



95
11217

TESIS CON
EXAMEN DE CALIFICACIÓN

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

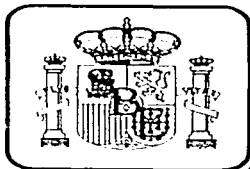
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO

ASOCIACIÓN ENTRE EL EMBARAZO NO
DESEADO Y VARIABLES MATERNAS Y
PERINATALES EN EL HOSPITAL GENERAL "C"
DE SALINA CRUZ, OAXACA:
UN ESTUDIO TRANVERSAL, OBSERVACIONAL,
PROLECTIVO Y COMPARATIVO

TESIS DE POSGRADO

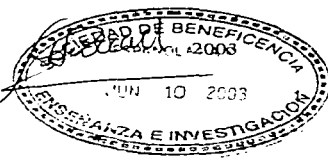
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A
DR. NÉSTOR MEDINA CASTRO



HOSPITAL ESPAÑOL

ASESOR ES
DR. MANUEL ALVAREZ NAVARRO
DR. JUAN MANUEL MEDINA LOMELI





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO
SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICA**

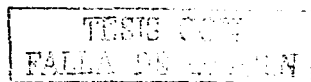
**DR. MANUEL ÁLVAREZ NAVARRO
JEFE DEL CURSO DE GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICA DEL HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO**

**DR. JUAN MANUEL MEDINA LOMELI
GINECO-OBSTETRA ADSCRITO DEL SERVICIO DE
CONSULTA EXTERNA DE OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO**

**TESTES CON
FALLA DE CIECEN**

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	3
ANTECEDENTES	4
JUSTIFICACIÓN	8
HIPÓTESIS	10
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	11
OBJETIVOS	12
MATERIAL Y MÉTODOS	13
VARIABLES EN ESTUDIO	16
MUESTREO	16
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	16
RESULTADOS	17
DISCUSIÓN	29
CONCLUSIONES	33
REFERENCIAS	34



AGRADECIMIENTOS

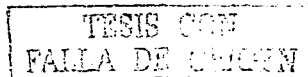
A mi madre ♣, mi padre, mi esposa, mi hijo y mis hermanas por su apoyo incondicional.

Al Dr. Efraín Vázquez Benitez, al Dr. Ricardo Quiroz Vázquez y al Dr. Manuel Álvarez Navarro por sus enseñanzas, su paciencia y por ser ejemplos a seguir.

Al Dr. Ricardo Figueroa Damián por su orientación y apoyo en metodología y estadística.

Al Dr. Walter García Tercero y al resto del personal del Hospital de Salina Cruz Oaxaca que laboró durante mi estancia por su cooperación desinteresada.

Al azar por haberme permitido conocerlos a todos.



ANTECEDENTES

El comportamiento sexual del hombre ha ido evolucionando en la medida en que él mismo ha cambiado a través de su historia. Conforme se ha desligado de su misión puramente reproductiva y se ha convertido en fuente de placer, ha adquirido nuevos significados. Muchas cosas positivas se han obtenido de esta separación, sin embargo este acto de unión, de amor, de vida, puede acarrear a la misma especie problemas que, paradójicamente, son deletéreas para su supervivencia a largo plazo. Así, en la medida en que el hombre sea menos esclavo de sus instintos, la explosión demográfica dejará de ser una amenaza que ensombrezca su futuro.

El crecimiento demográfico es una de las principales preocupaciones de diversas organizaciones internacionales. Se ha dicho que con excepción de una posible guerra nuclear, la explosión demográfica será el problema más grave que enfrentará el mundo en los próximos años. Desde hace miles de años y hasta hace relativamente pocos (1830 d.C.) la tasa de crecimiento anual mundial se mantuvo por debajo de 0.1%, como consecuencia del hambre, guerras, enfermedades, etc. Sin embargo, los avances tecnológicos y científicos en distintos campos del conocimiento, han propiciado un crecimiento acelerado de la población mundial ya que han aumentado la longevidad de los individuos y su capacidad para reproducirse. Se calcula que entre 1800 y 1850 d.C., la población mundial alcanzó mil millones de personas. Este número se duplicó para 1930. Hacia 1960 éramos 3 mil millones de personas; para 1976, 4 mil millones; en 1987



5, mil millones. Actualmente la tasa de crecimiento poblacional mundial es del 1.7%, la más alta de toda la historia. Detener el crecimiento poblacional de su ritmo acelerado, tomará algún tiempo. En el futuro próximo se calcula que en el 2025 seremos 9 mil millones, y se espera que el crecimiento de la población mundial se estabilice hacia el año 2150 con una tasa de crecimiento de 2.1 niños por mujer, alcanzando una cifra de 11.5 mil millones ese año. (1, 2)

Es difícil determinar cual es el tamaño ideal de la población del planeta. Muchas personas creen que ya se ha traspasado el límite en que se puede sustentar a las poblaciones en condiciones razonables de vida. Maltus (3), creyó que únicamente la miseria (o el temor a ella) era la manera como podría detenerse el crecimiento exponencial de la población. La tesis neo-Maltusiana sostiene que los recursos del mundo (energéticos, alimenticios, flora y fauna) están disminuyendo, por lo que el mundo está viviendo actualmente más allá de su capacidad. De hecho se espera que el 95% del crecimiento en los próximos 100 años ocurra en los países más pobres. Actualmente el 25% de la población mundial vive en naciones desarrolladas, y a finales del siglo sólo será el 13%. El problema demográfico en los países en desarrollo es evidente si se toma en cuenta que aportan el 85% de los nacimientos, el 95% de las muertes en la niñez y el 99% de las muertes maternas en el mundo. Aunque hay detractores de esta visión, es un hecho que la tierra tiene una capacidad de sustento limitada y en algún momento el crecimiento poblacional debe regresar y acercarse a cero (1,2).



A pesar de los esfuerzos hechos por distintas organizaciones, más de la mitad de los embarazos en los Estados Unidos de Norte América, se estima que son no planeados o no deseados (4,5). Más de la mitad de ellos terminaran en abortos. Además, se ha visto que aquellos embarazos no deseados y los productos de embarazos no deseados son más afectos a presentar eventos adversos sobre su salud (6 - 9). En México no existen estadísticas precisas, pero no hay razones para pensar que el problema sea de menor magnitud.

Dentro de este panorama general, el papel de la anticoncepción ha tomado un papel protagónico. Actualmente, muchos servicios y programas de planificación familiar para población general se han puesto en marcha en el mundo y en México, con el fin de combatir la amenaza latente de la sobrepoblación y sus indeseables repercusiones. Es aquí que nuevos enfoques en materia de anticoncepción han surgido. En la década de los 80's, se desarrolló la anticoncepción hormonal de emergencia (AOE o método de Yuzpe), como una manera de evitar embarazos no deseados, contribuyendo así a la meta general de disminuir la tasa de natalidad (10). En México no existen presentaciones farmacéuticas especiales de este método, como las hay en otros países. Más aún, no hay estudios en México que evalúen la aceptación de la anticoncepción hormonal de emergencia y pronostiquen su posible impacto.

Por último, no debemos despreciar la influencia de los factores sociales en la génesis del embarazo no deseado. Así, aunado a los esfuerzos tecnológico-reduccionistas en materia de anticoncepción, tendrán que sobrevenir mejoras

significativas en la distribución de los ingresos, el empleo y educación. Por tanto, el enfoque para disminuir las exageradas tasas de crecimiento poblacional es complejo ya que comprende tanto niveles de investigación básica, como también de trabajo social de campo, donde la modificación de hábitos y costumbres muchas veces son los factores causales del problema en cuestión (11,12).

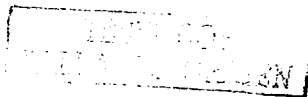
TESIS CON
FALLA DE LICEN

JUSTIFICACIÓN

El problema demográfico en México, como en el del resto de los países latinoamericanos, tiene matices especialmente preocupantes ya que son limitados los recursos económicos con que se cuenta. Esto tiene un impacto deletéreo en la infraestructura educativa y de atención de la salud. Las políticas actuales intentan atenuar dichas deficiencias, aunque las mejoras frecuentemente se ven superadas por el aumento desmedido de la demanda.

Por otro lado, como ya se dijo en los antecedentes, el embarazo no deseado es una de las principales causas de esta explosión demográfica. Existen datos que sugieren que los embarazos y los productos de embarazos no deseados pueden tener un curso menos salubre que los que sí lo son. Por tanto, explorar las variables maternas y del recién nacido, más comúnmente estudiadas durante el embarazo, es atractivo con el fin de establecer el impacto del embarazo no deseado en estas variables.

Aunque idealmente, la forma de evitar el embarazo no deseado es con educación sexual y valores morales bien cimentados, este objetivo no se ha alcanzado ni siquiera en aquellos países con las mejores condiciones económicas y sociales. En este sentido es que han surgido alternativas anticonceptivas que actúan en los últimos instantes previos a la concepción o durante los primeros posteriores a ella. Esta, llamada anticoncepción hormonal de emergencia, no cuenta en México con la difusión adecuada, comparativamente con otros países.



Por tanto, y de manera complementaria, es igualmente deseable establecer el posible impacto que esta variedad de anticoncepción tenga en nuestra población.

ENHES SOW
RAJIA DE CANTON

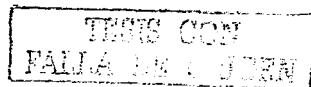
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia de embarazo no deseado en una muestra de embarazadas atendidas en el Hospital General "C" de Salina Cruz, Oax.?

¿Con qué variables demográficas se asocian los embarazos no deseados?

¿Las pacientes con embarazo no deseado cursan con desenlaces perinatales distintos a las pacientes con embarazos deseados?

¿Que proporción de embarazadas utilizaría la anticoncepción hormonal de emergencia en caso de necesitarlo?



HIPÓTESIS

El embarazo no deseado se asocia con relación marital inestable, menor escolaridad, mayor paridad y métodos anticonceptivos menos efectivos.

El embarazo no deseado aumenta en cuatro veces el riesgo de desenlaces perinatales adversos comparativamente a las pacientes con embarazos deseados.

El porcentaje de aceptación del método de anticoncepción hormonal de emergencia en la población estudiada es cercano al 50%.

TESIS CON
FALLA DE CUBIERTA

OBJETIVOS

1. Determinar la prevalencia de embarazo no deseado en una muestra de embarazadas atendidas en el Hospital General C de Salina Cruz, Oax.
2. Comparar las variables demográficas de mujeres con embarazo no deseado contra mujeres con embarazo deseado.
3. Comparar los porcentaje de desenlaces perinatales adversos en pacientes con embarazos no deseados contra pacientes con embarazos deseados.
4. Establecer la proporción de embarazadas que utilizaría la anticoncepción hormonal de emergencia en caso de necesitarlo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El cuestionario se aplicó en todos los casos por la misma persona (el autor de esta tesis), los días que la actividad laboral propia del hospital permitió al entrevistador aplicarlos, sujetándose a las respuestas de las entrevistadas sin influir intencionadamente al realizar las preguntas. El cuestionario se aplicó a toda paciente que se encontró en puerperio en la sala de alojamiento conjunto, por la resolución de un embarazo mayor de 20 semanas.

Las pacientes así captadas se dividieron en dos grupos: las que asistieron con embarazos deseados y las que asistieron con embarazos no deseados. Las variables estudiadas del binomio madre-producto comprendieron tres aspectos distintos:

- Las de la madre: edad, paridad, estado civil, escolaridad y ocupación.
- Las propias del embarazo: complicaciones secundarias a él ó complicaciones asociadas a él.
- Las del producto al nacimiento: edad gestacional, vía de nacimiento (abdominal o vaginal), Apgar al minuto y 5 minutos, peso y complicaciones postnatales.

TRINIS CON
FALLA DE ORIGEN

VARIABLES EN ESTUDIO

Variables Independientes:

1. Embarazo no deseado
2. Embarazo deseado

Variables Dependientes:

1. Resultado perinatal adverso
2. Resultado perinatal favorable

Definiciones Operacionales:

1. Se definió embarazo no deseado a aquel embarazo resultado de la falta de planeación y deseo de lograrlo, por parte de la madre o ambos miembros de la pareja.
2. Se definió desenlace perinatal adverso como cualquier complicación propia del embarazo o variable perinatal que ponga en riesgo o prediga una evolución perinatal adversa.

MUESTREO

No probabilístico de casos consecutivos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Chi cuadrada para establecer diferencias entre las variables demográficas y perinatales.

TRONC CON
FALLA DE CUELLO

RESULTADOS

Se aplicó un total de 100 cuestionarios. El número de pacientes con embarazo no deseado fue exactamente la mitad del número de encuestadas, con lo que la prevalencia identificada de embarazo no deseado en esta población fue del 50%.

En ambos grupos, el estado civil más frecuente fue el de casada, seguido por la unión libre y después el de soltera, siendo este último casi tres veces más frecuente en el grupo del embarazo no deseado. (Tabla 1 y figuras 1 y 2)

TABLA 1

Estado Civil	Deseado n=50 (%)	No Deseado n= 50 (%)
Soltera	3 (6)	8 (16)
Casada	28 (56)	28 (56)
Unión Libre	17 (34)	13 (26)
Viuda	1(2)	0
Divorciada	1(2)	1(2)

FIGURA 1

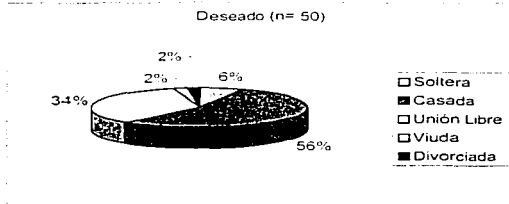
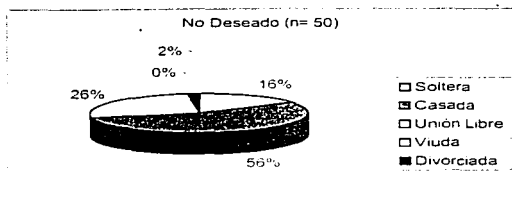


FIGURA 2



Para poder efectuar una comparación y aplicar una prueba estadística las variables se dicotomizaron en relación marital estable (casadas y unión libre) y aquellas con relación marital inestable (solteras, viudas o divorciadas).

TABLA 2

Edo. Civil	DESEADO n=50 (%)	NO DESEADO n=50 (%)	P
Pareja estable	45 (90)	41 (82)	0.25
Pareja inestable	5 (10)	9 (18)	

En cuanto a la escolaridad, la educación primaria dominó en el embarazo no deseado, mientras que fue la educación secundaria la que lo hizo en el embarazo deseado. Aunque las cifras no muestran diferencias contundentes, si se puede observar la tendencia a una menor escolaridad del embarazo no deseado, comparativamente con el deseado. (Tabla 3 y figuras 3 y 4)

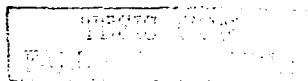


TABLA 3

Escolaridad	Deseado n= 50 (%)	No Deseado n= 50 (%)
Ninguna	4 (8)	3 (6)
Primaria	16 (32)	21 (42)
Secundaria	22 (44)	17 (34)
Preparatoria	6 (12)	9 (18)
Licenciatura o posgrado	2 (4)	0

FIGURA 3

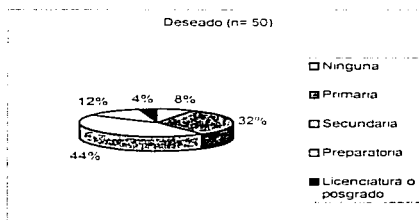
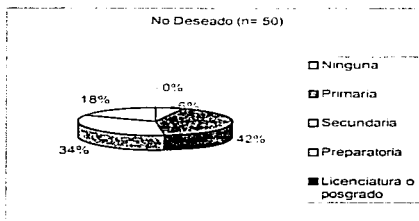


FIGURA 4



1999 COS
FAMILIA DE...
...

De la misma manera estas variables se dicotomizaron en escolaridad baja (ninguna y primaria) y escolaridad alta (secundaria, preparatoria y licenciatura) con el fin de aplicar una variable estadística:

TABLA 4

Escolaridad	Deseado n=50 (%)	No Deseado n=50 (%)	p
Baja	20 (40)	24 (48)	0.4
Alta	30 (60)	26 (52)	

En cuanto a la actividad laboral de la mujer, comparativamente entre embarazo deseado y no deseado, se obtuvieron los siguientes resultados:

TABLA 5

Trabajo	Deseado n= 50 (%)	No Deseado n= 50 (%)	p
Si	4 (8)	7 (14)	0.3
No	46 (92)	43 (86)	

De igual manera, la tendencia de embarazo deseado fue a ubicarse en mayor frecuencia como la primera gestación en la inmensa mayoría de los casos. Si bien el lugar más frecuente para el embarazo no deseado es el primero, es destacable que existe una tendencia relativamente marcada de ubicarse como segundos, terceros y hasta décimo lugar en la secuencia de embarazos. Como lo demuestran



los números. y como es lógico pensar, lo deseable de un embarazo es inversamente proporcional al número de sujetos que componen el núcleo familiar. (Tablas 6 y 7)

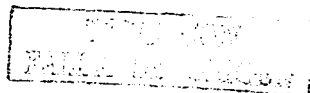
TABLA 6

Numero de embarazo	Deseado n= 50 (%)	No Deseado n= 50 (%)
1°	28 (56)	16 (32)
2°	13 (26)	14 (28)
3°	8 (16)	9 (18)
4°	1 (2)	2 (4)
5°	0	3 (6)
6°	0	2 (4)
7°	0	2 (4)
8°	0	0
9°	0	0
10°	0	2 (4)

Al dicotomizar esta variable en sin embarazo previo (cuando el actual embarazo era el primero) y con embarazo previo (cuando el embarazo actual era el segundo o más), se encontró lo siguiente:

TABLA 7

No. de embarazo	Deseado n= 50 (%)	No Deseado n= 50 (%)	p
Sin emb. Previo	28 (56)	16 (32)	0.02
Con emb. Previo	22 (44)	34 (68)	



Esta variable mostró asociación entre el embarazo previo y el no deseo del embarazo actual con un OR de 2.7 y un IC al 95% de 1.1 a 6.6. Esto significa que las pacientes con hijos previos no deseaban un nuevo embarazo en 2.7 veces más que las que no tenían hijos previos.

Los resultados obtenidos en relación a la utilización de anticoncepción en este grupo de mujeres, demuestra un comportamiento que llama la atención. Aproximadamente la mitad de las entrevistadas de cada grupo, no ha utilizado anticoncepción de ningún tipo. Sin embargo, en el grupo de embarazo deseado los anticonceptivos elegidos por la mayoría gozan de mayor efectividad que aquellos escogidos por las pacientes en el grupo de embarazo no deseado (según el índice de Pearl). (Tabla 8 y figuras 5 y 6)

TABLA 8

Anticoncepción	Deseado n= 50 (%)	No Deseado n= 50 (%)
Ninguno	26 (52)	26 (52)
Ritmo	2 (4)	6 (12)
Condón	3 (6)	5 (10)
Orales	1 (2)	5 (10)
DIU	10 (20)	4 (8)
Inyectables	8 (16)	3 (6)
Abstinencia	0	1 (2)

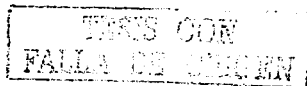


FIGURA 5

Deseado (n= 50)

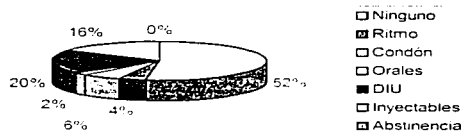
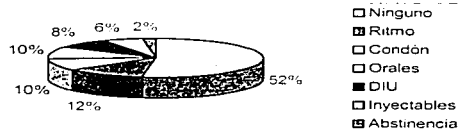


FIGURA 6

No Deseado (n= 50)



Al dicotomizar las variables de anticoncepción en baja efectividad (ninguna, ritmo, condón) y alta efectividad (orales, DIU, inyectables, abstinencia) se encontró lo siguiente:

TABLA 9

Anticoncepción	Deseado n= 50 (%)	No Deseado n= 50 (%)	p
Baja efectividad	31 (62)	37 (74)	0.2
Alta efectividad	19 (38)	13 (26)	

ESTUDIO DE CASO
FALLA DE ANTICONCEPCIÓN

La anticoncepción hormonal de emergencia es un método prácticamente desconocido para la población general, como lo demuestra la tabla 10. De hecho únicamente una paciente en cada grupo había oído hablar del método, pero no sabía en qué casos se utilizaba específicamente o hasta qué tiempo el método era efectivo aún.

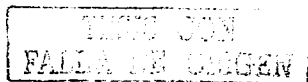
TABLA 10

Conoce AOE	Deseado (n= 50)	No Deseado(n= 50)
Si	1 (incorrecto)	1 (incorrecto)
No	49	49

Si bien la AOE es un método desconocido para la inmensa mayoría de las pacientes, también la mayoría esta dispuesta a utilizarla en caso de encontrarse en riesgo de un embarazo no deseado, y algunas de ellas piensa que de hecho le podría haber servido en algún momento en el pasado. Sin embargo, hay que resaltar que estas pacientes son inestables en su conducta ya que la prevención del embarazo no deseado inicia con los métodos anticonceptivos tradicionales. (tabla 11)

TABLA11

Utilización de AOE	Deseado (n= 50)	No Deseado(n= 50)
Si	42	49
No	8	1



La tasa de aceptación de este método fue del 91% en el total de la población estudiada, para el grupo de mujeres con embarazo deseado la tasa de aceptación fue del 84%, mientras que para el grupo de embarazo no deseado la aceptación fue de 98%.

Las variables del binomio madre-producto mostraron en algunos casos un comportamiento paradójico ya que se esperaría que la mayor incidencia de evoluciones desfavorables se presentara en el embarazo no deseado y no fue así, como se evidencia en la tabla 12, donde se muestran las complicaciones secundarias al embarazo (preeclampsia, ruptura prematura de membranas pretérmino, amenaza de parto y parto pretérmino, infecciones de vías urinarias, etc). Por el contrario no hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a complicaciones asociadas al embarazo (DM tipo II, etc), neonatales (asfisia, retardo en el crecimiento, membrana hialina, óbitos, etc), ni del puerperio.

TABLA 12

Complicaciones	Deseado n= 50 (%)	No Deseado n= 50 (%)	P
Asociadas al Embarazo	0	4 (8)	0.09
Secundarias al emb.	24 (48)	13 (26)	0.02
Neonatales	9 (18)	7 (14)	0.5
Puerperio	0	2 (4)	0.3
Total	33 (66)	26 (52)	0.2



TABLA 13

Apgar al nacimiento	Deseado (n= 50)	No Deseado (n= 50)
Promedio	7.5/8.5	8/9
Moda	8/9	8/9
Mediana	8/9	8/9

TABLA 14

Peso al Nacimiento	Deseado (n= 50)	No Deseado (n=50)	p
Promedio	3205.2 + - 701	3240.7 + - 607.7	0.7
Moda	3600	3000	
Mediana	3280	3200	

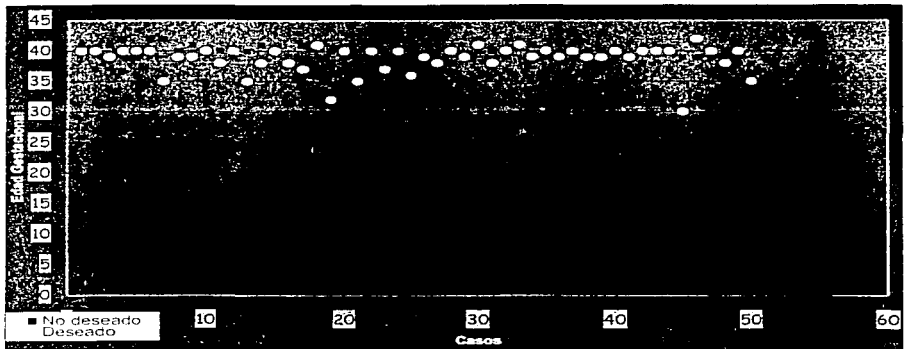
TABLA 15

Edad Gestacional (capurro)	Deseado (n= 50)	No Deseado(n=50)	p
Promedio	38.7 + - 2.3	39.2 + - 2.5	0.3
Moda	40	39	
Mediana	39.5	39	

Como se puede observar en las tablas 13 a 15, no se demostró diferencia estadísticamente significativa entre los grupos, en cuanto a variables como el Apgar al minuto y 5 minutos, peso al nacimiento y Capurro al nacimiento.

TESTES CON
FALLA EN LA SIGNIFICANCIA

FIGURA 7



Por último, no se favoreció ninguna vía de nacimiento comparativamente entre los grupos. Si bien la cesárea fue más común en el grupo de embarazo deseado, el margen es estrecho comparativamente con el de embarazo no deseado. Asimismo, se puede observar la tendencia del embarazo deseado a darse en etapas más tardías de la vida reproductiva en comparación con el embarazo no deseado, que se presenta fundamentalmente en mujeres menores de 25 años (Tablas 16 a la 18, Figuras 8 y 9). Ninguna de estas variables tuvo una significancia estadística entre los grupos.

TRABAJO CON
FALTA DE LECTURA

TABLA 16

Vía de Nacimiento	Deseado n= 50 (%)	No Deseado n= 50 (%)	p
Parto	21 (42)	24 (48)	0.5
Cesárea	29 (58)	26 (52)	

TABLA 17

Edad	Deseado (n= 50)	No Deseado (n= 50)
15		2
16	3	
17	2	5
18	5	3
19	4	5
20	4	4
21	2	4
22		5
23	5	5
24	5	2
25		1
26	3	2
27	6	1
28	3	
29	1	3
30	2	
31	1	
32	1	1
33	1	
34		3
35	1	
37		1
39	1	1
44		2



TABLA 18

Grupos de Edad	Deseado n= 50 (%)	No Deseado n=50 (%)	p
< o = a 25 años	30	36	0.2
> de 25 años	20	14	

FIGURA 8

Deseado (n= 50)

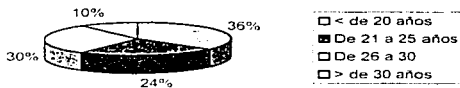


FIGURA 9

No Deseado (n=50)



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSIÓN

Los hallazgos principales del estudio podemos resumirlos de la siguiente manera:

A) La prevalencia de embarazo no deseado en la muestra del estudio fue del 50%.

B) Las variables que presentaron una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos fueron:

1. El embarazo no deseado fue más frecuente conforme más hijos previos se tenían. Esto es muy lógico si se toma en cuenta que conforme se tienen más hijos, el deseo de tener uno más cada vez va siendo menor.
2. Las complicaciones secundarias al embarazo mostraron una tendencia paradójica, al presentarse con más frecuencia en aquellos embarazos deseados, comparativamente con los no deseados. Esto puede ser explicado por un sesgo de supervivencia, donde sólo los embarazos no deseados menos afectados son los que llegan a edades gestacionales más avanzadas (es decir, los que presentan alguna patología se pierden antes de aproximarse al término). Por el contrario, al contar con un control prenatal más cercano, los embarazos deseados con patología como sin ella se acercan al término. Si tomamos en cuenta que el Capurro promedio para ambos grupos se encontró en el término, este fenómeno podría tener un papel importante en el comportamiento observado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

C) Las variables en las que no se encontró diferencia estadísticamente significativa:

Dentro de estas encontramos estado civil (p 0.25), escolaridad (p 0.4), situación laboral (p 0.3), método anticonceptivo utilizado (p 0.2), complicaciones asociadas al embarazo (p 0.09), complicaciones neonatales (p 0.5), complicaciones del puerperio (p 0.3), peso al nacimiento, edad gestacional al nacimiento (p 0.3), vía de nacimiento (p 0.5) y edad materna (p 0.2).

D) La anticoncepción hormonal de emergencia:

1. Es prácticamente desconocida en la muestra estudiada.
2. El 84% de las pacientes con embarazo deseado y el 98% de las pacientes con embarazo no deseado utilizarían este método en caso de necesitarlo.
3. La tasa de aceptación de este método fue del 91% en el total de la población estudiada.

Los resultados obtenidos en este estudio concuerdan con algunos reportados en la literatura. Se sabe que la prevalencia del embarazo no deseado es cercana al 50% y que el número de embarazos previos es importante en la génesis del embarazo no deseado (13).

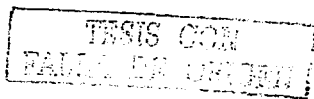
Por otro lado, no se pudieron demostrar asociaciones de diversas variables que se refieren en la literatura, por ejemplo, la asociación entre bajo peso al nacimiento o el parto pretérmino y el embarazo no deseado. (8,14). Sin embargo, existen

TRABAJOS CON
FALLA DE ORIGEN

estudios donde estas variables tampoco alcanzaron significancia estadística (15). Esto puede ser consecuencia de la heterogeneidad de las muestras estudiadas, el número de pacientes incluidas en cada estudio y los métodos para medir cada una de las variables. Adicionalmente se ha observado que ciertos métodos anticonceptivos se asocian con mayor frecuencia a embarazo no deseado (16)

Por otro lado hay que tomar en cuenta que el presente estudio esta sujeto a muchos sesgos por su diseño. Así, sus resultados no se pueden tomar dogmáticamente, pero tampoco es apropiado desecharlos. Los sesgos que pudieran intervenir en este estudio incluyen: sesgo de selección (es decir, la muestra estudiada tiene características que no son representativas de la población general y por tanto los resultados son aplicables únicamente a esta muestra) y sesgo de supervivencia (donde algunos sujetos con determinadas características pueden superar temporalmente a otros, lo que también intervendría en la inferencia a la población general de los resultados). Asimismo, se debe tomar en cuenta que el número de pacientes incluido es reducido, lo que podría hacer pensar que algunas de las variables que no alcanzaron significancia estadística, lo harían en estudios con mayor casuística. Esto podría ser especialmente cierto en variables como la edad materna (sobre todo mujeres en extremos de la vida reproductiva), que se sabe ésta fuertemente asociada al embarazo no deseado. (16)

Me parece que los presentes resultados fundamentan la realización de un estudio prospectivo, en el cual se cuente con un muestreo aleatorio para asegurar la



representatividad de la muestra, y que evalúe mas fidedignamente el impacto del método de anticoncepción hormonal de emergencia, con la finalidad de introducir en la práctica clínica el uso de este método.

TESIS CON
FALLA DE CATEGORÍA

CONCLUSIONES

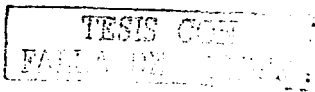
El embarazo no deseado es una entidad muy frecuente en el medio rural y es imperativo disminuirlo. Aunque es alentador el hecho de que la mujer de este medio, esté dispuesta en su mayoría a cooperar en la prevención del embarazo no deseado, no dejan de preocupar los factores socioculturales y económicos, que tienen un fuerte impacto en la conducta de las mujeres. Si bien es cierto que si estas pacientes hubieran sido informadas oportunamente de la AOE y se les hubiera proporcionado el método en el momento adecuado, la mayoría lo hubiera tomado y con esto se hubieran prevenido aproximadamente la mitad de los embarazos incluidos en este estudio, también es cierto que la cultura de la anticoncepción en el medio rural aún esta poco difundida y mal comprendida. A esto se agregan las carencias económicas que fomentan un campo fértil para el hacinamiento y la promiscuidad, además de las barreras culturales y a veces de lenguaje.

Por tanto un equilibrio entre enfoques reduccionistas (17) y holísticos (18) del problema en cuestión, podría traer mejores resultados de los que hasta el momento se han obtenido por separado con las investigaciones básicas sobre anticoncepción y las políticas en cuanto a bien estar social.

TESIS CON
FALLA DE CUBIERTA

Referencias:

1. Rosenfield A, Fthalla MF. Crecimiento de Población, Desarrollo y Salud. *En: Manual de Reproducción Humana de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia*. Editorial Parthenon Publishing. 1994. paginas 348 a 364.
2. Consejo Nacional de la Población. (www.conapo.com.mx)
3. Maltus. *Essai sur le principe de population*. Ed. Flammarion. Paris. 1992
4. Speroff L, Glass RH, Kase NG. Family Planning, Sterilization and Abortion. *In: Clínica Ginecología Endocrinología and Infertility*. 6th Edition Editorial BlackWell. Pags 831 - 40.
5. Moos MK. Unintended pregnancies: a call for nursing action. *American Journal of Maternal Child Nursing*. 28(1):24-30; quiz 31, 2003 Jan-Feb.
6. Korenman S. Kaestner R. Joyce T. Consequences for infants of parental disagreement in pregnancy intention. *Perspectives on Sexual & Reproductive Health*. 34(4):198-205, 2002 Jul-Aug.
7. Hulsey TM. Laken M. Miller V. Ager J. The influence of attitudes about unintended pregnancy on use of prenatal and postpartum care. *Journal of Perinatology*. 20(8 Pt 1):513-9, 2000 Dec.
8. Eggleston E, Tsui A, Kotelchuck M. Unintended Pregnancy and Low Birthweight in Ecuador. *Am J Pub Health* 91: 808-810, 2001.
9. Taylor J, Cabral H. Are women with an unintended pregnancy less likely to breastfeed? *J Family Practice* 51:431-6, 2002.



10. Lara R. Anticoncepción Hormonal. En: Vázquez E. La Medicina Reproductiva en México. JGH Editores. México D.F. 1999. Pags. 327-331
11. Viniegra L. ¿Deben ser las Matemáticas el Núcleo Explicativo del Conocimiento Médico? Rev Invest Clin 2001; 53: 93-103.
12. Culpepper L, Jack BW. Preconception Care. En: Cherry SH, Merkatz IR (eds) Complications of Pregnancy: Medical, Surgical, Gyencologic, Psychosocial and Perinatal. 4th Edition. Williams and Wilkins. 1991 Pags. 2-15.
13. Goto A, Yasumura S, Reich MR, Fukao A. Factors associated with unintended pregnancy in Yamagata, Japan. Social Science & Medicine. 54(7):1065-79, 2002 Apr.
14. Orr ST, Miller CA, James SA, Babones S. Unintended pregnancy and preterm birth. Paediatric and Perinatal Epidemiology. 14(4):309-13, 2000 Oct.
15. Bitto A, Gray R, Simpson JL, Queenan JT. Adverse Outcomes of Planned and Unplanned Pregnancies among Users of Natural Family Planning: A Prospective Study. Am J Pub Health. 87(3): 338-343, March 1997.
16. Rosenfeld JA, Everett K. Lifetime Patterns of Contraception and Their Relationship to Unintended Pregnancies. J Family Practice 49(9): 823-828, September 2000

TESIS CON
FALLA DE CUBRIR

17. von Hertzen H, Piaggio G, Ding J. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. *Lancet*. 360(9348):1803-10, 2002 Dec 7.
18. DiCenso A, Guyatt G, Willan A, Griffith L. Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomized controlled trials. *BMJ* 324(15):1-9, Jun 2002.

TESIS CON
FALLA DE CENSO.