varela. Maternidad en la adolescentes y desigualdad social. Análisis territorial desde la perspectiva de sus protagonistas en barrios de la periferia crítica de Montevideo. UNFPA, UdelaR [citado el 14 de noviembre de 2023] Disponible en:
<https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Maternidad%20en%20adolescentes%20y%20desigualdad%20social%20en%20Uruguay.pdf>
28. Ana Cecilia Marotta Méndez. Adolescencias y maternidad en sectores de pobreza de Montevideo. Un estudio del vínculo temprano. Summa Psicológica UST, ISSN 0718-0446, Vol. 14, Nº. 2, 2017, págs. 53-61. [citado el 14 de noviembre de 2023] Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6231735>
29. R. Magri, H. Míguez, V. Parodi, J. Hutson, H. Suárez, A. Menéndez, G.Koren, R. Bustos. Consumo de alcohol y otras drogas en embarazadas. Arch. Pediatr. Urug. vol.78 no.2 Montevideo jun. 2007. [citado el 14 de noviembre de 2023] Disponible en:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492007000200006

AGRADECIMIENTOS:

Agradecemos a la dirección del Hospital Pereira Rossell por permitirnos investigar, recolectar y brindarnos todas las herramientas necesarias para llevar a cabo la investigación.

También a las pacientes encuestadas por su participación voluntaria y contribución tanto al estudio como a nuestra formación.

Agradecemos también al equipo de asesorías; bioética y métodos cuantitativos, por el tiempo y apoyo brindado para realizar nuestro trabajo.

Por último agradecemos a los orientadores por su disponibilidad, conocimientos y apoyo a lo largo de todo el proceso.

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PROYECTO: “Caracterización de los embarazos adolescentes hospitalizados en el Centro Hospitalario Pereira Rossell entre 2015 y 2023 en Montevideo, Uruguay.”

Autores: Darino J.; García L.; Ghio R.; Lima A.; Lorenzelli C.; Silva Y.

Tutores: Manuela Arce; Marcos Canto; Virginia González.

Consentimiento informado vía telefónica

Buen día, soy [Nombre del entrevistador], estudiante de medicina, y pertenezco a un grupo de investigación de Facultad de Medicina UdelaR conformado por estudiantes de 6to año y docentes.

Lo/la estamos llamando para invitarlos a participar de la investigación “Caracterización de los embarazos adolescentes hospitalizados en el Centro Hospitalario Pereira Rossell entre 2019 y 2022 en Montevideo, Uruguay”.

¿Te gustaría conocer más sobre la investigación, y (si corresponde) grabar el momento del consentimiento?

[NO] Muchas gracias por su tiempo.

[SI] Muchas gracias por escuchar.

El objetivo de esta investigación es conocer las características de los embarazos adolescentes que ingresaron en un centro de salud del tercer nivel de atención del sector público en Montevideo, Uruguay, entre 2019 y 2022.

Si acepta participar, se le solicitará acceso a la historia clínica de su hija/tutelada y ella o usted deberá contestar una encuesta que tiene una duración menor a 10 minutos. Esta información formará parte de una investigación en salud dirigida por los Prof. Adj. Dra. Virginia Gonzalez, Dra Manuela Arce y Dr. Marcos Canto.

En caso de que acceda a participar pero no sea un buen momento para contestar la entrevista telefónica, podemos coordinar un horario y/o fecha en el que se encuentre disponible.

Su participación en esta investigación no tiene riesgos ni genera beneficios personales directos. En el caso de que alguna de las preguntas le produzca incomodidad, usted puede dejar de responder en cualquier momento.

Sus datos serán confidenciales. Toda la información que usted entregue será usada exclusivamente para los propósitos de esta investigación.

Su participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted tiene derecho a no aceptar participar y terminar su participación en cualquier momento, sin mediar explicación y sin consecuencia para usted.

Los resultados obtenidos podrían ser publicados en revistas académicas o libros y/o ser presentados en conferencias, sin embargo, la identidad de los participantes no será revelada.

Si tiene preguntas acerca de esta investigación puede contactar al investigador responsable, Virginia González, vía correo electrónico: vickygc21@gmail.com

Esta investigación ha sido revisada y aprobada por el Comité de ética en Investigación del Centro Hospitalario Pereira Rossell.

A continuación indique su interés en participar o no en esta investigación:

Sí, acepto participar _____

NO, no acepto participar _____

Consentimiento informado subrogado

Fecha: ___/___/___, Hora:

Nombre del paciente:

Documento de identidad:

Relación del familiar/representante responsable con el paciente (especificar):

Yo _____, con documento de identidad _____, declaro haberme comunicado vía telefónica con _____, con documento de identidad _____,

Si sos madre/padre/tutor:

Yo _____, certifico que he sido informado/a con la claridad y veracidad respecto a la investigación en la que se lo invita a participar a mi hija/tutelada; que actúa libre y voluntariamente para consentir su participación en la misma, entendiendo que por esto dará acceso a su historia clínica y responderá una encuesta.

Se deja constancia de que posee la autonomía suficiente para retirarse de este estudio cuando lo considere conveniente, sin necesidad de justificación alguna ni perjuicio de ningún tipo. Se le ha dado la oportunidad de plantear sus dudas y estas le fueron respondidas.

Se respetará la buena fe, la confidencialidad e intimidad de la información sobre el paciente, lo mismo que su integridad física y psicológica.

Firma:

ASENTIMIENTO INFORMADO DEL PROYECTO: “Caracterización de los embarazos adolescentes hospitalizados en el Centro Hospitalario Pereira Rossell entre 2015 y 2023 en Montevideo, Uruguay.”

Autores: Darino J.; García L.; Ghio R.; Lima A.; Lorenzelli C.; Silva Y.

Tutores: Manuela Arce; Marcos Canto; Virginia González.

Asentimiento informado vía telefónica

Buenos días, soy [Nombre del entrevistador], estudiante de medicina, y pertenezco a un grupo de investigación de Facultad de Medicina UdelaR conformado por estudiantes de 6to año y docentes.

Te estamos llamando para invitarte a participar de una investigación para la Facultad de Medicina, en la que nos proponemos conocer las características de los embarazos adolescentes hospitalizados en el Centro Hospitalario Pereira Rossell en Montevideo, Uruguay.

Si aceptas participar, tendremos acceso a tu historia clínica, es decir, podremos mirar donde escriben los doctores cada vez que vas al control y te haremos una breve encuesta.

Nadie sabrá que los datos son tuyos, serán totalmente anónimos. No se divulgará ningún tipo de información personal.

Tu participación es voluntaria. Le vamos a pedir permiso a tus padres también, pero si tú no quieres hacerlo puedes decir que no y se priorizará tu decisión. Si decidís no participar no habrá problema, ni cambiará nada cuando vengas a consulta médica.

Si en algún momento no quieres participar más, te vamos a dejar un número de teléfono para que nos avises en este caso.

¿Tienes alguna duda? (Sí: ¿Cuál?/NO)

¿Deseas participar?

Sí, acepto participar _____

NO, no acepto participar _____

*Lo expuesto anteriormente puede adaptarse en función de las características de la conversación y de la adolescente.

*Si ella se aflige ante el cuestionario debido a recordar alguna etapa angustiante, dolorosa y/ o vinculada a algún tipo de violencia, escucharemos activa y empáticamente lo que tiene para decirnos e intentaremos brindarle contención y darle espacio para hablar sobre sus sentimientos o, en caso de que así lo desee, terminar la entrevista.

ANEXO 2:

Entrevista telefónica - Posibles preguntas

1. Durante tu adolescencia, ¿Tuviste alguna charla sobre educación sexual, tanto a nivel educativo o con algún médico; ¿Te explicaron los métodos para prevenir un embarazo alguna vez?; ¿Y métodos para la prevención de infecciones de transmisión sexual?
2. ¿Tienes idea o recuerdas a qué edad tu mamá tuvo su primer hijo? ¿Fue entre los 10 y 19 años de edad?
3. Cuando cursaste el embarazo, ¿recuerdas cuál era el ingreso del hogar?; ¿Menos de 17.000?; ¿Más de 47.000?
4. En el momento en el que cursaste el embarazo, ¿Tu vivienda contaba con paredes y techo de material?; ¿Espacio para cocinar?; ¿Cuántas personas conviven y con cuántos cuartos contaba la casa?; ¿El agua llegaba por cañerías dentro del hogar?; ¿Contaban con luz eléctrica?; ¿Tenías calefacción?; ¿Tenías heladera?; ¿Tenías calefón?

Si comparte vivienda con menor de 17 años, o la paciente lo era, preguntar si alguno/ella no asistía a un centro educativo formal.