

# Características actuales de la población pediátrica asistida en un centro de salud del primer nivel de atención en 2020-2021. Montevideo, Uruguay

Characteristics of the pediatric population assisted at primary care level in Montevideo, Uruguay

Características da população pediátrica assistida no nível de atenção primária em Montevideu, Uruguai

Virginia González<sup>1</sup>, María Laura Rovella<sup>2</sup>, Marcos Canto<sup>3</sup>,  
Vanessa Capotte<sup>4</sup>, María Victoria Charquero<sup>3</sup>, Estefania Garrone<sup>3</sup>,  
Lucía Rodríguez<sup>3</sup>, Valentina Rodríguez<sup>3</sup>, Rosina Sanders<sup>3</sup>, Federico Sosa<sup>3</sup>,  
Liseth Urias<sup>4</sup>, Mónica Holcberg<sup>5</sup>, Claudia Romero<sup>6</sup>, Loreley García<sup>7</sup>

## Resumen

**Introducción:** alrededor del 30% de las enfermedades infantiles responden a factores sociofamiliares y ambientales, asociados a condiciones de vida, dinámica familiar y exposición a sustancias tóxicas. Conocer las características de la población pediátrica que asiste este centro de salud nos ayudará a identificar factores que pueden estar influyendo en su salud.

### Objetivos:

- Describir las características clínico-epidemiológicas de la población menor de 15 años que recibió asistencia en el Centro de Salud Badano Repetto en el período 2020–2021.
- Conocer diferentes variables que pueden influir en la salud de esta población
- Identificar asociación de variables familiares y socioculturales con el desarrollo en las diferentes edades.

**Metodología:** estudio descriptivo, retrospectivo, corte transversal. Se incluyó una muestra por conveniencia del 15% del total de los niños y adolescentes menores de 15 años asistidos en el centro de salud desde 1/10/2020 hasta 31/3/2021. Variables estudiadas: del niño: sexo, edad, antecedentes perinatales, crecimiento y desarrollo, controles en salud, inmunizaciones, escolarización, actividades extracurriculares. De los padres: edad, nivel educativo, consumo de sustancias psicoactivas, antecedentes patológicos, empleo, privación de libertad. Familia y vivienda: estado civil de los padres, antecedentes de violencia doméstica, convivientes, características de la vivienda, servicios básicos, transferencias directas de ayuda, intervención de equipos de territorio. Fuente de datos: historias clínicas y vía telefónica. Registro en planilla prediseñada. Los resultados se expresan en frecuencias absolutas, relativas y medidas de tendencia central con su rango. Se utilizó test de Chi cuadrado o exacto de Fisher. Nivel de significación: 0,05. Programa Epi Info™ versión 7.2. Consentimiento informado telefónico a padres y asentimiento a adolescentes. Aprobado por el Comité de Ética del CHPR.

**Resultados:** consultaron 2.826 menores de 15 años, se incluyeron 426 (15%), pero solo 263 (62%) fueron analizados, dado que 163 (38%) no pudieron ser contactados telefónicamente. El 52% eran de sexo femenino. Media de edad: 4 años (5 días-14 años), 69% ≤5 años. 83% de los pacientes tenían adecuados controles de

1. Prof. Adj. Pediatría. Clínica Pediátrica B. Facultad de Medicina. UDELAR.

2. Asistente Clínica Pediátrica B. Facultad de Medicina. UDELAR.

3. Residente Pediatría. Facultad de Medicina. UDELAR.

4. Posgrado Pediatría. Facultad de Medicina. UDELAR.

5. Prof. Adj. Pediatría Clínica Pediátrica A. Facultad de Medicina. UDELAR.

6. Prof. Agda. Pediatría Clínica Pediátrica B. Facultad de Medicina. UDELAR.

7. Prof. Clínica Pediátrica B. Facultad de Medicina. UDELAR.

Centro de Salud Badano Repetto. Clínica Pediátrica B. Facultad de Medicina. Trabajo inédito.

Declaramos no tener conflictos de intereses.

Este trabajo ha sido aprobado unánimemente por el Comité Editorial.

salud y 91% estaban al día con sus inmunizaciones. 12% tenían sobrepeso/obesidad. El desarrollo neurológico fue adecuado en 93% en los menores de 5 años y en 56% de los mayores de 5 años de edad. En el caso de aquellos con trastornos del neurodesarrollo mayores de 5 años, 46% tenían trastornos del aprendizaje, 39% trastorno de conducta, 32% trastornos del lenguaje, 10% déficit intelectual. 56% estaba escolarizado, todos en escuelas públicas. En el caso de aquellos que no asistían a la escuela, 4 estaban en edad de asistencia obligatoria (6, 7, 9 y 10 años de edad). 20% de los niños/adolescentes había repetido por lo menos un año en escuela o liceo. Datos perinatales: 14% de las madres consumieron drogas; las más frecuentes fueron tabaco y pasta base de cocaína (PBC). 85% fueron recién nacidos de término, 10% presentaron depresión neonatal. 15% de niños/adolescentes estuvo expuesto a violencia doméstica y 32% de ellos (12/38) tenía por lo menos un padre con uso de drogas psicoactivas en el domicilio. 21% de los niños/adolescentes expuestos a violencia doméstica tenía una dificultad de aprendizaje. 8% de estos pacientes tenía por lo menos un padre que no había terminado educación primaria y 28% que no había terminado ciclo básico. Se encontró una relación significativa entre uso de drogas psicoactivas, declarada por uno o ambos padres, y violencia doméstica. No se encontró una relación significativa entre alteración del neurodesarrollo y violencia doméstica.

**Conclusiones:** estos hallazgos muestran una población social y económicamente vulnerable, padres con baja escolaridad, uso de pasta base de cocaína durante el embarazo en un porcentaje mayor al reportado nacionalmente, y 15% de niños/adolescentes expuestos a violencia doméstica, pero con un buen número de controles de salud. La mayor fortaleza encontrada por este estudio es la importancia de mantener una buena conexión con estas familias, que mostraron un alto nivel de compromiso con el centro de salud. Esto nos desafía a priorizar la prevención y promoción en salud como herramientas valiosas para adquirir salud de calidad para estos niños/adolescentes. Nuevos estudios, con otras metodologías, serán necesarios para analizar estas variables encontradas.

**Palabras clave:** Factores socioeconómicos  
Composición familiar  
Salud del niño  
Salud del adolescente

## Summary

**Introduction:** around 30% of childhood diseases are caused by social, environmental and family issues, as well as by life conditions, family dynamics and exposure to toxic substances. Understanding the characteristics of the pediatric population assisted at this Health Center, will help us identify health-threatening factors.

### Objectives:

- Describe the clinical and epidemiological characteristics of the population under 15 years of age assisted at Badano Repetto Health Center between 2020 and 2021.
- Understand the different variables that could influence this population's health.
- Identify the link between family, social and cultural variables and neurological development at different ages.

**Methodology:** descriptive, retrospective cross-sectional study. Convenience sampling of 15% of the total number of children and adolescents under 15 years of age, assisted at the Health Center from 10/01/2020 to 3/31/2021.

Variables: children: sex, age, perinatal history, growth and neurological development, health checkups, vaccines, school attendance, extracurricular activities. Parents: age, education, psychoactive substance use, pathological background, job, prison. Family and household: parent's marital status, domestic violence history, cohabitants, housing characteristics, basic household services, government aids, community interventions. Data source: medical records and telephone conversations. Data was recorded on template charts. We used results in absolute and relative frequencies, and their measures of central tendency measures and their range, Chi-square test or Fisher's exact test. Significance level 0,05. Epi Info Program, version 7.2. Informed parent and adolescent consent. Approved by the CHPR Ethics Committee.

**Results:** out of the 2826 patients under 15 years of age assisted at the clinic, we included 426 (15%), but only 263 (62%) were analyzed, since we were not able to reach 163 (38%) by phone. 52% were female. The average age was 4 years of age (5 days-14 years old). 69% of children were under 5 years old. 83% of patients had adequate number of checkups and 91% had an updated vaccination chart. 12% were overweight/obese. Neurodevelopment was adequate in 93% of those under 5 years of age, and 56%

of those over 5 years of age. Regarding those with neurodevelopmental difficulties and over 5 years of age, 46% had learning disabilities, 39% had behavioral disorders, 32% language disorders, 10% intellectual deficit. 56% attended school, all of them public schools. For those who did not attend school, 4 of them were old enough to attend mandatory school (6, 7, 9 and 10 years of age). 20% of the children and adolescents had failed at least one year in school or high school. Perinatal findings: 14% of mothers had substance use during pregnancy, mainly tobacco and cocaine base paste. 85% of them had been born to term, 10% had neonatal depression 15% of children/adolescents had been exposed to domestic violence and 32% of them (12/38) had one parent with psychoactive drug use at home. 21% of children/adolescents exposed to domestic violence had a learning disability. 8% had at least one parent who did not finish primary school and 28% who did not finish middle school. Statistically, a significant link was found between psychoactive substance use, declared by one or both parents, and domestic violence. No statistically significant link was found between neurodevelopmental difficulties and domestic violence.

**Conclusions:** these findings show a socially and economically vulnerable population, parents with little formal education, higher cocaine paste base use during pregnancy than the national statistics and 15% of children/adolescents exposed to domestic violence, even though they a high number of them had received their health checkups. The biggest strength shown by this study is the importance of maintaining a good bond with these families, who showed a high level of commitment with the health center. This leads us to prioritize health prevention and promotion as a valuable tool to achieve health quality standards for these children and adolescents. New studies, using other methodologies, will be necessary to analyze this data.

**Key words:** Socioeconomic factors  
Family characteristics  
Child health  
Adolescent health

## Resumo

**Introdução:** cerca de 30% das doenças infantis são causadas por questões sociais, ambientais e familiares, bem como por condições de vida, dinâmica familiar e exposição a substâncias tóxicas. Compreender as características da população pediátrica atendida neste Centro de Saúde, nos ajudará a identificar fatores de risco à saúde.

### Objetivos:

- Descrever as características clínico-epidemiológicas da população menor de 15 anos de idade atendida no Centro de Saúde Badano Repetto no período 2020-2021.
- Compreender diferentes variáveis que podem influenciar a saúde dessa população.
- Identificar uma relação entre as variáveis familiares e socioculturais e o desenvolvimento em diferentes idades.

**Metodologia:** estudo descritivo, retrospectivo, transversal. Foi incluída uma amostra por conveniência de 15% de todas as crianças e adolescentes menores de 15 anos atendidos no Centro de Saúde entre 01/10/2020 e 31/03/2021. Variáveis estudadas: da criança: sexo, idade, história perinatal, crescimento e desenvolvimento, controles de saúde, imunizações, escolaridade, atividades extracurriculares. Dos pais: idade, escolaridade, consumo de substâncias psicoativas, histórico médico, emprego, privação de liberdade. Família e habitação: estado civil dos pais, história de violência doméstica, coabitantes, características da moradia, serviços básicos, transferências de ajuda de custo, intervenção das equipes no território. Fonte de dados: prontuários e enquetes telefônicas. Cadastro em planilha padrão. Os resultados são expressos em frequências absolutas e relativas e medidas de tendência central com sua amplitude. Utilizou-se o teste do qui-quadrado ou exato de Fisher. Nível de significância 0,05. Programa Epi Info™ versão 7.2. Consentimento informado por telefone pais e consentimento dos adolescentes. Aprovado pelo Comitê de Ética do CHPR.

**Resultados:** 2.826 crianças menores de 15 anos consultadas, 426 (15%) foram incluídas, mas 263 (62%) foram analisadas, pois 163 (38%) não puderam ser contatadas por telefone. 52% eram do sexo feminino. Idade média 4 anos (5 dias -14 anos), 69% ≤ 5 anos. 83% dos pacientes possuíam controles de saúde adequados e 91% estavam com suas imunizações em dia. 12% com sobrepeso/obesidade. O

desenvolvimento neurológico foi adequado em 93% dos menores de 5 anos e em 56% dos maiores de 5 anos. No caso dos portadores de transtornos de neurodesenvolvimento com mais de 5 anos, 46% apresentavam transtorno de aprendizagem, 39% transtorno de conduta, 32% transtorno de linguagem, 10% déficit intelectual. 56% estavam na escola, todos em escolas públicas. No caso dos que não frequentaram a escola, 4 deles estavam em idade em idade escolar obrigatória (6, 7, 9 e 10 anos). 20% das crianças/adolescentes repetiram pelo menos um ano na escola ou no ensino médio. Dados perinatais: 14% das mães usavam drogas; pasta base de tabaco e maiormente pasta base de cocaína (PBC). 85% eram recém-nascidos a termo, 10% tinham depressão neonatal. 15% das crianças/adolescentes foram expostos à violência doméstica e 32% deles (12/38) tinham pelo menos um dos pais que usava drogas psicoativas em casa. 21% das crianças/adolescentes expostas à violência doméstica tinham dificuldade de aprendizagem. 8% desses pacientes possuíam pelo menos um dos pais com escola primária incompleta e 28% com ensino médio incompleto. Encontrou-se relação significativa entre o uso de drogas psicoativas, declarado por um ou ambos os pais, e a violência doméstica. Não foi encontrada relação significativa entre transtornos do neurodesenvolvimento e violência doméstica.

**Conclusões:** esses achados mostram uma população social e economicamente vulnerável, pais com baixa escolaridade, uso de pasta base de cocaína durante a gravidez em porcentagem superior ao reportado a nível nacional, e 15% de crianças/adolescentes expostos à violência doméstica, mas com um alto número de controles de saúde. A maior fortaleza encontrada por este estudo é a importância de manter um bom vínculo com essas famílias, que demonstraram alto nível de comprometimento com o centro de saúde. Isso nos leva a priorizar a prevenção e promoção da saúde como ferramentas valiosas para a aquisição de saúde de qualidade para essas crianças/adolescentes. Novos estudos, com outras metodologias, serão necessários para poder analisar essas variáveis encontradas.

**Palavras chave:** Fatores socioeconômicos  
Características da família  
Saúde da criança  
Saúde do adolescente

## Introducción

El Centro de Salud Badano Repetto se encuentra en el barrio Piedras Blancas, ubicado en el noreste de Montevideo, área que según MIDES posee al menos 40% de hogares pobres<sup>(1)</sup>. La zona de influencia de esta policlínica, que incluye los barrios Manga, Puntas de Manga, Puntas de Macadam, Artigas, Mendoza, Nuevo Mendoza, Giraldez, Capra, Nuevo Capra, Toledo Chico, Santa María y Piedras Blancas, abarca una gran área de territorio heterogéneo, identificándose distintas formas de uso del suelo tanto en actividades rurales y comerciales (zonas de granjas, vitivinicultura, floricultura y cría de animales) así como zonas residenciales.

En los últimos años ha cambiado el perfil socio-demográfico, con el crecimiento de los asentamientos irregulares, ocupando zonas no calificadas para uso residencial, sin acceso a servicios básicos. Concomitantemente, la población que vive en algunas zonas residenciales consolidadas ha sufrido un proceso de empobrecimiento.

Este crecimiento poblacional no fue acompañado por la mejora de los servicios sociales, en calidad y cantidad, que resultan insuficientes e ineficaces (educación, transporte, etcétera)<sup>(2)</sup>.

A los problemas socioeconómicos conocidos agregamos la situación actual de la pandemia por la enfermedad COVID-19.

Según el informe presentado en el año 2018 por el Ministerio del Interior sobre criminalidad, Piedras Blancas se encuentra entre los primeros 5 barrios con mayor número de homicidios del país<sup>(3)</sup>.

En diversas publicaciones se ha señalado que cerca del 30% de las enfermedades infantiles responden a factores sociofamiliares y ambientales, asociados a las condiciones de vida, la dinámica familiar y la exposición a sustancias tóxicas, lo que demuestra la necesidad de estudiar a los niños en su integridad biológica, social y cultural<sup>(4-7)</sup>.

Describir las características de la población pediátrica que se asiste en este Centro de Salud nos ayudará a identificar e intervenir en distintos factores que pueden estar influyendo en esta comunidad a nivel sanitario, como así también en la adquisición de adecuadas pautas de desarrollo.

## Objetivos

- Describir las características clínico-epidemiológicas de la población menor de 15 años que recibió asistencia en el Centro de Salud Badano Repetto en el período 2020-2021.
- Conocer diferentes variables que pueden influir en la salud de esta población.



- Identificar asociación de variables familiares y socio-culturales con el desarrollo neurológico en los distintos rangos etarios.

## Metodología

Estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, mediante la revisión de historias clínicas de la población menor de 15 años asistida en el Centro de Salud Badano Repetto del barrio Piedras Blancas de la ciudad de Montevideo, durante el período 2020-2021.

Se seleccionó una muestra aleatoria del 15% de todos los niños/as y adolescentes menores de 15 años que recibieron asistencia por médico en el Centro de Salud desde el 1º/10/2020 hasta el 31/3/2021. Se incluyeron todos aquellos que otorgaron su consentimiento informado, y se excluyeron de este trabajo, todos los pacientes que no pudieron ser contactados para poder otorgar el mismo.

Se analizaron las siguientes variables:

Del niño: sexo, edad, antecedentes perinatales, crecimiento y desarrollo, controles en salud, inmunizaciones, escolarización, actividades extracurriculares.

De los padres se indagó sobre madre y padre por separado: edad, nivel educativo, abuso de sustancias, antecedentes patológicos, empleo, privación de libertad.

Familia y vivienda: estado civil de los padres, antecedentes de violencia doméstica, convivientes, características de la vivienda, servicios básicos, transferencias directas de ayuda (Asignación Familiar, tarjeta Uruguay Social, pensión), intervención de equipos de territorio (ETAF, UCC, APEX). Pensión. Situación de calle. Vivienda colectiva (albergue).

El listado de pacientes que consultó en el período de estudio fue proporcionado por el Departamento de Registros Médicos del Centro. La fuente de datos fueron las historias clínicas en formato papel, electrónico y vía telefónica.

Para el registro de las variables se utilizó una planilla de encuesta diseñada para el estudio, que se completó únicamente por los autores, sin incluir datos identificatorios de los usuarios, respetando la confidencialidad del paciente y el derecho del secreto profesional (anexo 1).

## Análisis estadístico

Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias absolutas y relativas (%), las variables cuantitativas en medidas de tendencia central y su rango. Para el estudio de asociación entre variables se utilizó test de Chi cuadrado o Exacto de Fisher en los casos necesarios. En todos los casos se fijó como nivel de significación de 0,05. Para procesar los datos se utilizó el programa Epi Info™ versión 7.2.

## Consideraciones éticas

Se solicitó consentimiento informado telefónico para la recolección de datos y la divulgación de los resultados, sin datos identificatorios y con fines académicos. Se solicitó consentimiento a los padres o tutores de los niños/as incluidos en el estudio y el asentimiento de los adolescentes según el logro de la adquisición de autonomía progresiva.

Se solicitó aprobación al Comité de Ética del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) y autorización a la Red de Atención de Primer Nivel (RAP) de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).

## Resultados

Consultaron 2.826 menores de 15 años, se incluyeron 426 (15%), elegidos aleatoriamente. Se analizaron 263 (62%) de los 426 niños/adolescentes seleccionados, los 163 (38%) restantes no se pudieron localizar telefónicamente, por cambio del mismo. El 52% (136/263) eran de sexo femenino. La media de edad fue 4 años (5 días-14 años). El 69% de los niños tenía una edad  $\leq 5$  años.

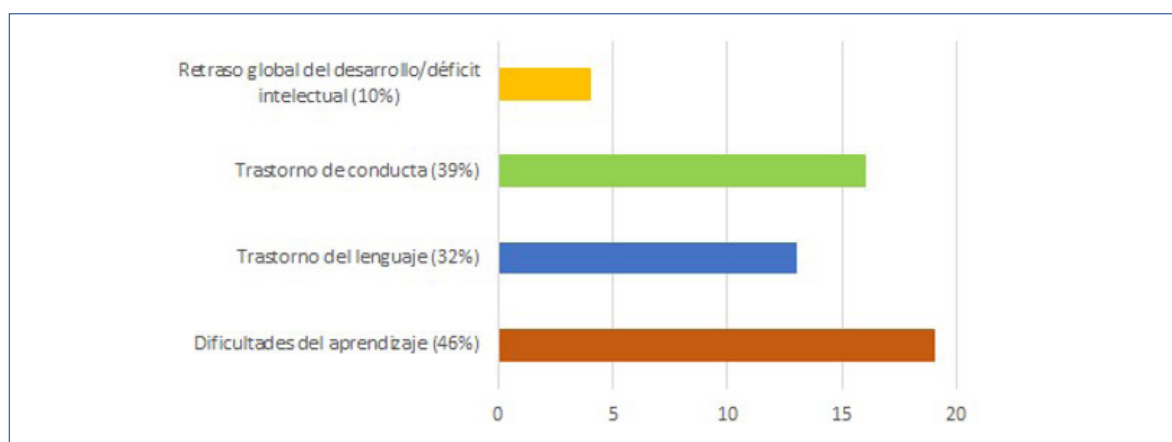
El 83% de los pacientes tenía adecuados controles en salud y 91% tenía el esquema de vacunación vigente. El 12% tenían sobrepeso/obesidad (3,5% y 5,4% de sobrepeso y obesidad respectivamente para niños mayores de 5 años). El neurodesarrollo fue adecuado en el 84% y de los que tenían alteraciones del desarrollo, la mayoría eran mayores de 5 años. El 56% de los niños estaban escolarizados, todos en instituciones públicas. De los que no estaban escolarizados, 4 estaban en edad de escolarización obligatoria (6, 7, 9 y 10 años). El 20% de los niños o adolescentes había repetido al menos un año en la escuela o el liceo. El 10% refería concurrir a alguna actividad extracurricular (deportes, talleres, club de niños, etcétera). La tabla 1 muestra las características de la población y la figura 1 describe las alteraciones del desarrollo encontradas.

De los datos perinatales: 76/235 (32%) era hijo de un primer embarazo, el 90% de los embarazos había tenido algún control, 33/236 (14%) de las mujeres había consumido alguna sustancia tóxica durante el embarazo. El 85% fueron recién nacidos de término, el 81% nació con normopeso, el 84% no presentó ninguna patología perinatal y el 10% presentó depresión neonatal. Estos datos se detallan en la tabla 2.

Al relacionar los controles prenatales con el consumo de sustancias tóxicas durante el embarazo (alcohol, tabaco, cocaína, pasta base de cocaína y marihuana), se observó una relación significativa entre consumo de sustancias y embarazo sin control (tabla 3).

**Tabla 1.** Características de los niños/as y adolescentes.

		Total (%)	Sin datos (% de 263)
Sexo (n: 263)	Femenino	136 (52)	0
	Masculino	127 (48)	
Controles en salud (n: 261)	Bien controlado	217 (83)	2 (0,8)
	Mal controlado	44 (17)	
CEV (n: 259)	Vigente	235 (91%)	4 (1,6)
	No vigente	12 (4,5)	
	Atrasado	12 (4,5)	
<b>Estado nutricional (n: 260)</b>			
	Adecuado	222 (85,4)	3 (1)
	Desnutrición	6 (2,2)	
	Talla baja	1 (0,4)	
Sobrepeso (n: 18, 7%)	≥ 5 años	14	
	< 5 años	4	
Obesidad (n: 13, 5%)	≥ 5 años	9	
	< 5 años	4	
<b>Desarrollo (n: 260)</b>			
Normal		219 (84)	3 (1)
Alterado (n: 41, 16%)	≤ 5 años	9	
	> 5 años	32	
<b>Escolarización (n: 262)</b>			
No		18 (7)	1 (0,4)
No corresponde por edad		97 (37)	
Sí (n: 147, 56%)	Primaria	62	
	Secundaria	18	
	Jardín	34	
	Caif	33	
	Escuela especial	2	
	No responde	114	
<b>Actividad extracurricular (n: 254)</b>	Sí	25 (10)	9 (3)
	No	229 (90)	
<b>Repetición escolar/liceal (n: 144)</b>	Sí	29 (20)	119 (45%)
	No	115 (80)	



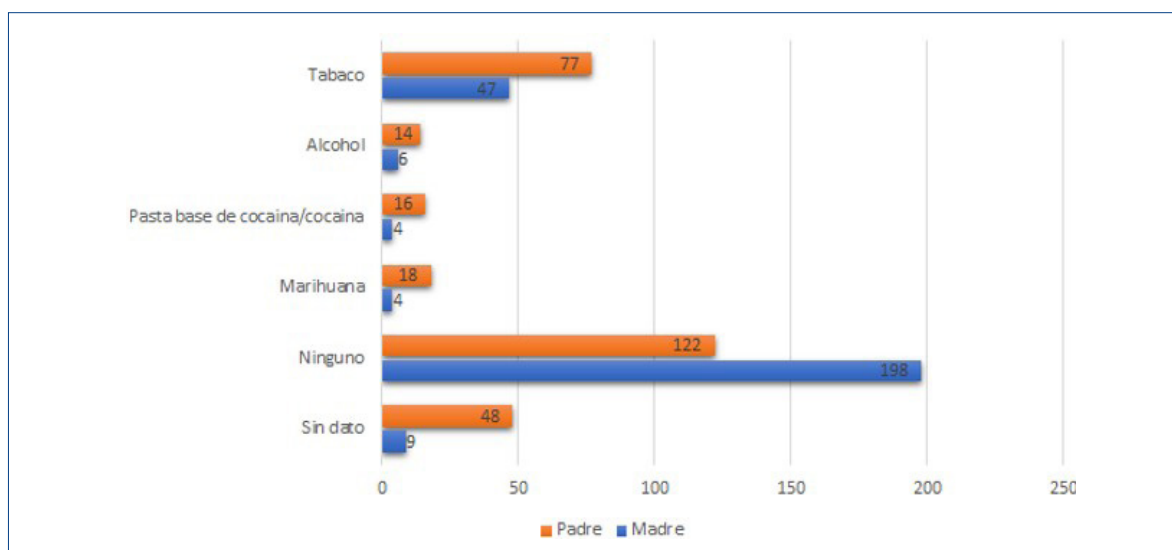
**Figura 1.** Alteraciones del desarrollo (n=41). Algunos niños o adolescentes tenían más de una alteración del desarrollo.

**Tabla 2.** Antecedentes perinatales (n=263).

		Total (%)	Sin datos (% del 263)
<b>Antecedentes perinatales</b>			
Nº gestación (n: 235)	1º	76 (32)	28 (10,6)
	> 1	159 (68)	
Controles prenatales (n: 239)	Sí	216 (90)	24 (9)
	No	23 (10)	
Consumo durante embarazo (n: 236)	Tabaco	25 (76)	27 (10,3)
	PBC	4 (12)	
	Alcohol	3 (9)	
	Marihuana	1 (3)	
	Sin consumo	203	
Edad gestacional al nacer (n: 238)	Término	199 (76)	25 (9,5)
	Pretérmino leve	23 (10)	
	Pretérmino moderado/severo	12 (6)	
Peso al nacer (n: 237)	Normopeso	194 (81)	26 (9,8)
	Macrosómico	12 (5)	
	Bajo peso al nacer	28 (12)	
	MBPN y EBPN	3 (2)	
Patología perinatal (n: 242)	Sí	38 (16)	21 (8)
	No	204 (84)	

**Tabla 3.** Consumo durante embarazo y control de embarazo.

		Embarazo sin control		Total	Valor de P (Mid-p exacto)
		Sí	No		
Consumo durante el embarazo	Sí	8	25	33	0,004
	No	15	188	203	
		23	213	236	



**Figura 2.** Sustancias consumidas por los padres (n=263). \* Algunos consumen más de una sustancia.

**Tabla 4.** Empleo.

		Padres (n: 263) (%)
Empleo	Desempleo	31 (12)
	Formal	71 (27)
	Informal	104 (39,5)
	Sin datos	57 (21,5)

Padres: la media de edad de las madres fue de 28 años (16-54) y 2 de las 263 habían estado privadas de libertad, mientras que la media de edad de los padres fue de 32 (18-72) y 12/263 privados de libertad.

El 49% (128/263) de los padres estaban casados o vivían en concubinato, el 30% estaba divorciado, 3% estaba en pareja pero no convivía, 14% no tenía contacto con la pareja, en el 2% había fallecido uno de los integrantes de la pareja y el 2% no aportó ese dato.

En relación al nivel educativo: 92/263 madres (35%) habían completado primaria, 15% el ciclo bá-

sico, 4% bachillerato y 3% de las madres no habían completado primaria.

De los padres: 82/263 (31%) habían completado educación primaria, 13% ciclo básico, 1,5% bachillerato y 4,5% no habían completado educación primaria. Solo un padre y tres madres tenían educación terciaria incompleta.

El 39,5% de los padres realizaba trabajo informal (tabla 4).

El 67% de las madres (177/263) refirió no tener antecedentes patológicos a destacar. Las patologías más frecuentes fueron: asma en 16, hipertensión arterial (HTA) en 5 e hipotiroidismo en 5. De los padres, 75% (198/263) negaban comorbilidades y los antecedentes más frecuentes fueron asma en 5, patologías psiquiátricas en 4 e HTA en 3.

En relación al consumo de sustancias tóxicas: 56/263 madres (21%) y 92/263 padres (35%) relataron consumir una o más sustancias (figura 2).

Hogar: el 56% vivía en casa propia, mientras que el 20% lo hacía en una casa prestada y el 7.5% eran ocupantes. El 23% de los hogares se ubicaba en asentamientos, el 9% estaba construido con chapas u otros



**Tabla 5.** Situación habitacional.

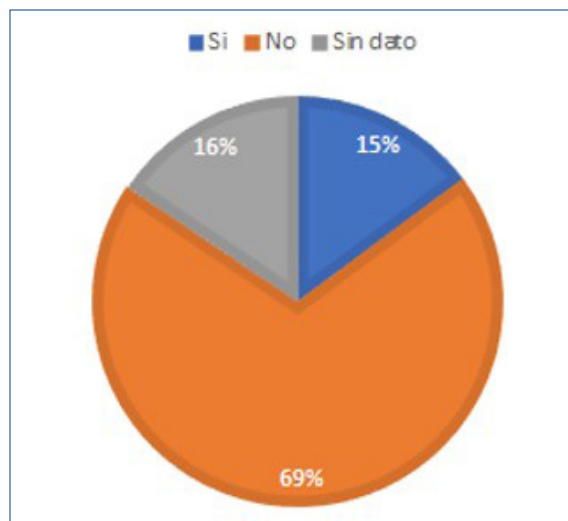
		Total (%)	Sin datos (% de 263)
Vivienda (n: 241)	Propia	135 (56)	22 (8)
	Alquilada	38 (16)	
	Prestada	49 (20)	
	Ocupantes	18 (7.5)	
	Vivienda colectiva	1 (0.5)	
Asentamiento N: 239	Sí	56 (23)	24 (10)
	No	183 (77)	
Materiales de las paredes (n: 234)	Bloque/ladrillo	213 (91)	29 (11)
	Chapa	7 (3)	
	Otros (costanera, maderas, etc)	14 (6)	
Materiales del techo (n: 234)	Chapa	156 (67)	29 (11)
	Planchada	78 (33)	
Luz eléctrica (n: 240)	Formal	188 (78)	23 (9)
	Informal	52 (22)	
Baño (n: 240)	Intradomiciliario	221 (92)	23 (9)
	Extradomiciliario	19 (8)	
Número de convivientes del niño o adolescente (n: 253)	4 o menos	172 (68)	10 (4)
	5 o más	81 (32)	

materiales no sólidos y el 66,7% tenía techo liviano. El 21,7% contaba con luz eléctrica informal y el 8% con baño fuera de la casa. El 32% de los niños o adolescentes convivía con 5 o más personas en su hogar (tabla 5).

En el 17,5% de los hogares que aportaron el dato, existía algún tipo de violencia doméstica (39/222), en la figura 3 se muestran los porcentajes totales, incluyendo los que no aportaron el dato.

Se encontró una relación significativa entre el consumo de sustancias psicoactivas, declarado por uno o ambos padres, y la presencia de violencia doméstica (VD). La relación no fue significativa para alteraciones del desarrollo en hogares donde refirieron VD (tablas 6 y 7).

En el 5% de los hogares existía algún tipo de intervención por equipos de territorio, y el 13% de los hogares no percibía ningún tipo de ayuda económica por parte del Estado (figuras 4 y 5).

**Figura 3.** Violencia doméstica en el hogar (n=263)

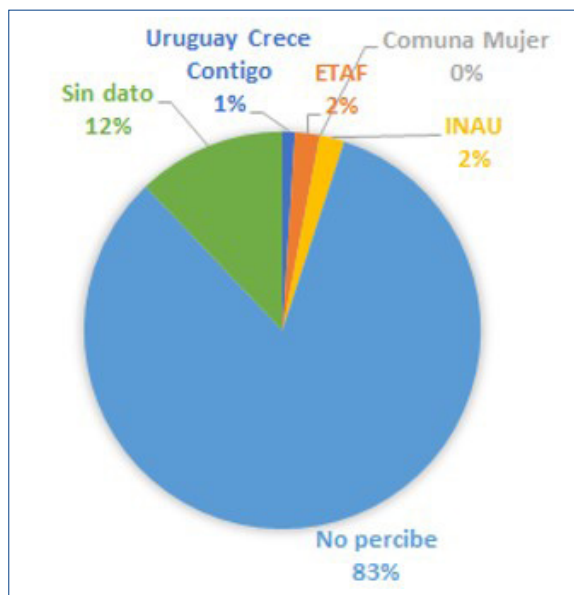
**Tabla 6.** Violencia doméstica en hogares con uno o ambos padres consumidores.

	Violencia doméstica		N:	Mid-p exacto
	Sí	No		
Consumo de algunos de los padres (alcohol, marihuana, PBC, psicofármacos)	Sí	12	26	0.000006576
	No	27	404	
		39	430	

Son 526 consumos de madre y/o padre, en 57 no había datos.

**Tabla 7.** Alteraciones del desarrollo en hogares con violencia doméstica.

	Alteraciones en el desarrollo (desarrollo/aprendizaje/conducta)		N:	Chi cuadrado
	Sí	No		
Violencia doméstica	Sí	8	31	0.08222
	No	22	160	
		30	191	



**Figura 4.** Intervención en territorio.

### Discusión

Los resultados describen una población de niños, en su mayoría menores de 5 años, como era esperable dada la situación epidemiológica del país con respecto a la pandemia por SARS-CoV 2, en el momento de la recolección de datos. Durante este período se priorizó la atención de los niños más pequeños, tanto de forma presencial como virtual. Los niños estaban,

en su mayoría, bien controlados en salud con esquemas de vacunación vigentes. Esto muestra el acceso de esta población al centro de salud y el vínculo de la familia con el mismo, a pesar de la pandemia y de las diferentes dificultades familiares.

Delfino y colaboradores publicaron en 2020 la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños uruguayos en los últimos 20 años. En ese trabajo se describió una prevalencia de sobrepeso/obesidad en menores de 5 años de 11,5% entre 2010 y 2018, y una prevalencia media de sobrepeso de 25,2% y de obesidad de 9,7% en mayores de 5 años<sup>(8)</sup>. En los niños y adolescentes de este estudio se encontró una prevalencia de sobrepeso y obesidad algo menor a la conocida para niños uruguayos.

Con respecto a la escolarización llama la atención que 4 niños no estaban escolarizados como debían. Estas situaciones deben analizarse individualmente para conocer las causas y acercar estas familias al sistema educativo. El 20% de la población había repetido al menos un año escolar, se detectaron alteraciones del desarrollo y se pudieron reconocer específicamente algunas de ellas. Como pediatras debemos conocer y profundizar en los motivos del retraso escolar y de las diferentes dificultades de aprendizaje para realizar una intervención oportuna y adecuada junto a los centros educativos.

De los datos perinatales, casi el 70% eran madres con más de un hijo y el 90% había tenido algún control de embarazo. Los embarazos sin control muestra-

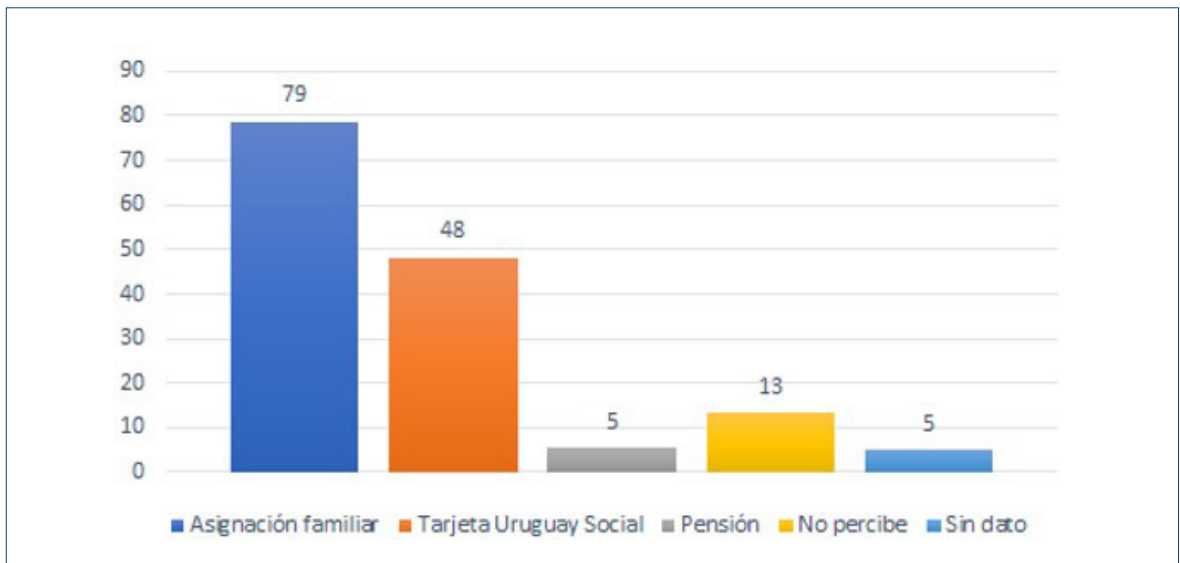


Figura 5. Transferencias económicas estatales (%).

ron relación con el consumo materno de sustancias tóxicas.

El consumo de sustancias durante la gestación se ha relacionado con consecuencias negativas para la salud del binomio materno-fetal, poniendo en riesgo la vida de la madre y su hijo.

La información sobre prevalencia de consumo de drogas en mujeres durante el embarazo es limitada, tanto a nivel nacional como internacional.

En nuestro país Magri y colaboradores estudiaron en 2007 la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas durante la gestación, en púerperas del Centro Hospitalario Pereira Rossell y Hospital de Clínicas. Se realizó además la detección de biomarcadores de exposición fetal a drogas en meconio de los hijos de dichas púerperas. La encuesta mostró un consumo durante la gestación de 42% de tabaco, 37% de alcohol, 1,5% de marihuana y 0,4% de pasta base de cocaína. Las pruebas sobre meconio revelaron porcentajes más altos que aquellos surgidos de las encuestas a las madres. Numerosos autores han estudiado y reportado los efectos de la cocaína sobre el desarrollo neurológico de lactantes y niños que han sido expuestos a cocaína intraútero por consumo materno. Estos estudios, que incluyen seguimiento de los niños entre el nacimiento y la primera década de vida, revelaron alteraciones en el neurodesarrollo tales como déficits cognitivos, trastornos del lenguaje y aprendizaje y trastornos del crecimiento<sup>(9)</sup>.

Otro estudio uruguayo que comparó la autodeclaración materna de consumos durante 2013 y 2016, mostró un aumento significativo en la autodeclaración del consumo de marihuana y alcohol antes y durante el embarazo. El consumo de cocaína y pasta

base de cocaína se mantuvo estable en ese periodo. El consumo de tabaco disminuyó significativamente en mujeres embarazadas. El uso de cocaína y pasta base de cocaína (PBC) no cambió significativamente entre 2013 y 2016<sup>(10)</sup>.

Los datos de este estudio mostraron un 14% de consumo de sustancias tóxicas durante el embarazo, de las cuales el tabaco y la pasta base de cocaína fueron las más frecuentes. Sin embargo, el consumo declarado de los padres fuera del embarazo mostró una prevalencia de 21% para las madres y 35% para los padres, siendo más frecuentes el tabaco y la marihuana en las primeras y tabaco y alcohol para los padres. El consumo es mayor fuera del embarazo, pero el consumo de PBC fue más frecuente durante el embarazo que fuera de él.

El consumo de los padres se relacionó con violencia doméstica.

En Uruguay en 2018 se publicaron datos sobre el aumento del consumo de alcohol y marihuana. El tabaco es la segunda droga más consumida en Uruguay, y el 7,8% de las personas entre 15 y 65 años ha consumido cocaína alguna vez en su vida<sup>(11)</sup>.

Dentro de las alteraciones del desarrollo, no se pudo demostrar asociación entre violencia doméstica y alteraciones en el desarrollo en esta muestra de pacientes. Las alteraciones del desarrollo son multifactoriales, la violencia doméstica es una de las múltiples variables sociales que pueden alterar el desarrollo de los niños<sup>(12)</sup>.

Los trastornos del desarrollo constituyen un grupo heterogéneo de problemas de prevalencia creciente que se presentan en la edad pediátrica, entre los que se encuentran déficits motores y neurosensoriales

(auditivos y visuales), déficit intelectual, trastornos del espectro autista, trastornos del lenguaje y dificultades de aprendizaje, entre otros. Su detección temprana permite aplicar intervenciones eficaces que impactan positivamente en su evolución, disminuyen la discapacidad y favorecen la inclusión social<sup>(13)</sup>.

Los padres de esta población son adultos jóvenes, sanos, entre los que predomina el trabajo informal y casi el 51% de los hogares son monoparentales. Los antecedentes de prisión y patología psiquiátricas fueron más frecuentes entre los padres que entre las madres.

En el año 2019, según el Instituto Nacional de Estadística (INE), el 44% de la población uruguaya mayor o igual a 25 años tenía entre 7 y 12 años de estudios completados, el 26% entre 4 y 6 años y casi el 5% entre 0 y 3 años<sup>(14)</sup>. Los resultados de este estudio muestran un nivel educativo menor al de la población general, algo mejor en las madres que en los padres, con una prevalencia de primaria incompleta similar.

El 23% de las viviendas de la población estudiada están ubicadas en asentamientos, en las cuales viven 5 o más personas en el 32% de los casos. Los datos del censo de 2011 muestran un 5% de la población nacional residiendo en asentamientos, con un promedio de 3,4 personas por vivienda<sup>(15)</sup>.

Estos datos nos muestran la gran vulnerabilidad social y económica de estas familias, y la diversidad de variables que pueden estar vinculadas a alteraciones del desarrollo de los niños y adolescentes de este sector del país.

Este trabajo presenta dos debilidades importantes: la primera es la pérdida de un 38% de pacientes a analizar debido a cambios de teléfono, fenómeno frecuente en esta población, pero que disminuyó la muestra calculada para análisis y la fuerza de representación. La segunda debilidad fue la cantidad de variables sin datos que se obtuvieron y que no permite evaluar la totalidad de esta muestra. La falta de datos se debió a que muchos de los padres, madres o tutores que contestaron la encuesta no recordaban, no sabían o no quisieron dar alguna información.

De todos modos los autores reconocen los resultados obtenidos como muy valiosos para pensar estrategias que mejoren la calidad asistencial.

## Conclusiones

Las características analizadas muestran una población muy vulnerable desde el punto social y económico. Debemos buscar estrategias para aumentar y acercar ayudas económicas y sociales a estas familias, evitar la violencia doméstica y el consumo de drogas, así como estimular la educación y el trabajo formal. Mantener el vínculo con el sistema de salud es la fortaleza que ha mostrado este trabajo, con el

compromiso que estas familias tienen con el sistema de salud. Eso nos desafía a priorizar la prevención y promoción de salud como herramientas válidas para lograr la salud de calidad en estos niños, niñas y adolescentes.

Nuevos estudios, utilizando otra metodología, serán necesarios para el análisis de las variables encontradas.

## Referencias bibliográficas

1. Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo. Unidad de Seguimiento de Programas. División Monitoreo. Identificación y caracterización de la pobreza en unidades espaciales de Montevideo y Área Metropolitana. Montevideo: MIDES, 2011.
2. Intendencia Municipal de Montevideo. Planificación estratégica. Unidad de Estadística. Información física y socio-demográfica por Municipio. Fuente: Fase 1 censo 2004, censo 2011, ECH 2016. Montevideo: IMM, 2017. Disponible en: [https://municipiod.montevideo.gub.uy/sites/municipiod/files/informacionfisicaysociodemograficapormunicipio2016\\_1.pdf](https://municipiod.montevideo.gub.uy/sites/municipiod/files/informacionfisicaysociodemograficapormunicipio2016_1.pdf). [Consulta: 3 marzo 2021].
3. Uruguay. Ministerio del Interior. División de Estadísticas y Análisis Estratégico. Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad. Homicidios, 1° de enero al 31 de diciembre (2017 - 2018). Montevideo: Ministerio del Interior, 2018. Disponible en: [https://www.minterior.gub.uy/observatorio/images/pdf/2018/HOMICIDIOS\\_2018.pdf](https://www.minterior.gub.uy/observatorio/images/pdf/2018/HOMICIDIOS_2018.pdf). [Consulta: 3 marzo 2021].
4. Schettler T, Stein J, Reich F, Valenti M. En la línea de fuego: amenazas tóxicas para el desarrollo del niño. Buenos Aires: Asociación Argentina de Médicos por el Medio Ambiente, 2005. Disponible en: <http://www6.rel-uita.org/salud/ninos-linea-de-fuego.htm>. [Consulta: 3 marzo 2021].
5. Tellerías L, Paris E. Impacto de los tóxicos en el neurodesarrollo. *Rev Chil Pediatr* 2008; 79(Supl.1):55-63.
6. Farver J, Xu Y, Eppe S, Fernandez A, Schwartz D. Community violence, family conflict, and preschoolers' socioemotional functioning. *Dev Psychol* 2005; 41(1):160-70
7. Málaga I, Arias J. Los trastornos del aprendizaje: definición de los distintos tipos y sus bases neurobiológicas. *Bol Pediatr* 2010; 50:43-7.
8. Delfino M, Rauhut B, Machado K. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños uruguayos en los últimos 20 años: revisión de la bibliografía nacional. *Arch Pediatr Urug* 2020; 91(3):128-38.
9. Pascale A. Consumo de drogas durante el embarazo: efectos sobre el binomio materno-fetal, recién nacido y primera infancia. Modalidades terapéuticas y estrategias de prevención. Montevideo: PNUD, 2015.
10. Moraes M, Pinto F, Pereiras C, Fischer A, Vogel C, Duarte V, et al. Autodeclaración del consumo de marihuana, tabaco, alcohol y derivados de cocaína en embarazadas en 2013 y 2016, Montevideo, Uruguay. *Adicciones* 2020; 32(3):173-80.
11. Observatorio Uruguayo de Drogas. Junta Nacional de Drogas. VII Encuesta nacional sobre consumo de drogas en población general. Informe de investigación. Año 2019. Montevideo: Junta Nacional de Drogas, 2019. Presidencia de la República, Uruguay. Disponible en: [https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/VII\\_ENCUESTA\\_NACIO](https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/VII_ENCUESTA_NACIO)

- NAL\_DROGAS\_POBLACION\_GENERAL\_2019.pdf. [Consulta: 3 marzo 2021].
12. Uruguay. Ministerio del Interior. Ministerio del Interior presenta datos de violencia doméstica y de género. Montevideo, 30 de Noviembre 2020. Disponible en: [https://www.minterior.gub.uy/index.php?option=com\\_content&view=article&id=8437](https://www.minterior.gub.uy/index.php?option=com_content&view=article&id=8437). [Consulta: 3 marzo 2021].
  13. Giachetto G, Santoro A, Pérez M, Mass F. Validación de un instrumento para la pesquisa de problemas del desarrollo en menores de 5 años en Uruguay. *Rev Méd Urug* 2020; 36(1):28-38.
  14. Uruguay. Instituto Nacional de Estadísticas. Educación. Información del INE y del Sistema Nacional de Educación del Uruguay. Montevideo: INE, 2015. Disponible en: <https://www.ine.gub.uy/web/guest/educacion>. [Consulta: 3 marzo 2021].
  15. Uruguay. Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente. Programa de mejoramiento de barrios. Unidad de Evaluación y Monitoreo. Informe técnico: relevamiento de asentamientos irregulares. Primeros resultados de población y viviendas a partir del censo 2011. Montevideo: MVOTMA, 2012. Disponible en: <http://dspace.mides.gub.uy:8080/xmlui/handle/123456789/571>. [Consulta: 3 marzo 2021].

**Correspondencia:** Dra. Mónica Holcberg.  
Correo electrónico: moniholc@gmail.comv

Todos los autores declaran haber colaborado en forma significativa  
Virginia González, ORCID 0000-0003-4817-3288.  
María Laura Rovella, ORCID 0000-0001-5130-7369.  
Marcos Canto, ORCID 0000-0003-0406-9403.  
Vanessa Capotte, ORCID 0000-0003-4937-7004.  
María Victoria Charquero, ORCID 0000-0002-0632-1062.  
Estefanía Garrone, ORCID 0000-0002-1397-4969.  
Lucía Rodríguez, ORCID 0000-0003-0276-8809.  
Valentina Rodríguez, ORCID 0000-0003-3366-595X.  
Rosina Sanders, ORCID 0000-0001-9956-4284.  
Federico Sosa, ORCID 0000-0002-4624-1972.  
Liseth Urias, ORCID 0000-0002-4869-086X.  
Mónica Holcberg, ORCID 0000-0002-1779-384X.  
Claudia Romero, ORCID 0000-0002-7296-0102.  
Loreley García, ORCID 0000-0003-2151-7554



### Anexo 1. Encuesta. Características epidemiológicas de la población. Piedras Blancas.

Sexo: F M

Edad: \_\_\_\_

#### Antecedentes perinatales

N° de gestación \_\_\_\_

Embarazo bien controlado: S N

Consumo durante el embarazo: Alcohol / Cigarrillos / Marihuana Cocaína / Pasta Base.

EG al nacer: Término / Término inmaduro / Prétermino leve/moderado/severo

Peso al nacer: Adecuado BPN PEG MBPN MMBPN GEG

Apgar: Vigoroso DNM DNS

Patología perinatal S N

Comentarios

---

Bien controlado en salud S N

CEV: vigente no vigente

Crecimiento: Adecuado / Desnutrición / Sobrepeso /obesidad / talla baja.

Desarrollo: Adecuado / Retraso global del desarrollo / Trastornos del Lenguaje / Trastornos de conducta / Problemas de aprendizaje Escolarizado: N S: Caif / Jardín / Primaria / Secundaria Público Privado.

Año que cursa: \_\_\_\_

Repetición: S N

Comentarios

---

Actividades extracurriculares: S N

Comentarios

---

Convive con

Madre \_\_\_\_ Padre \_\_\_\_ Hermanos N° (\_\_\_\_) padrastro/madrastra \_\_\_\_ Otros familiares \_\_\_\_

Total de convivientes \_\_\_\_

Padres: casados concubinato separados sin contacto

#### Madre:

Edad \_\_\_\_

Nivel educativo

Primaria completa / incompleta Secundaria: completa / incompleta UTU \_\_\_\_

Terciario: completa / incompleta

Consumo de sustancias: Alcohol / Cigarrillos / Marihuana / Cocaína / Pasta Base / Psicofármacos

Patología psiquiátrica Si No

Déficit intelectual Si No

Trabaja No Sí (formal / informal)

Privada de libertad Si No

#### Padre:

Edad \_\_\_\_

Nivel educativo:

Primaria: completa / incompleta Secundaria: completa / incompleta UTU \_\_\_\_

Terciario: completa / incompleta

Consumo de sustancias: Alcohol / Cigarrillos / Marihuana / Cocaína

/ Pasta Base / Psicofármacos

Patología psiquiátrica: Si No Déficit intelectual: Si No Trabaja: No Si (formal / informal) Privado de libertad Si No

Comentarios

---

**Anexo 1.** (continuación)

Violencia doméstica S N

Vivienda: Propia / Alquilada / Prestada / Ocupantes. Asentamiento: SI No

Paredes: bloque / ladrillo / chapa / madera / costanero/ otros \_\_\_\_\_

Techo: planchada / chapa / madera / costanero / otros \_\_\_\_\_

Luz eléctrica: Formal / Informal

Baño: Intradomiciliario / Extradomiciliario

Situación de calle

Viviendas colectivas (albergues) Transferencias económicas directas de ayuda:

Asignación familiar / Tarjeta Uruguay Social / Canasta

Intervención de equipos de territorio:

AYEX / UCC / ETAF Otros (cuál) \_\_\_\_\_

Pensión

Por características de algún integrante del grupo familiar: Discapacidad/ Vejez -Por retención judicial de hijos menores