

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA DE ESTUDIO DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

Factores Asociados a Reincidencia de Embarazo en Adolescentes
Atendidas en el Hospital II-1 Moyobamba.

Área de Investigación:
Mortalidad materna e infantil.

Autor:
Cotrina Celis Luis Eduardo.

Asesor:
Núñez Rodas Maritza.
Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6976-6766>.

Jurado evaluador:
Presidente: Alcántara Ascón, Rene Augusto.
Secretario: Olivencia Quiñones, Mario Antonio.
Vocal: Rodríguez Barboza, Héctor Uladismiro.

Trujillo – Perú

2023

Fecha de sustentación: 31 / 03 / 2023

DEDICATORIA

A mis padres Requelmer y Cecilia por su apoyo
Incondicional, consejo, cariño y paciencia
durante toda la carrera, sin ustedes
no hubiese hecho realidad
mi objetivo.

A mi hermanita Evelyn Paola por apoyarme
siempre a seguir adelante, por su guía,
consejo y estar a mi lado en
todo momento.

A mi hermano Mariano Valentino, siempre me
inspiro a mejorar y poder servirle de
ejemplo.

A mi Novia por ser mi fortaleza emocional,
compañera y confidente de frustraciones
por impulsarme a seguir adelante.

AGRADECIMIENTOS

Mi sincero agradecimiento a mis padres, hermanos y novia por su apoyo moral, físico e intelectual ya que aportaron a que siga adelante en la culminación de este proyecto de tesis.

Agradezco también a mi asesora de tesis la Dra. Maritza, Núñez Rodas, por haberme brindado su tiempo, guía y la oportunidad de recurrir a sus capacidades y conocimientos científicos para el desarrollo de este trabajo.

INDICE

I. INTRODUCCIÓN:	7
I.1 Enunciado del problema	16
I.2 Objetivos	16
I.3 Hipótesis	17
II. MATERIAL Y MÉTODO	17
II.1 Diseño del estudio	18
II.2 Población, muestra y muestreo	18
II.3 Criterios de selección	18
II.4 Definición operacional de variables	21
II.5 Procedimientos y metodología	24
II.6 Plan de análisis de datos	25
II.7 Consideraciones éticas	25
III. RESULTADOS	26
IV. DISCUSIÓN	30
V. CONCLUSIONES	33
VI. RECOMENDACIONES	34
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	35
VIII. ANEXOS	39

RESUMEN

Objetivo: El objetivo del presente trabajo de investigación fue evaluar los factores asociados a reincidencia de embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital II-1 Moyobamba, durante el año 2015- 2019.

Material y métodos: Se desarrolló un estudio observacional analítico de diseño casos y controles. La muestra a estudiar estuvo constituida por 210 adolescentes cuya atención prenatal se realizó en el Hospital II-1 Moyobamba en el periodo 2015 a 2019, se incluyeron a las participantes de acuerdo a los criterios de selección, las cuales se distribuyeron en 70 casos y 140 controles.

Resultados: El factor sociodemográfico que demostró asociación para reincidencia de embarazos fue: ocupación (OR 2.02, IC=1,06-3,84), este resultado es estadísticamente significativo. Con respecto a los factores gineco-obstétricos el factor que se asoció a reincidencia de embarazos fue: Número de parejas sexuales (OR=2,75, IC95%=1.38-5.49) constituye un factor de riesgo y es estadísticamente significativo. El embarazo planificado se postuló como factor protector (OR=0,31 IC 95%= 0,13-0,73 p=0.010). Este resultado fue estadísticamente significativo.

Conclusión: Los factores ocupación y número de parejas sexuales, se asociaron a embarazo recurrente, mientras que embarazo planificado se postuló como factor protector.

Palabras claves: Embarazo recurrente, embarazo adolescente, alto riesgo reproductivo.

ABSTRACT

Objective: The objective of this research work was to evaluate the factors associated with recidivism of pregnancy in adolescents treated at Hospital II-1 Moyobamba, during the year 2015-2019.

Material and methods: An analytical observational study of case-control design was developed. The sample to be studied consisted of 210 adolescents whose prenatal care was carried out at the Hospital II-1 Moyobamba in the period 2015 to 2019, the participants were included according to the selection criteria, which were distributed in 70 cases and 140 controls.

Results: The sociodemographic factors that demonstrated association for recidivism of pregnancy were: occupation (OR 2.02) whose confidence interval 95% (CI=1.06-3.84), this result is statistically significant. Regarding the gynecological-obstetric factors, the factors that were associated with recurrence of pregnancy were: Number of sexual partners (OR=2.75, 95%CI=1.38-5.49) constitutes a risk factor and is statistically significant. The planned pregnancy was postulated as a protective factor (OR=0.31 95% CI= 0.13-0.73 $p=0.010$). This result was statistically significant.

Conclusion: The factors occupation and number of sexual partners were associated with recurrent pregnancy, while planned pregnancy was postulated as a protective factor.

Keywords: Recurrent pregnancy, adolescent pregnancy, high reproductive risk.

I. INTRODUCCIÓN:

La OMS define la adolescencia como una transición entre la niñez y la adultez, abarcando desde los 10 hasta los 19 años de edad. Se clasifica en dos fases: adolescencia temprana y tardía. La primera es el intervalo desde los 10 hasta los 14 años de edad. La segunda fase engloba a los adolescentes desde 15 a 19 años(1). En esta etapa se experimenta una diversidad de cambios, físicos y psicológicos los cuales van a determinar las características que acompañaran a lo largo de la vida a la persona, se alcanzará la madurez biológica para la reproducción, reestructuración de su identidad, obtendrán independencia de la familia, definirá sus inclinaciones vocacionales, iniciara el interés por el sexo opuesto así como un rápido crecimiento físico, cognitivo y psicosocial (1,2) .

Las adolescentes necesitan una adecuada guía, entornos seguros y educación de calidad, para que puedan crecer y desarrollarse sanamente. La carencia de oportunidades, falta de afecto, déficit de buena educación, curiosidad de explorar el mundo, enfrentar la autoridad y ser más independientes, hace que sea una etapa de vulnerabilidad pudiendo provocar deserción escolar, inicio temprano de relaciones sexuales, promiscuidad, infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, uso de psicoestimulantes, muertes, traumatismos y enfermedades prevenibles (3).

La maternidad en la adolescencia representa una problemática en salud pública alrededor de todo el mundo, generando graves consecuencias médicas, psicosociales y económicas para las adolescentes y su entorno, los países hispanos en desarrollo, sobre todo en poblaciones con menor educación tienen niveles más altos de gestación en adolescentes (4). La OMS ha reportado que a nivel mundial la tasa de embarazos es de 42,5 alumbramientos por cada 1.000 adolescentes, siendo América Latina y el Caribe la segunda región con la tasa más alta de natalidad, con 53,2 para mujeres de 15 a 19 años. El Perú no es la excepción y tiene una tasa de fecundidad de 61 nacimientos por cada 1000 mujeres en ese mismo rango de edad. (5-7).

“La Organización Panamericana de Salud (PAHO)” informó que en América Latina y el Caribe el 2% de las mujeres tuvieron su primer parto antes de los 15 años, Venezuela registra las tasas de natalidad más elevadas con 5 nacimientos

por cada 1000 adolescentes. En el Perú, según lo reportado por el “Instituto Nacional de estadística e informática (INEI) en el censo del 2007 y 2017” la tasa de natalidad en mujeres de 12 a 14 años fue de 6,5 (7,8). Esta problemática también se evidencia a nivel regional, según los registros de los “certificados de nacidos vivos 2021” los departamentos que tienen las mayores tasas de embarazo en adolescentes son Ucayali, Loreto, Madre de Dios, San Martín, Huánuco, Pasco y Junín. Específicamente en la región San Martín se registra una tasa de natalidad superior a la nacional, siendo la provincia de San Martín la que posee mayor número de nacimientos: para las edades de 10 a 14 años 29 nacimientos y de 15 a 19 años 667 nacidos vivos, seguido por la provincia de Moyobamba con 600 nacidos vivos (9). La situación que reflejan los datos ya mencionados es preocupante, a pesar de los esfuerzos realizados parece que no hay progreso, ya que las tasas de fecundidad se mantienen. trayendo mayores repercusiones médicas, psicológicas, económicas y sociales para la adolescente y su entorno.

Las adolescentes al asumir la maternidad sin estar preparadas no solo generan un aumento de la morbilidad materna e infantil, sino también se ha asociado a mayores niveles de pobreza, abandono escolar, dificultad para la crianza del niño, vida laboral tórpida, frustración de la madre, entre otros. Además, tienen un mayor riesgo de volver embarazarse en los 2 años siguientes al parto. Algunas de las complicaciones observadas en hijos de madres adolescentes son: aumento de la mortalidad infantil, prematuridad, muy bajo peso al nacer, muerte de lactantes en el primer año de vida, desnutrición entre otros. Estos niños tendrán más problemas médicos a lo largo de su vida y tendrán mayor dependencia del sistema de salud y de los programas de gobierno en comparación con los niños nacidos de madres adultas mejor preparadas(10).

Las madres adolescentes presentan más complicaciones del embarazo y el parto, tales como: anemia, escasa ganancia de peso, hipertensión inducida por el embarazo, sepsis, hemorragia postparto, distocia, depresión postparto, complicaciones de los abortos, y muerte. En varios estudios se ha observado que el segundo embarazo tiene peores resultados, ya que las adolescentes inician los cuidados prenatales aún más tarde que en la primera gestación.

Además aumenta hasta en cuatro veces el riesgo de complicaciones como parto prolongado, sangrado y sepsis (11,12). Las adolescentes tienen mayores probabilidades de tener una gestación no deseada y al no ser conscientes de su embarazo, no recibirán atención prenatal temprana aumentando el riesgo de desenlaces fatales como muertes maternas, pérdidas y abortos. En el año 2021 el Ministerio de Salud reportó 429 muertes maternas de las cuales 40 fueron adolescentes, se calcula que 1 de cada 8 adolescentes de 15 a 19 años finaliza su gestación como una pérdida o nacidos muertos; sin contar los abortos practicado por personas sin la debida preparación profesional ya que el acceso a dicha práctica es ilegal en el Perú (13).

El embarazo en adolescentes no solo representa un problema de salud, también tiene repercusión económica y social, el costo para el Estado que genera la gestación y maternidad en adolescentes es importante, se ha estimado que en el 2021 se gastó un total de 66,7 millones de dólares, se calcula que hasta el año 2030 se gastará 3,135 millones de dólares en cuidados prenatales y durante el parto, complicaciones obstétricas e intervenciones en los recién nacidos. Así mismo genera menores oportunidades educativas, mayor desempleo e informalidad y abandono de hogar. Un reflejo de ello es que las madres adolescentes perciben menores salarios y alcanzan menores niveles de educación en comparación con mujeres que tuvieron su primer hijo en la adultez (9,14).

El embarazo reincidente es aquel que se repite en más de una oportunidad, en mujeres con antecedente de haber gestado una o más veces, también es conocido como embarazo subsiguiente, repetido o consecutivo; las adolescentes que quedan embarazadas antes de los 15 años de edad tienen más chance de quedar embarazadas nuevamente en un 125%, durante su adolescencia así lo demuestra Rosas SM.(15,16). Se conoce que estos embarazos aumentan las complicaciones de la gestación y el parto, Ortiz Martínez (2018) reporta que estos embarazos aumentaron la probabilidad de enfermedad hipertensiva del embarazo, corioamnionitis, parto pretérmino e ingreso a UCI (17).

Este problema no es indiferente al Perú, de acuerdo al último reporte “en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, (ENDES 2021) del INEI” del total de

adolescentes de 15 a 19 años 8,9% estuvieron embarazadas, de las cuales el 6,6% eran reincidentes y el 2,3% era su primera gestación; también se encontró que de todas las mujeres de 12 a 17 años el 2,9% estaban embarazadas, de este grupo el 1,6% fueron reincidentes y el 1,3% fue su primera gestación. Los mayores niveles de embarazo para ambos grupos se concentró en la Selva con 14,5% (18,19). El embarazo reincidente y la maternidad en adolescentes es un problema que genera y contribuye a la trasmisión de generación en generación de pobreza, exclusión social, desigualdad de oportunidades y discriminación.

Los factores sociodemográficos hacen referencia a todas las características generales de la población adolescente que aumentan la probabilidad de reincidencia de embarazo. Huallpa Palomino (2019) realizó una revisión de 24 artículos, reportando que los factores sociodemográficos que tuvieron mayor significancia estadística para embarazo reincidente fueron: edad, nivel educativo, estado civil, la ocupación y hábitos nocivos como consumo de alcohol y tabaco.(20)

La reincidencia de maternidad en adolescentes es una problemática que predomina en los niveles socioeconómicos más pobres, muchas de estas mujeres al tener escasez de oportunidades son presionadas a casarse y tener hijos a temprana edad, pudiendo ser la pobreza, la carencia de oportunidades educativas y el matrimonio infantil factores de riesgo para embarazos reincidentes. Así lo informa ENDES (2021) ya que el mayor número de embarazo adolescentes o que ya son madres (24,9%) se encontraron en el quintil más pobre, en cuanto al estado civil se registró que el 65,8% de las madres adolescentes de 15 a 19 años se encontraban conviviendo en pareja y el 3,2% ya eran casadas, sobre todo con conyugues o parejas 7 años mayores, en promedio 24 años (14).

La falta de oportunidades laborales, educativas y la deserción escolar ha llevado a las madres adolescentes a depender casi en su totalidad de los hombres, y dedicarse a labores domésticas no remuneradas, siendo esta la ocupación más ejercida en el Perú (13,2%) por mujeres de 15 a 24 años. Con respecto al nivel de educación, la mayor parte de adolescentes con hijos cuenta con estudios de educación secundaria (49,6%) y educación primaria (25,7%)(14). El nivel

educativo es un factor que podría influenciar en la reincidencia de embarazos, se sabe que las probabilidades de casarse y tener hijos aumentan hasta en 6 veces en adolescentes sin educación y el doble en niñas provenientes de hogares pobres (21). Así mismo a pesar de tener hijos el continuar estudiando disminuye la probabilidad de embarazo repetido, así lo reporta Maravilla Jc (2017) (22).

Respecto al lugar de procedencia se ha observado que las mujeres que viven en áreas rurales tienen mayores tasas de embarazo en comparación a las que provienen de áreas urbanas, específicamente de 118 y 47 nacimientos por cada 1000 adolescentes respectivamente (9). Las mujeres peruanas que viven en áreas rurales, sobre todo de la selva tienen más probabilidades de convertirse en madres adolescentes, esto se puede deber a que tienen menores oportunidades educativas, laborales, acceso a métodos anticonceptivos y consejería, combinado con la influencia cultural de la sociedad en la que se considera como algo natural el embarazo adolescente, iniciando su vida reproductiva a muy temprana edad aumentando la probabilidad de embarazo reincidente (23).

La violencia es un factor que se ha asociado a embarazo reincidente, a nivel mundial se aprecia que los mayores índices de violencia en el embarazo se da en adolescentes, esta se asocia a lesiones graves, complicaciones de la gestación y muerte; según los registros del “Censo de Emergencia Mujer (CEM)” los niveles de violencia psicológica, física y sexual a aumentado a casi el doble entre el año 2017 y 2021 y sobre todo en mujeres de 10 a 14 años, siendo la violencia sexual la principal causa de denuncias (9). Yauri Quispe en su estudio encontró que el antecedente de violencia física y psicológica aumentan la posibilidad de embarazo reincidente(15).

El consumo de sustancias nocivas como alcohol, tabaco y drogas ilegales cada vez es más frecuente en los adolescentes, las niñas que maduran temprano tienen mayores probabilidades de involucrarse en el consumo de sustancias, inicio de relaciones sexuales a temprana edad, cambio de parejas coitales, ITS y embarazo adolescente. Un estudio demostró que la adolescencia temprana se relaciona con mayores comportamientos de riesgo, es así que una cohorte de

1117 participantes indicaron haber bebido alcohol, haber estado borracho, fumado, consumido drogas antes de los 14 años, haber iniciado su vida sexual y tener relaciones coitales sin protección antes de los 16 años (24). Siendo el consumo de sustancias un potencial riesgo para la salud de las adolescentes y embarazo recurrente.

Los factores gineco obstétricos hacen referencia a todas las características de salud sexual, reproductiva y la gestación que aumenten la probabilidad de un nuevo embarazo en adolescentes, entre los cuales tenemos la menarquia temprana, edad de inicio de relaciones sexuales, no uso de métodos anticonceptivos, embarazo no planificado y el número de parejas sexuales (20).

La menarquia marca el comienzo de la vida reproductiva y madurez de la mujer; la menarquia temprana es el primer ciclo menstrual, sangrado vaginal o hemorragia menstrual antes de los 12 años de edad, esta se ha asociado con comportamientos de riesgo, generando aumento de la vulnerabilidad de las niñas pudiendo traer consecuencias negativas para la salud sexual y reproductiva, tales como el embarazo adolescente, ITS, y violencia sexual (25). Es así que un estudio reportó que las adolescentes que tuvieron la menarquía entre 10 y 11 años tenían mayor riesgo de embarazo antes de los 18 años en comparación con las que tuvieron la menarquía a una edad más tardía(26).

La edad de inicio de relaciones sexuales tiene tendencia a la mayor precocidad, exponiendo a las niñas a embarazo no deseado; así lo manifiesta el reporte de UNFA, el cual indica que el 27,7 % de todas las adolescentes de Perú entre los 15 y 19 años ya habría debutado sexualmente. Otro gran problema es la poca información y acceso a los métodos anticonceptivos (MAC), condicionando a más embarazos y su reincidencia, es así que en Perú solo el 55% de mujeres casadas de 15 a 19 años reportó usar algún tipo de MAC en comparación con países vecinos como Chile 70% (9). En el caso de madres adolescentes, Rosas SM. en su estudio indica que el usar métodos de larga duración (Implanon) en el posparto asegura a un 100% de mujeres protegidas, de esta manera disminuir el riesgo de reincidencia de embarazo(16).

Es necesario indicar que esta problemática ya ha sido estudiada por otros autores, es el caso de **Moran Valladares (2021)**, en España, realizó un estudio titulado “Factores asociados al embarazo subsecuente en adolescentes”, dicho estudio fue de tipo descriptivo, correlacional, retrospectivo, transversal; compuesto por 66 adolescentes. La investigación encontró que la mayor parte de participantes eran del área rural y bajo nivel de educación, se dedicaban a labores domésticas y tuvieron su primer hijo antes de los 14 años. Los factores que más destacaron para embarazo subsecuente fueron: El inicio temprano de relaciones sexuales, inicio precoz de menarquia, edad del primer embarazo antes de los 14 años, no uso de métodos anticonceptivos. Otros factores como la dependencia económica de la pareja y los mitos populares también tuvieron significancia estadística. Dicho autor concluye que el embarazo subsecuente es multifactorial, pero puede ser prevenible, sugiere una adecuada consejería y anticoncepción al momento de las atenciones prenatales y post parto en la primera gestación (27).

Maravilla JC (2018) (22). Realizo una revisión sistemática de 26 artículos en su mayoría de Estados Unidos, titulado “Factores que influyen en el embarazo adolescente repetido: Revisión y metaanálisis”, el objetivo de dicha investigación fue evaluar los factores protectores y de riesgo que se asocian al embarazo adolescente repetido. Encontró que los factores que redujeron el riesgo de embarazo repetido fueron: el uso de métodos anticonceptivos (OR 0,60), sobre todo los anticonceptivos de acción prolongada (OR 0,19), mayor nivel de educación (OR 0,74) y continuar estudiando (OR 0,53). Por otro lado, los factores que aumentaron el riesgo fueron: depresión (OR 1,46), abortos previos (OR 1,66), y factores de la relación. En esta investigación se concluyó que los factores más influyentes en el embarazo repetido fueron la educación, antecedente de aborto, depresión y el uso de métodos anticonceptivos.

Dos Santos A, Rodarti A, Gaspar P (2017) (28). Realizaron un estudio titulado “Prevalence of rapid repeat pregnancy and associated factors in adolescents in Caruaru, Pernambuco”, el objetivo fue definir la prevalencia y los factores que se asocian a repetición rápida de embarazo en adolescentes, la metodología utilizada por los autores fue tipo transversal, observacional y correlacional. La muestra estuvo conformada por 204 adolescentes embarazadas. En dicha

investigación se encontró que la no utilización de métodos anticonceptivos (OR 7,40) y la falta de planificación de embarazo (OR 0,19) aumentó la posibilidad de repetición rápida de embarazo.

Hualpa DM (2022) (20). Realizo una revisión de 24 artículos publicados en Perú, Ecuador y Argentina, titulado “Factores de riesgo asociados a la reincidencia de embarazo en adolescentes: Revisión sistemática 2014-2019”, dicho estudio tiene como objetivo determinar la evidencia a partir de publicaciones previas sobre los factores de riesgo que se asocian a embarazo recurrente en mujeres adolescentes. Se identificó factores sociodemográficos de los cuales destaca la edad 10-16 años (OR >1,31), nivel primario y secundario (OR 1,91), el estado civil soltera (OR 2,80) y finalmente el alcoholismo y tabaquismo registrado (OR 3,63); en cuanto a los factores gineco- obstétricos la menarquia precoz (OR 2,72), iniciar la vida sexual antes de los 15 años (OR 2,8), tener más de 3 parejas coitales (OR 3,03), el no uso de MAC (OR 1,88) y el embarazo no planificado (OR 1,18) tuvieron un nivel de evidencia alto. En esta investigación se concluye que los factores sociodemográficos y gineco-obstétricos tuvieron asociación estadísticamente significativa para reincidencia de embarazo adolescente.

Jaba M (2020) Iquitos- Perú (29). Realizo un estudio titulado “Factores asociados a la reincidencia del embarazo de adolescentes en el Hospital Cesar Garayar García-Iquitos”, siendo el objetivo describir los factores que se asocian a embarazo recurrente. Este estudio fue de tipo descriptivo, transversal y prospectivo. Se identificó los factores sociodemográficos, las adolescentes con embarazo recurrente tenían entre 15 y 19 años (89,1%), la educación máxima alcanzada fue secundaria (76,6%), procedían de áreas urbanas (82,9%), estado civil convivientes (89,1%), se desempeñaban como ama de casa (89,1%). Con respecto a los factores gineco- obstétricos se encontró el inicio de relaciones coitales antes de los 15 años (71,9%), tuvieron de 1 a 3 parejas sexuales (78,1%), menarquia entre 9 a 12 años (59,4%), no consumo de alcohol ni tabaco (100%), menor a 6 atenciones prenatales (51,6%) y no cambiaron de pareja (59,5%). Los autores concluyen que si existe asociación de dichos factores con el embarazo recurrente en adolescentes.

Rivera J, Yaranga D (2019) Perú (30). Realizaron un estudio titulado “Factores socioculturales asociados al embarazo en adolescentes en el centro de salud de Chilca- 2018”, la cual tuvo como objetivo determinar si los factores socioculturales se asocian a embarazo en adolescentes, esta investigación fue de tipo observacional de casos y controles conformada por 200 adolescentes, 100 casos y 100 controles. Los factores que se asociaron a embarazo adolescente fueron el ser adolescente en la etapa tardía (17 y 19 años), ser conviviente, el inicio temprano de relaciones sexuales (14 a 16 años), no planificación familiar, el no usar métodos anticonceptivos y el bajo nivel de instrucción de los padres.

Saavedra V (2019) (31). Realizo una investigación titulado “Factores sociales, económicos y culturales de riesgo al embarazo reincidente en adolescentes en el Hospital Hipólito Unanue 2018”. Este estudio es de tipo casos y controles, la muestra fue conformada por 217 casos y 217 controles. En dicho estudio se encontró que los factores sociales que más se asociaron fueron: edad de 14 a 15 años (OR 2.10) y la ocupación ama de casa (OR 4.62). Los factores de riesgo culturales fueron el inicio de las relaciones sexuales entre 13 y 14 años (OR 5.2) y tener 2 a más parejas sexuales (OR 3.3), la planificación del embarazo fue factor protector (OR = 0.1).

La región de San Martín se mantiene con las tasas más elevadas de embarazo reincidente a nivel nacional, el hospital II-1 Moyobamba registra un considerable porcentaje de atenciones a adolescentes embarazadas dentro de estas, gestaciones reincidentes. En esta región carecemos de mediciones que nos indiquen cuáles son los factores que predisponen a las madres adolescentes a quedar nuevamente embarazadas, es por ello que se realizó este trabajo con la finalidad de evaluar los factores sociodemográficos y gineco-obstétricos implicados en la aparición de una nueva gestación.

El presente trabajo puede servir de base para la elaboración de nuevos estudios, utilizando una metodología donde se evalúe en forma más detallada los factores de riesgo, además, estos datos podrían servir de evidencia y así pueda ayudar en la toma de medidas y estrategias preventivo- promocionales para reducir su aparición.

I.1 Enunciado del problema

- ¿Cuáles son los factores asociados a reincidencia de embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital II-1 Moyobamba?

I.2 Objetivos

General:

- Evaluar los factores asociados a reincidencia de embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital II-1 Moyobamba durante el año 2015- 2019.

Específicos:

- Determinar los factores sociodemográficos asociado a reincidencia de embarazo en adolescentes.
- Precisar los factores gineco-obstétricos asociados a reincidencia de embarazo en adolescentes.

I.3 Hipótesis

Alternativa:

Los factores sociodemográficos y gineco-obstétricos están asociados a la reincidencia de embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital II-1 Moyobamba durante el año 2015- 2019.

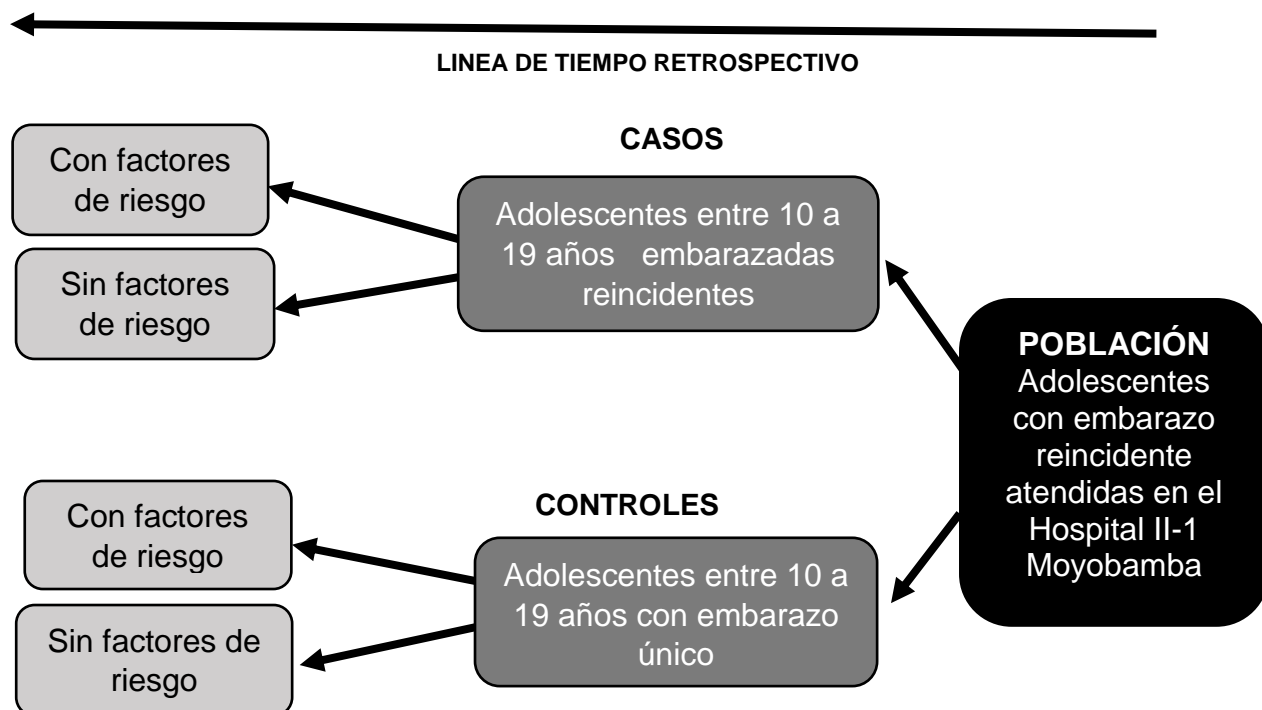
Nula:

Los factores sociodemográficos y gineco-obstétricos no están asociados a la reincidencia de embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital II-1 Moyobamba durante el año 2015- 2019.

II. MATERIAL Y MÉTODO

II.1 Diseño del estudio

Estudio observacional, retrospectivo de tipo casos y controles



II.2 Población, muestra y muestreo

Población diana:

Pacientes adolescentes con embarazo reincidente.

Población de estudio:

Todas las adolescentes con embarazo reincidente cuya atención prenatal haya sido realizada en el Hospital II-1 de Moyobamba durante el año 2015-2019.

II.3 Criterios de selección

Criterios de Inclusión:

GRUPO CASOS

- Historia clínica de adolescentes cuya atención prenatal haya sido realizada en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital II-1 Moyobamba en el periodo 2015-2019.

- Historia clínica de adolescentes embarazadas entre los 10 a 19 años
- Historia clínica de pacientes adolescentes con antecedente mínimo de un embarazo reincidente.

GRUPO CONTROLES

- Historia clínica de adolescentes cuya atención prenatal haya sido realizada en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital II-1 Moyobamba en el periodo 2015-2019.
- Historia clínica de adolescentes embarazadas desde los 10 a 19 años.
- Historia clínica de pacientes adolescentes que tuvieron gestación única.

Criterios de exclusión.

- Historias clínicas en las no se encuentre los datos requeridos para el estudio.
- Historias clínicas que no cumple con los criterios de inclusión.

Muestra:

Unidad de análisis

Estuvo conformada por cada adolescente embarazada atendida en el Hospital II-1 Moyobamba, en el periodo 2015-2019 y que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.

Unidad de muestreo

Estuvo constituido por los datos recolectados de las historias clínicas de cada adolescente embarazada entre 10 a 19 años cuya atención prenatal fue realizada en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital II-1 de Moyobamba, durante el periodo 2015-2019 y que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

Tamaño muestral:

Se determinó el tamaño de la muestra y se utilizó la fórmula estadística para el tipo de estudio de casos y controles

$$n = \frac{\left(\frac{Z_{\alpha}}{2} + Z_{\beta}\right)^2 p(1-p)(r+1)}{d^2 r}$$

Donde:

$$p = \frac{p_2 + r p_1}{1+r} = \text{promedio ponderado de } p_1 \text{ y } p_2$$

p_1 = Es la proporción de controles que estuvieron expuestos: 0.478

p_2 = Proporción de casos que estuvieron expuestos: 26.7 prevalencia de casos de adolescentes embarazadas, reincidentes que fueron atendidas en el Hospital de Moyobamba en el 2015.

r = Razón de número de controles por caso: 2

n = Número de casos

d = Valor nulo de las diferencias en proporciones = $p_1 - p_2$

Reemplazando valores:

$$p = \frac{p_2 + r p_1}{1+r} = \frac{0.478 + 0.267}{1+2} = p = \frac{0.745}{3} = 0.248$$

$$Z_{\frac{\alpha}{2}} = 1.96 \text{ para } \alpha = 0.05$$

$$Z_{\beta} = 0.84 \text{ para } \beta = 0.20$$

$$n = \frac{\left(\frac{Z_{\alpha}}{2} + Z_{\beta}\right)^2 p(1-p)(r+1)}{d^2 r} = \frac{(1.96 + 0.84)^2 0.25(1-0.25)(2+1)}{0.21^2 2} = 69.9$$

La muestra estará conformada por 70 casos y 140 controles.

II.4 Definición operacional de variables

Variable	Tipo	Escala	Registro
Dependiente: Reincidencia de embarazo	Cualitativa	Nominal	- Si-No
Independiente: Sociodemográficos Edad	Cualitativa	Ordinal	- Adolescencia temprana: 10 a 14 años. - Adolescencia Tardía: 15 a 19 años.
Grado de instrucción	Cualitativa	Ordinal	- Sin estudios - Primaria completa - Primaria incompleta - Secundaria completa - Secundaria incompleta - Superior en curso.
Lugar de procedencia	Cualitativa	Nominal	- Rural - Urbano
Estado Civil	Cualitativa	Nominal	- Soltera - Conviviente - Casada
Ocupación	Cualitativa	Nominal	- Ama de casa - Comerciante - Estudiante - otros
Edad de la pareja	Cualitativa	nominal	- <=17 años - De 18 a 28 años - De 29 a 39 años - De 40 años a más
Consumo de alcohol	Cualitativa	Nominal	- Si-No
Antecedente de violencia	Cualitativa	Nominal	- Si-No
Religión	Cualitativa	Nominal	- Católico - Evangélico - Adventista - Ninguno
Gineco-Obstétricos Menarquia temprana	Cualitativa	Nominal	- Si- No.
Inicio de relaciones sexuales	Cuantitativa	Nominal	- De 11 a 13 años - De 14 a 16 años - De 17 a 19 años
Número de parejas sexuales.	Cualitativa	Nominal	- Mas o igual a 3 (Si=1) - Menos de 3(No=0)
Uso de métodos anticonceptivos.	Cualitativa	Nominal	- Si- No
Planificación del embarazo	Cualitativa	Nominal	- Si- No

Definiciones operacionales.

VARIABLE DEPENDIENTE:

Embarazo Reincidente: Es el embarazo que se repite en más de una oportunidad, en mujeres con antecedentes de haber gestado una o más veces, independiente de como haya terminado la gestación; también es conocido como embarazo subsiguiente, repetido, consecutivo o adolescente multigesta (16).

VARIABLE INDEPENDIENTE:

- **Factores Sociodemográficos:** Son aquellos datos generales que caracterizan a un grupo de personas y estos reflejan una situación social, valores registrados en la historia clínica por el personal de salud tratante (32).
- **Edad:** Años cumplidos desde la fecha de nacimiento, valor registrado en la historia clínica por el personal de salud tratante.
 - **Adolescencia temprana:** Etapa de la vida que va desde los 10 hasta los 14 años de edad (1).
 - **Adolescencia tardía:** Etapa de la vida que va desde los 15 hasta los 19 años de edad (1).
- **Lugar de procedencia:** Lugar del que procede la paciente, registrado en la historia clínica por el personal de salud tratante.
 - **Rural:** Es aquel que no tiene más de 100 viviendas agrupadas contiguamente, tiene menos de dos mil habitantes y no es capital de distrito o que a pesar de tener más de 100 viviendas estas se localizan dispersas o diseminadas (33).
 - **Urbana:** Es aquella zona que tiene un mínimo de 100 viviendas agrupadas contiguamente, en promedio un mínimo de dos mil habitantes, incluyendo a las capitales de distritos(33).
- **Grado de Instrucción:** Años de estudio máximo que ha logrado aprobar en el sistema formal de educación, registrado en (HCP) por el personal de salud tratante (34).
 - **Sin estudios:** Persona que no sabe leer ni escribir (34).
 - **Primaria incompleta:** Persona que haya cursado algún grado de educación primaria, del primer al sexto grado.
 - **Primaria Completa:** Persona que haya completado satisfactoriamente los seis grados de educación primaria(30).

- **Secundaria Incompleta:** Persona que haya cursado algún grado de educación secundaria, del primer al quinto grado (30).
 - **Secundaria completa:** Persona que haya completado satisfactoriamente los cinco grados de educación secundaria(30).
 - **Superior en curso:** Persona que se encuentra cursando algún grado de educación superior, sea universitario o no universitario(30).
 - **Estado Civil:** Condición de la adolescente según el registro civil, si tiene pareja o no, registrado en (HCP) por el personal de salud tratante.(34)
 - **Ocupación:** Labor, trabajo o profesión que desempeña la adolescente, registrado en (HCP) por el personal de salud tratante.(34)
 - **Consumo de alcohol:** Ingesta de bebidas con contenido alcohólico, registrado en (HCP) por el personal de salud tratante.(34)
 - **Antecedente de violencia:** Se refiere a violencia física, psicológica o sexual, antes y durante la gestación, registrado en (HCP) por el personal de salud tratante.(34)
 - **Religión:** Creencias religiosas acerca de la divinidad que determina normas morales de conducta individual y social, registrado en la anamnesis de la historia clínica del primer control prenatal por el personal de salud tratante.(35)
- **Factores Gineco-Obstétricos:** Características de salud sexual, reproductiva y de la gestación que aumenten la probabilidad de un nuevo embarazo en adolescentes, valores registrados en la historia clínica por el personal de salud tratante.
- **Menarquia Temprana:** El primer ciclo menstrual, sangrado vaginal o hemorragia menstrual antes de los 12 años de edad, registrado en la anamnesis de la historia clínica, en el primer control prenatal (20).
 - **Inicio de Relaciones sexuales:** Edad de inicio de relaciones coitales, registrado en la anamnesis de la historia clínica, en el control prenatal.
 - **Número de parejas sexuales:** Número de parejas con las que hubo coito, registrado en la anamnesis del primer control prenatal.(20)
 - Mayor o igual a 3
 - Menor de 3

- **Uso de métodos anticonceptivos:** Uso de cualquier método anticonceptivo, registrado en la anamnesis de la historia clínica, en el primer control prenatal, por el personal de salud tratante.
- **Planificación del Embarazo:** Planificación de un embarazo deseado por el varón y la mujer que suceda en un momento oportuno, registrado en la anamnesis de la historia clínica, en el primer control prenatal (30).

II.5 Procedimientos y metodología

- Se presentó este proyecto de investigación a dirección de Escuela de Medicina Humana, de la Universidad Privada Antenor Orrego para su aprobación. (ANEXO 2)
- Una vez aprobado el proyecto de tesis, se envió una solicitud dirigida al comité de capacitación y docencia del Hospital II1- Moyobamba para poder acceder a las historias clínicas y registros computarizados de las pacientes.
- Una vez obtenida la autorización (ANEXO 4), se solicitó al área de estadística e informática la lista de todas las gestantes adolescentes que fueron atendidas del 2015 al 2019.
- Se elaboró un listado, de las cuales utilizando una tabla de números aleatorios se procedió a revisar las historias clínicas, seleccionando las que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.
- Se efectuó el registro por el investigador de las variables sociodemográficas y gineco- obstétricas, para ello se revisó la anamnesis de la primera atención prenatal, la historia clínica materno perinatal y el informe que realiza el Departamento de psicología para acceder a los datos de violencia. Toda la información se registró en la ficha de recolección de datos. (ANEXO 1) Hasta llegar a completar la muestra de 210 participantes.
- Luego la información de todas las fichas de recolección de datos fue colocada en una hoja de Excel 2016. La base de datos fue procesada en IBM SPSS V.23.

II.6 Plan de análisis de datos

La base de datos fue procesada utilizando el paquete estadístico IBM SPSS V.23, los que posteriormente se presentaron en tablas de frecuencia, tablas cruzadas y gráficos estadísticos.

Estadística Descriptiva:

El análisis estadístico, para variables cualitativas se realizó mediante la estimación de frecuencias absolutas y relativas (%). Variables cuantitativas mediante medidas de tendencia central (media) y dispersión (Desviación Estándar).

Estadística Analítica:

El análisis de los resultados se realizó utilizando estadística tal como: Pruebas de Chi Cuadrado y medidas de asociación como el Odds ratio e intervalos de confianza, considerando significancia si la posibilidad de equivocarse es menor al 5% ($p < 0.05$).

Estadígrafo de estudio:

Realizamos la determinación del Odds ratio de los factores de riesgo en estudio, con respecto a la reincidencia de embarazo. Luego se calculó el intervalo de confianza (95%).

II.7 Consideraciones éticas

Esta investigación se realizó tomando los principios de investigación y ética médica en los seres humanos de la declaración de Helsinki II, protegiendo el respeto a sus derechos y bienestar, así como el anonimato de sus datos.(36) Además, cuenta con la autorización del Comité de Ética e Investigación del Hospital II-1 Moyobamba y el permiso del comité de ética de la Facultad de Medicina de la UPAO. se cumplen los artículos N°3, 6 (numeral 2), 8, 9 y 15 y de acuerdo al International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects (2002) el artículo número 18 (37), según la ley de protección de datos personales (Ley N°29733 - Julio 2011) se cumple el artículo 14, numeral 6 (38) y de la Ley General de Salud, el artículo número 25(39).

III. RESULTADOS

La **Tabla 1**, se presentan las frecuencias absolutas y relativas de embarazos reincidentes (casos) y únicos (controles), en comparación con los posibles factores de riesgo sociodemográficos. En relación al estado civil 52(74,3%) de 70 pacientes del grupo de casos están en situación de convivientes o casadas. En cuanto a la ocupación 53(75,7%) participantes del grupo de casos fueron amas de casa. Y en cuando al lugar de procedencia 47 (67,1%) de 70 casos eran de áreas rurales.

Tabla 1

Factores de riesgo sociodemográficos asociados a reincidencia de embarazo en adolescentes - Hospital II-1, Moyobamba.

Factores sociodemográficos		Casos n=70	Controles n=140	Total
		Reincidencia	Único	
Edad	Temprana	1 (1.4%)	13 (9.3%)	14 (6.7%)
	Tardía	69 (98.6%)	127 (90.7%)	196 (93.3%)
Grado de instrucción				
	Si (<PC)	3(4.3%)	5 (3.6%)	8 (3.8%)
	No (>=PC)	67 (95.7%)	135 (96.4%)	202 (96.5%)
Estado civil	Si (no soltera)	52 (74.3%)	87 (62.1%)	139 (66.2%)
	No (soltera)	18 (25.7%)	53 (37.9%)	71 (33.8%)
Ocupación	Si (ama de casa)	53 (75.7%)	85 (60.7%)	138 (65.7%)
	No (no ama de casa)	17 (24.3%)	55 (39.3%)	72 (34.3%)
Consumo de Alcohol				
	Si	5 (7.1%)	6 4 (4.3%)	11 (5.2%)
	No	65 (92.9%)	134 (95.7%)	199 (94.8%)
Lugar de procedencia	Rural	47 (67.1%)	90 (64.3%)	137 (65.2%)
	Urbano	23 (32.9%)	50 (35.7%)	73 (34.8%)
Religión	Si (no católico)	36 (51.4%)	67 (47.9%)	103 (49.1%)
	No (católico)	34 (48.6%)	73 (52.1%)	107 (50.9%)
Antecedente de violencia				
	Si	9 (12.9%)	13 (9.3%)	22 (10.5%)
	No	61 (87.1%)	127 (90.7%)	188 (89.5%)

Fuente: Instrumento de recolección de datos e Historias clínicas

En la **tabla 2**, se presentan los posibles factores de riesgo gineco-obstétricos, se observa gran porcentaje de casos que se asocia a tener más de 3 parejas sexuales 22(31.4%); la mayoría no usan métodos anticonceptivos 40(57.1%), además en el 80% de los casos correspondió a un embarazo no planificado y un 44.3% tuvo un inicio de relaciones sexuales cuando tenían menos de 14 años.

Tabla 2

Factores de riesgo Gineco-obstétricos asociados a reincidencia de embarazo en adolescentes - Hospital II-1, Moyobamba.

Factores Gineco- obstétricos.	Casos n=70	Controles n=140	Total
	Reincidencia	Único	
N° de parejas sexuales			
Si (≥ 3)	22 (31.4%)	20 (14.3%)	42 (20%)
No (< 3)	48 (68.6%)	120 (85.7%)	168 (80%)
Uso de método anticonceptivo			
Si (no usaron Mac)	40 (57.1%)	94 (67.1%)	134 (63.8%)
No (si usaron Mac)	30 (42.9%)	46 (32.9%)	76 (36.2%)
Embarazo planificado			
Si (no embarazo planificado)	56 (80%)	130 (92.9%)	186 (88.6%)
No (si embarazo planificado)	14 (20%)	10 (7.1%)	24 (11.4%)
Menarquia Temprana			
Si	34 (48.6%)	71 (50.7%)	105 (50%)
No	36 (51.4%)	69 (49.3%)	105 (50%)
Inicio de relaciones sexuales			
Si (≤ 14 años)	31 (44.3%)	51 (36.4%)	82 (39%)
No (> 14 años)	39 (55.7%)	89 (63.6%)	128 (61%)

Fuente: Instrumento de recolección de datos e Historias clínicas

En la **Tabla 3**, se observa que el valor del Odds Ratio (OR>1) evidencia asociación entre reincidencia de embarazo y ocupación (OR=2.02). Este resultado fue estadísticamente significativo (OR=2.02 IC95%1,06-3,84 p=0.045).

Tabla 3

Prueba estadística y medidas de asociación para determinar factores sociodemográficos de riesgo en reincidencia de embarazo en adolescentes.

Factores	Estadísticos			
	Pruebas de Chi Cuadrado	p valor	Odds ratio	IC (95%)
Edad	3.453	0.063	0.14	(0.02 - 1.11)
Grado de instrucción	0.000	1.000	1.21	(0.28 - 5.21)
Estado civil	2.56	0.110	1.76	(0.93 - 3.32)
Ocupación	4.018	0.045*	2.02	(1.06 - 3.84)
Consumo de alcohol	0.3	0.584	1.72	(0.51 - 5.84)
Lugar de procedencia	0.066	0.798	1.14	(0.62 - 2.08)
Religión	0.1167	0.890	1.15	(0.65 - 2.05)
Antecedente de violencia	0.311	0.577	1.44	(0.58 - 3.56)

*p<0.05, significativa

Tabla 4, Se evidencia asociación entre reincidencia de embarazo y número de parejas sexuales (OR=2,75) siendo altamente significativo ($p=0,006$; IC 95% 1,38-5,49). El (OR <1) evidencia asociación entre reincidencia y embarazo planificado (OR=0,31). Este resultado fue estadísticamente (IC95% 0,13-0,37 $p=0,010$).

Tabla 4

Prueba estadística y medidas de asociación para determinar factores Gineco-obstétricos de riesgo en reincidencia de embarazo en adolescentes.

Factores	Estadísticos			
	Pruebas de Chi Cuadrado	<i>p</i> valor	Odds ratio	IC (95%)
N° de parejas sexuales	7.533	0.006**	2.75	(1.38 - 5.49)
Uso de método anticonceptivo	1.611	0.204	0.65	(0.36 - 1.18)
Embarazo planificado	6.404	0.010**	0.31	(0.13 - 0.73)
Menarquia	0.021	0.884	0.92	(0.52 - 1.63)
Inicio de relaciones sexuales	0.903	0.342	1.39	(0.77 - 2.49)

* $p<0.05$, significativa

IV. DISCUSIÓN

Este trabajo de investigación evaluó las variables asociadas a embarazo reincidente en una muestra retrospectiva de adolescentes atendidas en el hospital II-1 Moyobamba durante los años 2015-2019. Nuestro estudio evidenció asociación positiva de los factores sociodemográficos y gineco-obstétricos para embarazo reincidente, sin embargo, solo algunos de estos mostraron significancia estadística.

El embarazo a muy temprana edad se ha relacionado con bajos logros académicos y por ende a dificultades para conseguir un empleo, las madres adolescentes están dispuestas a optar por trabajos con peores condiciones laborales, esto podría obligarlas a depender de sus parejas, y dedicarse a labores domésticas no remuneradas, quizá por esto pierden la autonomía en la toma de decisiones, sumado a ello, al ser adolescentes aún no asumen con responsabilidad su vida sexual pudiendo generar nuevos embarazos. Es así que el presente estudio determinó que la ocupación, tiene asociación positiva y altamente significativa para reincidencia de embarazo (OR = 2,02 IC 95% 1,06-3,84 p=0,045), resultado que coincide con el estudio realizado en el año 2021 por **Moran Valladares** (27), este autor encontró que la mayoría de participantes de su estudio se dedicaban a labores domésticas. Otro autor que coincide con lo reportado es **Jaba M** (29), quien realizó un trabajo de tipo transversal, descriptivo y prospectivo, indica que de 89,1% de su muestra estudiada se desempeñaban como ama de casa. Las madres adolescentes al no estar debidamente capacitadas, no tener acceso a educación y las limitadas expectativas que tienen sobre sus propias vidas, hacen que se perciban sólo como madres y se desempeñen en trabajos del hogar.

En cuanto a los factores gineco-obstétricos el número de parejas sexuales demostró aumentar el riesgo en 1,75 y es estadísticamente significativo (IC 95% 1,38-5,49 p=0,006). Lo reportado coincide con el estudio realizado por **Hualpa DM (2022)** (20), este autor señala que tener más de 3 parejas coitales (OR 3,03) tiene un nivel de evidencia alto para embarazo repetido. Otro autor que coincide con lo reportado es **Saavedra V (2019)** (31), quien encontró que tener 2 a más parejas sexuales (OR 3.3) es factor de riesgo para embarazo reincidente. Lo

reportado en el presente estudio refleja la situación de las adolescentes, quizá por carecer de información, presión de los amigos, o tener nuevas experiencias inician su actividad sexual a temprana edad, tomando una falsa percepción de normalidad del sexo a temprana edad y el cambio continuo de parejas sexuales, generando embarazos no deseados y aumentando la probabilidad de embarazos reincidentes.

El embarazo planificado se postuló como factores protectores puesto que disminuyeron en 69% el riesgo de embarazo reincidente en comparación con el grupo control y es altamente significativo (OR = 0,31 IC 95% 0,13-0,73 p=0,010), estos resultados coinciden con lo reportado por **Saavedra V (2019)** (31), el cual indica que la planificación del embarazo fue factor protector (OR = 0.1). otro autor que coinciden con lo reportado es: **Rivera J, Yaranga D (2019)** (30), indica que los factores que se asociaron a embarazo adolescente fueron no planificación familiar. Quedando claro que la planificación familiar es una estrategia que ha demostrado disminuir los embarazos reincidentes, esto es avalado por **Dos Santos A, Rodarti A, Gaspar P (2017)** (28), realizaron un trabajo de tipo transversal, observacional y correlacional. En dicha investigación se encontró que la falta de planificación de embarazo (OR 0,19) aumentó la posibilidad de repetición rápida de embarazo. Quizá debido a que las adolescentes no tienen un proyecto de vida ya que se auto perciben solo como madres, sumado a una sociedad machista y la inmadurez de las adolescentes generaría una escasa comunicación con sus parejas sobre planificación familiar, además del limitado acceso a información sobre anticoncepción podría aumentar los embarazos reincidentes.

Es importante resaltar ciertas limitaciones del presente estudio. Dado el diseño y la temporalidad, no tenemos la capacidad para definir algunas variables que podrían tener relación causal, sin embargo, consideramos que nuestro estudio tiene coherencia al comparar los resultados obtenidos con diferentes estudios que han encontrado resultados similares a los ya reportados en este trabajo de investigación. En tal sentido este estudio propone a las variables ocupación y número de parejas sexuales como factores a considerar en la reincidencia de embarazo en adolescentes.

También es importante resaltar algunas posibles variables confusas, como edad de primer embarazo, periodo intergenésico, salud mental de la adolescente y de la pareja, grado de instrucción de la pareja, estado económico, familia disfuncional, violencia de los padres, antecedente de embarazo adolescente en la familia; ya que no fueron evaluadas en el presente trabajo de investigación por falta de disponibilidad en la historia clínica. Sin embargo, estudios que profundicen este tema son necesarios para poder dar conclusiones más contundentes, es esperable tener confusión residual.

Por otro lado, el presente estudio tiene las siguientes fortalezas, al ser un estudio de casos y controles permite establecer asociación entre las variables estudiadas y la reincidencia de embarazo, además revela información que podría ser tomada en cuenta para futuros trabajos de investigación. Por otro lado, cabe resaltar que hasta el conocimiento del autor es uno de los primeros estudios realizados en el hospital II-1 Moyobamba para evaluar los factores que se asocian a embarazos reincidentes en adolescentes.

V. CONCLUSIONES

- El factor de riesgo sociodemográfico que se asoció a reincidencia de embarazos en adolescentes fue: Ocupación.
- El factor de riesgo Gineco-obstétrico que se asoció a reincidencia de embarazos en adolescentes fue: Número de parejas sexuales.

VI. RECOMENDACIONES

- Sugerimos considerar la consejería sobre el uso de MAC durante la gestación, y así incentivar el uso de estos durante el puerperio inmediato, dicha intervención ha demostrado ser efectiva así lo reporta **Rosas SM. Et al (16)**.
- Existe la necesidad de estudiar más a fondo y empleando otro diseño metodológico, con una mayor cantidad de población, incluyendo otras variables importantes que podrían ser factores de riesgo para embarazo reincidente. Con el fin de identificar los factores que no pudieron quedar claros y que no fueron abordados.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud adolescente. 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.
2. Ministerio de salud (MINSA). Promover Comportamiento Saludables en la Salud Sexual de las y los Adolescentes. 1 enero del 2010. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/305943-promover-comportamientos-saludables-en-la-salud-sexual-de-las-y-los-adolescentes>.
3. 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 [Internet]. junio de 2017; 19:374-8. Disponible en: <https://scielosp.org/article/rsap/2017.v19n3/374-378/es/>
4. Hevia Bernal D, Perea Hevia L, Hevia Bernal D, Perea Hevia L. Embarazo y adolescencia. Rev. Cuba Pediatría [Internet]. diciembre de 2020; 92(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75312020000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Embarazo en la Adolescencia. 15 de septiembre del 2022. [Internet]. Disponible: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
6. Naciones Unidas. Perspectiva de la población mundial. 2022. [Internet]. Disponible en: <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Fertility/>
7. Organización Panamericana de Salud (OPS). El embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Reseña técnica, agosto del 2020. IRIS PAHO [Internet]. OPS/FPL/HL/20-0019. 10 de 2020; Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53134>
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Maternidad en las adolescentes: Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda, III de Comunidades Indígenas. [Internet]. 2018. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1596/libro.pdf
9. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)-Perú. Mapa del embarazo y la maternidad en niñas y adolescentes en el Perú. 28 de noviembre del 2022 [Internet]. Disponible en: <https://peru.unfpa.org/es/publications/mapa-del-embarazo-y-la-maternidad-en-ni%C3%B1as-y-adolescentes-en-el-per%C3%BA>
10. Collete Breuner C. Gestación en adolescentes, En: Nelson. Tratado de Pediatría: 22° ed, 2021, p1073-1081. Editorial: Interamericana, Barcelona Elsevier

11. Fermaut M, Duchesne S, Carbillon L. Embarazo y parto en adolescentes, En: Tratados EMC Ginecología y Obstetricia. 2021-07-01, Volumen 57, número 3, paginas 1-6. Editorial Masson SAS Elsevier.
12. Maravilla JC, Betts KS, Alati R. Increased risk of maternal complications from repeat pregnancy among adolescent women. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. Abril de 2019;145(1):54-61.
13. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de enfermedades. (CDC-Perú-MINSA.) Numero de Muerte Maternas Anuales 2021.pdf [Internet]. [citado 10 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2022/SE11/mmaterna.pdf>
14. Población de las Naciones Unidas (UNFPA)- Perú. El impacto del embarazo adolescente al futuro del Perú 2020 [Internet]. 2021. Disponible en: <https://peru.unfpa.org/es/news/el-impacto-del-embarazo-adolescente-al-futuro-del-per%C3%BA>
15. Yauri Quispe YP. Factores de riesgo para la reincidencia de embarazo en las adolescentes atendidas en el hospital Nacional Docente Madre-niño “San Bartolomé” durante el año 2014. Repos Tesis - UNMSM [Internet]. 2015; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/4621>
16. Rosas S. M. A, Martínez U. P, Canessa B. MJ, Insunza F. Á, Cayazzo M. D, Rosas S. M. A, et al. Reembarazo en la adolescencia: Análisis de la población perteneciente a la Red del Hospital Padre Hurtado, entre los años 2005-2015. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. octubre de 2017;82(4):361-72. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262017000400361&lng=es&nrm=iso&tlng=es
17. Ortiz Martínez RA, Otalora Perdomo MF, Delgado ABM, Luna Solarte DA, Ortiz Martínez RA, Otalora Perdomo MF, et al. Adolescencia como factor de riesgo para complicaciones maternas y neonatales. *Rev. Chilena de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. noviembre de 2018 ;83(5):478-86. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262018000500478&lng=es&nrm=iso&tlng=es
18. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2021 [Internet]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/2982736-peru-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2021>
19. Chung HW, Kim EM, Lee JE. Comprehensive understanding of risk and protective factors related to adolescent pregnancy in low- and middle-income countries: A systematic review. *J Adolesc* [Internet]. 1 de diciembre de 2018; 69:180-8. Disponible: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140197118301908>

20. Huallpa Palomino DM. Factores de riesgo asociados a la reincidencia de embarazo en adolescentes: revisión sistemática 2014-2019. Repos Inst-Wiener [Internet]. 11 de agosto de 2022; Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/6954>
21. Jennifer McCleary-Sills. Prevención del matrimonio infantil: lecciones de las evaluaciones de impacto de género del Grupo del Banco Mundial (inglés). Base de datos de evaluación de impacto de género del Banco Mundial Washington: Grupo del Banco Mundial. 2014.
22. Maravilla JC, Betts KS, Couto E Cruz C, Alati R. Factors influencing repeated teenage pregnancy: a review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. noviembre de 2017;217(5):527-545.e31.
23. Del Mastro NI. Adapting to poverty and dealing with gender: a comparative perspective on teenage pregnancy in the Peruvian Amazon. *Cult Health Sex*. enero de 2023;25(1):33-47.
24. Downing J, Bellis MA. Early pubertal onset and its relationship with sexual risk taking, substance use and anti-social behaviour: a preliminary cross-sectional study. *BMC Public Health* [Internet]. 3 de diciembre de 2009 ;9:446. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3091535/>
25. Ibitoye M, Choi C, Tai H, Lee G, Sommer M. Early menarche: A systematic review of its effect on sexual and reproductive health in low- and middle-income countries. *PLoS ONE* [Internet]. 7 de junio de 2017 ;12(6):e0178884. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5462398/>
26. Boden JM, Fergusson DM, Horwood LJ. Age of menarche and psychosocial outcomes in a New Zealand birth cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. febrero de 2011;50(2):132-140.e5.
27. Valladares DMM, Gómez XEG. Factores asociados al embarazo subsecuente en adolescentes. *Rev Cienc Salud Educ Médica*. 20 de diciembre de 2021;3(4):8-17. Disponible: <https://revistacienciasmedicas.unan.edu.ni/index.php/rcsem/article/view>
28. Albuquerque AP dos Santos, Pitangui ACR, Rodrigues PMG, Araújo RC de. Prevalence of rapid repeat pregnancy and associated factors in adolescents in Caruaru, Pernambuco. *Rev Bras Saúde Materno Infant* [Internet]. junio de 2017; 17:347-54. Disponible: <http://www.scielo.br/j/rbsmi/a/nY6n6kMgZfmgksMrkNkTfFD/?lang=en>
29. Jaba Serván MC. Factores Asociados a la Reincidencia del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García, de febrero - abril 2019. *Univ Científica Perú* [Internet]. 23 de enero de 2020; Disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/973>

30. Jesús Jackeline T, Yaranga Quispe DC. Factores Socioculturales asociados al embarazo en adolescentes en el Centro de Salud de Chilca – 2018. Univ Peru Los Andes [Internet]. 2019; Disponible en: <http://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/765>
31. Saavedra Asian VK. Factores sociales, económicos y culturales de riesgo al embarazo reincidente en adolescentes en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el 2018. 2019.
32. Real Academia Española: Diccionario de la lengua española, 23.^a ed. *Definición de sociodemográfico*, [versión 23.6 en línea]. Disponible en: <<https://dle.rae.es//definicion.de/sociodemografico/>
33. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Características de la población censada - Variables Contextuales. 1993. [internet] Disponible: ps://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0014/varicont.htm
34. Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer, y Reproductiva (CLAP/SMR) (OPS/OMS). Instrucciones de llenado y definición de términos [Internet]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/centro-latinoamericano-perinatologia-salud-mujer-reproductiva-clap>
35. Real Academia Española: Diccionario de la lengua española, 23.^a ed. *Definición de religión*, [versión 23.6 en línea]. Disponible en: <<https://dle.rae.es/religion/>
36. Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones con seres humanos. 59^a Asamblea General, Seúl, Corea, octubre de 2008 [en línea]. [Fecha de consulta: 20 de febrero de 2023]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index>.
37. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights - UNESCO Bibliotheca Digital [Internet]. [citado 28 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180>
38. Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS). International Ethical Guidelines for Health-related Research involving Humans [Internet]. Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS); 2016
39. Congreso Constituyente Democrático. (1993). Constitución Política del Perú de 1993, Ley 29733 de 2011. Por lo cual se expide Ley de protección de datos personales. El Peruano Perú; 2013 p. 491320–34.

VIII. ANEXOS

ANEXO N°01

Ficha de recolección de datos.

N° DE HC:

DNI:

VARIABLE DEPENDIENTE

Reincidencia de embarazo:

- a) Si / No

VARIABLE INDEPENDIENTE

Factores de Riesgo Sociodemográficos:

Edad Materna:

- a) Adolescencia temprana: 10 a 14 años
b) Adolescencia tardía 15 a 19 años

Lugar de procedencia:

- a) Urbano b) Rural

Grado de Instrucción

- a) Sin estudios
b) Primaria incompleta
c) Primaria completa.
d) Secundaria incompleta.
e) Secundaria completa.
f) Superior en curso

Estado Civil:

- a) Soltera
b) Conviviente
c) Estudiante

Ocupación: _____

Edad de la pareja: _____

Antecedente de Violencia:

- Si / No

Consumo de alcohol

- Si / No

Consumo de tabaco

- Si / No

Consumo de drogas

- Si / No

Religión: _____

Factores de riesgo Gineco-Obstétricos.

Menarquia Temprana:

- Si / No

Planificación del embarazo:

- Si / No

Uso de métodos anticonceptivos:

- Si / No

Edad de inicio de relaciones sexuales

- a) Adolescencia temprana: 10 a 14 años
b) Adolescencia tardía 15 a 19 años

Número de parejas sexuales

- a) Mas o igual a 3
b) Menos de 3