

## Resultados perinatales del embarazo no deseado

Ernesto Barrios-Prieto, America Aime Corona-Gutiérrez e Hiliana Patricia Esmeralda Romo-Huerta

### Autor para correspondencia

Ernesto Barrios Prieto, División de Ginecología y Obstetricia Unidad de Medicina Materno Fetal Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca Salvador Quevedo y Zubieta # 750 1er Piso. Col. Independencia Guadalajara, Jalisco. MX. CP: 44100 Tel. 36-18-93-62 Ext 1196  
Contacto al correo electrónico: [ernestbarr@hotmail.com](mailto:ernestbarr@hotmail.com)

**Palabras clave:** embarazo no deseado, aborto, peso bajo al nacer, alcoholismo, tabaquismo, drogadicción  
**Keywords:** unwanted pregnancy, abortion, low birth weight, alcoholism, smoking, drug addiction.



## Resultados perinatales del embarazo no deseado

Barrios-Prieto E, Corona-Gutiérrez AA, Romo-Huerta HPE

### Resumen

#### Introducción

El embarazo no deseado representa una problemática que afecta a las mujeres, a sus familias y a la sociedad. La incidencia oscila entre 6 y el 14%. En un estudio realizado en Ecuador, se encontró una mayor probabilidad en embarazo no deseado de tener bajo peso al nacimiento, con un OR de 1.64 (IC 95% 1.22, 2.20).

#### Objetivo

Identificar los antecedentes y desenlaces perinatales en pacientes con embarazo no deseado y determinar si el riesgo de resultados perinatales adversos es mayor comparado con embarazos deseados.

#### Material y métodos

Se realizó un estudio de cohorte retrolectiva en el Hospital Civil de Guadalajara. Se incluyeron 300 pacientes, 150 con embarazo no deseado y 150 con embarazo deseado. Las variables principales de desenlace fueron aborto, mortinato, recién nacido con bajo peso, recién nacido pequeño para su edad gestacional y recién nacido pretérmino. Se utilizaron medidas de tendencia central y proporciones, para la diferencia de medidas se utilizó la prueba T y para la de proporciones la prueba de Chi-cuadrada.

#### Resultados

Ambos grupos con edad promedio de 24.8 años. El consumo de tabaco (10.7% vs. 4.0%, p 0.02), alcohol (2.67% vs. 0.67%) y drogas (1.33% vs. 0%) durante el embarazo, la falta de control prenatal (15.33% vs. 7.33%, p 0.02) y la frecuencia de abortos (8.0% vs. 3.33%, RR=1.7) fueron mayores en el grupo de embarazo no deseado. El inicio de vida sexual activa fue más temprano en las pacientes con embarazo no deseado (17.3 vs. 18.1 años, p 0.04). Existió una mayor proporción de recién nacidos pequeños para edad gestacional en el grupo de embarazo no deseado (15.44% vs. 8.45%, RR=1.46).

#### Conclusiones

En las pacientes con embarazo no deseado se encontró mayor frecuencia de conductas de riesgo en el embarazo, mayor proporción de abortos y recién nacidos pequeños para su edad gestacional. Palabras clave. embarazo no deseado, aborto, peso bajo al nacer, alcoholismo, tabaquismo, drogadicción

**Palabras clave:** *embarazo no deseado, aborto, peso bajo al nacer, alcoholismo, tabaquismo, drogadicción.*

---

Unidad de Medicina Materno Fetal,  
División de Ginecología y Obstetricia,  
Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I.  
Menchaca", Guadalajara MX

#### Autor para correspondencia

Ernesto Barrios Prieto. División de  
Ginecología y Obstetricia Unidad de  
Medicina Materno Fetal Hospital Civil  
de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca.  
Salvador Quevedo y Zubieta # 750 1er  
Piso. Col. Independencia Guadalajara,  
Jalisco. México. CP: 44100 Tel. 36-18-93-  
62 Ext 1196  
Contacto al correo electrónico:  
ernestbarr@hotmail.com

## Perinatal outcomes of unwanted pregnancies

### Abstract

#### Introduction

Unwanted pregnancies represent a problem that affects women, their families and society. Incidence ranges between 6 and 14% of pregnancies. In a study performed in Ecuador, a higher likelihood of 1.64 OR (CI 94% 1.22, 2.20) of low birth weight infants was found in unwanted pregnancies

#### Objective

To identify the history and perinatal outcome in patients with unwanted pregnancies and to determine if the likelihood of adverse perinatal outcomes are higher compared to those presenting in wanted pregnancies. **Material and Methods** A retrospective cohort study was performed, in which 300 patients were included; 150 with unwanted pregnancies and 150 with desired pregnancies. Most frequent outcome variables were abortion, stillbirth, low birth weight infant, small for gestational age infant and preterm new born. Central tendency and proportion measures were used, and for the difference in central tendencies Student's T was used and for proportions Chi square.

#### Results

Average age in both groups was 24.8 years. Tobacco consumption (10.7% vs 4.0% p 0.02), alcohol (2.67% vs 0.67%) and drugs (1.33% vs 0%) during pregnancy, lack of medical prenatal visits (15.33% vs 7.33%) and abortion (8.0% vs 3.33% RR 1.7) were more likely in unwanted pregnancies. Beginning of sex life was earlier in the group with unwanted pregnancies (17.3 years vs 18.1, p 0.04). There was a larger incidence of newborns small for gestational age in the unwanted pregnancy group. (15.44 vs 8.45% RR 1.46)

#### Conclusions

We found a larger incidence of high risk conducts in pregnancy in the unwanted pregnancy group, a more likely occurrence of abortions and small for gestational age newborns.

**Key words.** Unwanted pregnancy, abortion, low birth weight, alcoholism, smoking, drug addiction.

### Introducción

El embarazo no deseado (END) es un problema mundial que afecta a las mujeres, a sus familias y a la sociedad. La incidencia oscila entre 6 y el 14%.<sup>1</sup> En países en vías de desarrollo, la pobreza, la falta de servicios públicos y el bajo nivel educativo contribuyen a resultados adversos para las madres y los recién nacidos de END.

Tradicionalmente se ha encontrado que los END se presentan con mayor frecuencia entre mujeres con bajo nivel de educación,<sup>1</sup> adolescentes o en edad avanzada,<sup>2</sup> con un uso inadecuado de métodos de planificación familiar,<sup>1</sup> multiparas, solteras, entre otros.<sup>3</sup>

Entre las conductas de riesgo en madres con END encontramos ausencia del control prenatal, hábito tabáquico, ingesta de bebidas alcohólicas o consumo de drogas.<sup>4</sup> Como complicaciones médicas para la madre se han reportado anemia,<sup>5</sup> hipertensión gestacional y preeclampsia.<sup>4</sup> En cuanto a la madre adolescente se reporta un menor peso promedio y una mayor frecuencia de enfermedades durante la gestación.<sup>6</sup>

Los hijos producto de END tienen más riesgo de bajo peso al nacer y prematuridad.<sup>1</sup> En un estudio, realizado en Ecuador, se encontró una mayor probabilidad en los recién nacidos de END de tener bajo peso al nacimiento, con un OR de 1.64 (IC 95% 1.22, 2.20).<sup>7</sup>

Se ha descrito que el END ocurre más frecuentemente en mujeres menores de 24 años, hasta el 67.2%,<sup>8</sup> y considerando que en México el 70% de los mexicanos inicia vida sexual

activa entre los 15 y 24 años y sólo el 61.7% utiliza algún método de planificación familiar,<sup>9</sup> existe un alto riesgo de END en nuestro país.

### Objetivo

Identificar los antecedentes y desenlaces perinatales en pacientes con embarazo no deseado y determinar si el riesgo de resultados perinatales adversos es mayor comparado con embarazos deseados.

### Materiales y métodos

**Diseño del estudio.** Se realizó un estudio de cohorte retrospectiva en el Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca", que es un hospital universitario público, que atiende predominantemente a una población de bajos ingresos, en la Zona Metropolitana de Guadalajara. La muestra incluyó 300 pacientes atendidas para la resolución de su embarazo durante el año 2005, elegidas consecutivamente en días aleatorios. El tamaño de muestra fue calculado utilizando el estadígrafo Z para comparar proporciones de variables dicotómicas, con un alfa bilateral de 0.05 y un beta de 0.20, con un resultado de mínimo 140 pacientes para cada grupo.

**Definición de variables.** El término «no deseado» se utiliza en este estudio para referirse a la actitud de la madre hacia el embarazo al momento de la concepción. Es importante aclarar que los hijos producto de concepciones no deseadas

no necesariamente son hijos no deseados. El deseo de embarazo se determinó preguntando si se utilizaba algún método de planificación familiar en el momento de la concepción y si se quería tener un embarazo o no en ese tiempo.

Las principales variables de desenlace fueron aborto, mortinato, recién nacido con bajo peso, recién nacido pequeño para su edad gestacional y recién nacido pretérmino, definidos de acuerdo a las Normas Oficiales Mexicanas. Variables secundarias derivadas de características sociodemográficas y antecedentes ginecobstétricos y del embarazo actual, valoración de Apgar y Silverman al nacimiento e ingreso a unidad de cuidados intensivos neonatales, también fueron evaluadas.

**Análisis estadístico.** Se utilizaron medidas de tendencia central y proporciones; la prueba de T para muestras independientes al evaluar si existían diferencias significativas entre las medias de las variables cuantitativas y se utilizó la prueba Chi-cuadrada para determinar si había diferencias significativas entre las variables cualitativas, también se calculó la razón de momios (OR) para determinar si existía alguna asociación de riesgo entre las variables de desenlace y el END. Utilizamos el paquete estadístico SPSS 12.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois).

## Resultados

Se incluyeron 150 pacientes quienes refirieron cursar un END y 150 que tuvieron un ED. La edad materna promedio al momento del desenlace perinatal fue la misma para ambos grupos,  $24.8 \pm 6.8$  años para el grupo de END y  $24.8 \pm 6.4$  años para el grupo control. El 11.3% de las pacientes en el grupo de END fue menor a 18 años mientras que en el grupo control lo fue el 13.3%, no encontrándose diferencia significativa ( $p=0.59$ ); así mismo no existieron diferencias en cuanto el nivel de educación, ocupación, ni el estado civil (Tabla 1).

Las pacientes del grupo de END iniciaron su vida sexual activa un año antes que el grupo control, presentándose a los 17.3 años y a los 18.1 años respectivamente, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p=0.04$ ). En cuanto al número de parejas sexuales fueron similares con una media de 1.4 y 1.2 parejas para el grupo de END y ED respectivamente. El número de gestaciones presentó

Tabla 1. Variables sociodemográficas

Variable	END		ED	p
	n=150 (%)	n=150 (%)		
< 18 años	17 (11.3)	20 (13.3)		0.59
No casadas	87 (58.0)	85 (56.6)		0.81
Educación < 9 años	136 (90.6)	127 (84.6)		0.11
Estudiante	6 (4.0)	3 (2.0)		0.30

END, grupo de embarazo no deseado; ED, grupo de embarazo deseado.

diferencia significativa; en promedio  $3.1 \pm 1.7$  para END y  $2.6 \pm 1.7$  para ED ( $p=0.006$ ). No se encontraron diferencias significativas en el número de partos, cesáreas y abortos.

En el grupo de END solamente el 39 % de las pacientes utilizaba un método de planificación familiar, a pesar de no estar buscando un embarazo.

La presencia de toxicomanías durante la gestación fue más importante en el grupo de END. El consumo de tabaco se presentó en el 10.7% del grupo de END y en el 4.0% del grupo control ( $p=0.02$ ); el consumo de alcohol se presentó en el 2.67% del grupo de END y en un 0.67% para el grupo de ED, diferencia no significativa; en cuanto al consumo de drogas, la mayor frecuencia fue para el grupo de END con dos casos, 1.33%, mientras que en el grupo control no se encontró ningún caso, sin significancia estadística. En el desarrollo de la gestación; el incremento de peso fue similar en ambos grupos reportándose una media de  $10.4 \pm 6.1$  y  $9.5 \pm 5.4$  Kg. en el grupo de END y ED respectivamente, sin diferencia significativa; el incremento de peso menor a 9 Kg se presentó en el 35.65% de las pacientes del grupo de END y en el 41.27% del grupo de ED. La falta de control prenatal se presentó en un 15.33% del grupo de END y en el 7.33% del grupo de ED ( $p=0.02$ ).

Las complicaciones durante la gestación encontradas en este estudio fueron: anemia, la cual se presentó en el 8% del grupo de END y de 3.33% en el grupo de ED; amenaza de parto pretérmino, reportada en el 2.67% del grupo de END y en el 0.67% del grupo control; amenaza de aborto, encontrada en el 2% y el 0.67% de las pacientes con END y ED respectivamente; por último se reportó una incidencia mayor de embarazo molar en el grupo de END con dos casos que corresponden al 1.33%, sin reportarse ningún caso en el grupo control. No se encontró en ninguna de estas complicaciones diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos (Tabla 2).

Tabla 2. Embarazo actual

Variable	END	ED	p
	n=150 (%)	n=150 (%)	
Tabaquismo	16 (10.7)	6 (4.0)	0.02
Alcoholismo	4 (2.6)	1 (0.6)	0.16
Drogas	2 (1.3)	0	0.09
IP <9 Kg	41 (35.6)	52 (41.2)	0.37
No control prenatal	23 (15.3)	11 (7.3)	0.02
Anemia	12 (8.0)	5 (3.3)	0.07
APP	4 (2.6)	1 (0.6)	0.16
AA	3 (2.0)	1 (0.6)	0.30

IP, incremento ponderal; APP, amenaza de parto pretérmino; AA, amenaza de aborto, END, grupo de embarazo no deseado; ED, grupo de embarazo deseado.

La vía de nacimiento no presentó diferencias significantes entre ambos grupos, así como la utilización o no utilización de anestesia.

La media de Apgar al minuto fue de  $8.4 \pm 0.7$  para END y de  $8.1 \pm 1.2$  para ED y a los 5 minutos de  $9.1 \pm 0.5$  para END y de  $9.0 \pm 0.8$  para ED sin diferencias estadísticas y clínicas significantes. La calificación de Silverman-Andersen a los 5 minutos fue de  $0.3 \pm 0.8$  para END y de  $0.4 \pm 1.1$  para ED y a los 15 minutos de  $0.1 \pm 0.8$  para END y de  $0.3 \pm 0.9$  para ED, también sin diferencias significantes. El promedio de peso fue de  $3104 \pm 575$  gr. para el grupo de END y de  $3036 \pm 666$  gr. para ED. La edad gestacional por Capurro o Ballard al nacimiento fue de  $38.8 \pm 1.7$  semanas para END y de  $38.7 \pm 1.9$  semanas para ED, no encontrando diferencias estadísticas para este parámetro; la distribución del sexo del RN fue similar en ambos grupos.

Se encontró una mayor frecuencia de aborto en el grupo de END, presentándose en un 8.0% mientras que en el grupo de ED se reportó en el 3.33% con un OR=1.7. Hubo mayor tendencia de RN calificados como pequeños para la edad gestacional en el grupo END a diferencia del grupo de ED, presentándose en un 15.44% y en 8.45% en el grupo de END y ED respectivamente con un OR=1.46; la incidencia de fetos con peso menor a 2500 fue similar en ambos grupos, encontrándose de 13.24% y 16.20% para END y ED respectivamente con un OR=0.89; los nacimientos pretérmino (menor a 37 semanas) no mostraron diferencias sustanciales, presentándose en un 7.30% y 11.97% para el grupo de END y ED respectivamente con un OR=0.76. El porcentaje de óbitos, ingresos a la unidad de cuidados intensivos neonatales y el número de malformaciones congénitas fue similar para ambos grupos (Tabla 3).

## Discusión

La edad promedio al momento del desenlace perinatal fue la misma para ambos grupos de comparación,  $24.8 \pm 6.8$  años para el grupo de END y  $24.8 \pm 6.4$  años para el grupo control, encontrando además que no existieron diferencias significantes al evaluar la incidencia de mujeres menores de 18 años que se embarazaron (11.3% en END vs. 13.3 en ED),

concluyendo en este estudio que el END en nuestro medio no tiene una mayor incidencia en edades maternas jóvenes o edad materna avanzada. Se ha reportado que el END se presenta con mayor frecuencia en mujeres con estrato socioeconómico bajo en donde se espera tengan un menor nivel de educación, no casadas, dedicadas al hogar, etc.; situación que en este estudio no fue demostrada debido a que no se presentaron diferencias sustanciales en estos parámetros al comparar pacientes con END y ED; pero si es de llamar la atención el nivel educacional de nuestras pacientes, encontrándose por ejemplo una incidencia de mujeres con menos de 9 años de educación en el 90.67% del grupo de END y en 84.67% del grupo de ED, lo que sugiere que en nuestra institución el nivel de educación de las pacientes embarazadas que se atienden, en general es bajo.

La frecuencia de toxicomanías fue importante en el grupo de END; presentándose tabaquismo con una diferencia de 6.7% más que en el grupo de ED (1.7 más veces) encontrando una diferencia estadísticamente significativa con valor de  $p=0.02$ . En alcoholismo encontramos una frecuencia de 2% más y el uso de drogas con el 1.3% más en el grupo de END, pero sin presentar en estos rubros diferencia estadísticamente significativa. El análisis de los resultados en estas prácticas sugiere una relación, no hacia el inicio de estas conductas, ya que en la mayoría de los casos las toxicomanías son una práctica crónica, sino que, probablemente implicaría una relación a no suspender el consumo de estos tóxicos cuando se tiene un embarazo que no es deseado. Por lo que se concluye, que es de vital importancia reforzar información y reforzar programas que hagan comprender a la futura madre de los efectos de las toxicomanías en el feto, que finalmente, aunque es un producto no deseado, ya esta presente y los daños no solo son consecuencias individuales para el, sino que, incluyen daños familiares y para la sociedad a futuro.

Un factor que se interrelaciona con el nivel socioeconómico y educacional, sin duda es la edad de inicio de las relaciones sexuales y que entre más precoz se presente puede estar latente la posibilidad de un embarazo y modificar por completo el futuro en todos los aspectos de una mujer; en este rubro se presentó una diferencia significativa en nuestro estudio, encontrándose un inicio de vida sexual activa más precoz en el grupo de END (17.3 años) con una  $p=0.04$ . Otro aspecto similar en el END, es que el número de parejas sexuales que es esperado, sea mayor, sin embargo en este estudio no se encontraron diferencias significativas al comparar ambos grupos.

La multiparidad se ha encontrado en la literatura como un factor de riesgo predisponente para el END; en nuestro estudio se encontró que las pacientes tenían en promedio  $3.1 \pm 1.7$  gestaciones en el grupo de END y  $2.6 \pm 1.7$  gestaciones en el grupo de ED, hallándose una diferencia significativa ( $p=0.006$ ) y concordando con lo previamente reportado en la literatura.

El 61% de pacientes que no deseaban embarazo en nuestro estudio (grupo de END), no utilizaban algún método de planificación familiar, no conocemos las causas, debido a que no es el propósito de este estudio, pero lleva a la conclusión sobre la importancia de fomentar y reforzar las políticas de planificación familiar en nuestro medio, sobre todo en la

Tabla 3. Principales variables

Variable	END	ED	OR (IC 95%)
	n=136 (%)	n=142 (%)	
Aborto*	12 (8.0)	5 (3.3)	1.7 (0.83 – 3.68)
Mortinato <sup>+</sup>	2 (1.4)	3 (2.0)	0.85 (0.41 – 1.75)
Bajo peso <sup>†</sup>	18 (13.2)	23 (16.2)	0.89 (0.66 – 1.21)
Prematurez <sup>‡</sup>	9 (7.3)	17 (11.9)	0.76 (0.56 – 1.03)
PEG	21 (15.4)	12 (8.4)	1.46 (0.91 – 2.33)

\* Para esta variable la n es de 150 en ambos grupos; + para esta variable la n es de 138 y 145 para el grupo END y ED respectivamente; † Definido como peso menor a 2500 g; ‡ definido como edad gestacional menor a 37 semanas de gestación. END, grupo de embarazo no deseado; ED, grupo de embarazo deseado; PEG, pequeño para edad.

población que en esos momentos no desea embarazo; de la misma manera, es de llamar la atención que el 39% de las pacientes del mismo grupo si llevaban un método de planificación familiar, lo que representa una tasa de falla muy alta para los métodos utilizados por estas pacientes, y nos hace inferir en una posible mala asesoría del médico y/o mal apego y constancia a los métodos por parte de las pacientes; por lo que es importante una revisión de nuestros programas de planificación familiar, así como un seguimiento de las usuarias.

El control prenatal es un factor importante para el desarrollo adecuado de una gestación, ya que parte de sus funciones son vigilancia del embarazo con la correspondiente detección, control y/o tratamiento de patologías concomitantes o previas al embarazo y la corrección o modificación de conductas anómalas y factores de riesgo para un mal desenlace perinatal por medio de la educación de las pacientes. Se ha reportado en la literatura un porcentaje más alto de pacientes que no acuden a control prenatal cuando se tiene un END, como lo demuestra nuestro estudio donde encontramos un porcentaje de 15.3% del grupo de END y 7.33% del grupo de ED sin control prenatal, mostrándose una diferencia porcentual del 8% que es estadísticamente significativa ( $p=0.02$ ). Un parámetro constantemente mencionado en la literatura con mayor frecuencia en pacientes con END, es una baja ganancia de peso durante el embarazo; en nuestra revisión no se encontraron diferencias en cuanto al promedio de peso ganado en ambos grupos, ni tampoco en el porcentaje de pacientes que presentaron ganancia de peso inferior a los 9 Kg, que incluso fue mayor en el grupo de ED, sin embargo esta relación definitivamente es posible que sea circunstancial y un incremento en el tamaño de la muestra, quizá, podría mostrar otra tendencia como lo marca la literatura.

En las complicaciones manifestadas durante la gestación se encontraron diferencias porcentuales, todas ellas mayores en el grupo de END, como anemia, amenaza de parto pretérmino y amenaza de aborto, que pueden ser el resultado de la actitud y conducta que toman estas pacientes ante el embarazo cuando no es deseado, como el no acudir a control prenatal y buscar o no atención médica cuando se tiene un embarazo no deseado, que desde nuestro punto de vista es una conducta que puede ser habitual en pacientes con estas características; sin embargo estas diferencias no fueron estadísticamente significativas; por lo que planteamos la necesidad de realizar diseños de investigación dirigidos a evaluar estos rubros en nuestro medio. También hubo mayor frecuencia de embarazo molar en el grupo de END con dos casos que corresponden al 1.33%, sin reportarse ningún caso en el grupo control, diferencia que estadísticamente no es significativa y es muy posible sea circunstancial (debida al

azar) ya que la etiopatogenia del embarazo molar no tiene relación con factores psicosociales como el deseo de embarazo o no.

Al analizar los desenlaces perinatales no se encontraron diferencias al comparar ambos grupos en las calificaciones de Apgar, Silverman-Andersen y el porcentaje de recién nacidos que ingresaron a UCIN en nuestro estudio, cuestión que difiere con lo reportado en la literatura. Los nacimientos pretérmino (menores a 37 semanas) se presentaron con una frecuencia levemente mayor en el grupo de ED ( $OR=0.76$ ), 24% más veces, lo que probablemente es producto del azar y que es necesario extender nuestro tamaño de muestra para evaluar esta tendencia que podría cambiar. Se encontró una mayor frecuencia de aborto en el grupo de END (8% vs. 3.33%), presentándose un 70% más de riesgo en este grupo que en el grupo de ED ( $OR=1.7$ ); lo que nos hace deducir que esta tendencia pudiera verse favorecida por 2 factores: primero, que siendo un embarazo no deseado, la paciente pudiera buscar ayuda para la terminación de la gestación en forma electiva y en segundo lugar que la paciente no acudiendo a control prenatal, puede favorecer a condiciones de riesgo como las infecciones del tracto urogenital, que al no ser atendidas pueden provocar la pérdida fetal.

Se reportó una mayor frecuencia de fetos pequeños para la edad gestacional en el grupo de END (15.44% vs. 8.45%) presentándose en 46% más veces que en el grupo control ( $OR=1.46$ ), siendo similares estos hallazgos a lo reportado en la literatura.

## Conclusión

En nuestro estudio se encontró que en las pacientes con embarazo no deseado existe una mayor proporción de abortos y de recién nacidos pequeños para la edad gestacional; de igual forma estas pacientes inician más tempranamente una vida sexual activa; tienen con mayor frecuencia conductas de riesgo durante el embarazo (toxicomanías y menor asistencia a control prenatal) y que presentan más frecuentemente anemia, amenaza de parto pretérmino y amenaza de aborto, cuando las comparamos con pacientes cuyo embarazo es deseado. Estas diferencias pueden ser el resultado de una conducta conciente o inconciente de rechazo hacia el embarazo, en algunas pacientes, que da como resultado probable, el no buscar vigilancia médica de control o para atención oportuna de complicaciones; así también, el mismo rechazo puede promover que se continúe con prácticas de riesgo para el feto como lo son las toxicomanías, que finalmente y en forma global, esta conducta de rechazo puede contribuir al incremento de desenlaces perinatales adversos en este grupo obstétrico de alto riesgo.

## Referencias bibliográficas

- O'Brien J. PRAMS and Unintended Pregnancy. EUA: Department of Health and Human Services; 1999.
- Eckard E. Wanted and Unwanted Births Reported by Mothers 15-44 Years of Age: United States, 1976. *Advance Data/ CDC* 1980; 56:1-10
- Denton AB, Scott KE. Unintended and Unwanted pregnancy in Halifax: the rate and associated factors. *Can j public health* 1994; 85(4): 234-8.
- Elfenbein DS, Felice ME. Adolescent pregnancy. *Pediatr Clin North America* 2003; 50: 781-800.
- Díaz V. El embarazo de las adolescentes en México. *Gac Med Mex* 2003; 139(1): S23-8.
- Lira PJ, Oviedo CH, Zambrana CM, Ibarguengoitia OF, Ahued AR. Implicaciones perinatales del embarazo en la mujer adolescente. *Ginecol Obstet Mex* 2005; 73:407-14.
- Eggleston E, Tsui AO, Kotelchuck M. Unintended pregnancy and low birthweight in Ecuador. *Am J Public Health* 1999; 89(2): 176-81.
- Woelfel ML, Walsh R, Morse DL. Unintended Pregnancy--New York, 1988-1989. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1991; 40(42): 723-5.
- Oropeza C. La salud de los adultos. En Oropeza C. Encuesta Nacional de Salud 2000. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2003: p.70-1.