



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACION

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

**PREVALENCIA DEL EMBARAZO NO DESEADO,
NO PLANEADO Y FORZADO
Y SUS FACTORES ASOCIADOS
EN ALTO RIESGO OBSTETRICO**

Trabajo de investigación clínica.
PRESENTADO POR:
DRA. JENNYFER GOMEZ MEJIA

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Director de la tesis:
Dr. Alfonso Carrera Riva Palacio
2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION



SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION

SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

**PREVALENCIA DEL EMBARAZO NO DESEADO,
NO PLANEADO Y FORZADO
Y SUS FACTORES ASOCIADOS
EN ALTO RIESGO OBSTETRICO**

Trabajo de investigación clínica.
PRESENTADO POR:
DRA. JENNYFER GOMEZ MEJIA

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Director de la tesis:
Dr. Alfonso Carrera Riva Palacio
2013

**PREVALENCIA DEL EMBARAZO NO DESEADO, NO PLANEADO Y
FORZADO Y SUS FACTORES ASOCIADOS
EN ALTO RIESGO OBSTETRICO**

AUTORA

DRA. JENNYFER GOMEZ MEJIA

Vo. Bo.

Nombre del Profesor titular del curso
DR. JOSE ANTONIO MEMIJE NERI

Titular del Curso de Especialización en Ginecología y Obstetricia

Vo. Bo.

Nombre del Director de Educación e Investigación
DR. ANTONIO FRAGA MOURET

Director de Educación e Investigación

**PREVALENCIA DEL EMBARAZO NO DESEADO, NO PLANEADO Y
FORZADO Y SUS FACTORES ASOCIADOS
EN ALTO RIESGO OBSTETRICO**

DRA. JENNYFER GOMEZ MEJIA

Vo. Bo.
DR. ALFONSO CARRERA RIVA PALACIO

Medico Ginecoobstetra
Director de Tesis

Vo. Bo.
DRA. CAROLINA SALINAS OVIEDO

Jefe de enseñanza e investigación
Hospital Materno Infantil Cuauhtepac
Asesor metodológico

**A MI MADRE
POR TI Y PARA TI
GRACIAS POR DARME TODO LO QUE TENGO
Y TODO LO QUE SOY**

A MI PADRE Y MI HERMANO

A MIS AMIGOS POR APOYARME Y ENTEDERME

A MIS MAESTROS POR SUS ENSEÑANZAS

GRACIAS DRA. CARO Y DR. ALFONSO

SIN USTEDES NO HABRIA SIDO POSIBLE

A MIS COMPAÑEROS POR LAS INOLVIDABLES GUARDIAS

A LA S.S.D.D.F. ME VOY CON LA CAMISETA DEL "DEPA" BIEN PUESTA

A TODAS MIS PACIENTES POR DEJARME PARTICIPAR EN EL MOMENTO
MAS IMPORTANTE DE LA VIDA DE SUS HIJOS

INDICE

RESUMEN.....	1
I	
INTRODUCCION.....	2
II	
MATERIAL Y METODOS.....	36
III	
RESULTADOS.....	41
IV	
DISCUSIÓN.....	63
V	
CONCLUSIONES.....	66
VI	
RECOMENDACIONES.....	67
VII	
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	69
ANEXOS.....	71

RESUMEN

El embarazo no deseado, no planeado y forzado es más frecuente los extremos de la vida, con mayor frecuencia embarazos de alto riesgo. El objetivo compara la prevalencia y factores asociados de estos embarazos en alto riesgo obstétrico de marzo a mayo del 2012 en el Hospital Materno Infantil de Cuauhtémoc. Se realizó un estudio epidemiológico, transversal, prospectivo en puerperio inmediato. En alto riesgo existe una prevalencia del 55% de embarazos no planeados, 8% de embarazos no deseados y 0.7% de embarazos forzados sin diferencia con bajo riesgo.

Existe asociación de embarazo no planeado en mujeres con alto riesgo mayores de 30 años, multigestas, empleadas, sin control prenatal, con método de planificación familiar previo al embarazo y sin conocimiento adecuado sobre su utilización; y de embarazo no deseado en mujeres solteras, multigestas, con control prenatal inadecuado, sin método anticonceptivo previo al embarazo y con legrado uterino instrumentado.

Palabras clave: embarazo no planeado, embarazo no deseado, alto riesgo obstétrico.

I. INTRODUCCIÓN

EPIDEMIOLOGIA

La salud sexual y reproductiva de la población adolescente se ha considerado, en México, como una prioridad de atención dentro del Plan Nacional de Salud 2006-2012; en México la tasa de fecundidad global descendió entre 1970 y el año 2000 de 6.0 a 3 hijos por mujer; sin embargo debido a la elevada proporción de población joven la cantidad de mujeres en edad reproductiva se duplicó en el mismo periodo. Así, aunque la tasa de fecundidad en la población ha disminuido la cantidad absoluta de nacimientos y la proporción de los nacimientos que son producto de madres adolescentes se ha mantenido estable debido a la inercia de crecimiento poblacional. Los nacimientos que ocurrieron entre mujeres menores de 20 años de edad representaron 17.1% del total de nacimientos y contribuyeron con 13.6% de la Tasa General de Fecundidad. Se ha documentado ampliamente que el embarazo en edades tempranas, especialmente antes de los 18 años, pone en riesgo la salud de la madre y que los hijos de madres adolescentes en circunstancias de pobreza y desnutrición presentan mayor probabilidad de enfermar comparados con los hijos de madres mayores de 20 años de edad en las mismas condiciones sociales (8). Se documentó en México, alrededor de los años 90, que el inicio de vida sexual ocurría en promedio entre los hombres a los 16 años y entre las mujeres a los 19 años; se ha observado que mientras la edad de inicio de la vida sexual activa se registra a edades más tempranas, la edad del matrimonio

se ha postergado. De esta manera el lapso de fecundidad no marital se ha incrementado (8).

La Encuesta sobre el Comportamiento Reproductivo de los Adolescentes y Jóvenes del Área Metropolitana de la Ciudad de México (ECRAM) realizada en México en 1988, entre población de 10 y 24 años de edad reveló que los jóvenes menores de 24 años después del inicio de la actividad sexual continúan activos y sin protección durante un año o más antes de solicitar un método anticonceptivo. Entre las mujeres sólo 36% manifestó haber utilizado alguna práctica anticonceptiva en su primera relación sexual y entre las mujeres menores de 24 años que ya se habían embarazado alguna vez más de 50% manifestó que el primer embarazo no fue deseado; el estereotipo de que la maternidad adolescente implica mayor riesgo obstétrico en realidad sólo se ha documentado en mujeres menores de 18 años, puesto que las mujeres entre 18 y 19 años de edad no muestran un riesgo mayor que las que tienen entre 20 y 24 años, excepto en condiciones donde además de la edad precoz hay situación de extrema pobreza (8).

De acuerdo con las encuestas de demografía y salud, publicadas por el Instituto Alan Guttmacher se calcula que cada año ocurren en el mundo aproximadamente 80 millones de embarazos no deseados, de los cuales más de la mitad terminan en aborto, acerca de los embarazos que llegan a término reflejan que 16% corresponden a embarazos no planificados, y que en América

Latina y el Caribe se encuentra el mayor porcentaje (29%), a diferencia de países de Asia Oriental, que tienen la prevalencia más baja (9%). En México, 23% de las madres adolescentes de entre 13 y 19 años afirmaron que su embarazo no fue deseado (7).

Embarazo no planeado: el embarazo no planeado se presenta cuando la mujer no tenía en sus planes embarazarse pero acepta el embarazo y tener al producto (6,7).

Embarazo no deseado: ocurre cuando la mujer queda embarazada sin quererlo, pero por cuestiones personales, sociales y culturales, se ve obligada a tener al producto, son aquellos embarazos que ocurren en un momento poco favorable, inoportuno, o que se dan en una persona que ya no quiere reproducirse (1,7). Para muchas de las mujeres que se enfrentan a un embarazo no deseado, la maternidad representa una experiencia impuesta por los patrones culturales que prevalecen en nuestra sociedad. Estudios realizados en otros contextos indican que la maternidad no deseada tiene importantes costos sociales y psicológicos para las mujeres y para los niños y niñas que nacen en estas condiciones (5); es posible afirmar que la decisión entre continuar un embarazo no deseado o interrumpirlo es siempre difícil y dolorosa para la mujer y quienes la rodean (1).

Embarazo forzado: algunos investigadores ahora prefieren hablar de 'embarazo forzado' después de todos los casos de violación, mientras que otros

usan el término para referirse específicamente al embarazo que resulta del uso de la violación como un arma de guerra.

La reproducción y el ejercicio de la sexualidad deberían ser siempre actos deseados y planeados; lamentablemente no siempre es así; las expectativas reproductivas están influenciadas por la cultura y la ideología, y difieren según el grupo social y el contexto histórico, el papel que se les asigna a las mujeres en la sociedad está íntimamente relacionado con las expectativas reproductivas y varía dentro de una amplia gama que va desde el papel exclusivo de madre y cuidadora de los hijos hasta su desempeño pleno como trabajadora o profesional (1). La maternidad no deseada obstaculiza el ejercicio de los derechos humanos básicos de las mujeres y representa una violación a distintos acuerdos internacionales firmados y ratificados por México; asimismo, representa una violación al Artículo 4º de la Constitución Mexicana, en el cual se establece que todas las personas tienen el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos (5).

"...en la concepción católica sobre la maternidad, que es la que prima culturalmente en nuestro país, una madre siempre debe anteponer el hijo a sus necesidades y deseos como persona. Así, el valor de una mujer radica tanto en su función de recipiente que tiene una nueva vida, como en que cumpla el imperativo que simboliza la feminidad: el conjunto de virtudes de abnegación,

altruismo y sacrificio que exigen postergarlo todo en aras del hijo, del marido, de la familia (...) pocas mujeres se atreven a decir abiertamente que hay ocasiones en que no quieren ser madres. Claro que ante un embarazo no deseado, existen mujeres que no se resignan y recurren al aborto ilegal; pero al no conceptualizar la maternidad como elección sino como destino "natural", viven su elección con culpa, sin asumirla abiertamente. ¿Quién va a reconocer no sólo haber cometido un delito o pecado si no haberse opuesto al destino sublime de ser madre?" (5)

Los embarazos no deseados son especialmente comunes en adolescentes, mujeres solteras y mayores de 40 años; sin embargo, también se dan en otros grupos de edad. Su frecuencia parece ser mayor entre las mujeres de escasos recursos y bajo nivel educativo, aunque ocurren en todas las clases sociales. Sus consecuencias no solo afectan a las mujeres, sino también a los hombres y a las familias (1).

Las consecuencias sobre la salud de las mujeres son indirectas: las más graves se derivan del aborto inducido al que las mujeres recurren para tratar de evitar el embarazo no deseado, y que se realiza en condiciones de clandestinidad e inseguridad; la continuación de los embarazos no deseados también tiene consecuencias sobre la salud de la madre y del hijo, ya que estos ocurren con mayor frecuencia en mujeres en ambos extremos de la edad reproductiva, períodos durante los cuales los riesgos son mayores, los embarazos no

deseados tienen consecuencias que van más allá del individuo y afectan a toda la sociedad (1). Muchas mujeres viven situaciones de gran conflicto emocional cuando se enfrentan a un embarazo no deseado, propiciadas por los patrones culturales que limitan sus posibilidades para tomar decisiones autónomas en torno a la sexualidad y la reproducción. Se sabe, además, que hay una asociación estadística entre maternidad temprana y baja escolaridad. Se ha señalado que “en la fecundidad total el peso relativo de los nacimientos de madres jóvenes es más elevado en los grupos de menor escolaridad y en las áreas rurales”. Se ha argumentado que el embarazo en la etapa escolar las hace proclives a abandonar la escuela, aunque también se ha demostrado que es el abandono de la escuela por situaciones económicas lo que condiciona la maternidad precoz; además, el embarazo cuando no es deseado representa mayor riesgo social, tanto para la madre como para la progenie (8).

Se ha documentado la complejidad de la definición del “deseo de embarazo” y la evolución del deseo durante el embarazo de un grupo de embarazadas, que al enterarse de su estado manifiestan verbalmente su rechazo por el mismo, una proporción considerable manifestará cambios de actitud a medida que éste progrese; una vez concluido el mismo, la respuesta de la madre y del padre se ve influida no sólo por las experiencias agradables y desagradables del embarazo y del parto, sino, además, por la reciprocidad que exista entre las fantasías pre conceptivas de los progenitores con las características reales de este particular bebé, como el sexo, el color de su piel, y el parecido con los

padres, entre otras; la proporción de quienes manifiestan no desear el embarazo disminuye a medida que avanza el mismo y más todavía con el nacimiento del hijo o hija, la proporción de mujeres que hubiesen manifestado que no desearon estar embarazadas sería mayor si se hubiese preguntado al inicio del embarazo, y aún mayor si se hubiese preguntado a la misma cohorte de mujeres antes de la concepción. Sobre la dimensión inconsciente del deseo de embarazarse se ha señalado que es necesario hacer la distinción entre el deseo de estar embarazada y el deseo de tener un hijo puesto que en la casuística clínica se reporta que el motivo de embarazarse es, en ocasiones, una respuesta a la necesidad de confirmar la capacidad reproductiva. Varios autores han argumentado que la manifestación sobre el deseo de un embarazo está determinada por factores socioculturales que varían dependiendo del contexto social, psicológico y cultural (8).

La manifestación de no deseo del embarazo se correlaciona con la multiparidad; las respuestas que se obtienen de las madres en las encuestas que indagan sobre el deseo del último hijo, aluden más a la satisfacción de la pareja con el tamaño de familia deseada, es decir, al “número ideal de hijos” que la pareja había planeado, que al deseo o rechazo deliberado del último hijo, no sólo el deseo del embarazo está culturalmente determinado, sino también la factibilidad de que se manifieste que no se deseó un embarazo (8).

En el contexto urbano la expectativa cultural es que la mujer joven continúe

estudiando y posponga la crianza hasta después de los 24 años, en ese contexto es menos disonante que una mujer manifieste que no desea o deseó un embarazo, mientras que en una comunidad rural “las mujeres quieren tener hijos tempranamente en el ciclo vital”, ya que tienen pocas opciones de “ser alguien” fuera de la maternidad. En estas circunstancias un embarazo, aunque no haya sido deliberadamente planeado, tiene más posibilidad de ser aceptado, además, en ese contexto cultural es menos factible que, una vez nacido el bebé, se manifieste que el embarazo no fue deseado. Por otro lado, la menor asociación de embarazo no deseado en comunidades rurales podría sugerir que las acciones de las promotoras de planificación familiar han logrado coberturas eficaces. En una familia extensiva, donde se espera que la mujer se case y colabore en el cuidado de los hijos menores y con los quehaceres domésticos, el hecho de que una hija adolescente se embarace, o que un hijo traiga a casa a su mujer adolescente, es probable que encuentre aceptación por parte de otras mujeres adultas, así como mayor disponibilidad para cuidarle a ella y a su hijo. En contraste, en zonas urbanas donde predominan las familias nucleares, y donde la expectativa es que la mujer joven continúe estudiando y postergue la crianza, el embarazo adolescente representa un problema y es frecuentemente rechazado por la propia embarazada, el progenitor y las familias de ambos (8).

La baja escolaridad en México ha sido un indicador que resume situaciones de pobreza y de falta de acceso a los servicios de salud. Se argumenta que el

embarazo hace proclive a la mujer a abandonar la escuela, sin embargo se ha encontrado que es el abandono temprano de la escuela y otras condiciones asociadas con la pobreza lo que deja a la mujer adolescente ante pocas alternativas de desarrollo, y que eso es lo que la hace proclive a la maternidad temprana. La realidad es que mientras la edad promedio para contraer matrimonio se ha ido posponiendo, el inicio de la vida sexual se registra a edades más tempranas, por lo que la fracción de nacimientos atribuibles a concepción premarital ha aumentado (8).

Estudios longitudinales realizados en otros países que han comparado grupos de individuos que fueron producto de embarazos en los que se documentó el rechazo de la madre, con grupos en todo similares, excepto por el antecedente de rechazo del embarazo, reportan en la cohorte de los hijos una mayor incidencia de perturbaciones en el desarrollo, bajo desempeño y deserción escolar, drogadicción, delincuencia juvenil y divorcio, entre otros indicadores. El deseo de los padres por el hijo es un determinante de estructuración psíquica del mismo, de su grado de autoestima, y de su capacidad amorosa, por eso se ha propuesto que: “toda gestación en nuestras sociedades occidentales debería ser la consecuencia del deseo y la voluntad de los padres de tener un hijo.” Las estrategias educativas en las que se promueve la deliberada planeación de una fecundidad postergada son intervenciones que prometen mayor efectividad que las desplegadas por los programas que promueven la abstinencia sexual o la

postergación de su inicio (8).

Autores finlandeses encontraron que, en orden decreciente, el bajo nivel educativo de la madre, el hecho de ser madre adolescente, la crianza por solo uno de los padres, el que la madre no haya deseado el embarazo y el tabaquismo durante el mismo son factores que incrementan el riesgo de que el hijo sea un delincuente juvenil; los hijos que no fueron deseados y que crecieron en un ambiente desfavorable (bajo el cuidado de madres inexpertas, solas, con problemas que probablemente les impedían dar una atención adecuada a sus hijos) son más susceptibles de involucrarse en actividades criminales durante la juventud. Otros problemas sociales gravísimos, como la violencia doméstica y los niños de la calle, también están fuertemente asociados con la maternidad no deseada, investigación realizada por dos prestigiosos economistas de los EE. UU. Encontró una asociación entre la legalización del aborto y el descenso de la criminalidad 15 a 20 años después de aprobada la ley correspondiente en ese país. Sus cálculos les permiten afirmar que la legalización del aborto es la primera causa del importante descenso de la tasa de asesinatos, daños a la propiedad y crimen violento en general que se ha observado en ese país durante la última década. De hecho, el 50% del descenso de la delincuencia podría atribuirse a la legalización del aborto, tal vez las mujeres recurran al aborto como una manera de elegir el mejor momento de su vida para tener hijos. Ellos sostienen que la capacidad de una madre para ofrecer un ambiente favorable para el crecimiento de un niño

varía según su edad, educación, ingresos, presencia del padre, el deseo de quedar embarazada y el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas durante el embarazo. En consecuencia, el aborto legal le da a la mujer la oportunidad de retrasar el nacimiento de un hijo hasta que las condiciones sean favorables.

En la segunda mitad del siglo XX aparecieron y se desarrollaron los métodos anticonceptivos modernos, que son muy eficaces y seguros y que, por primera vez en la historia de la humanidad, permitieron llevar las expectativas reproductivas a la práctica. La anticoncepción es la herramienta idónea para que las mujeres y las parejas puedan elegir el momento en que inician la reproducción, el número de hijos que van a tener y el espaciamiento entre los embarazos. En México se observa una tendencia ascendente sin interrupciones: del 63,1% en 1992 al 66,5% en 1996 y al 70,8% en 2000; sin embargo aun existen mujeres que no desean reproducirse pero siguen expuestas al “riesgo” de quedar embarazadas, por estar en edad reproductiva y llevar una vida sexual activa sin usar ningún método anticonceptivo o porque utilizan métodos “tradicionales” como el ritmo o el coito interrumpido, de escasa eficacia para evitar el embarazo. Se ha denominado a este grupo de la población como aquellas personas con una “necesidad no satisfecha de planificación familiar o anticoncepción. Se han identificado algunas causas como la falta de conocimientos sobre los anticonceptivos, sin embargo contribuye más el conocimiento deficiente de cómo utilizar un método determinado (especialmente los anticonceptivos orales), resultado de la

ausencia total de asesoramiento o de un asesoramiento deficiente. Otras razones son el temor a los efectos secundarios de los métodos, la oposición de la pareja, la postura de algunas iglesias (sobre todo la Católica) y las barreras para conseguir los métodos (inexistencia de servicios, costos, diferencias culturales o lingüísticas). Estas barreras, junto con la deficiente calidad de los servicios, representan factores particularmente importantes para ciertos grupos de mujeres (rurales e indígenas, sobre todo), los hombres y los adolescentes, cuyas necesidades de atención son diferentes de las de la mayoría de la población usuaria. Se estima que cada año ocurren en el mundo entre 8 y 30 millones de embarazos debidos al fracaso de los métodos anticonceptivos o a su uso incorrecto (1).

La forma en que operan los programas de planificación familiar que utiliza la mayor parte de la población es uno de los elementos que explican la alta incidencia de los embarazos no deseados; los programas se dirigen primordialmente a las mujeres de los sectores sociales populares, con mensajes apoyados en una perspectiva que refuerza sus roles sociales más tradicionales y contribuye a que pocos hombres asuman su responsabilidad frente a la sexualidad y la reproducción. En muchos servicios la variedad de métodos anticonceptivos es limitada y es común que el personal carezca de la capacitación o del tiempo necesario para ofrecer a las usuarias información completa y accesible sobre los métodos que se prescriben, incluyendo aspectos relacionados con su efectividad, seguridad y efectos secundarios; con

frecuencia se da poca importancia a las necesidades individuales de las mujeres y al contexto socioeconómico y cultural en el que viven, y se da prioridad a las metas de captación de usuarias definidas en los niveles centrales de las instituciones de salud. En muchas ocasiones, estas carencias de calidad de los servicios provocan que las mujeres se nieguen a aceptar un determinado método o inducen al abandono del que ya utilizaban. El acceso a los métodos anticonceptivos no es igual para todas las personas; ciertos núcleos de la población femenina, como las adolescentes, las mujeres sin escolaridad y aquellas que viven en regiones rurales apartadas o en zonas indígenas tienen mayores dificultades de acceso a la anticoncepción. Muchas mujeres no usan anticonceptivos por oposición de sus parejas, la desigualdad de las relaciones de poder entre los sexos que prevalece en nuestra cultura propicia que en muchos casos los hombres controlen la sexualidad de las mujeres a través de los embarazos y la crianza de los hijos; no es raro que las mujeres que no desean tener más hijos oculten el uso de la anticoncepción por el temor a ser agredidas verbal o físicamente por parte de sus parejas (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2000). Otra causa del embarazo no deseado es la utilización de los métodos naturales autorizados por la Iglesia católica que son de muy baja efectividad. Además, las mujeres se embarazan también por relaciones sexuales no planeadas o como consecuencia de la violencia sexual, en un contexto donde los métodos para la anticoncepción de emergencia son todavía poco conocidos, incluso por los propios profesionales de la salud (5).

Para controlar eficazmente la fecundidad un individuo necesita primero tomar conciencia de que es susceptible de embarazar o quedar embarazada. En este sentido los mensajes que promueven la postergación de la sexualidad y la abstinencia, pueden tener un efecto contrario al buscado, ya que hacen que el sujeto inconscientemente sienta que es posible dejar de ser susceptible de embarazarse, y por tanto, no decida deliberadamente el controlar su fecundidad mediante el uso de algún método anticonceptivo. Asimismo, las estrategias que promueven en el individuo la toma de conciencia de que se es susceptible de embarazarse propician en ellos la planeación deliberada de la fecundidad postergada (8).

La fecundidad de una población resulta de las expectativas reproductivas (los hijos que las mujeres y las parejas desean tener) y de su acceso a los medios que les permiten cumplir con estas expectativas (especialmente los métodos anticonceptivos). Para que la fecundidad y, en consecuencia, el crecimiento demográfico de un grupo social, un país o una región disminuyan, es esencial que su población aspire a un menor número de hijos y tenga acceso a los medios para lograrlo. De esta manera, los embarazos no deseados se reducirían al mínimo. Según los datos que arrojan las encuestas, el número de hijos al que las mujeres aspiran es menor que el que realmente tienen. La diferencia representa a los embarazos no deseados.

Por ello, para lograr un crecimiento poblacional menor en la región es esencial,

en primer lugar, que las personas logren concretar sus expectativas reproductivas y evitar los embarazos no deseados y, en segundo término, que deseen un número aún menor de hijos que los que quieren actualmente. Si las expectativas reproductivas se cumplieran, las mujeres, parejas y familias no enfrentarían las situaciones y decisiones difíciles que se asocian con embarazos o hijos no deseados; además, la sociedad en general se beneficiaría, ya que el crecimiento poblacional y las demandas que se derivan de él serían menores. Se ha comprobado que el inicio tardío de la reproducción y el deseo de menos hijos se asocian con un mayor desarrollo social y, en especial, con el nivel de escolaridad de la madre. Por ello, los esfuerzos por influir en las expectativas reproductivas deben concentrarse en los jóvenes (hombres y mujeres), ya que ellos representan el mayor grupo en la estructura demográfica actual, son los que van a reproducirse en las próximas décadas y, sobre todo, son los más abiertos a cambiar la visión tradicional del papel de la mujer en la sociedad. Cuantas más oportunidades e incentivos existan para que las mujeres reciban educación y se desarrollen como trabajadoras o profesionales, más se retrasará la edad al nacer el primer hijo y más bajo será el número de descendientes que la mujer y su pareja deseen. Si, al mismo tiempo, se garantizara el acceso efectivo a la anticoncepción para toda la población, el crecimiento de la población sería menor (1).

Una respuesta integral al embarazo no deseado, no planeado y forzado supone también la aplicación de estrategias para su prevención, es urgente

instrumentar programas de educación sexual que den respuesta a las necesidades específicas de los grupos a los que se dirigen y que propicien condiciones de mayor equidad entre hombres y mujeres en el espacio de la sexualidad y la reproducción. Se requieren también servicios de salud reproductiva accesibles a todas las personas y con una variedad amplia de métodos anticonceptivos eficaces y seguros, así como la difusión intensiva de los métodos para la anticoncepción de emergencia. La aplicación de este tipo de estrategias redundará sin duda en una disminución importante de los embarazos no deseados, no planeado y forzado (5).

Los costos derivados de incrementar la cobertura y calidad de la planificación familiar, de ofrecer educación sexual y de establecer servicios para adolescentes, entre otras medidas destinadas a disminuir los embarazos no deseados, son menores que el costo de la atención de las complicaciones inmediatas y a largo plazo del aborto, más las repercusiones financieras que para la familia y la sociedad implican las muertes maternas (1).

La Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (de 1993) define la violencia contra la mujer como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”. Esta

definición reconoce las raíces discriminatorias, basadas en la diferencia de sexo, de la violencia, y constata que “la violencia contra la mujer es uno de los mecanismos sociales fundamentales por los que se fuerza a la mujer a una situación de subordinación respecto del hombre”. Amplía la definición de violencia incluyendo los daños tanto físicos como psicológicos infligidos a las mujeres, y comprende los actos perpetrados sea en la vida privada, sea en la vida pública (11). De acuerdo con el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud de la Organización Mundial de la Salud, a partir de 48 encuestas realizadas en diversos países, se encontró que entre 10 y 69% de las mujeres encuestadas mencionaron haber sido agredidas físicamente por su pareja en algún momento de sus vidas. Los resultados de la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres en nuestro país estiman de la prevalencia de violencia de pareja entre las usuarias de los servicios de salud, de 21.5%, es decir, una de cada cinco mujeres padeció alguna agresión de su pareja en los 12 meses previos (9).

La violencia de pareja contra las mujeres como mecanismo de control, forma parte de la cultura patriarcal y tiene su origen en las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres, la desvalorización de las mujeres y su consecuente subordinación y dependencia económica y social. Si bien se han tratado de establecer otros factores de riesgo asociados a la violencia de pareja tales como el consumo de alcohol, la falta de empleo del varón, y los trastornos de la personalidad del agresor, diversos estudios demuestran que la asociación

de dichos factores con la violencia de pareja no implica un relación causal sino más bien un papel como factores contribuyentes o detonadores de eventos de violencia que se dan en un contexto social y cultural más amplio. El impacto de la violencia sobre la salud de las mujeres ha sido ampliamente documentado. Los efectos sobre la salud van desde las lesiones infligidas durante la agresión en caso de que ésta haya sido física, hasta problemas crónicos como colon irritable, cefaleas, embarazos no deseados, abortos, productos de bajo peso al nacimiento, infecciones de transmisión sexual incluyendo al VIH/SIDA, depresión, ansiedad, síndrome de estrés postraumático y suicidio, entre los más citados (9).

Se han establecido diferentes formas de violencia; la violencia doméstica, comprende aquella infligida por personas con quienes las mujeres tienen una relación íntima o por otros miembros de la familia, y se manifiesta con: *malos tratos físicos*, y en casos extremos el asesinato; e incluye también las costumbres tradicionales nocivas para la mujer, tales como la mutilación genital femenina y la cesión hereditaria de la esposa; *el abuso sexual*, como por ejemplo en el caso de relaciones sexuales forzadas, impuestas mediante amenazas e intimidaciones o con la fuerza física, la coerción a prácticas sexuales indeseadas, o la constricción a tener relaciones sexuales con terceros; *la violencia psicológica*, que consiste en comportamientos con miras a intimidar y atormentar a la víctima, y que asume diferentes formas: amenazas de abandono o abuso, reclusión en el hogar, vigilancia estricta, amenazas de

destitución del cuidado de los hijos, destrucción de objetos, aislamiento, agresiones verbales y humillaciones constantes; *la violencia económica*, que comprende actos tales como el negar dinero, el rechazar la obligación de contribuir económicamente, la privación de alimentos y de las necesidades básicas, y el control del acceso a la atención sanitaria, al empleo, etc (11).

En la mayor parte de los países del mundo, los abusos sexuales y violaciones cometidos por el compañero íntimo no se consideran como un delito, y en muchas sociedades las mujeres no piensan que las relaciones sexuales forzadas sean una forma de violación si están casadas con el culpable o conviven con él. Se supone que una vez aceptado el contrato de matrimonio por la mujer, el marido tiene derecho a exigir de su esposa prestaciones sexuales ilimitadas. Las agresiones sexuales y las violaciones pueden conducir al embarazo no deseado, y consiguientemente a las peligrosas complicaciones que puede comportar el recurso a un aborto ilegal. Las niñas que han sufrido abusos sexuales en la infancia tienen mayores probabilidades de abandonarse a comportamientos riesgosos tales como las relaciones sexuales precoces, y corren mayor peligro de quedar embarazadas sin desearlo o a edad excesivamente temprana (11). Las mujeres que se encuentran en situaciones violentas tienen menos posibilidades de recurrir a prácticas anticonceptivas o de pretender el uso de precauciones para el sexo seguro, y por lo tanto corren riesgos mayores de contraer enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA. Las encuestas llevadas a cabo en numerosos países revelan que,

aproximadamente, entre un 10 y un 15% de las mujeres declaran haber sido obligadas a tener relaciones sexuales con el hombre con quien conviven; algunos países han comenzado a crear leyes contra la violación conyugal, entre ellos figura México (11); el 8 de marzo del 2000, se publicó en el Diario Oficial la Norma Oficial Mexicana, NOM-190-SSA-1999. "Prestación de los Servicios de Salud, Criterios para la Atención de la Violencia Familiar" (9).

Una violación puede resultar en un embarazo, aunque la tasa varía según los contextos, en los centros de crisis para casos de violación de México se ha encontrado que del 15 al 18% de las mujeres que denunciaron ser víctimas de una violación resultaron embarazadas, en muchos países, las mujeres violadas se ven obligadas a llevar su embarazo a término para no poner en riesgo sus vidas por realizar un aborto en condiciones inadecuadas. Se ha determinado que existe una relación sistemática entre las complicaciones ginecológicas y el coito forzado. Estas comprenden las hemorragias o infecciones vaginales, los fibromas, la disminución del deseo sexual, la irritación de la zona genital, el dolor durante el coito, los dolores crónicos de la pelvis y las infecciones de las vías urinarias. Las mujeres víctimas de abuso tanto físico como sexual por parte de su pareja corren mayor riesgo de experimentar problemas de salud en general que las víctimas de violencia física solamente (12).

La violencia puede estar asociada con el embarazo en distintos niveles. A nivel individual, existe evidencia de que uno de los resultados del abuso durante la

niñez es la tendencia a que, más adelante en su vida, la mujer víctima participe en comportamientos arriesgados que puedan afectar su uso de métodos anticonceptivos. A nivel interpersonal, el temor de ser maltratadas por sus parejas que se oponen a limitar el número de hijos, también pueden impedir que la mujer use anticonceptivos. Cuando las mujeres y las niñas que no usan anticonceptivos son violadas, el embarazo puede ser un resultado directo. Más aún, si se les niega la opción de la anticoncepción de emergencia, aun cuando acudan a un hospital o clínica inmediatamente después de este suceso traumático, la violencia institucional a nivel comunitario entra en el juego. El embarazo en sí también puede ser un factor que precipite violencia por parte de las parejas de algunas mujeres. Algunas mujeres sufren violencia psicológica o física como 'castigo' por haber quedado embarazadas, especialmente si el embarazo ocurre fuera del matrimonio o en una madre soltera. Dicha violencia puede ser perpetrada contra ellas porque son juzgadas como personas que desafían las normas de género relacionadas con el comportamiento 'adecuado' de una mujer 'buena' en casos extremos, la mujer puede ser asesinada (14). En muchos lugares, el sexo forzado en un matrimonio no se considera una violación, dicho abuso y muchos casos en que se 'reconoce' que ha sido una violación por perpetradores que no son las parejas íntimas, no son denunciados por tanto el número de embarazos que resultan de la violación sólo puede calcularse aproximadamente. En México se ha encontrado que entre el 7.4 y el 26% de las mujeres que sufren violencia sexual quedan embarazadas como

resultado (14).

La pobreza que pone a la mujer en situaciones en las que la violencia física y sexual es común, ha sido denominada 'violencia económica', las mujeres desamparadas y las niñas de la calle suelen estar sujetas a la violencia económica en el sentido de que pueden verse forzadas a participar en trabajo sexual para ganarse la vida, su situación es especialmente vulnerable ya que les resulta extremadamente difícil exigir o negociar que sus clientes usen el condón; más aún, ellas también son vulnerables a ser violadas por hombres en la calle e incluso por funcionarios públicos, las mujeres en situaciones de esclavitud económica o que trabajan como sirvientas domésticas en países del mundo entero son vulnerables a ser violadas por sus empleadores. Cuando las organizaciones que prestan o financian servicios de salud reproductiva para los sobrevivientes de las violaciones, se oponen a la provisión de anticoncepción de emergencia o la impiden, esto puede verse como una forma de abuso institucional (14).

Según la OMS, la edad más segura para el embarazo es de los 20 a los 24 años de edad; algunas de las razones médicas para evitar el embarazo en menores de 18 años, es que no se ha completado el desarrollo óseo y no se ha alcanzado la masa mineral máxima, así como la relativa inmadurez del canal del parto, entre las complicaciones más frecuentes en los embarazos de adolescentes están la anemia, las infecciones bacterianas graves, el parto

prematureo, el parto obstruido y prolongado, la desproporción céfalo-pélvica, la muerte fetal y la formación de fístulas recto-vaginales o cisto-vaginales. La mortalidad relacionada con el embarazo y el parto es de dos a cinco veces más alta entre las mujeres menores de 18 años de edad que entre las de 20 a 29 años de edad. Las adolescentes recurren al aborto por razones tales como el temor, la vergüenza y la desesperación por no sentirse capaces de cuidar un bebé o no saber como podrán continuar su educación. Las adolescentes tienen mayor probabilidad que las mujeres adultas de tener un aborto en una etapa tardía, cuando corren mayores riesgos, debido al estigma asociado con el embarazo fuera del matrimonio y el aborto, las adolescentes muchas veces no procuran abortos legales y seguros (6).

Las adolescentes corren mayor riesgo de sufrir violencia y abuso sexual. Ante un embarazo que la adolescente no está en condiciones de llevar a término, la joven suele carecer de conocimientos, recursos y orientación para resolver su situación, sola y vulnerable, recurre a los métodos más peligrosos con el fin de interrumpir el embarazo; asimismo el miedo a la censura la lleva a retrasar la asistencia a los servicios de salud para buscar ayuda frente a las complicaciones derivadas de un aborto incompleto. Esta cadena de acontecimientos coloca a la joven en alto riesgo de enfermedad y muerte (1). Los hijos de madres menores de 15 años corren un riesgo dos veces mayor de tener bajo peso al nacer (< 2 500 g) y tres veces mayor de morir en los primeros 28 días de vida que los niños de madres de mayor edad; la incidencia de

muerte súbita es mayor entre los hijos de adolescentes y, más adelante, estos niños también sufren con mayor frecuencia enfermedades y accidentes, los hijos de madres adolescentes corren mayor riesgo de morir durante sus primeros 5 años de vida. Un estudio comparativo para el que se usaron datos de encuestas de demografía y salud de 20 países muestra que este riesgo es un 28% mayor para los hijos de adolescentes que para los de madres de 20–29 años, esta mayor mortalidad es consecuencia de las condiciones en las que se crían estos niños, caracterizadas por la pobreza, los cuidados deficientes y una utilización menor y más tardía de los servicios de salud. Este conjunto de problemas resulta de una combinación de factores: el bajo nivel socioeconómico, la inmadurez física de la madre, la falta de atención prenatal, los hábitos inadecuados relacionados con la salud (nutrición y tabaquismo, por ejemplo) y la inmadurez emocional. El embarazo también tiene consecuencias sobre las oportunidades de desarrollo de las jóvenes, así, se ha observado repetidamente que las adolescentes embarazadas abandonan la escuela con mayor frecuencia que el resto, tienen mayor probabilidad de ser madres solteras o solas, van a tener un número mayor de hijos al final de su vida reproductiva y sus oportunidades de alcanzar un trabajo remunerado son menores (1).

El Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia (PASA) de la Secretaría de Salud de México, destacó que la séptima causa de mortalidad de jóvenes de 15 a 19 años de edad en el 2000 fue relacionada con el embarazo, parto y

puerperio, en el cual obligaba a reforzar las actividades de prevención de embarazos en adolescentes, mencionando que una de cada seis mujeres tienen su primer hijo antes de cumplir los 20 años (13).

En México, las mujeres de generaciones más jóvenes, tienden a presentar una proporción ligeramente mayor de embarazos premaritales que las generaciones anteriores a ellas. Se entiende como mujeres con embarazo premarital a todas aquellas que tuvieron su primer nacimiento cuando se encontraban solteras o dentro de los primeros siete meses de la unión o matrimonio. En la generación más reciente la cifra ascendió a 18.6%, mientras que en la generación más antigua fue de 14%. Estos datos sugieren que las concepciones dentro de los primeros siete meses de la unión o matrimonio están aumentando, al pasar de 9.7% a 14.4% entre la primera generación y la última estudiada. En nuestro país, se estima que entre 25% y 40% de los embarazos no son planeados y que uno de cada cinco embarazos se presenta en adolescentes.

Hacia el final de la vida reproductiva las mujeres generalmente ya han tenido los hijos que deseaban o aun más de los que habían previsto en su juventud. Sin embargo, todavía son fértiles y pueden quedar embarazadas sin desearlo. Si una mujer de esta edad decide llevar adelante su gestación, los riesgos que enfrenta son mayores que en etapas más tempranas de la vida. Así, por ejemplo, la mortalidad y morbilidad maternas en madres mayores de 40 años son varias veces mayores que entre las más jóvenes. Además, en esta etapa

de la vida los problemas crónicos, tales como la diabetes y la hipertensión, son más comunes y pueden agravarse como resultado del embarazo. Los riesgos para el feto (defectos cromosómicos como el síndrome de Down, malformaciones congénitas, sufrimiento fetal y bajo peso al nacer) también son mayores que cuando la embarazada es más joven (1)

EMBARAZO DE ALTO RIESGO

Se define como riesgo obstétrico como todos aquellos factores externos o intrínsecos a la mujer que pueden propiciar alguna complicación durante la evolución del embarazo, el desarrollo del parto del puerperio o que puedan alterar en alguna forma el desarrollo normal o la supervivencia del producto; la valoración del riesgo obstétrico nos permite planear las características y la intencionalidad que debe tener la vigilancia prenatal en cada caso, en particular para la identificación de factores de riesgo, la educación para la salud y la detección oportuna de complicaciones. La presencia de uno o más de los siguientes factores permite clasificar al embarazo como de bajo riesgo (normal) o de alto riesgo (16).

La escala de mayor utilidad para valoración de riesgo obstétrico es la escala de Coopland (15)

Escala de Coopland

Utilizado por primera vez en Matinoba Canada en 1984, es un sistema de

clasificación de riesgo cuantitativo, es asignada a una mujer embarazada dándose un valor numérico arbitrario del 1 al 8 y la sumatoria de los valores individuales se divide en rangos o categorías que dividen el riesgo obstétrico en normal o bajo, y alto de la siguiente forma.

Bajo riesgo: 0-2 puntos

Riesgo alto: mayor de 3 puntos

La escala se clasifica en tres aspectos de carácter biológico:

1. Historia reproductiva
2. Condiciones asociadas
3. Embarazo actual

ANALISIS DE FACTORES EN ESCALA NUMERICA DE COOPLAND

A.- EDAD: Son las edades extremas de la vida donde mayor se ve afectado el embarazo, en adolescentes las que las funciones anatomofisiologicas no están completamente adecuadas para la gestación, ni preparadas económica ni mentalmente, y en mujeres mayores de 35 años por su asociación a complicaciones materno-fetales y porque en muchas ocasiones presentan comorbilidades asociadas.

B.- PARIDAD: Se pueden encontrar complicaciones como hemorragias obstétricas por inserción anómala placentaria, atonía uterina, diabetes mellitus, alteraciones de la contracción uterina con posterior ruptura uterina,

hipertensión.

C.- ABORTOS: es la pérdida del producto de la concepción antes de que este sea viable (peso menor de 500 gr y edad gestacional menor de 20 semanas).
Teniendo como consecuencia alta mortalidad materna y perinatal.

D.- INFERTILIDAD: incapacidad para lograr un embarazo durante más de 1 año sin utilización de métodos anticonceptivos, aunado al alto costo económico al lograrse la gestación.

E.- HEMORRAGIA POSPARTO: es la pérdida de más de 500 ml de sangre después de completar el tercer periodo de trabajo de parto posterior a parto eutócico o mayor de 1000 cc en parto múltiple o cesárea. La alta morbimortalidad está dada por hemorragia, infecciones, anemia secundaria o por mortalidad materna o neonatal.

F. PESO DE RECIEN NACIDOS ANTERIORES:

Bajo peso al nacer definido como aquel menor de 2500 gr.

Muy bajo peso al nacer menor de 1500 gr

Extremo bajo peso al nacer menor de 1000 gr.

Factores como tabaquismo materno, alcoholismo, edad materna avanzada ocasionan bajo peso al nacimiento con alta mortalidad perinatal.

G. MUERTE NEONATAL ANTERIOR: Es la muerte del RN en los primeros 28

días después de nacido. Alta probabilidad de nueva muerte neonatal

H. ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO: a la presencia de presión arterial mayor de 140/90 mmHg y proteinuria en dos tomas con un intervalo mínimo de 6 hrs en un embarazo mayor de 20 semanas de gestación.

I.- PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA: Presenta como consecuencia insuficiencia útero-placentaria, accidente cerebro-vascular, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, insuficiencia renal aguda, edema agudo pulmonar entre otras.

J.- CESAREA PREVIA: Puede ocasionar ruptura de la cicatriz anterior (histerorrafia), hemorragia, infección de la herida quirúrgica, episodios tromboembolicos, depresión fetal.

K.- CIRUGIA GINECOLOGICA PREVIA: Miomectomia, salpingectomias o salpingotomias, ooforectomia ocasionando disminución de la funcionalidad del aparato reproductor femenino, embarazo ectópico o infertilidad.

L.- ENFERMEDAD RENAL: ocasiona restricción del crecimiento intrauterino, trabajo de parto pretermino, hipertensión arterial, bajo peso al nacer.

M.- DIABETES GESTACIONAL: pudiendo ocasionar preeclampsia, infecciones,

N.- DIABETES MELLITUS: ocasiona infecciones, muerte fetal, cetoacidosis diabética, macrosomia fetal.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha observado que el embarazo no deseado, no planeado y forzado es más frecuente en mujeres en edades extremas de la vida reproductiva, tanto en adolescentes como en mujeres mayores de 40 años (3); en las cuales se presenta con mayor frecuencia embarazos de alto riesgo, en primer lugar porque las adolescentes suelen tener embarazos no planeados y en la mayoría de los casos no deseados, consecuencia de la poca información sobre salud reproductiva y utilización de métodos de planificación familiar; por lo que tienden a llevar un control prenatal más irregular y tardío asociando algunas conductas de riesgo propias de la edad (8, 13); y en mujeres añosas la mayoría tienen patología crónico-degenerativas asociadas o presentan multiparidad asociada (1); también se ha encontrado que el embarazo no deseado, el no planeado y el forzado es más frecuente en mujeres de nivel socioeconómico bajo lo que se asocia a mal control prenatal y en consecuencia a embarazos de alto riesgo obstétrico (1). Por lo que se plantea la siguiente pregunta:

¿Cual es la prevalencia del embarazo no deseado, no planeado y forzado y sus factores asociados tanto en bajo como alto riesgo en el Hospital Materno Infantil Cuauhtepac en los meses de marzo, abril a mayo del año 2012?

JUSTIFICACION

Actualmente según la OMS dos de cada cinco embarazos son no planeados, estadísticas actuales indican que esta cifra puede ser de hasta el 60%, (3). Estos embarazos suelen presentarse en mujeres de ambos extremos de la vida reproductiva (1); adolescentes en las cuales existe de dos a cinco veces mayor riesgo de morir durante el embarazo, parto o puerperio debido a las complicaciones que pudieran presentarse (3), y en mujeres añosas la mayoría de las cuales son multíparas o padecen una patología crónico degenerativa de base (1), ambos grupos de mujeres por lo general son estrato socioeconómico bajo, con escolaridad baja y con acceso restringido o poco conocimiento sobre los métodos de planificación familiar (7, 8); las cuales corresponden a la mayoría de la población atendida en el Hospital Materno Infantil de Cuauhtepac donde el perfil del usuario refleja una población entre 14 y 43 años (media de 24 años), de nivel socioeconómico bajo (clase I 65%), con estado civil en unión libre en su mayoría (53%), escolaridad secundaria terminada (45%) y en su mayoría ama de casa . Es bien sabido que hasta un 30% del total de los embarazos serán de alto riesgo, si se asocia que más de la mitad de los embarazos son no planeados, de los cuales hasta un 50% son no deseados y aun no se han establecido cifras reales de embarazo forzado, se podrían utilizar medidas como la interrupción oportuna y segura del embarazo aunado a la utilización informada y adecuada de métodos de planificación familiar en este grupo de población; se podría disminuir así la morbimortalidad materna e

incrementar notablemente la calidad de vida de las mujeres; el objetivo de esta investigación es averiguar la prevalencia de alto riesgo obstétrico y sus factores asociados en embarazo no deseado, no planeado y forzado en este grupo poblacional.

HIPOTESIS

Hipótesis de trabajo

En el embarazo de alto riesgo existe una prevalencia mayor a 60% de embarazos no planeados, de los cuales el 50% se trata de embarazos no deseados y el 30% de embarazos forzados.

Hipótesis nula

No hay diferencia en el porcentaje de embarazos no planeados, no deseados y forzados tanto en alto como en bajo riesgo obstétrico.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Comparar la prevalencia de embarazos no deseados, no planeados y forzados en alto y bajo riesgo en los meses de marzo a mayo del año 2012 en el Hospital Materno Infantil de Cuauhtépec, perteneciente a la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer los principales factores asociados a embarazo de alto y bajo riesgo en embarazo no planeado, no deseado y forzado según la escala de Coopland.
- Establecer las principales complicaciones obstétricas en alto riesgo asociadas a embarazo no planeado, no deseado y forzado.
- Identificar las principales complicaciones obstétricas en bajo riesgo asociadas a embarazo no planeado, no deseado y forzado.
- Determinar la frecuencia de embarazo de alto y bajo riesgo por grupo etario en mujeres con embarazo no planeado, no deseado y forzado.
- Establecer la frecuencia de alto y bajo riesgo en mujeres con y sin control prenatal en mujeres con embarazo no planeado, no deseado y forzado.
- Identificar la frecuencia de alto y bajo riesgo en mujeres embarazadas según su estrato socioeconómico en mujeres con embarazo no planeado, no deseado y forzado.
- Determinar la frecuencia de alto y bajo riesgo obstétrico dependiendo la escolaridad materna (número de años de estudio) en mujeres con embarazo no planeado, no deseado y forzado.
- Establecer la frecuencia de alto y bajo riesgo dependiendo el estado civil, ya sea madre soltera o en compañía de su pareja (sin importar estatus legal); en mujeres con embarazo no planeado, no deseado y forzado.

- Determinar la frecuencia de alto y bajo riesgo dependiendo la ocupación materna ya sean amas de casa o que cuenten con un trabajo remunerado en mujeres con embarazo no planeado, no deseado y forzado.
- Identificar el resultado perinatal favorable o adverso dependiendo el peso y el Apgar al nacimiento en embarazos no deseados, no planeados y forzados en alto y bajo riesgo.
- Determinar la utilización o no de métodos de planificación familiar previo al embarazo en alto y bajo riesgo en mujeres con embarazo no planeado, no deseado y forzado.
- Identificar el conocimiento sobre la utilización adecuada y el tipo de métodos de planificación familiar en alto y bajo riesgo en mujeres con embarazo no planeado, no deseado y forzado.
- Establecer el tipo y la utilización de método de planificación familiar post evento obstétrico en mujeres con embarazo no planeado, no deseado y forzado.

II. MATERIAL Y METODO

METODO

Se realizo un estudio transversal, prospectivo y analítico descriptivo de las encuestas aplicadas a mujeres en periodo de puerperio inmediato sobre embarazo no planeado, no deseado y forzado y sus factores asociados en alto riesgo obstétrico en el Hospital Materno Infantil de Cuautepec en los meses de marzo a mayo del año 2012.

TIPO DE ESTUDIO

Epidemiológico, observacional, retrospectivo, descriptivo, transversal.

MUESTRA DE ESTUDIO

Mujeres en periodo de puerperio inmediato sin importar edad gestacional ni resolución del embarazo que acepten participar en la encuesta en el Hospital Materno Infantil de Cuautepec en los meses de marzo a mayo del 2012.

CRITERIOS DE INCLUSION

A todas las mujeres en periodo de puerperio inmediato, sin importar edad gestacional, resolución del embarazo, ni motivo de atención médica que acepten participar en la investigación en el Hospital Materno Infantil de Cuautepec durante los meses de marzo a mayo del año 2012.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Mujeres en periodo de puerperio inmediato que tengan problemas de comunicación para responder a la encuesta, o que no deseen participar en el estudio.

DETERMINACION DE VARIABLES

VARIABLE (Índice/indicador)	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN
Embarazo no deseado	Independiente	Aquel embarazo que ocurre en un momento poco favorable, inoportuno, o que se da en una persona que ya no quiere reproducirse, cuando la mujer queda embarazada sin quererlo, pero por cuestiones personales, sociales y culturales, se ve obligada a tener al producto.	Cualitativa Nominal	Presente/ ausente
Embarazo no planeado	Independiente	Se presenta cuando la mujer no tenía en sus planes embarazarse pero acepta el embarazo y tener al producto.	Cualitativa Nominal	Presente/ ausente
Embarazo forzado	Independiente	Específicamente al embarazo que resulta de de una violación.	Cualitativa Nominal	Presente/ ausente
Alto riesgo obstétrico	Dependiente	Embarazo en el que se encuentra un aumento real o potencial en la probabilidad de sufrir daños a la salud de la madre o del producto.	Cuantitativa discreta	Escala de Coopland (> 2 puntos)
Bajo riesgo obstétrico	Dependiente	Es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término. Embarazo normoevolutivo.	Cuantitativa discreta	Escala de Coopland (0-2 puntos)

Grupo etario	De Control	Es un grupo de personas separado por edades, en este caso en base a la edad establecida como "edad fértil". Se ha establecido que el riesgo de morir durante el parto de las jóvenes de edades entre 15 y 19 años es dos veces mayor que el de las mujeres de 20 a 30 años.	Cuantitativa discreta	Edad
Estado civil	De Control	situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes. En este caso se tomara como variable si la mujer es madre soltera o si se encuentra en compañía de su pareja sin importar estatus legal.	Cualitativa Nominal	Con pareja Sin pareja
Escolaridad	De Control	Período de tiempo durante el cual se asiste a la escuela. Tomándose como referencia el nivel de educación básica en México que incluye primaria y secundaria.	Cuantitativa discreta	Años de estudio
Ocupación	De Control	Conjunto de tareas laborales, solo se tomara como variable la realización de tareas comunes del hogar o la realización de un trabajo remunerado, ya sea este dentro o fuera del hogar.	Cualitativa Nominal	Ama de casa Trabajadora
Atención prenatal	De Control	Seguimiento periódico de la mujer embarazada, dirigida a la prevención, detección y control de factores de riesgo obstétrico y perinatal, así como el otorgamiento de tratamiento a enfermedades preexistentes y otras patologías intercurrentes en el embarazo y período neonatal. Debe ser oportuna, periódica y completa (5 consultas)	Cuantitativa discreta	Número de consultas
Nivel socio-económico	De Control	Es un atributo del hogar, compartido y extensible a todos sus miembros, basado en los ingresos económicos.	Cuantitativa continua	Ingreso mensual
Resultado perinatal	De Control	Se tomara en cuenta el peso del producto y el Apgar a los 5 minutos	Cuantitativa continua Escala análoga	Gramos Apgar a los 5 minutos

Utilización de Métodos de Planificación Familiar	De Control	Es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos, el ejercicio de este derecho es independiente del género, la edad y el estado social o legal de las personas	Cualitativa Nominal	SI NO
Conocimiento de utilización de MPF	De Control	Es la información que la mujer posee sobre el uso adecuado en dosis, periodicidad e indicaciones sobre los diferentes métodos de planificación familiar	Cualitativa Nominal	SI NO
MPF actual		Método de planificación familiar que utiliza la mujer posterior al evento obstétrico	Cualitativa Nominal	SI NO

PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Se realizó una hoja de recolección de datos que incluía la escala de Coopland de riesgo obstétrico, que se aplicó en forma de interrogatorio dirigido a todas las mujeres en periodo de puerperio inmediato en el Hospital Materno Infantil de Cuauhtepac en los meses de marzo a mayo del año 2012.

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

Análisis de varianza no paramétrica.

PLAN DE TABULACION

La hoja de recolección de datos se incluye como anexo, se captura la información en Excel y se procesa la información con el paquete estadístico SPSS y elaboración de gráficos con ambos programas.

PLAN DE ANALISIS ESTADISTICO

ESTADISTICA DESCRIPTIVA

Para las variables cualitativas se utilizo cálculo de porcentaje y para las cuantitativas medidas de tendencia central como media, mediana y moda.

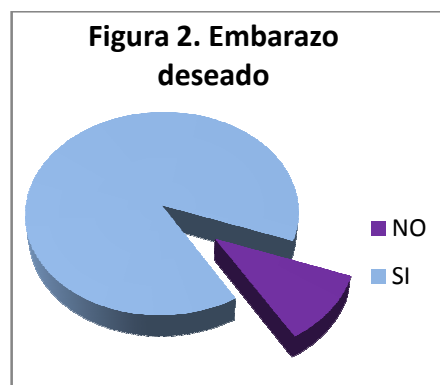
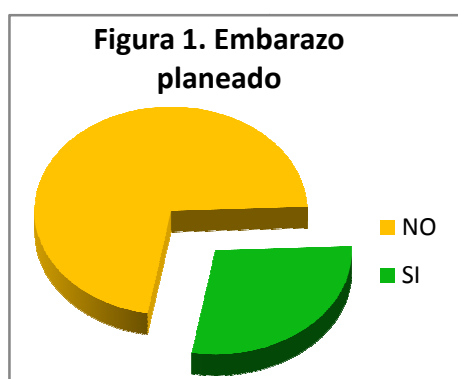
ESTADISTICA ANALITICA O INFERENCIAL

Riesgo relativo y Chi cuadrada.

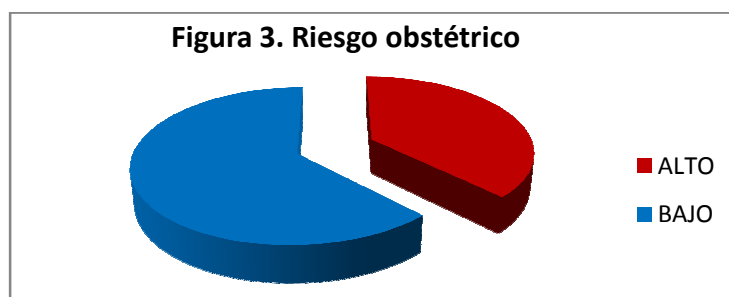
III. RESULTADOS

Se aplicaron un total de 370 encuestas a mujeres en periodo de puerperio inmediato sin importar forma de resolución del embarazo ni edad gestacional durante los meses de marzo a mayo del año 2012 en el Hospital Materno Infantil de Cuauteppec.

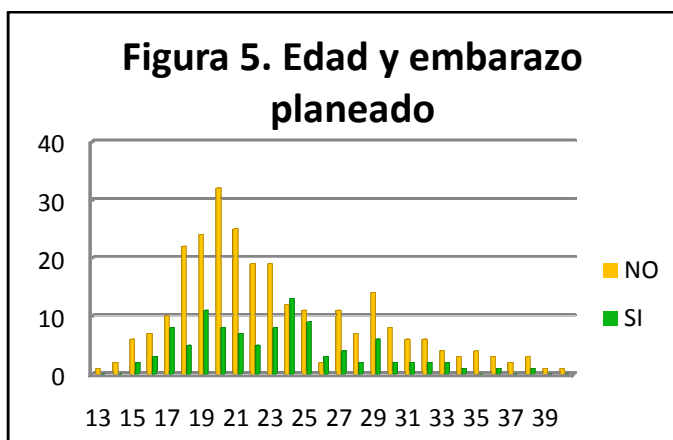
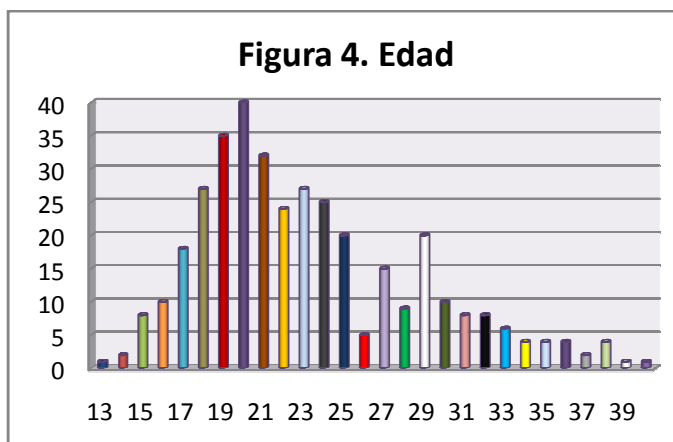
Del total de mujeres encuestadas solo el 28.4% (figura 1) refirió haber planeado el embarazo; y una vez que tuvieron conocimiento del mismo, un 89.2% (figura 2) dijo desearlo; solo el 0.5% de las mujeres refirió embarazo forzado.

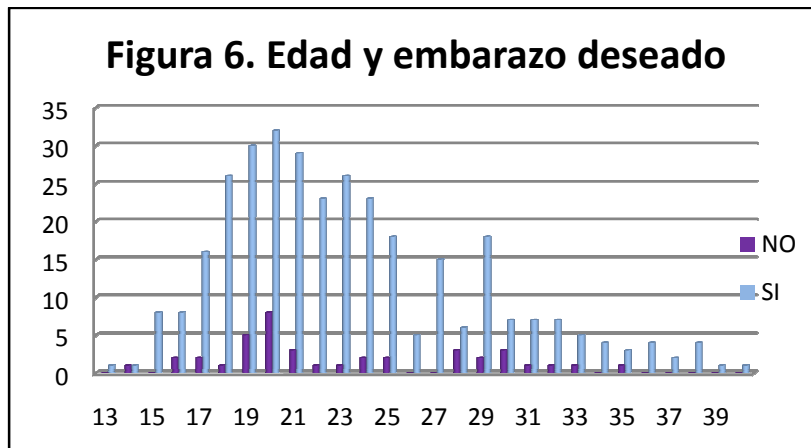


En la valoración del riesgo obstétrico se encontró riesgo obstétrico alto en un 37.6% y el 62.4% correspondió a bajo riesgo.

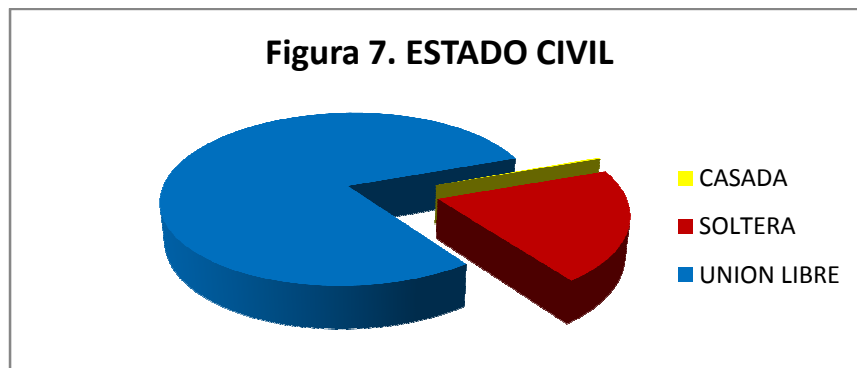


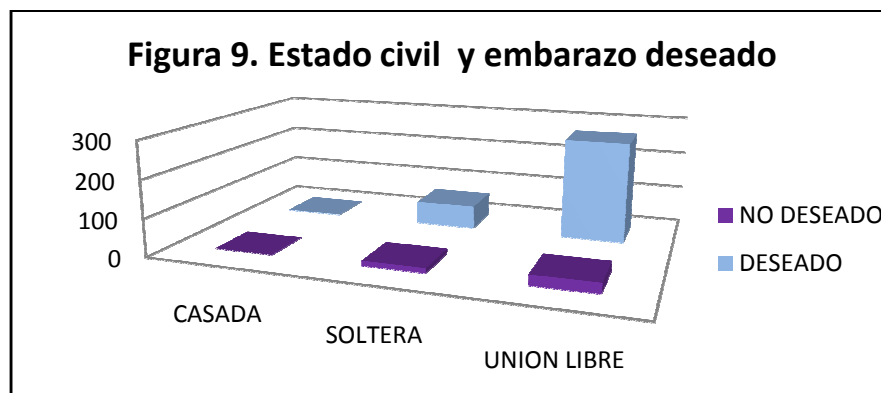
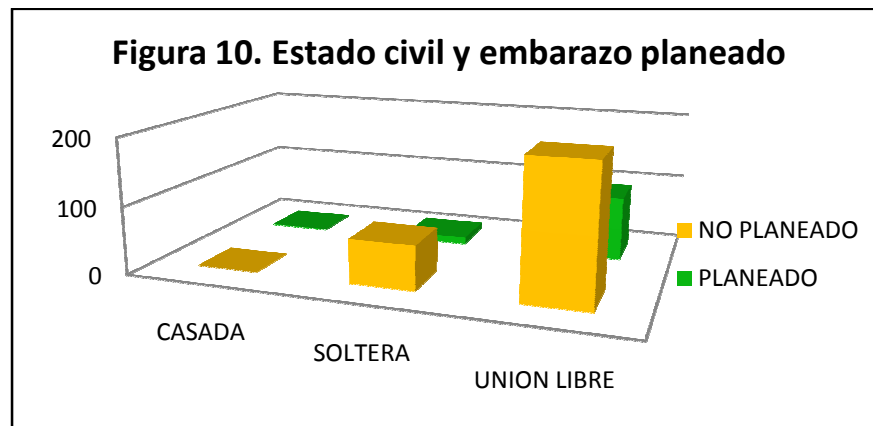
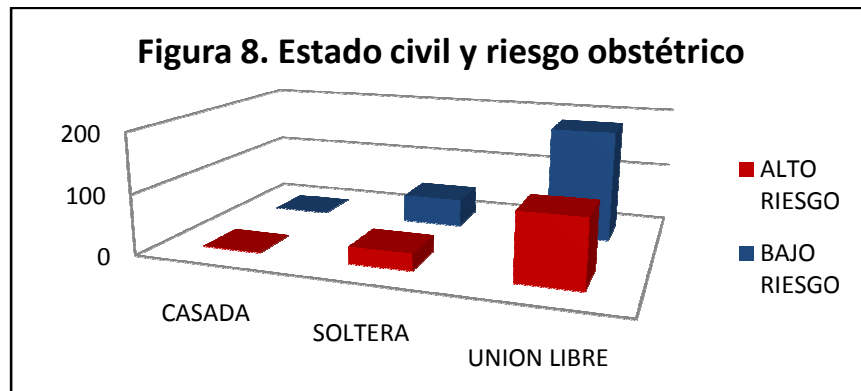
El rango de edad de las pacientes encuestadas oscila en los 28 años, con una mediana de 22 años, media de 23.3, y moda de 20 años, presentándose la edad mínima de 13 años y la máxima de 41 años (figura 4). Al asociarse la edad con el riesgo obstétrico se encuentra coincidencia con el pico máximo de edad de 18 a 25 años en bajo riesgo obstétrico, y en alto riesgo encontrándose mayor frecuencia entre los 18 y 20 años, en los extremos se encuentra a una mujer de 41 años clasificada como alto riesgo y una mujer de 13 años en bajo riesgo. Se encontró una distribución de frecuencias similar al relacionar edad con embarazo no planeado y embarazo no deseado (figura 5 y 6).



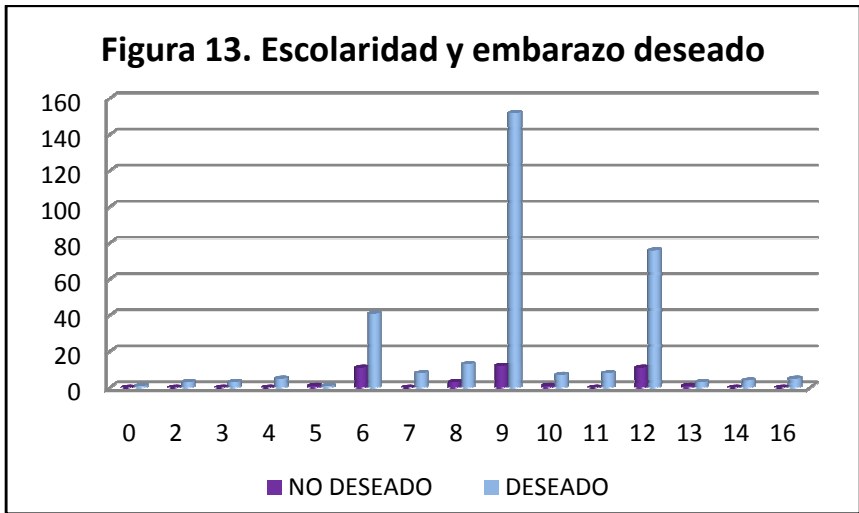
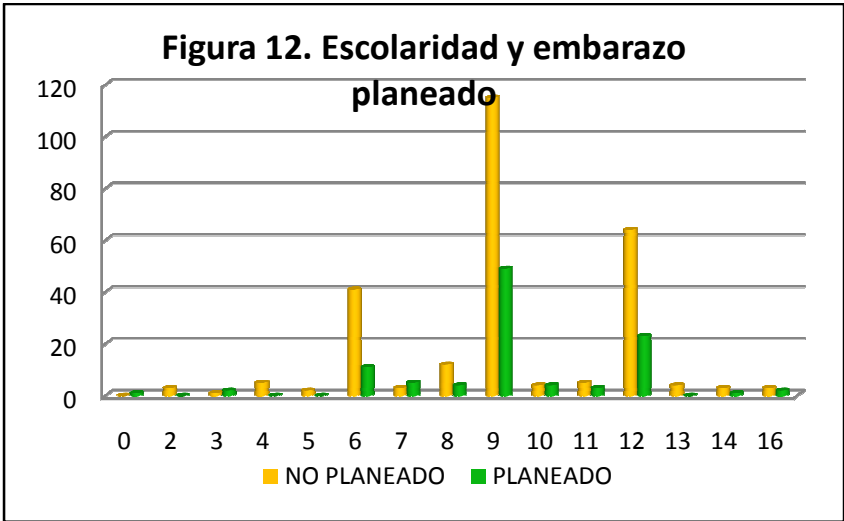
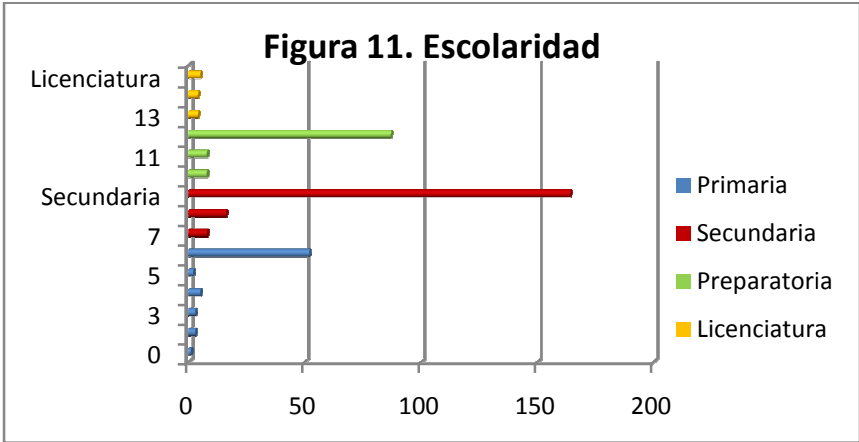


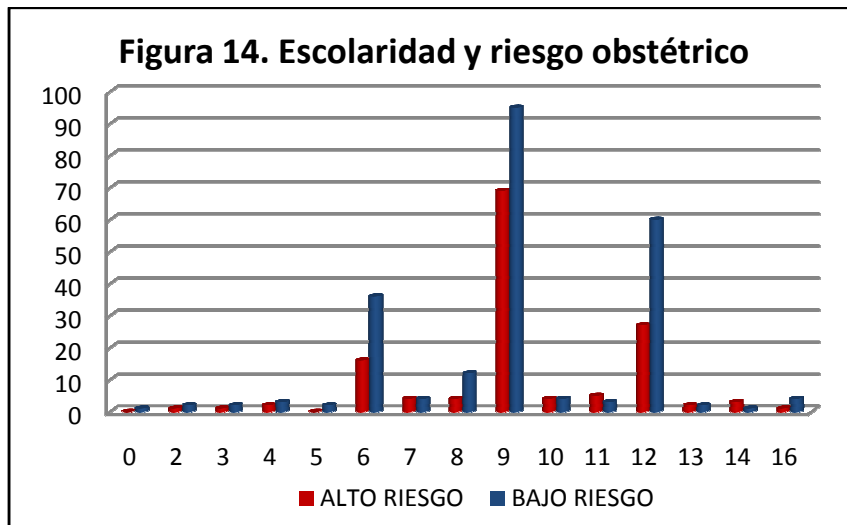
El 79.5% de las mujeres encuestadas viven en unión libre, (figura 7), se encuentra una distribución similar de mujeres que viven en unión libre y las solteras tanto en bajo como alto riesgo (figura 8) con una distribución similar en embarazo deseado (figura 9) la cual se invierte en embarazo planeado (figura 10), los dos casos de embarazo forzado se presentaron en una mujer soltera y en una casada.





La mayoría de las mujeres encuestadas cuentan con escolaridad básica de educación secundaria, con una media de 9.24 años de estudio (figura 11) y al asociarse con embarazo no planeado, embarazo no deseado y alto riesgo obstétrico su distribución no tiene relación con la escolaridad (figura 12, 13 y 14).





También se encontró que un 88.9% se dedica exclusivamente a labores del hogar (figura 15), al asociarse ocupación con alto riesgo se encuentra una distribución similar entre mujeres que se dedican a su casa y las que laboran como empleadas (figura 16) al igual que al relacionarse la ocupación con embarazo deseado (figura 17), relación que se invierte en embarazo deseado (figura 18).

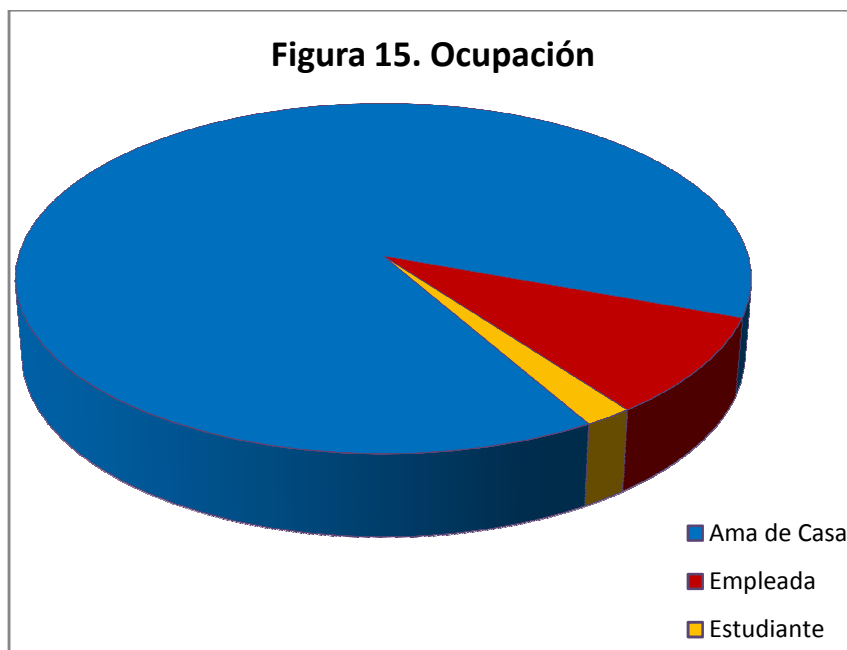


Figura 16. Ocupación y riesgo obstétrico

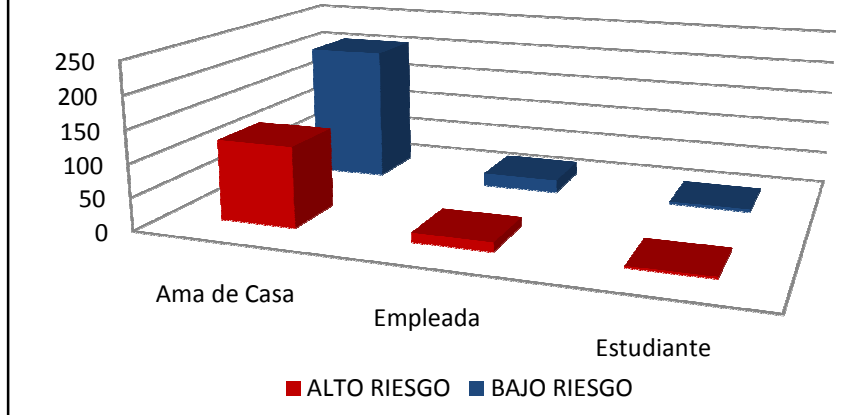


Figura 17. Ocupación y embarazo planeado

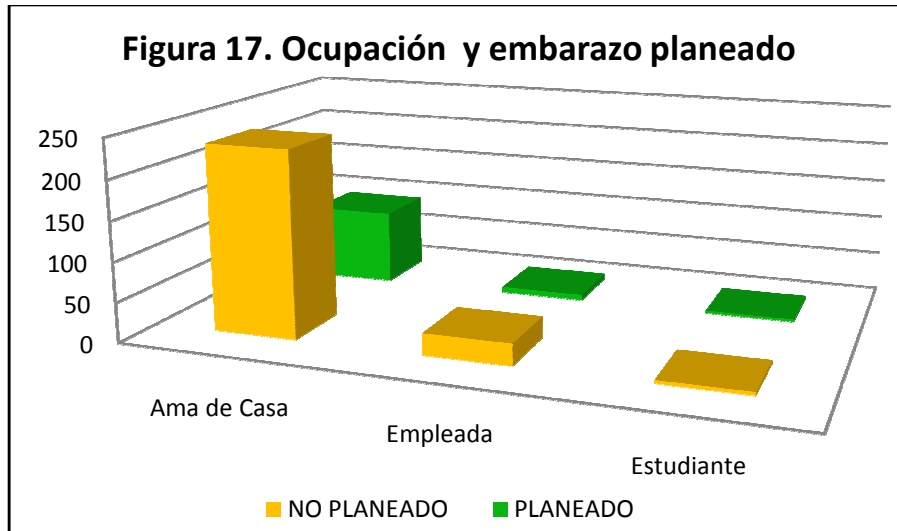
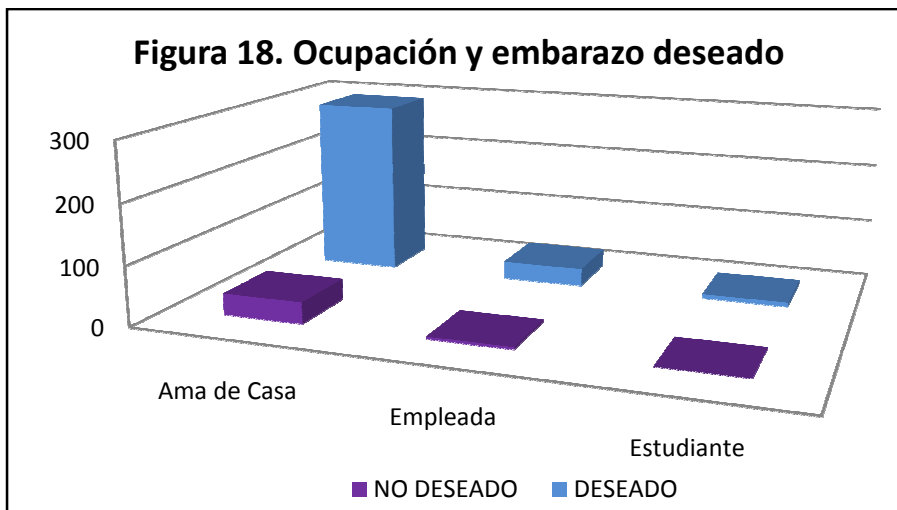


Figura 18. Ocupación y embarazo deseado



El control prenatal fue regular según lo indica la NOM de atención del embarazo, parto y puerperio en un 51% sin embargo el 9% de las mujeres no llevaron control prenatal (figura 19); respecto al número de consultas se encontró una mediana de 5; con un mínimo de 0 y máximo de 20 consultas (figura 20). Llama la atención que las mujeres que refirieron embarazo no planeado contaron con mas consultas prenatales que las que si lo planearon (figura 21), en embarazo deseado se encontró la distribución esperada (figura 22); no tuvieron control prenatal en un 11% de las mujeres en embarazo no planeado y un 50% en embarazo no deseado; las dos mujeres que refirieron embarazo forzado contaron en 3 y 4 consultas prenatales. Al asociarse control prenatal con alto riesgo se encontró un adecuado control prenatal en un 51% con más de 5 consultas (figura 23).

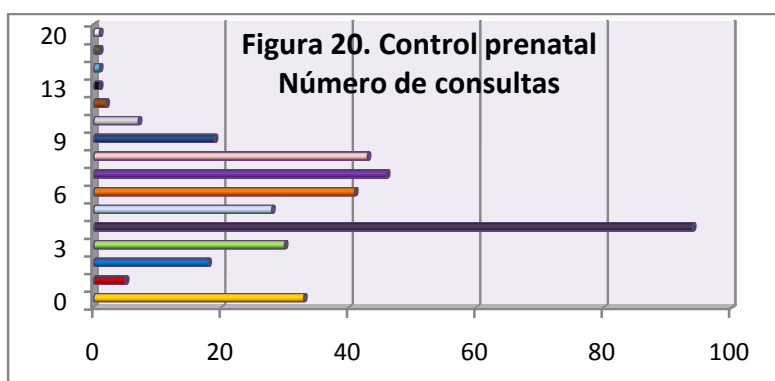
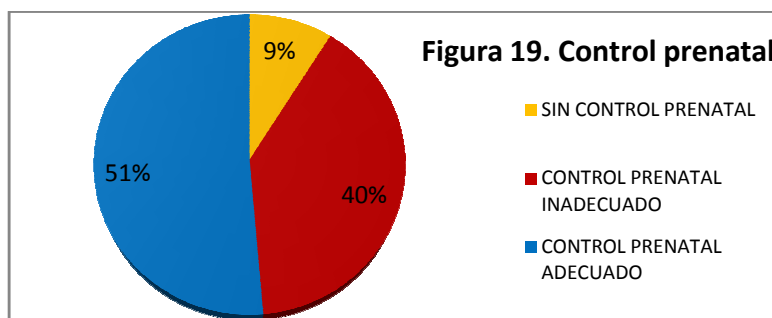


Figura 21. Control prenatal y embarazo planeado

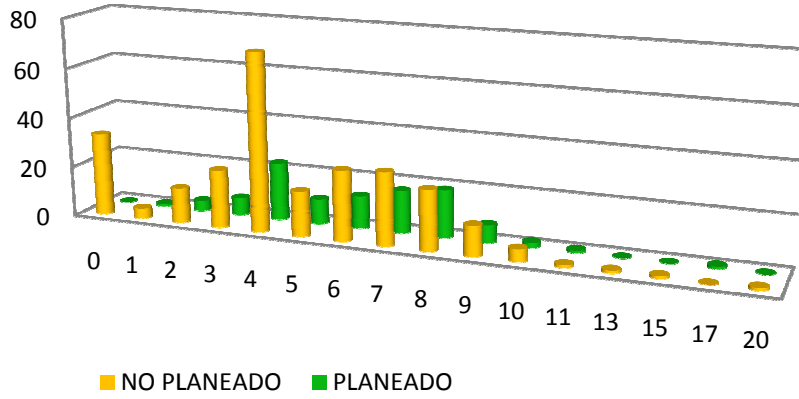


Figura 22. Control prenatal y embarazo deseado

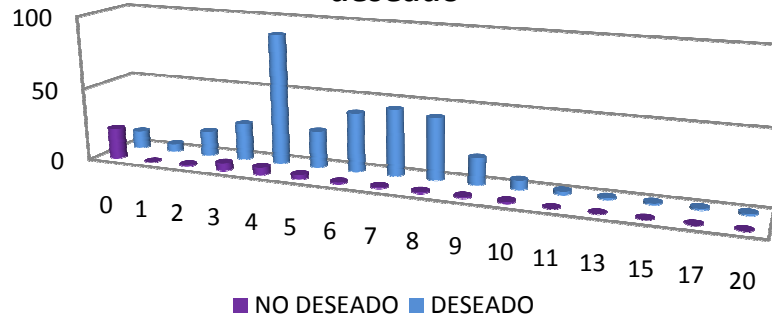
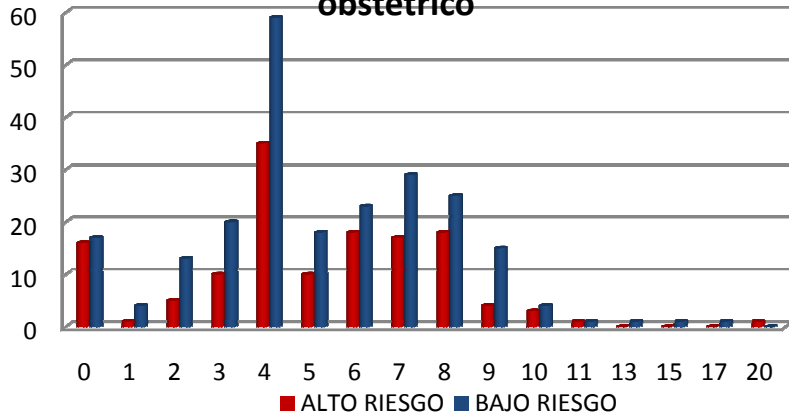
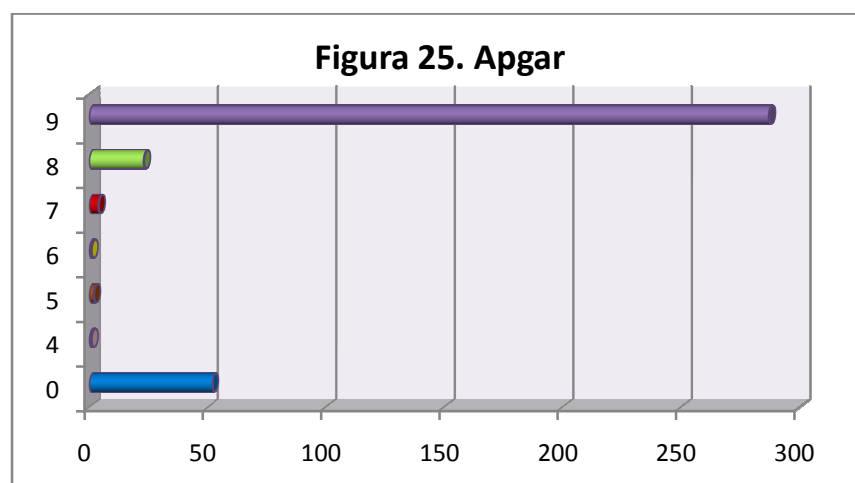
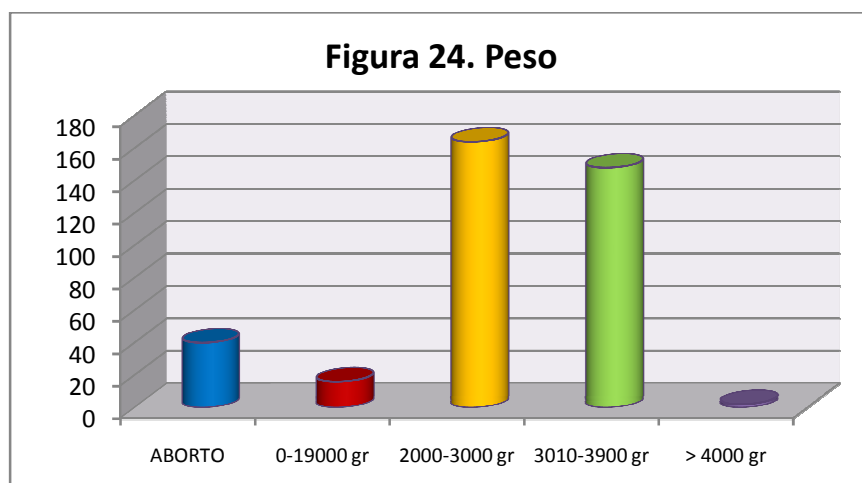
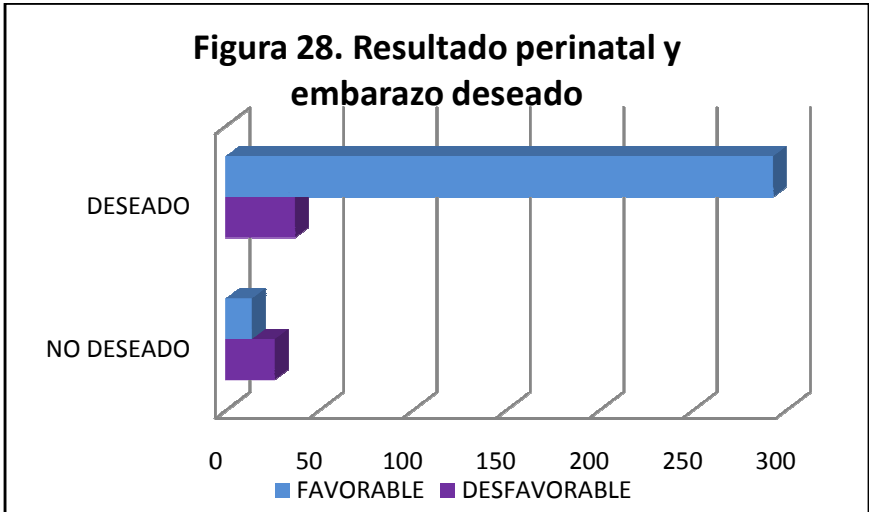
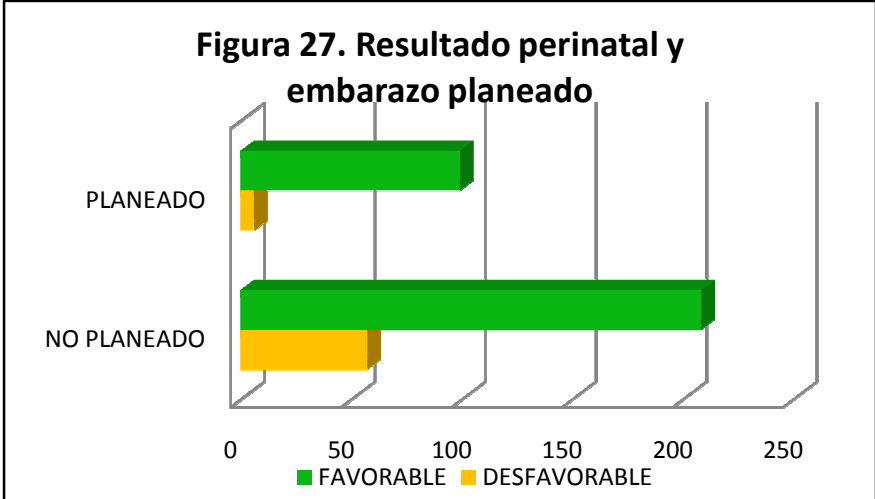
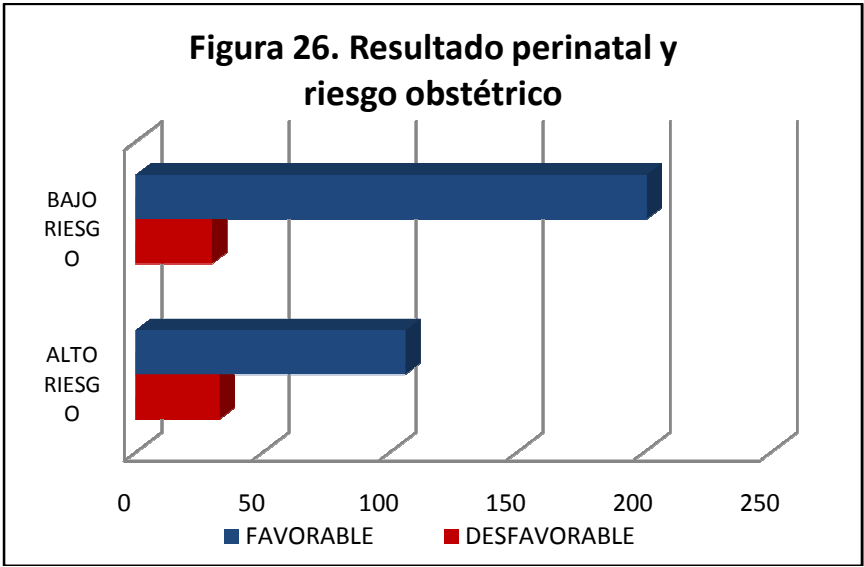


Figura 23. Control prenatal y riesgo obstétrico



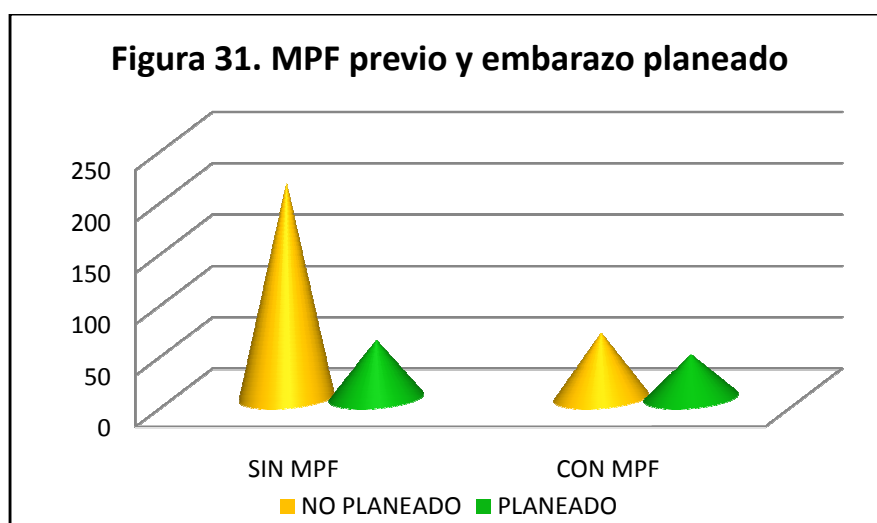
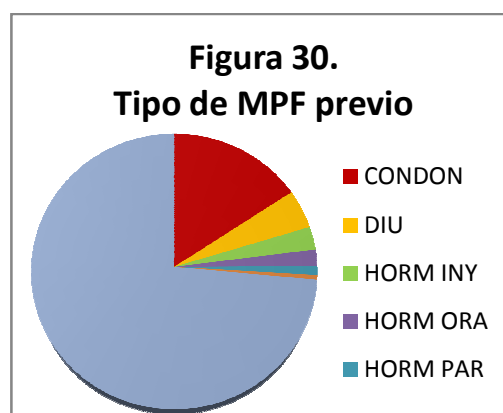
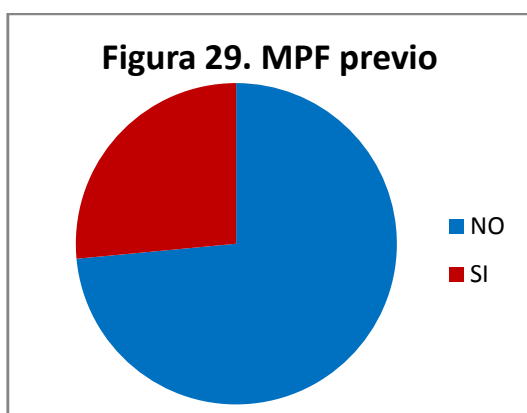
El resultado perinatal fue favorable en un 83% tomándose como referencia un peso mayor de 2000 gr y Apgar mayor de 7 y desfavorable en un 17% (figura 24 y 25). Al asociarse el resultado perinatal con alto riesgo se encontró que este fue desfavorable en el 51% de los embarazos de alto riesgo (figura 26), de los embarazos con resultado perinatal desfavorable el 90% fue en embarazos no planeados (figura 27), este resultado se invierte en embarazo deseado (fig 28).





Respecto a los métodos de planificación familiar, previo al embarazo el 74% de las pacientes no utilizaba ningún método (figura 29), del 26% restante utilizaba en orden decreciente preservativo, DIU y hormonales inyectables, orales, en parche e implante (figura 30). De las mujeres que refirieron embarazo no planeado el 78% no utilizaban MPF previo al mismo en comparación del 40% de las que si lo planearon (figura 31); de las mujeres que refirieron embarazo no deseado el 95% no utilizó MPF previo al embarazo, a comparación del 41% que si lo deseaban (figura 32), las dos mujeres que refirieron embarazo forzado no utilizaban MPF previo; en ambos grupos el método mas utilizado fue el preservativo. Al asociarse con riesgo obstétrico en ambos grupos predomina la no utilización de métodos de planificación familiar, en alto riesgo el 71% no utilizaban MPF y en bajo riesgo fue el 74% (figura 33). Solo el 13.5 % de las mujeres encuestadas dijo conocer la utilización adecuada de los métodos de planificación familiar (figura 34), en embarazo no planeado el 91% de las mujeres no conocían la utilización adecuada de MPF a comparación del 25% de las mujeres que si lo planearon (figura 35), en embarazo no deseado de igual manera predomina el desconocimiento sobre la utilización de MPF (figura 36) al igual que al asociarse a alto y bajo riesgo obstétrico (figura 37). Posterior al evento obstétrico solo el 46.8% de las mujeres encuestadas obtuvo un método de planificación familiar; utilizando el DIU en un 23.5%, OTB en un 21.4 % y el implante en un 1.6% de las mujeres encuestadas (figura 38); predominando la no utilización del mismo en embarazo no planeado y embarazo no deseado

(figura 39 y 40), así como en embarazo forzado y una ligera tendencia a la no utilización del mismo tanto en alto y bajo riesgo obstétrico (figura 41). Es de particular interés la mayor utilización de un MPF definitivo tipo **oclusión** tubaria bilateral en mujeres que refirieron embarazo no planeado (figura 42), y menor utilización de MPF pos evento obstétrico en embarazo no deseado (figura 43), es menor la utilización de MPF posterior a la resolución del embarazo en alto riesgo obstétrico (figura 44).



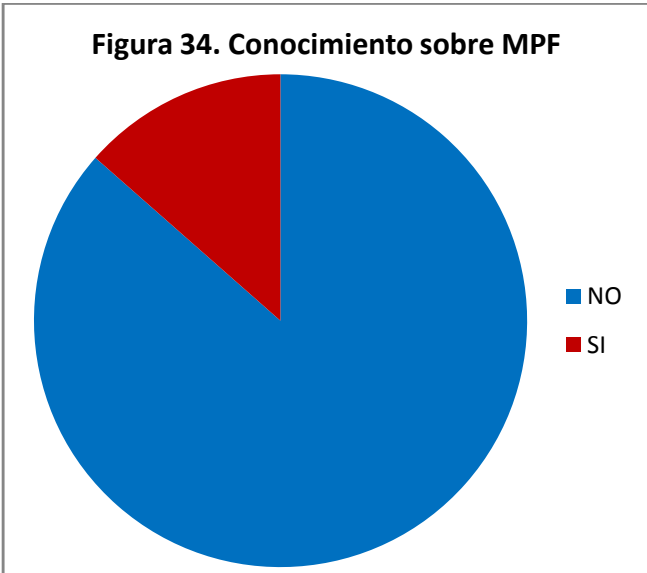
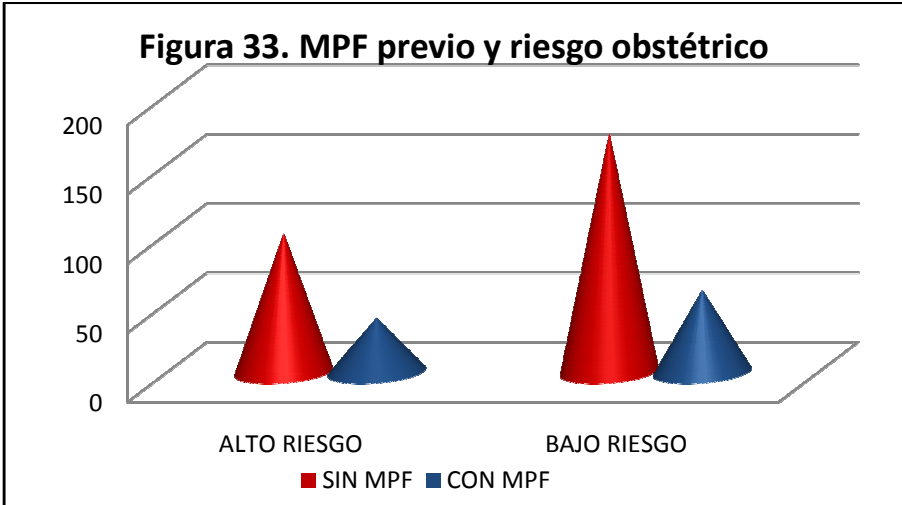
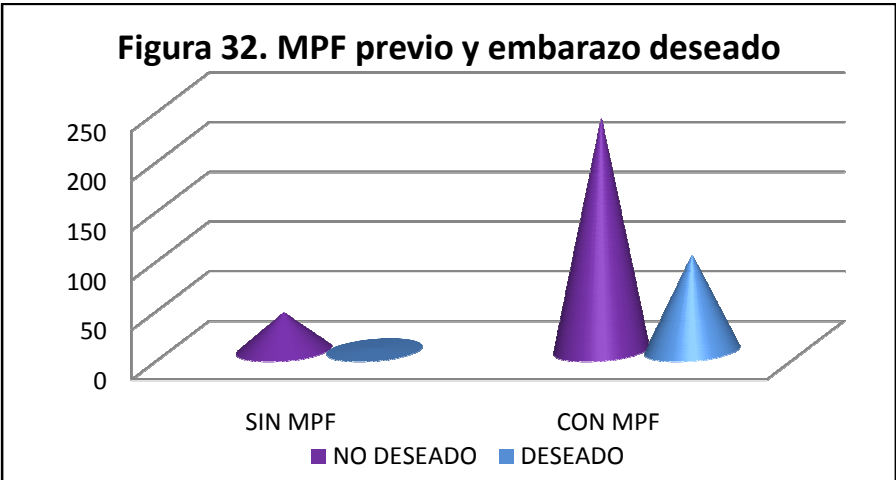


Figura 35. Conocimiento de MPF y embarazo planeado

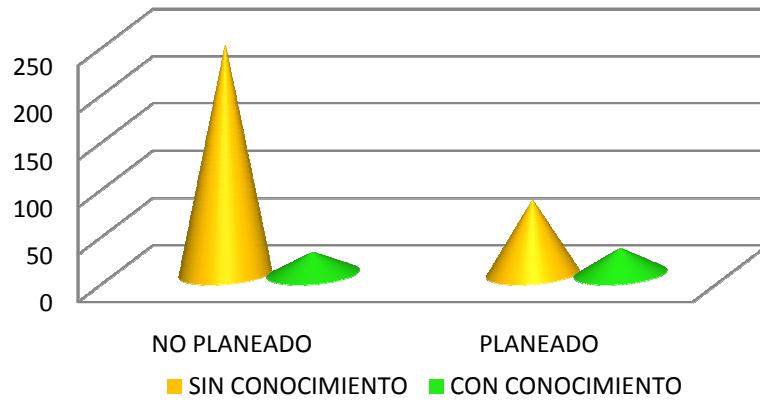


Figura 36. Conocimiento de MPF y embarazo deseado

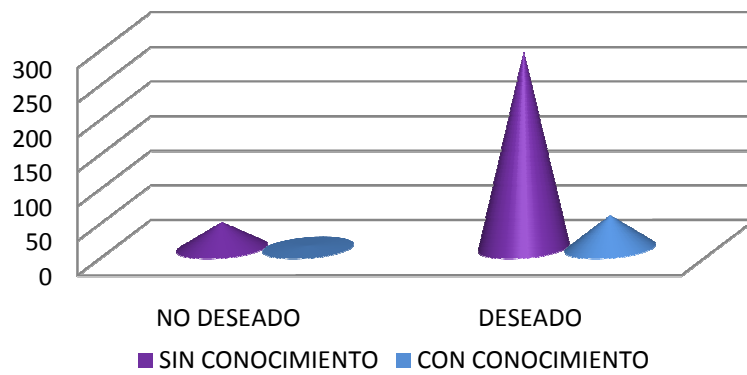


Figura 37. Conocimiento sobre MPF y riesgo obstétrico

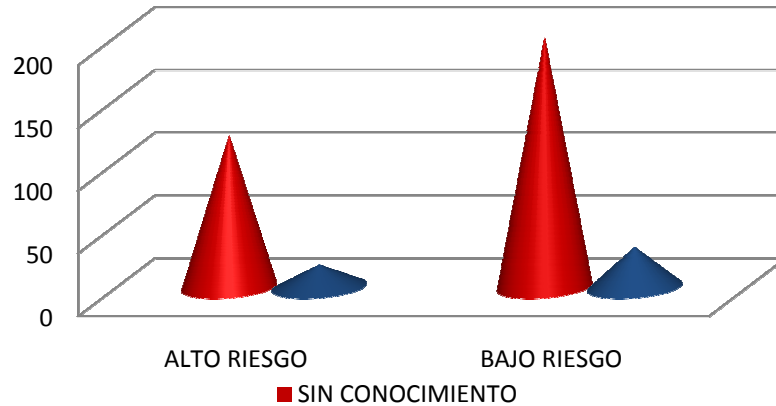


Figura 38. Tipo de MPF actual

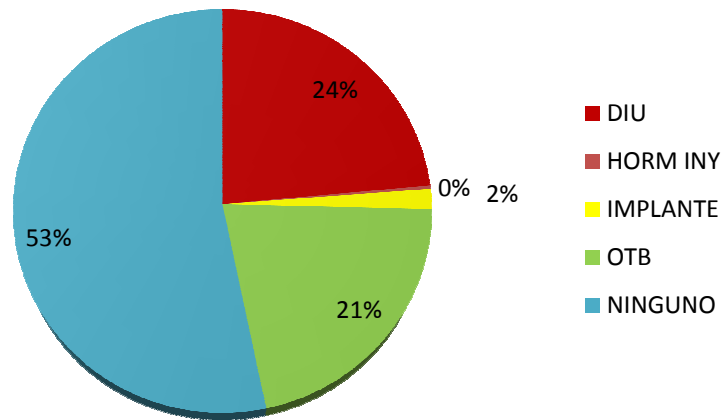


Figura 39. MPF actual y embarazo planeado

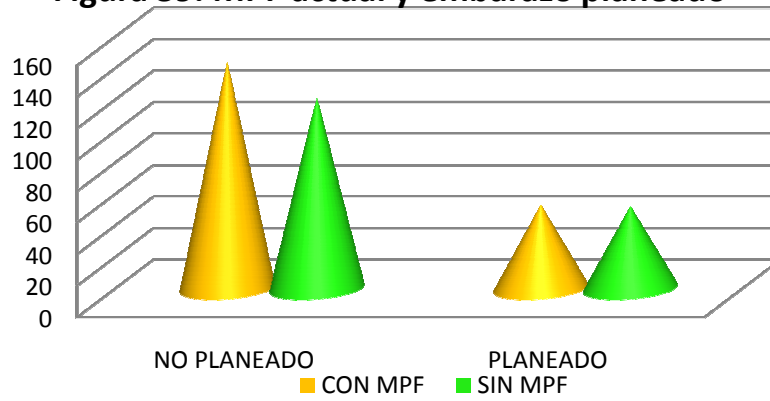
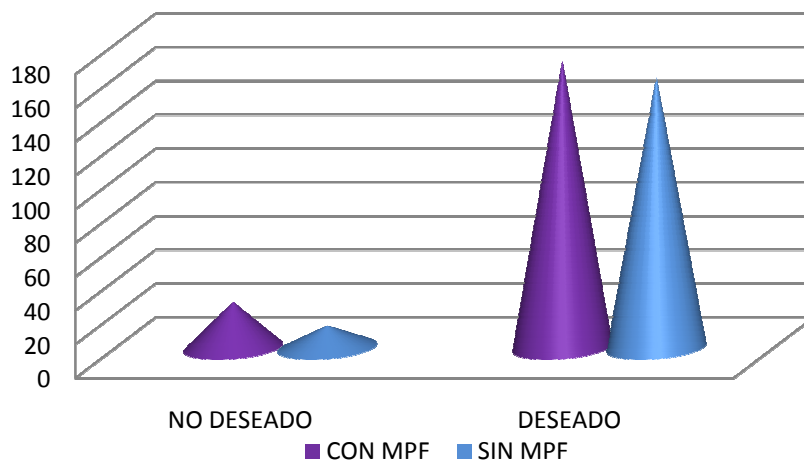
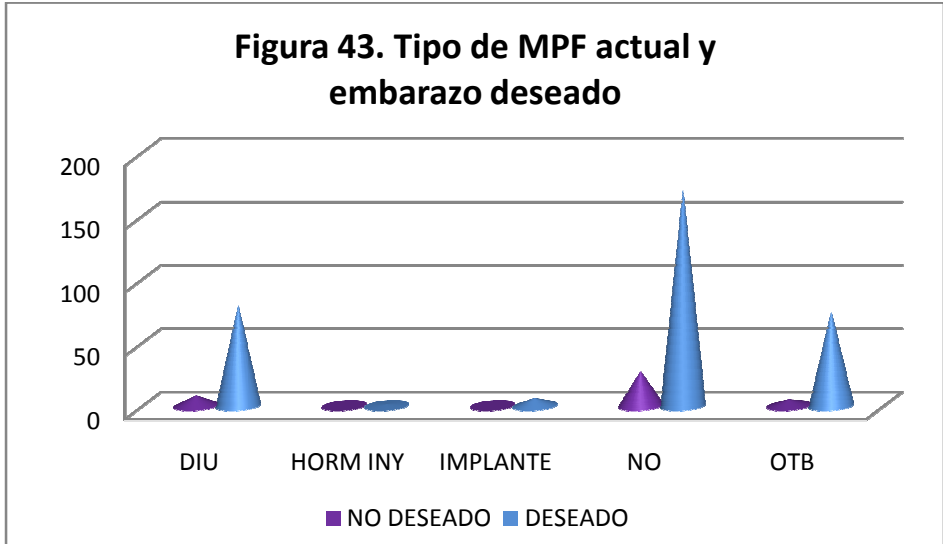
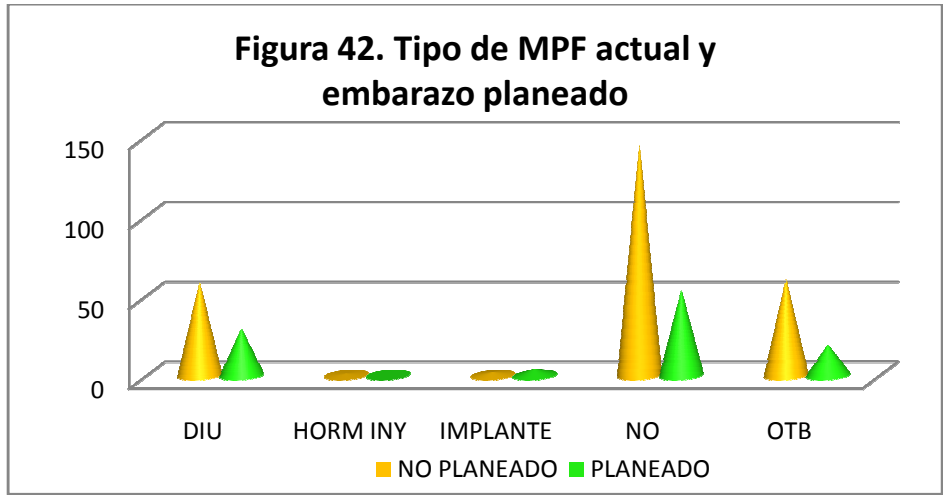
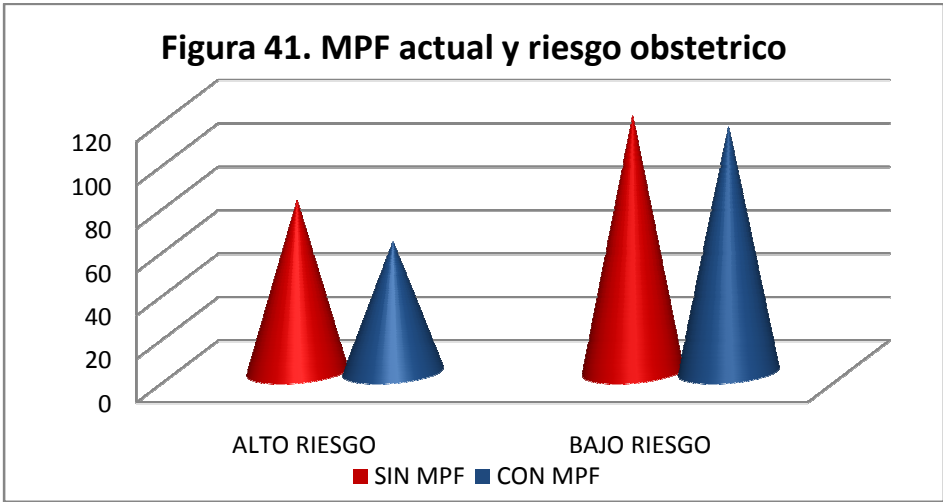
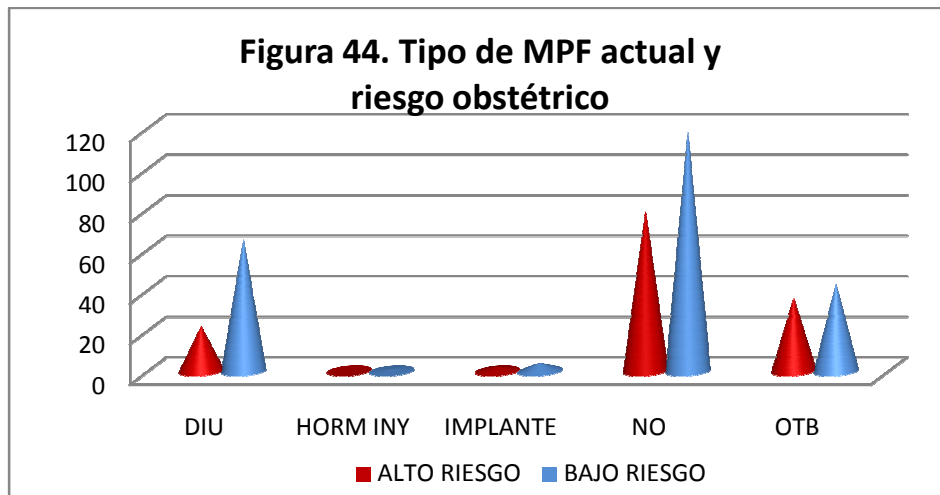


Figura 40. MPF actual y embarazo deseado

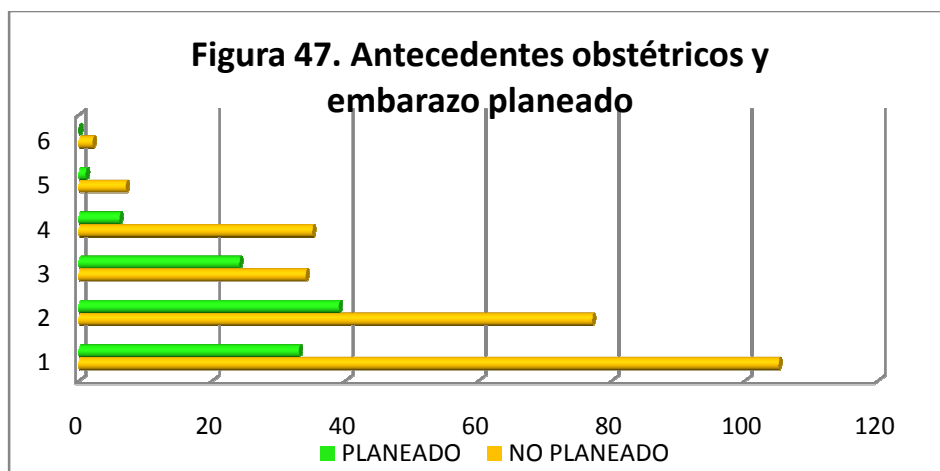
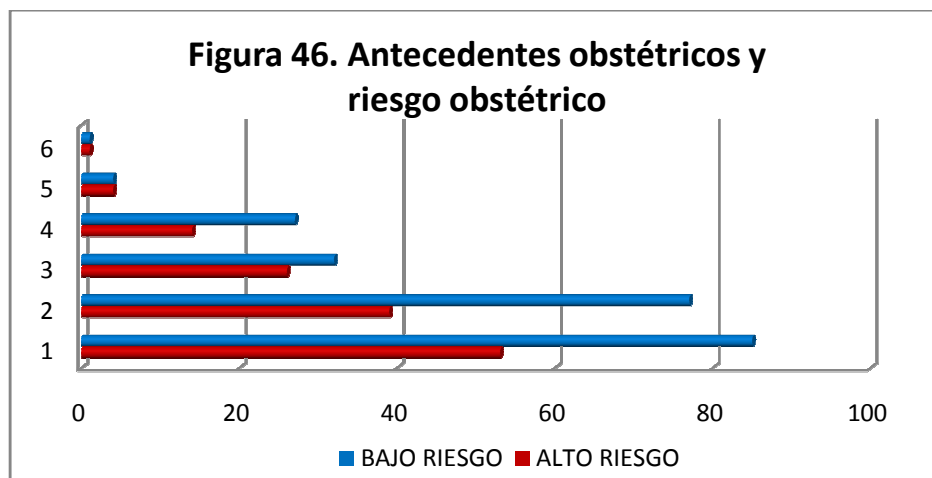
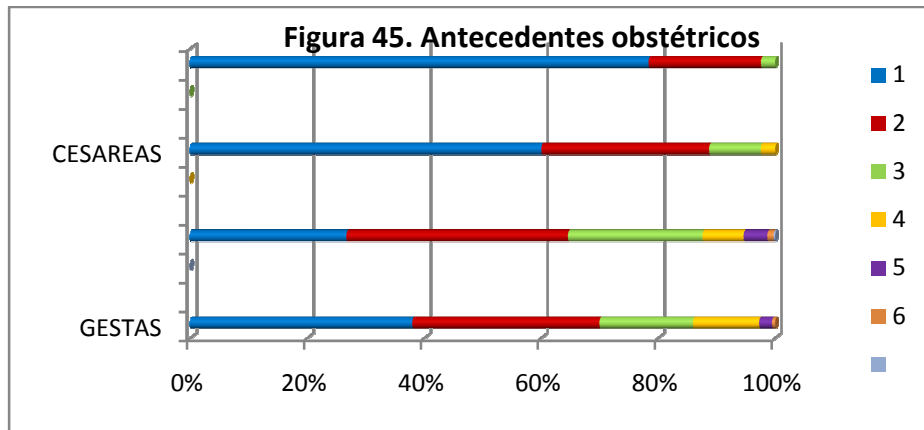


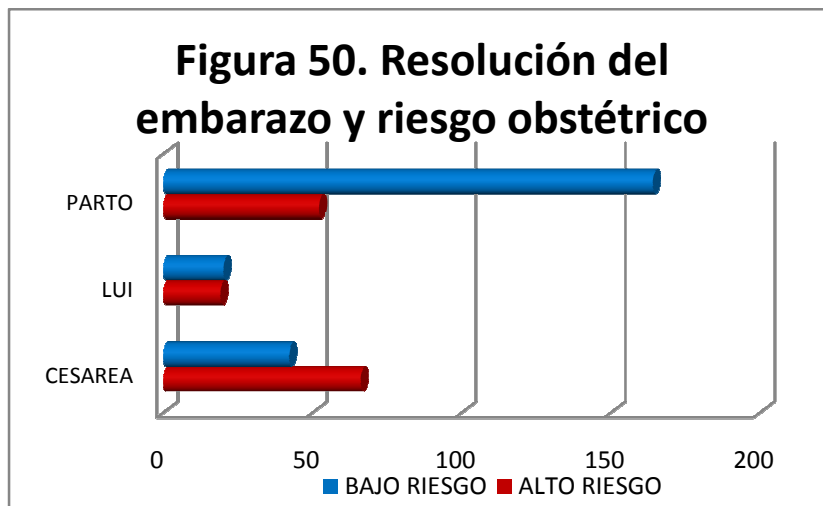
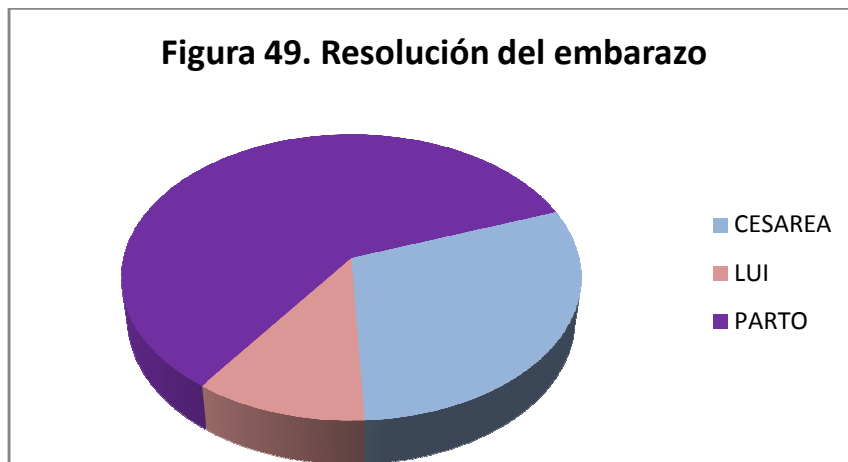
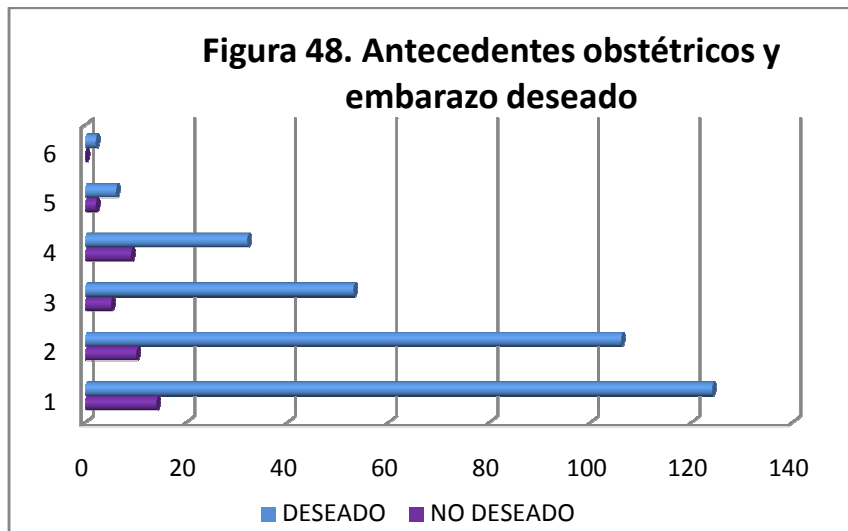


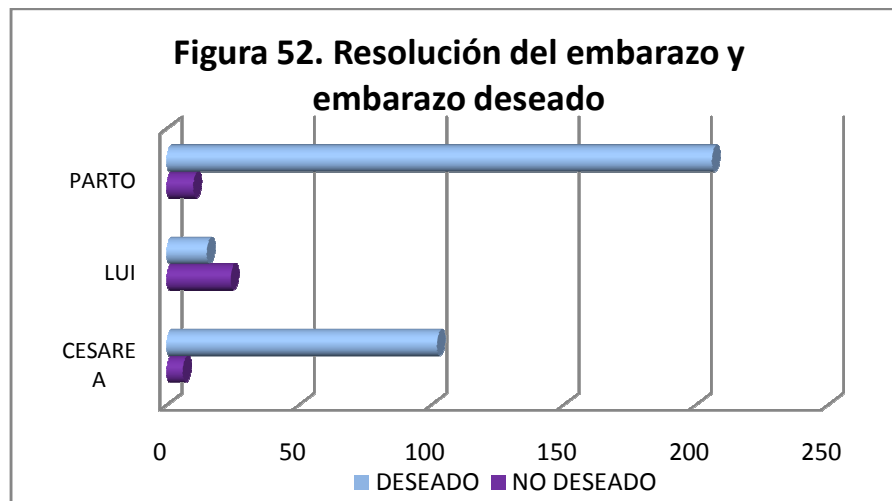
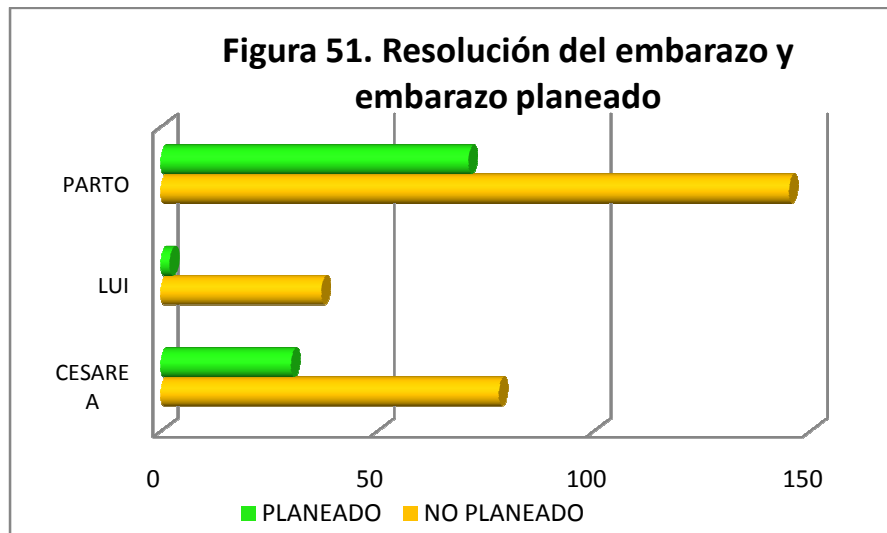


Respecto a los antecedentes obstétricos de las mujeres encuestadas el 36.5% fueron primigestas, de las cuales la resolución del embarazo fue por parto vía vaginal en un 37.8%, por cesárea en 28.1% y por LUI en 19.2%; de las mujeres encuestadas con dos o mas hijos la mayoría correspondieron a nacimiento vía vaginal (figura 45), no se encontró asociación significativa en alto y bajo riesgo (figura 46), el embarazo no planeado fue mas frecuente en primigestas y secundigestas (figura 47) sin encontrarse relación significativa en embarazo deseado (figura 48) el embarazo forzado se presento en una primigesta y en una multigesta (gesta 5); respecto a la resolución del embarazo el 58.4% fueron nacimientos por parto vía vaginal, 29.2% nacimientos vía cesárea y al 10.5% se les practico LUI o AMEU (figura 49), al asociarse con alto riesgo se encontró mayor frecuencia de resolución del embarazo vía cesárea en alto riesgo (figura 50), en embarazo no planeado se resolvió el embarazo por parto via vaginal con mayor frecuencia, y en embarazo no deseado la resolución fue por LUI en su mayoría (figura 51 y 52). Se descartaron 6

encuestas ya que este rubro no estaba considerado al iniciar la recolección de las mismas.







Al analizar el rubro de embarazo de alto riesgo que es el objetivo de la presente investigación se analizaron un total de 138 encuestas correspondientes al 37.6% del total de las mismas.

En este grupo de mujeres con embarazo de alto riesgo calculado de acuerdo a la escala de Cooplant con una puntuación igual o mayor de 3; el embarazo fue planeado en el 45% de los casos, y deseado en el 92% de los casos; la edad promedio fue de 23 a 25 años, 79% de las mujeres encuestadas viven en unión libre, el 70% de ellas cuenta con mas de 5 consultas prenatales con una media

de 6, el resultado perinatal fue favorable en el 92% de los casos, con un peso del producto promedio de 2900 gr-3000 gr y un Apgar al minuto y a los 5 minutos de 8-9. Respecto a los antecedentes obstétricos predominaron las mujeres secundigestas en el 39%, solo el 36.6% de las pacientes fueron primigestas, respecto a la resolución del embarazo en el 61% de los casos fue por parto vía vaginal, y en un 30.4% vía cesárea. En el rubro de planificación familiar previo al embarazo el 54% lo utilizaba, en su mayoría preservativo, solo el 26% refirió conocer la utilización adecuada de los mismos, y posterior al evento obstétrico el 56% obtuvo alguno, predominando un método definitivo tipo oclusión tubaria bilateral en un 29% de los casos.

Se descarto el rubro de estado socioeconómico ya que la mayoría de las pacientes desconocían con exactitud los ingresos mensuales familiares y/o no estaban plasmados en el análisis de trabajo social en el expediente medico.

IV. DISCUSION

En el análisis global de las encuestas aplicadas no se encontró significancia estadística de embarazo no planeado con alto riesgo (RR 1.00, Chi^2 0.01 con una P 0.94) y bajo riesgo (RR 1.00, Chi^2 0.00 con P 0.95) y embarazo no deseado con alto riesgo (RR 1.26, Chi^2 0.81 con P 0.36) y bajo riesgo (RR 0.84, Chi^2 0.45 con P 0.49).

Durante la recolección de datos se observó que al interrogar sobre embarazo planeado no hubo dificultad por parte de las mujeres al responder, sin embargo al interrogarlas sobre embarazo deseado presentaron cierta dificultad, eso puede deberse a que una vez cumpliéndose las expectativas sobre el recién nacido durante el embarazo y al tenerlo ya presente cambia la perspectiva de la mujer sobre su deseo del embarazo (8). No se presentó una asociación marcada por grupo etario como se menciona en la bibliografía que el embarazo no deseado predomina en adolescentes y en mujeres añosas (1); solo se encontró relación significativa en mujeres mayores de 30 años RR 1.33, Chi^2 2.07 (P 0.74) en embarazo no planeado. Tampoco hubo relación con la escolaridad (8). A pesar del tamaño de muestra la ausencia del control prenatal mostró asociación de alto riesgo y embarazo no planeado con un RR 1.84, Chi^2 4.08 (P 0.43); con mayor frecuencia en mujeres cuya resolución del embarazo fue por un legrado uterino instrumentado en embarazo no deseado con un RR 3.45, Chi^2 1.71 (P 0.190). Este hallazgo podría sugerir un aborto inducido secundario al no deseo del embarazo, dicho elemento ya se ha comentado ampliamente (5) que en el caso de abortos inseguros podrían tener

impacto con importantes complicaciones obstétricas e incluso con muerte materna (3), lo cual afortunadamente no sucedió en estos casos. También se encontró asociación de alto riesgo obstétrico y embarazo no planeado en mujeres que laboran como empleadas RR 1.27, Chi^2 1.07 (P 0.301) y en mujeres solteras RR 2.26, Chi^2 1.59 (P 0.70) ya que estas mujeres al no tener una relación estable difícilmente utilizan algún método anticonceptivo y al resultar un embarazo no planeado son rechazadas por sus familias e incluso por su entorno social recurriendo frecuentemente a un aborto inseguro (8). El resultado perinatal fue favorable en la mayoría de los casos y solo se encontró asociación del resultado perinatal desfavorable y embarazo no planeado con un RR 1.51, Chi^2 3.13 (P 0.77); lo cual no es valorable al cien por ciento ya que en la literatura solo se han mencionado resultados desfavorables a largo plazo al asociarse en embarazo no deseado con maltrato infantil y delincuencia juvenil (1); por lo cual sería factible un estudio a largo plazo en población mexicana. En la asociación de los antecedentes obstétricos y embarazo no planeado se encontró en mujeres con gesta número 4 con un RR 1.44, Chi^2 2.64 (P 0.10); y en embarazo no deseado se encontró asociación en mujeres con número de gesta 5 con un RR 3.28, Chi^2 1.56 (P 0.211); lo cual refuerza lo ya bien sabido de que la multiparidad esta también asociada a embarazo no deseado y la mayoría de estos niños llegan a la familia como el “pilon” (1).

En el amplio rubro de planificación familiar se encontró asociación del alto riesgo obstétrico y embarazo no planeado en mujeres que a pesar de estar utilizando algún tipo de anticonceptivo (en su mayoría preservativo) no tenían el

conocimiento adecuado sobre la utilización del mismo con un RR 1.41, Chi^2 3.16 (P 0.75), y en mujeres con embarazo no deseado se encontró asociación con la no utilización de un método de planificación previo al embarazo con un RR 1.75, Chi^2 1.58 (P0.20); este tema es ampliamente discutido ya que estas mujeres a pesar de referir el no deseo del embarazo y por lo mismo su no planeación no utilizaron un método anticonceptivo, y la mayoría de las que lo utilizan tiene un conocimiento deficiente sobre su utilización (5). Posterior al evento obstétrico se encontró asociación en mujeres que obtuvieron algún método anticonceptivo y embarazo no planeado con un RR 1.18, Chi^2 1.94 (P0.163) lo cual podría significar un primer paso en la mejora de la salud reproductiva de estas mujeres, cabe mencionar que la decisión de la utilización de algún método de planificación en algunos de los casos; sobre todo uno definitivo ocurrió posterior a la aplicación de la encuesta reforzando la teoría ya bien conocida sobre proporcionar consejería completa y oportuna (8).

No se pudo establecer la asociación del embarazo no deseado y no planeado con complicaciones obstétricas, ya que las encontradas en este estudio solo fueron complicaciones leves como hemorragia obstétrica o enfermedad hipertensiva del embarazo y en todos los casos solo se trato de casos leves tratados sin complicaciones, lo cual se explica por el hecho de que el Hospital Materno Infantil de Cuautepéc refiere casos considerados de alto riesgo durante el primer contacto en la consulta externa y los analizados en el presente estudio en su mayoría no tenían antecedente de atención prenatal por un especialista.

V. CONCLUSIONES

No se encontró relación entre embarazo no deseado, no planeado o embarazo forzado con alto riesgo obstétrico, por lo tanto se concluye que no existe diferencia en embarazo no deseado, no planeado y forzado en alto y bajo riesgo obstétrico; sin embargo se comprobaron algunas asociaciones ya comentadas en la literatura. Los hallazgos coinciden con el perfil poblacional del Hospital Materno Infantil de Cuauteppec.

El embarazo no planeado se asocio en alto riesgo obstétrico en mujeres mayores de 30 años, multigestas, que laboraban como empleadas, sin control prenatal, que tuvieron un resultado perinatal desfavorable y que previo al embarazo utilizaban algún método de planificación familiar sin embargo tenían conocimiento deficiente sobre su utilización; sin embargo la gran mayoría de estas mujeres al tener conocimiento del embarazo refirieron su deseo de continuar con el mismo lo cual refleja la situación de la mayoría de la población atendida en el sector salud a nivel publico y que se adecua al perfil poblacional. Y en embarazo no deseado se asocio en alto riesgo obstétrico en mujeres solteras, con control prenatal inadecuado, que no utilizaban un método anticonceptivo previo al embarazo y un dato interesante fue la asociación con la resolución del embarazo por medio de un LUI lo cual podría sugerir la presencia de un aborto inducido reflejo de la inestable situación familiar y seguramente emocional de estas mujeres. Respecto a la anticoncepción cabe mencionar que solo en 26% de la población utiliza algún método de

planificación familiar y ni la mitad de esta tenía conocimientos adecuados sobre su utilización, y si le añadimos el hecho de que solo el 28% de los embarazos fueron planeados y el 89% fueron deseados es evidente que existe un resago importante en el tema, por lo que se emiten las siguientes recomendaciones:

RECOMENDACIONES

Durante la búsqueda de la bibliografía se encontró que la mayoría de la población estudiada se trataba de un estrato socioeconómico bajo y medio bajo, la cual coincide con la población objetivo de este estudio, sin embargo se deberían realizar estudios comparativos en población con una mayor escolaridad y nivel sociocultural realizándose incluso en otros Hospitales de la red e incluso con apoyo de otras instituciones para analizar el comportamiento de la población.

Se debe concientizar en primer lugar a la población sobre su riesgo ante un embarazo, ya que en la mayoría de los casos el alto riesgo estuvo determinado por la edad, la primiparidad y el antecedente de una o varias cesáreas, y en segundo lugar al personal de salud del primer nivel de atención para la referencia oportuna de estas pacientes siendo ellos los iniciadores sobre la educación poblacional, e incluso sobre la oferta de planificación familiar a mujeres con riesgo obstétrico elevado, e insistir en que estas mujeres sepan la utilización correcta de los mismos.

También debe considerarse la utilización de una escala de riesgo obstétrico adecuado a la población mexicana, ya que la escala de Coopland fue realizada en Canadá en 1984, y obviamente las características de la población no coinciden.

Respecto a la planificación familiar es de particular interés que previo al embarazo casi tres cuartas partes de la población (74%) no utilizaban un método de planificación sobre todo en embarazo no deseado y posterior a la resolución del embarazo menos de la mitad (46.8%) obtuvo algún método; y lo más importante, la asociación en embarazo no planeado y el no conocimiento adecuado de los métodos de planificación familiar, por lo que deben reforzarse la consejería sobre planificación familiar posparto y enfatizar en su correcta utilización en el ámbito hospitalario y plantear medidas para difundirlos en el primer nivel de atención con énfasis a población de alto riesgo.

De igual manera se debe hacer énfasis en la consejería ofrecida por personal médico, en especial por Ginecoobstetras ya que esta misión muchas veces es delegada a personal paramédico como Psicólogas o Trabajadoras Sociales, en primer lugar porque la alta demanda poblacional no permite tiempo para una adecuada consejería y porque los planes de estudio del personal becario actualmente no hacen énfasis en la Medicina Preventiva considerada actualmente el pilar de la práctica médica moderna.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Ana Langer; El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe; Panamerican Journal Public Health; pag 192-205, 2002.
- 2.- La Academia Nacional de Medicina de México ante la salud reproductiva y los derechos de la mujer; Artículo especial; ; Gaceta Médica de México; Vol. 146 No. 2; pag 124-125, 2010.
- 3.- World Health Organization (OMS); Unsafe Abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000, 4a Edición, Ginebra, 2004. www.who.int/reproductivehealth.
- 4.-Centro de derechos reproductivos, Reflexiones sobre el aborto, Briefing paper, New York, 2003, www.reproductiverights.org.
- 5.- Gonzalez de Leon Aguirre, L. Billings; El aborto en Mexico; IPAS, México 2002.
- 6.- Vicente Díaz-Sánchez; El embarazo no deseado y el aborto como problema de salud pública. El embarazo de las adolescentes en México.; Gaceta Médica de México Vol.139, Suplemento No. 1, 2003.
- 7.- Orozco-López MA, Mendoza-Reséndiz MT, Ramos-Galván RI, López-López A, Ruelas- González G. Embarazo no deseado a término en mujeres atendidas en dos hospitales del Distrito Federal. Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas;16(4):240-247, 2011.
- 8.- Núñez-Urquiza RM, Hernández-Prado B, García-Barríos C, González D, Walker D. Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto. Salud Publica de Mexico;45 supl 1:S92-S102, 2003.
- 9.- Gustavo Olaiz, Blanca Rico, Aurora Del Río; Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. Instituto Nacional de Salud Pública, México 2003.
- 10.- Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva- México.
- 11.- La violencia domestica contra mujeres y niñas, UNICEF, Florencia Italia, 2000.
- 12.- Informe mundial sobre la violencia y la salud. 2003. (verde)

13.- Dr. David Alejandro Cabrera Gaytán. Dra. Flor de Ma. Kruse Madrid. Dr. César Misael Gómez Altamirano. Un perfil de amor y sexo en números durante la adolescencia. Revista de enfermedades infecciosas en Pediatría; Vol. XX Núm. 79 enero-marzo 2007.

14.- María de Bruyn. La violencia, el embarazo y el aborto Cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública. IPAS. Agosto de 2003.

15.- A.T. Coopland; L. J. Peddle, T.F. Baskett; A simplified antepartum high-risk pregnancy scoring form: stadistical analysis of 5459 cases; CMA Journal, Canada, vol 116, pag 999-1001, 1997.

16.- Norma oficial mexicana NOM-007-SSA2-1993 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

17.- NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar

VII. ANEXOS

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

PREVALENCIA DEL EMBARAZO NO DESEADO, NO PLANEADO Y FORZADO Y SUS FACTORES ASOCIADOS EN ALTO RIESGO OBSTETRICO.

FECHA: _____ NUM. _____

NOMBRE (INICIALES) _____ EDAD _____

ESTADO CIVIL: CON PAREJA _____ SIN PAREJA _____

ESCOLARIDAD: NUMERO DE AÑOS DE ESTUDIO _____

OCUPACION: AMA DE CASA _____ TRABAJADORA _____

ATENCION PRENATAL: NUMERO DE CONSULTAS _____

NIVEL SOCIOECONOMICO: BAJO _____ MEDIO _____ ALTO _____

RESULTADO PERINATAL: FAVORABLE _____ DESFAVORABLE _____

UTILIZACION DE MPF PREVIO AL EMBARAZO SI _____ NO _____ CUAL _____

CONOCIMIENTO SOBRE UTILIZACION DE MPF SI _____ NO _____

METODO DE PLANIFICACION ACTUAL SI _____ NO _____ CUAL _____

RESULTADO PERINATAL: PESO AL NACER _____ APGAR A LOS 5 MINUTOS _____

¿USTED PLANEÓ ESTE EMBARAZO? SI _____ NO _____

CUANDO SE ENTERO DEL EMBARAZO, ¿USTED DESEABA TENER AL BEBE? _____

ANTES DE EMBARAZARSE EN EL ÚLTIMO AÑO ¿LA OBLIGARON O FORZARON A TENER RELACIONES SEXUALES? / ¿TUVO RELACIONES SEXUALES VOLUNTARIAS? _____

VALORACION DE RIESGO OBSTETRICO (ESCALA DE COOPLAND)

HISTORIA REPRODUCTIVA		TRANSTORNOS MEDICOS O QUIRURGICOS		EMBARAZO ACTUAL		
Edad	<20 20-35 >35	1 0 2	Cirugía ginecológica previa	1	Hemorragia <20sem >20 sem	1 1
Partos	0 1-4 >5	1 0 2	Enfermedad renal crónica	1	Anémia (Hb <10)	1
Dos o mas abortos		1	Diabetes gestacional	1	Posmadurez	1
Hemorragia posparto		1	Diabetes clase B o mayor	3	Hipertensión	2
Macrosomia (> 4 kg)		1	Enfermedad cardiaca	3	Ruptura prematura de membranas	2
RN bajo peso al nacer (<2.5kg)		1	Otros trastornos médicos importantes	1a3	Polihidramnios	2
Preeclampsia o hipertensión		2			Cerclaje	3
Cesarea previa		2	TOTAL		Embarazo multiple	3
Parto anormal o difícil		2	RIESGO BAJO (<2)		Mala presentacion o pélvico	3
			RIESGO ALTO (>3)		Isoinmunizacion Rh	3

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

PREVALENCIA DEL EMBARAZO NO DESEADO, NO PLANEADO Y FORZADO Y SUS FACTORES ASOCIADOS EN ALTO RIESGO OBSTETRICO.

El propósito de esta carta es darle la información necesaria para que usted decida su participación en el estudio.

Propósito del estudio: Se le ha pedido participar en el proyecto a pacientes embarazadas o en periodo de puerperio, sin importar edad del embarazo o forma de resolución del embarazo, los factores de alto riesgo del mismo y su asociación con embarazo no planeado, no deseado y forzado.

Riesgo del estudio: Yo comprendo que existe riesgo mínimo, ya que se realizara una encuesta confidencial y personal. Se me ha explicado que los beneficios de este estudio son determinar la asociación de factores riesgo con el embarazo no planeado, no deseado o forzado.

Compensación: Se me ha explicado que no recibiré compensación alguna de tipo monetaria por participar en este estudio.

Confidencialidad: Comprendo que los resultados en caso de ser relevantes en mi padecimiento se me darán a conocer a la brevedad posible. Las pruebas se discutirán conmigo y será confidencial conforme lo señala la ley.

La participación es voluntaria: Me han explicado que la participación en este estudio es voluntaria. Si decido abandonar el estudio, esto no será obstáculo para ningún tratamiento que esté recibiendo o tenga que recibir.

Preguntas: Puedo ponerme en contacto con los investigadores del proyecto: En el servicio de Hospitalización de Ginecología y Obstetricia del Hospital Materno Infantil de Cuauhtémoc.

Investigadores. Dra. Jennyfer Gómez Mejía

Dr. Antonio Memije Neri

Dr. Alfonso G. Carrera Rivapalacio

Nombre y firma: _____

Fecha: _____.

Testigo 1 _____ Testigo 2 _____.