

Características sociodemográficas y obstétricas de adolescentes embarazadas que asisten a control prenatal en los equipos básicos de atención integral en salud en una comunidad urbana y otra rural de Costa Rica

(Sociodemographic and obstetric characteristics of pregnant adolescents attending prenatal care at basic comprehensive health care teams in an urban and a rural community in Costa Rica)

Lilliam Marín-Arias¹, Yamileth Gutiérrez Obregón²

Afiliación Institucional:

Universidad de Costa Rica, Instituto de Investigaciones en Salud (INISA), Sección de Infección-Nutrición. San José, Costa Rica. lilliam.marin@ucr.ac.cr

 0000-0001-9426-1225.

Universidad de Costa Rica, Escuela de Enfermería. San José, Costa Rica. yamileth.gutierrez@ucr.ac.cr

 0009-0004-2031-6624.

Abreviaturas:

CCSS; Caja Costarricense del Seguro Social.

EBAIS; Equipo Básico de Atención Integral de Salud.

INEC; Instituto de Estadística y Censos.

OMS; Organización Mundial de la Salud.

OPS; Organización Panamericana de la Salud.

UNFPA; Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Financiamiento: Este proyecto 742-B3-324 fue financiado por la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica.

Agradecimientos y colaboradores

A la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica por el Fondo de Estímulo a la Investigación Intersedes asignado al proyecto de investigación.

A las direcciones médicas del Área de Salud de Golfito y Alajuelita por el apoyo brindado a la realización de este proyecto.

A las adolescentes madres que participaron en este estudio por abrirnos las puertas de su residencia durante los dos años de recolección de datos.

✉ lilliam.marin@ucr.ac.cr



Esta obra está bajo una licencia internacional: Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0.

Resumen

Objetivo: describir las características sociodemográficas y obstétricas de un grupo de adolescentes embarazadas que asisten a control prenatal en los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud en una comunidad urbana y rural de Costa Rica.

Métodos: se realizó un estudio cualitativo de tipo descriptivo transversal en una comunidad rural (Golfito) y urbana (Alajuelita) de Costa Rica. La población del estudio estuvo conformada por todas las adolescentes embarazadas que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: tener menos de 20 años, asistir a control prenatal en los EBAIS de las comunidades en estudio y firmar el asentimiento o consentimiento informado. Para la recolección de la información se visitó a cada adolescente embarazada en su residencia, se realizó una entrevista y se completó el instrumento de recolección de datos elaborado para este fin. La información fue introducida en una base de datos elaborada en el programa Excel 2007 de Microsoft Office®, mismo que se utilizó para realizar una estadística descriptiva.

Resultados: participaron un total de 56 adolescentes embarazadas (14 en la zona rural y 42 en la zona urbana), con una edad promedio de $17 \pm 1,5$ años, en su mayoría son costarricenses, solteras, no han completado sus estudios secundarios y se dedican a las actividades domésticas. El 26,8% de las adolescentes presentaban embarazos previos, en promedio iniciaron control prenatal a las $10,9 \pm 5,6$ semanas de gestación y la mayoría (73,2%) inició el control durante el primer trimestre de embarazo.

Conclusiones: los resultados de este estudio ofrecen una aproximación de los aspectos sociodemográficos y obstétricos de adolescentes embarazadas que asisten a control prenatal en comunidades rural y urbana en Costa Rica, esto evidencia que la mayoría inició su control prenatal en el primer trimestre de embarazo, hecho que permitió recibir una atención en salud orientada a la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Descriptor: adolescencia, embarazo, atención prenatal, características sociodemográficas.

Abstract

Aim: To describe the sociodemographic and obstetric characteristics of a group of pregnant adolescents attending prenatal care at Basic Comprehensive Health Care Teams (EBAIS in the social security of Costa Rica) in an urban and rural community in Costa Rica.”

Methods: A descriptive cross-sectional qualitative study was conducted in a rural (Golfito) and urban (Alajuelita) community in Costa Rica. The study population consisted of all pregnant adolescents who met the following inclusion criteria: being under 20 years old, attending prenatal care at the EBAIS in the communities under study, and providing informed permission or consent. Information was collected by visiting each pregnant adolescent at their residence and conducting an interview, during which a data collection instrument specifically designed for this purpose was completed. The information was entered into a database created using Microsoft Office® Excel 2007, which was used for descriptive statistical analysis.”

Results: A total of 56 pregnant adolescents participated in the study (14 from the rural area and 42 from the urban area), and an average age of 17 ± 1.5 years. The majority of the participants are single, have not completed their secondary education, and are involved in domestic activities. The 26.8% of the adolescents had previous pregnancies. On average, prenatal care was initiated at $10.9 \pm 5,6$ weeks of gestation, and the majority (73.2%) began prenatal care during the first trimester of pregnancy.

Conclusions: This study provides insights into the sociodemographic and obstetric characteristics of a group of pregnant adolescents receiving prenatal care in a rural and urban communities in Costa Rica. The majority of these young women began their prenatal care in the first trimester of pregnancy, allowing them to access health care focused on promoting health and preventing diseases.

Keywords: Adolescence, pregnancy, antenatal care, sociodemographic characteristics.

Fecha de recibido: 5, diciembre, 2023

Fecha de aceptado: 28, Agosto, 2024

La adolescencia es el periodo del ciclo de la vida comprendida entre los 10 y 19 años, la cual se clasifica en tres etapas: adolescencia temprana (10 a 13 años), adolescencia media (14 y 16 años) y adolescencia tardía (17 años y puede extenderse hasta los 21 años). (UNICEF. ¿Qué es la adolescencia? [Internet]. Uruguay: UNICEF; 2021. [accesado el 4 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.unicef.org/uruguay/media/5416/file/Ficha%201%2020Caracter%C3%ADsticas%20de%20la%20adolescencia.pdf>).

Esta etapa se caracteriza por la presencia de transformaciones biológicas, psicológicas y sociales significativas. Las experiencias, conocimientos y habilidades que se adquieren en esta etapa tienen repercusiones importantes para las oportunidades del individuo en la edad adulta (UNICEF. Guía Programática para la Crianza Durante la Adolescencia. [Internet]. UNICEF, 2021. [accesado el 4 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/media/29781/file/La-crianza-durante-la-adolescencia.pdf>).

Durante la adolescencia la sexualidad también experimenta cambios importantes y, por lo general, es en esta etapa cuando se producen los primeros acercamientos sexuales coitales. En Costa Rica, el inicio de la vida sexual es temprana tanto en hombres como en mujeres y en gran medida ocurre antes de la mayoría de edad. El 14% de las mujeres y el 24% de los hombres de 15 años de edad, ya han iniciado su vida sexual y la proporción de personas que han tenido relaciones sexuales aumenta rápidamente con la edad (Ministerio de Salud, Centro Centroamericano de Población (CCP), Asociación Demográfica Costarricense, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). II Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva Costa Rica 2015. [Internet]. Costa Rica; 2016. [accesado 4 de diciembre 2023]. Disponible en <https://ccp.ucr.ac.cr/documentos/portal/Informe-2daEncuesta-2015.pdf>)

La vida sexual activa en la etapa adolescente, unida a la ausencia de una adecuada educación sexual y reproductiva, conlleva a que se presenten elevados

índices de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual, lo que representa un riesgo para este grupo de población, particularmente vulnerable a diversas situaciones de abuso (Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud sexual y reproductiva al alcance de adolescentes pobres y en situación de vulnerabilidad. [Internet]. Washington, DC: OPS; 2013). [accesado 4 de diciembre 2023]. Disponible en <https://www.paho.org/derechoalaSSR/wp-content/uploads/2014/12/Salud-sexual-y-reproductiva-al-alcance-de-adolescentes-pobres-y-en-situacion-de-vulnerabilidad.pdf>). Si bien Costa Rica ha logrado reducir en las dos últimas décadas el embarazo adolescente, mediante diversas acciones de prevención, el 9,2% de los nacimientos ocurridos en el año 2022 correspondió a mujeres menores de 20 años; esto denota un problema de salud pública para el país (Instituto de Estadística y Censos (INEC). Estadísticas demográficas. [Internet]. Costa Rica: INEC; 2023. [accesado 4 de diciembre 2023]. Disponible en: <https://inec.cr/estadisticas-fuentes/estadisticas-demograficas>).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica al embarazo adolescente como una gestación de alto riesgo debido a una mayor prevalencia de prematuridad, bajo peso al nacer y, por lo tanto, mayor mortalidad neonatal (OMS. El embarazo en la adolescencia. [Internet]. Ginebra: OMS; 2022. [accesado 4 de diciembre 2023] Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>

Actualmente, la tasa mundial de embarazo adolescente se estima en 46 nacimientos por cada 1.000 niñas, dato que conlleva a que América Latina y el Caribe sea la región con las segundas tasas más altas en el mundo, estimadas en 66.5 nacimientos por cada 1,000 niñas de entre 15 y 19 años, solo superadas por las de África subsahariana (OPS, OMS, UNFPA, UNICEF. Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Informe de consulta técnica. [Internet]. Washington, D.C.: OMS; 2018. [accesado 4 de diciembre 2023]. Disponible en: https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ESP-EMBARAZO-ADOLESC-14febrero%20FINAL_5.PDF.

El embarazo en la adolescencia puede también tener repercusiones sociales y económicas negativas para las jóvenes, sus familias y sus comunidades. Un embarazo a temprana edad limita las oportunidades futuras de desarrollo de esa mujer y contribuye a mantener la condición de pobreza y la baja escolaridad¹ (OMS. El embarazo en la adolescencia. [Internet]. Ginebra: OMS; 2022. [accesado 4 de diciembre 2023] Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>). Actualmente, el embarazo adolescente es considerado un grave problema de salud pública debido a que su incidencia aumenta anualmente y a que es la población más pobre y vulnerable de la sociedad la que lo está sufriendo con mayor frecuencia^{2,3}.

En Costa Rica diferentes leyes y convenciones internacionales amparan a los adolescentes por medio de protección y atención en salud. Por lo tanto, toda adolescente embarazada tiene derecho a recibir una atención prenatal integral de calidad, que responda a sus necesidades en forma oportuna, eficaz y eficiente (Caja costarricense de Seguro Social (CCSS). Protocolo Clínico de Atención Integral al embarazo, parto y posparto en la Red de Servicios de Salud. [Internet]. Costa Rica: CCSS; 2022. [accesado 4 de diciembre 2023]. Disponible en <https://www.cendeiss.sa.cr/wp/wp-content/uploads/2023/02/Protocolo-de-Atencion-Clinica-integral-al-embarazo-parto-y-postparto-2.pdf>).

El objetivo de este estudio fue describir las características sociodemográficas y obstétricas de un grupo de adolescentes embarazadas que asisten a control prenatal en los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud en una comunidad urbana y una comunidad rural de Costa Rica.

Métodos

Se realizó un estudio cualitativo de tipo descriptivo transversal en las dos comunidades que presentaban la mayor prevalencia de embarazo adolescente en Costa Rica en el momento del inicio del estudio, las cuales se localizan en los cantones de Alajuelita y Golfito. Para efectos de este proyecto, el cantón de Alajuelita se clasifica como comunidad urbana y Golfito como comunidad rural según el INEC⁴.

Para participar en el estudio las adolescentes embarazadas debían cumplir los siguientes criterios de inclusión: tener menos de 20 años y asistir a control prenatal en los EBASIS de las comunidades mencionadas. Además, debían firmar el consentimiento y asentimiento informado correspondiente.

La población del estudio estuvo conformada por todas las adolescentes embarazadas que cumplieran con los criterios de inclusión y aceptaran participar en el estudio, no se estimó un tamaño de muestra. El proyecto contó con la colaboración de la dirección médica de las áreas de salud de Alajuelita y Golfito de la CCSS, cuyo departamento de registros médicos funge como el responsable de facilitar la lista de las adolescentes embarazadas que asisten a control prenatal por primera vez en los EBASIS seleccionados.

Las personas responsables del proyecto realizaron un primer contacto vía telefónica con las posibles participantes del estudio, a quienes se les comunicó por ese medio sobre las generalidades acerca del proyecto. En caso de mostrar interés en participar en el estudio, se procedió

a visitarlas en su casa de habitación donde se les explicó de forma detallada en qué consistía el estudio y se les solicitó la firma del consentimiento/asentimiento informado.

La recolección de los datos se realizó entre los años 2015 y 2017. Para la recolección de la información se visitó a cada adolescente embarazada en su residencia y se procedió a hacer una entrevista a la joven, donde se completó el instrumento de recolección de datos elaborado para este fin.

El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario con las siguientes secciones: datos generales de la participante, características sociodemográficas del hogar, historia médica familiar y personal e historia clínica del embarazo actual de la adolescente. Los últimos tres aspectos mencionados es la información que se encuentra en el carnet perinatal de la adolescente embarazada, el cual se les brinda a las mujeres al inicio de su control prenatal en el EBAIS y que es de uso personal.

Los datos obtenidos de la entrevista fueron introducidos en una base de datos elaborada en el programa Ex-

cel 2007 de Microsoft Office®, mismo que se utilizó para realizar la estadística descriptiva de los datos (medidas de tendencia central para las variables continuas y distribución de frecuencias para las variables categóricas).

Este proyecto fue financiado por la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica y fue aprobado por el comité ético científico de la Universidad de Costa Rica en la sesión 244-2012 y por el comité ético científico institucional de la CCSS en la sesión 008-04-2015.

Resultados

Participaron un total de 56 adolescentes embarazadas, 42 residentes en la comunidad urbana y 14 residentes en la comunidad rural. La nacionalidad que predominó en las jóvenes participantes fue la costarricense (92,9%), el resto de las adolescentes tenían origen nicaragüense. Solamente en la comunidad urbana hubo participantes de origen extranjero (Cuadro 1).

Cuadro 1. Características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas participantes en el estudio según comunidad de residencia urbana (cantón de Alajuelita, San José) y rural (cantón de Golfito, Puntarenas), Costa Rica			
	Rural (n=14)	Urbana (n=42)	Total (n=56)
Lugar de nacimiento			
Costa Rica	100.0	90.5	92.9
Nicaragua	0.0	9.5	7.1
Estado conyugal			
Soltera	50.0	52.3	51.8
Casada	7.1	4.8	5.3
Unión libre	42.9	42.9	42.9
Nivel de escolaridad			
Primaria incompleta	0.0	11.9	8.9
Primaria completa	7.1	9.5	8.9
Secundaria incompleta	85.7	71.4	75.0
Secundaria completa	7.1	4.8	5.4
Universitaria incompleta	0.0	2.4	1.8
Ocupación actual			
Actividades domésticas	35.7	54.8	50.0
Estudiante	64.3	40.5	46.4
Trabajo remunerado	0.0	4.8	3.6
Condición de aseguramiento			
Directo	0.0	4.8	3.5
Por el Estado	50.0	66.7	66.1
Familiar	50.0	23.8	30.4

El estado conyugal predominante en la población estudiada fue el de soltera (51,8%), seguido por el grupo en unión libre (42,9%). De las adolescentes que indicaron encontrarse en unión libre con su pareja, sólo 3 adolescentes de la comunidad urbana declararon convivir de forma independiente al núcleo familiar primario (Cuadro 1).

Al valorar la escolaridad de las adolescentes embarazadas se observó que el 75 % de la población posee secundaria incompleta seguido por primaria incompleta y completa (8,9%). Respecto del nivel de escolaridad según zona de residencia, se encontró que en la zona rural predominaban las adolescentes con una escolaridad de secundaria incompleta (85,7%) seguida por primaria y secundaria completa (7,1%). En el caso de las adolescentes de la zona urbana, sobresalía la escolaridad de secundaria incompleta (71,4%), seguida por primaria incompleta (11,9%) y por primaria completa (9,5%) (Cuadro 1).

Cuando se exploró la ocupación de las adolescentes, se encontró que mayoritariamente las jóvenes de la zona rural estaban estudiando (64,3%), situación que no ocurre con las adolescentes de la zona urbana, donde la mayoría se dedicaba a las actividades domésticas propias del hogar (54,8%). Es importante señalar que existen dos casos (3,6%) que, por ser mayores de edad, trabajan de forma remunerada, los cuales se ubican en la zona urbana (Cuadro 1).

Otro aspecto que se indagó en las adolescentes fue su condición de aseguramiento a la CCSS. Se encontró que el 66,1% de las jóvenes cuentan con el beneficio de asegurado no contribuyente (por el Estado) seguido por el 30,4% de las adolescentes que reciben aseguramiento familiar (Cuadro 1). Al indagar cómo se desplazan las adolescentes embarazadas a su control prenatal, se encontró que el 69,1% de ellas lo hace caminando mientras que un 16,4% se trasladaba en autobús. El resto de las adolescentes lo hace por otros medios.

Al valorar los subsidios estatales y becas que reciben las adolescentes, solo el 19,6% señalaron recibir algún tipo de ayuda, específicamente, del Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) (8 casos), el Patronato Nacional de la Infancia (PANI) (2 casos), el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (1 caso).

La edad media de las jóvenes embarazadas era de $17,4 \pm 1,5$ años, cuyo rango oscila entre los 13 y 19 años (Cuadro 2). Entre las características obstétricas obtenidas del carnet perinatal de las adolescentes embarazadas, 21 jóvenes (11 en la comunidad rural y 10 en la comunidad urbana) tenían antecedentes familiares diversos, entre los que se encuentra la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, la cirugía pélvica uterina y la infertilidad.

Cuadro 2. Características obstétricas generales de las adolescentes embarazadas participantes en el estudio según la comunidad de residencia urbana (cantón de Alajuelita, San José) y rural (cantón de Golfito, Puntarenas), Costa Rica			
	Rural (n=14)	Urbana (n=42)	Total (n=56)
Edad actual (años)	17,1 \pm 1,5	17,5 \pm 1,5	17,4 \pm 1,5
Edad gestacional al inicio del control prenatal (semanas)	11,3 \pm 6,0	10,8 \pm 6,0	10,9 \pm 5,6
Edad del primer embarazo (años)	16,6 \pm 1,9	17,0 \pm 1,6	16,9 \pm 1,9
Número de gestación			
1	79,0%	71,0%	73,2%
2	7,0%	10,0%	8,9%
3	14,0%	19,0%	17,9%
Trimestre de inicio del control prenatal			
I Trimestre	57,1%	78,6%	73,2%
II Trimestre	42,9%	21,4%	26,8%

No todas las participantes en el estudio estaban en su primer embarazo. De las 56 participantes, 15 adolescentes (26,8%) habían estado previamente embarazadas distribuidas de la siguiente manera: un 8,9% de las mujeres presentaban una gestación previa (dos niños nacidos vivos, 2 abortos y un embarazo ectópico) y

un 17,9% de las adolescentes tenían dos embarazos previos (cuya culminación presentó ocho niños nacidos vivos y dos abortos). La edad promedio que tenían las adolescentes cuando se embarazaron por primera vez fue de $16,9 \pm 1,9$ años con un rango de edad de 12 a 18 años (Cuadro 2), tales datos anuncian que en ambas comunidades las jóvenes se

embarazaron tempranamente, Golfito presentó un caso a los 12 años y Alajuelita presentó 2 casos de adolescentes embarazadas a los 14 años.

El inicio del control prenatal en las adolescentes embarazadas fue en promedio a las $10,9 \pm 5,6$ semanas de gestación, siendo similar a las comunidades estudiadas (Cuadro 2). En ambas hubo adolescentes que iniciaron su control prenatal de forma temprana (a las 4 semanas de gestación) y también hubo quienes lo iniciaron de forma tardía (24 semanas de gestación en la comunidad rural y 26 semanas de gestación en la comunidad urbana). No obstante, el 73,2% de las adolescentes iniciaron su control prenatal en el primer trimestre de embarazo.

Discusión

Al describir las características sociodemográficas y obstétricas de un grupo de adolescentes embarazadas que asisten a control prenatal en los EBAIS ubicados en una comunidad urbana (Alajuelita) y rural (Golfito) de Costa Rica, se encontró que en ambos poblados, independientemente del estado social y demográfico de las adolescentes, existe cerca de su lugar de residencia un EBAIS que les brinde la atención en salud y permita iniciar el control prenatal en una etapa temprana del embarazo. Esta situación facilita el seguimiento de la gestación y la identificación temprana de situaciones que pueden poner en riesgo la salud de la madre y el hijo.

En los casos de las adolescentes estudiadas el núcleo familiar representa para las jóvenes un apoyo fundamental para hacer frente a esta situación de embarazo, pues la mayoría de las ellas son solteras y dependen directamente de recursos económicos y redes de apoyo familiar. Cabe resaltar que en las comunidades estudiadas un 42,9% de adolescentes embarazadas están conviviendo en unión libre con el padre de sus hijos. Esta convivencia se realiza primordialmente en el marco de la familia nuclear de la adolescente o de su compañero. De manera que, en lugar de emanciparse como pareja, pasan a depender de la familia para solventar sus necesidades económicas y sociales. La situación anterior ha sido descrita en estudios realizados con jóvenes embarazadas, donde la familia de la adolescente juega un papel preponderante en la estabilidad económica y emocional de la adolescente.⁵⁻⁷

Esta investigación reveló una proporción predominante de adolescentes embarazadas de Alajuelita y Golfito que no han completado sus estudios primarios ni secundarios. Este hallazgo evidencia una tendencia preocupante hacia la relación del embarazo precoz y la deserción escolar en contextos socioeconómicos desfavorecidos. La no conclusión de estudios primarios

y secundarios entre las adolescentes constituye un limitante para las oportunidades de empleo calificado y desarrollo profesional.⁷⁻⁹ Es necesario reconocer que la deserción escolar de adolescentes embarazadas no solo pone en riesgo su seguridad económica sino también su capacidad de participar en la vida pública y política de su comunidad, lo cual perpetua el ciclo intergeneracional de pobreza, exclusión económica, marginación social y educativa (UNFPA. Una misión común: menos embarazos en la adolescencia en América Latina y el Caribe. [Internet]. UNFPA; 2018. [accesado 28 de junio del 2024]. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/news/una-misi%C3%B3n-com%C3%BAn-menos-embarazos-en-la-adolescencia-en-am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe>). Asimismo, la educación materna se ha asociado con mejores resultados para la salud de la madre y su hijo, lo que permite una mayor capacidad para la toma de decisiones informadas sobre la salud y el bienestar en general.¹⁰

En relación con la atención en salud, la mayoría de las adolescentes embarazadas gozan de este beneficio gracias a que Costa Rica cuenta con un sistema de seguridad social solidario, a través del seguro no contributivo que es asumido por el Estado. Esta protección en salud que se le brinda a la población adolescentes se debe al cumplimiento de la ley que garantiza los derechos de las personas jóvenes (Ley N° 8612 Convención Iberoamericana de los Derechos de las Personas Jóvenes. La Gaceta. No. 231 del: 30 de noviembre del 2007. Disponible en <https://bit.ly/3MUOZ9w>) y el Código de la Niñez y la Adolescencia (Ley N° 7739 Código de la Niñez y la Adolescencia. La Gaceta No. 26 del 06 de febrero de 1998. Disponible en <https://bit.ly/3BcZ11a>). Adicionalmente, al encontrarse en estado de embarazo, las protege la ley que brinda protección a la madre adolescente (Ley N° 7735 Ley General de Protección a la Madre Adolescente. La Gaceta No 12 del 30 de septiembre del 2002. Disponible en <https://bit.ly/4eaF5nS>).

El contar con un seguro de salud permite que las adolescentes embarazadas también tengan acceso a control prenatal en el EBAIS donde está adscrita. En Costa Rica la atención prenatal es una de las estrategias más importantes para favorecer la salud de las mujeres y los niños pues procura brindar una atención integral de calidad, que responda a sus necesidades en forma oportuna, eficaz y eficiente (CCSS. Protocolo Clínico de Atención Integral al embarazo, parto y posparto en la Red de Servicios de Salud. [Internet]. Costa Rica: CCSS;2022). [accesado 4 de diciembre 2023]. Disponible en <https://bit.ly/4e7BBCs>).

Resulta fundamental dar a conocer que el 73,2% de las adolescentes embarazadas estudiadas iniciaron su control prenatal en el primer trimestre de gestación. Sin embargo, cuando se valora la zona de residencia son las adolescentes de la zona urbana las que acuden en mayor proporción al control prenatal (78,6%) durante el

primer trimestre en comparación con las adolescentes de la zona rural (57,1%). Además, en ambas comunidades existen casos que iniciaron su control prenatal a las 4 semanas de gestación lo que constituye una acción positiva para la salud materno-fetal. No obstante, también hubo casos de inicio de control prenatal tardío (segundo trimestre de gestación), lo que puede repercutir en la no identificación temprana de factores de riesgo materno-perinatales.

La OMS señala que la atención prenatal representa un momento especial para cumplir con una serie de acciones importantes para la atención de la salud (promoción de la salud, el cribado y el diagnóstico y la prevención de enfermedades). El cumplimiento de estas acciones en tiempo oportuno y con base en datos objetivos, puede salvar vidas. El control prenatal adquiere una importancia mayor si se trata de una adolescente, ya que por la inmadurez de su cuerpo tiene mayor riesgo de presentar complicaciones (Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. [Internet]. OPS;2018. [Accesado 01 de julio del 2024] Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49550/9789275320334_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

La evidencia científica señala que uno de los factores que garantiza el seguimiento del control prenatal por las embarazadas, es que el centro de salud donde le brindan la atención se encuentre cerca de su residencia ^{11,12} (Castillo Ávila I. Factores asociados al uso del control prenatal por mujeres embarazadas en el distrito de Cartagena 2011. (tesis de grado). Colombia: Universidad de Cartagena, 2011). (Consultado el 01 julio 2024). Recuperado de <https://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/2304/Informe%20Final%20CP.pdf?sequence=1>).

En este sentido las adolescentes que participaron en el estudio cuentan con un EBAIS cerca de su lugar de residencia lo que permite que la mayoría asista a su control prenatal caminando y cumplan con el seguimiento establecido a lo largo del embarazo. La cercanía de los servicios de salud pública, tanto en la comunidad rural como la urbana, representa la inversión social que ha realizado el Estado para garantizar el acceso a la atención de la salud como un derecho humano en la población adolescente.

Al tener en cuenta lo anterior, se hace necesario que la atención en salud que se le brinde a las adolescentes embarazadas abarque de forma integral aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva, que les permita planificar un proyecto de vida donde se disfrute de la sexualidad de forma segura y se tenga acceso a un método anticonceptivo de su elección que sea seguro, eficaz, asequible y aceptable. Esto permite que existan

embarazos planificados y que el espacio intergenésico se encuentre dentro del tiempo recomendado por la OMS, que conlleva dos años como mínimo para llevar a cabo la recuperación de la salud de la madre ¹⁵ (Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA]. Salud sexual y reproductiva. [Internet]. UNFPA; 2022. [accesado 01 de julio del 2024]. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/salud-sexual-y-reproductiva>).

Conforme a lo descrito anteriormente, el tener un espacio intergenésico corto afecta tanto a la madre como a su hijo. En el caso de la madre, puede generar embarazo de alto riesgo porque no se logra una recuperación del desgaste corporal ¹⁵. Asimismo, un niño que nace en menos de dos años después del nacimiento del hermano que le precede, tiene un riesgo mayor de morir en la infancia que uno nacido con un intervalo superior a los dos años, pues puede presentar mayor riesgo de prematuridad, bajo peso al nacer, trauma al nacimiento y aumento de la probabilidad de infecciones al nacer ¹³⁻¹⁴ (Fonseca Aguilar E. Análisis de la relación entre intervalos intergenésicos y la sobrevivencia del niño, Honduras 2001. (tesis de maestría en población y salud). Costa Rica: Universidad de Costa Rica, 2006). (Consultado el 01 julio 2024). Recuperado de <https://ccp.ucr.ac.cr/documentos/bibliotecavirtual/31.pdf>. Ante este panorama, es necesario que la atención prenatal que reciban las mujeres, busque promover la salud de la madre y su hijo mediante la identificación oportuna y manejo de factores de riesgo ^{15,16} (CCSS. Protocolo Clínico de Atención Integral al embarazo, parto y posparto en la Red de Servicios de Salud. [Internet]. Costa Rica: CCSS;2022. [accesado 4 de diciembre 2023]. Disponible en: <https://www.cendeiss.sa.cr/wp/wp-content/uploads/2023/02/Protocolo-de-Atencion-Clinica-integral-al-embarazo-parto-y-posparto-2.pdf>

Con respecto a los resultados de este proyecto, se encontró que una proporción de las jóvenes embarazadas contaba con embarazos previos (26,8% de los casos). De este porcentaje, el 17,9% de las adolescentes estaba cursando con su tercera gesta, situación que se presenta con mayor proporción en la comunidad urbana. Esta situación demuestra un intervalo intergenésico corto no acorde con la recomendación de la OMS, poniendo en riesgo la salud materna y de su hijo. Esta situación se mantiene en Costa Rica, ya que en el año 2021 el 12,5% de los nacimientos de adolescentes madres corresponden a jóvenes que ya tenían otro hijo o hija (UNFPA. Folleto informativo sobre nacimientos en niñas y adolescentes basado en el Sistema de información estadística sobre características sociodemográficas de los nacimientos en Costa Rica, 2000-2021, con énfasis en niñas y adolescentes y con base en las estadísticas vitales del INEC. [Internet]. Costa Rica: UNFPA; 2022. [accesado 4 de diciembre 2023]. Disponible en: https://costarica.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/folleto_2022.pdf).

El presentar un segundo o tercer embarazo a tan corta edad, trae consecuencias muy significativas a nivel social y educativo a la adolescente madre y se convierte en un serio problema de salud pública. El Fondo de Población para Naciones Unidas señala que cuando una adolescente se convierte en madre experimenta consecuencias tanto a corto como a largo plazo. A corto plazo sus derechos a la salud como a la educación, así como sus derechos sexuales y reproductivos se ven vulnerados. Esto conlleva, a que su posibilidad de educación y desarrollo se vea comprometida, por lo que su bienestar a futuro puede estar en riesgo al no tener acceso a ingresos económicos dignos que le brinde estabilidad económica. Existe una gran probabilidad de quedar atrapadas en el círculo de la pobreza y exclusión, limitando a su vez las oportunidades que puedan tener sus hijos (UNFPA. Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en seis países de América Latina. Implementación de la Metodología Milena en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay. [Internet]. UNFPA; 2020. [accesado 4 de diciembre del 2023]. Disponible en: https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/unfpa_consecuencias_en_6_paises_espanol_1.pdf).

En conclusión, este estudio ofrece una aproximación a los aspectos sociodemográficos y obstétricos de un grupo de adolescentes embarazadas que asistieron al control prenatal en el EB AIS de comunidades rural y urbana en Costa Rica. Estas jóvenes se caracterizan por ser solteras en su gran mayoría, no han concluido sus estudios secundarios y se dedican a las actividades del hogar. Se identificó un pequeño grupo de adolescentes que ya había experimentado la maternidad a pesar de su corta edad, lo que implica un espacio intergenésico corto con el riesgo de presentar complicaciones maternas e infantiles. Es importante resaltar que, si bien todas las adolescentes embarazadas tenían control prenatal, algunas iniciaron desde etapas tempranas, lo que favorece la atención en salud y la identificación de situaciones particulares que podrían enfrentar este grupo de mujeres.

Finalmente, los resultados de este estudio demuestran la necesidad de seguir realizando investigaciones con este grupo poblacional, orientados a explorar el motivo que lleva al inicio tardío del control prenatal, a la valoración del estado nutricional durante el embarazo, así como a explorar la respuesta institucional ante las necesidades de atención en salud y sociales de las futuras madres adolescentes.

Referencias

- Loredó-Abdalá A, Vargas-Campuzano E, Casas-Muñoz A, González-Corona J, Gutiérrez-Leyva CJ. Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2017; 55:223-229.
- Martínez E., Montero G., Zambrano RM. El embarazo adolescente como un problema de salud pública en Latinoamérica. *Revista Espacios.* 2020;41(47):1-10. DOI: [10.48082/espacios-a20v41n47p01](https://doi.org/10.48082/espacios-a20v41n47p01)
- Flores-Valencia ME., Nava-Chapa G., Arenas-Monreal L. Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública. *Rev. Salud pública.* 2017; 19: 374-378. DOI: [10.15446/rsap.v19n3.43903](https://doi.org/10.15446/rsap.v19n3.43903)
- Área Censos y Encuestas. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples julio 2009. San José: INEC, 2009.
- Poo A., Baeza B., Capel P., Llano M., Tuma D., Zúñiga D. Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en control prenatal. *Rev Sogia.* 2005;12: 17-24.
- Ahorlu CK., Pfeiffer C., Obrist B. Socio-cultural and economic factors influencing adolescents' resilience against the threat of teenage pregnancy: a cross-sectional survey in Accra, Ghana. *Reprod Health.* 2015;12. DOI: [10.1186/s12978-015-0113-9](https://doi.org/10.1186/s12978-015-0113-9)
- Niño B, Ortiz SP., Solano S., Amaya CM., Serrano L. Concepciones del embarazo en adolescentes gestantes de la ciudad de Bucaramanga. *Rev Cuid.* 2017;8: 1875-1886. DOI: [10.15649/cuidarte.v8i3.448](https://doi.org/10.15649/cuidarte.v8i3.448)
- Villalobos-Hernández A., Campero L., Suárez-López L., Atienzo EE., Estrada F., de la Vara-Salazar D. Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. *Salud pública de Mex.* 2015; 57: 135-143.
- Mendoza Tascón LA., Claros Benítez DI., Peñaranda Ospina CB. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Rev. chil. obstet ginecol.* 2016;81: 243-253. DOI: [10.4067/S0717-75262016000300012](https://doi.org/10.4067/S0717-75262016000300012)
- Vikram K, Vanneman R. Maternal education and the multidimensionality of child health outcomes in India. *J Biosoc Sci.* 2020;52:57-77. DOI: [10.1017/S0021932019000245](https://doi.org/10.1017/S0021932019000245)
- Ruiz AMB., García MY. Factores asociados a la no adherencia del control prenatal en gestantes. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida.* 2020; 4: 74-96. DOI: [10.35381/s.v.v4i7.646](https://doi.org/10.35381/s.v.v4i7.646)
- Castillo Ávila IY., Fortich Acuña LM., Padilla Yáñez J., Monroy Gascón MA., Morales Pérez Y., Ahumada Tejera AM. Factores asociados al uso adecuado del control prenatal en 13 municipios de Bolívar, Colombia. *Rev Cubana Enfermer.* 2017; 33: 62-71.
- Zavala-García A., Ortiz-Reyes H., Salomon-Kuri J, Padilla-Amigo C, Preciado Ruiz R. "Periodo intergenésico: Revisión de la literatura". *Rev. chil. obstet. ginecol.* 2018; 83:52-61. DOI: [10.4067/s0717-75262018000100052](https://doi.org/10.4067/s0717-75262018000100052)
- Wilcamango S., Pinto N., Flores Lovon K., Ticona D., Gutiérrez EL. Características clínico-epidemiológicas de adolescentes multíparas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. *Rev. cient. cienc. salud.* 2023; 5:e5119. DOI: [10.53732/rccsalud/2023.e5119](https://doi.org/10.53732/rccsalud/2023.e5119)
- Mendoza Tascón LA., Arias Guatibonza MD., Peñaranda Ospina CB.; Mendoza Tascón LI., Manzano Penagos S., Varela Bahena AM. Influencia de la adolescencia y su entorno en la adherencia al control prenatal e impacto sobre la prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal. *Rev. chil. obstet. ginecol.* 2015;80:306-315. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262015000400005>
- Cruz Naranjo MC., Lastra Lamby NI., Expósito Concepción MY. Estados afectivos de adolescentes gestantes al asistir al control prenatal en una institución de primer nivel de atención. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2022;38: e1579.