

VIAS DE TERMINACION DE EMBARAZO ADOLESCENTE VERSUS EMBARAZO ADULTO

Ramón Alberto Salinas Avalos, Fernando Martín Zunino Pradier, Veronica A Locatelli
Dra. Griselda Itatí Abreo

Lugar y año de Trabajo: Hospital "Dr. José R. Vidal", División Maternidad, Sector Obstetricia. Corrientes, Argentina, 2008

Resumen

Introducción: El parto es un proceso fisiológico; el dilema que frecuentemente tiene que enfrentar el obstetra en su práctica diaria es tener que decidir si realiza o no una cesárea abdominal (CA).

Objetivos: Determinar la frecuencia de CA en embarazadas adolescente (EA) con respecto a embarazadas no adolescentes (ENA) y comparar frecuencia de CA y parto vaginal (PV) según periodo de la adolescencia.

Material y Métodos: Estudio observacional descriptivo. Unidad de análisis: libro de partos, desde el 1º de abril al 1º de junio. El universo de estudio: constituido por mujeres en trabajo de parto; las cuales se dividieron EN y ENA (punto de cohorte 20 años). Se subdividieron en: adolescencia temprana (10-13 años), adolescencia media (14-16 años) y adolescencia tardía (17-20 años). Las variables analizadas fueron: edad materna, vías de terminación de parto.

Resultados: n: 579 partos, 30,56% correspondieron a EA y 69,44% a ENA. Del total de EA, 134 (75,7%) culminaron por PV y 43 (24,3%) por CA. En ENA 284 (70,65%) terminaron por vía vaginal, y 118 (29,35%) por CA. (Riesgo relativo [RR] CA = 1,20, intervalo de confianza [IC] = 95%, 0,89- 1,63; odds ratio [OR] = 1,29; IC del 95%, 0,86- 1,94. RR PV = 0,81, IC = 95%, 0,72- 0,91; [OR] = 0,51; IC del 95%, 0,34- 0,76). Se constató en la adolescencia temprana 2 casos de CA; en la adolescencia media 39 partos, donde 23,07% fueron CA; y en adolescencia tardía, 136 partos, donde 23,52% correspondieron a CA.

Conclusiones: La CA es más frecuente en mujeres adultas, mientras que en adolescentes aumenta conforme se acercan a los 20 años; a excepción de lo registrado en adolescencia temprana.

Palabras claves: Embarazo adolescente- Cesárea abdominal- Parto vaginal.

Summary

Introduction: Childbirth is a physiological process; the dilemma that most commonly have to confront the obstetrician in their daily practice has to decide whether or not cesarean abdominal section (CA).

Objective: To determine the frequency of CA teenager pregnancy and not pregnant teenager and to compare, frequency of CA and vaginal delivery (VD) according period of adolescence.

Materials and Methods: Observational study and descriptive. The dates were obtain from: book of childbirth, since April 1st to June 1st. The universe of study: woman in labor; of which were divided into TP and NPT (cohort 20 years old); TP were subdivided into: early adolescence (10-13 years old), medium adolescence (14-16 years old), late adolescence (17-20 years old).

Results: Of the 579 childbirths, 30.56% were TP and 69.44% were NPT. Of the total TP 134 culminated in VD and 43 in CA. In the NPT, 284 culminated in VD, and 118 in CA. (RR CA = 1.20, CI = 95%, 0.89- 1.63; OR = 1.29; CI del 95%, 0.86- 1.94. RR VD = 0.81, IC = 95%, 0.72- 0.91; [OR] = 0.51; IC del 95%, 0.34- 0.76). It was found in early adolescence, 136 childbirth, of which 23.52% were CA.

Conclusion: CA is more frequent in NPT, while in TP increases as approaching to 20 years old; except as recorded in early adolescence.

Key Words: Teenager pregnancy- cesarean abdominal- vaginal delivery

INTRODUCCION

A medida que ha pasado el tiempo, los adelantos en la ciencia han marcado, especialmente en el área de la salud, un cambio rotundo, principalmente en el diagnóstico preciso de ciertas patologías lo cual ha llevado a tener variadas conductas e intervenciones médicas.

Aunque el parto es un proceso fisiológico el dilema que comúnmente tiene que enfrentar el obstetra, en su práctica diaria, es tener que decidir si realiza un parto por vía vaginal o mediante una cesárea abdominal.¹

La misma tiene como objetivo la extracción del producto de la gestación, así como de la placenta y sus anexos, a través de la pared abdominal.²

La CA es la intervención médica que en general ha aumentado notoriamente en los últimos tiempos, a costa de varios factores.

En la década del noventa tubo su máximo auge pues garantizaba un parto sin dolor, sin esfuerzo y sobre todo anulaba del temor, que representaba solo el hecho de tener un parto por vía vaginal, además de la falta de esclarecimiento de las indicaciones absolutas y relativas tanto maternas, fetales, como ovulares.

Otro de los factores ya reconocidos es la disminución de sus riesgos mediante antibióticos, bancos de sangre, nuevas indicaciones sustentadas en mejores resultados perinatales y la escasa posibilidad del operador para adquirir habilidad en las maniobras por la vía vaginal.

Su frecuencia se ha ido incrementando a tal punto que actualmente lo que apareció como una solución, ahora se percibe como un problema; esto fue demostrado ya que en la práctica obstétrica, se ha ido incrementando en las últimas décadas la indicación de CA a expensas de la cesárea iterativa³, denominando por muchos médicos como “monstruo”, porque si se logra un control específico en dicha intervención o indicación reducirían un porcentaje considerable de dicha práctica.⁴

La incidencia de esta operación oscila actualmente entre un 8 y un 18 %. El 18% corresponde a aquellos centros de nivel terciario con concentración de patologías.²

En el tiempo que cursamos la materia de Obstetricia Clínica, en la Cátedra número II de la facultad de medicina de la Universidad Nacional del Nordeste (UNNE) hemos observado con gran frecuencia adolescentes que ingresan a sala de parto para dar a luz, desde aquel momento un interrogante se nos presenta, por el cual quisimos reflejar en este trabajo y poder ver si el notorio incremento de los embarazos en la adolescencia y las complicaciones que las mismas presentan durante la evolución y culminación de la gestación serían un nuevo factor por el cual la práctica de CA a comenzado a aumentar después de haberse reducido en los últimos años mediante control de los factores antes nombrados.

Los **objetivos** de nuestro trabajo son: Determinar del total de partos, la frecuencia de cesárea abdominal en embarazadas adolescente con respecto a embarazadas no adolescentes, también poder comparar del total de partos, frecuencia de CA y PV según periodo de la adolescencia.

MATERIALES Y METODOS

El presente estudio es de tipo descriptivo, observacional. La unidad de análisis de dicho estudio fue el Libro de Partos del sector obstetricia del Hospital “Dr. José Ramón Vidal” comprendido en el periodo que se extiende desde el 1º de abril al 1º de junio de 2008. El universo de estudio estuvo constituido por mujeres en trabajo de parto de dicho servicio; de las cuales se dividieron en adolescentes y no adolescentes teniendo como punto de cohorte los 20 años. A su vez, el primer grupo fue subdividido en:

- adolescencia temprana (10-13 años),
- adolescencia media (14-16 años) y

- adolescencia tardía (17-20 años).

Las variables analizadas fueron: edad materna, edad gestacional, vías de terminación de parto y sus causas. Los datos obtenidos se tabularon en planillas Microsoft Excel y los resultados se analizaron en gráficos estadísticos.

Debido a la variabilidad de datos encontrados al definir las indicaciones, en el Libro de Registros Diarios de Partos, se agruparon las indicaciones de la siguiente manera:

Cesárea Iterativa: que incluye la Doble Cesárea Anterior,

Sufrimiento Fetal Agudo: que incluye Prueba de tolerancia a las contracciones (PTC [+]), Sufrimiento Fetal Crónico (SFC), Doppler Patológico, CASA No Reactivo, DIPS II y Bradicardia Fetal.

Ginecorrágia del Tercer Trimestre: que incluye Placenta Previa y Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (DPNI)

Distocia de Presentación: que incluye las diferentes presentaciones (de cara, de frente, etc.), las procidencias (de mano, de hombro, de miembro superior) y los procúbitos.

Las indicaciones de cesáreas fueron: Presentación podálica, sufrimiento fetal agudo (SFA), cesárea iterativa, falta de progresión, situación transversa, desproporción feto pélvica, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (DPPNI), eclampsia, presentación frente, cara, oblicua, cardiopatía grave, Prueba de Tolerancia a las Contracciones positiva (PTC+), malformaciones fetales (hidrocefalia, malformaciones y poli malformaciones)

Los dos grupos fueron comparados en relación con la vía de parto y las indicaciones por las cuales se decidió la intervención quirúrgica como vía de parto.

RESULTADOS

Los resultados de esta investigación revelan, que de 696 gestaciones que ingresan a este nosocomio, 579 fueron a trabajo de parto viables, 418 culminaron por PV que corresponden al 72,19% y 161 fueron por CA correspondiéndole el 27,81% de los partos en general. **(Ver Figura Nº 1).**

Del total de partos 177 (30,56%) correspondieron a embarazadas adolescentes y 402 (69,44%) a mayores de 20 años. Del total de partos en el primer grupo etario, 134 (75,7%) culminaron por vía vaginal y 43 (24,3%) por vía abdominal. En el grupo de mujeres adultas, 284 (70,65%) terminaron por vía vaginal, y 118 (29,35%) por CA. (Riesgo relativo [RR] CA = 1,20, intervalo de confianza [IC] = 95%, 0,89- 1,63; odds ratio [OR] = 1,29; IC del 95%,

0,86- 1,94. RR PV = 0,81, IC = 95%, 0,72- 0,91; [OR] = 0,51; IC del 95%, 0,34- 0,76). (Ver Figura N° 2)

Se constató en la adolescencia temprana 2 casos de CA; en la adolescencia media 39 partos, donde 23,07% fueron CA; y en adolescencia tardía, 136 partos, donde 23,52% correspondieron a CA. (Ver Figura N° 3)

Las causas más frecuentes de CA en adolescentes fueron en orden decreciente: distocia de la presentación, falta de descenso de la presentación, sufrimiento fetal agudo, eclampsia/ preeclampsia, corioamnionitis, doble cesárea anterior, ginecorragias del tercer trimestre y desproporción feto-pelviana.

Las causas más frecuentes de CA en mujeres no adolescentes fueron en orden decreciente: doble cesárea anterior, distocia de la presentación, cesárea iterativa, sufrimiento fetal agudo, eclampsia/preeclampsia, falta de descenso de la presentación, ginecorragia del tercer trimestre y desproporción feto-pelviana.

Figura N° 1:

FRECUENCIA DE PARTOS VIA VAGINAL - CESAREA ABDOMINAL

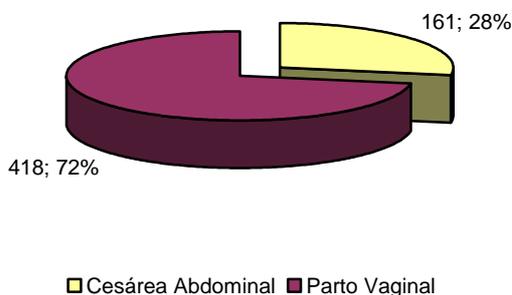


Figura N° 2

FRECUENCIA DE PARTOS VAGINALES Y CESAREAS ABDOMINAL SEGUN GRUPO ETAREO: EMBARAZO ADOLESCENTE Y EMBARAZO NO ADOLESCENTE

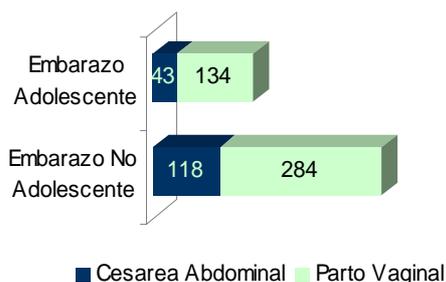
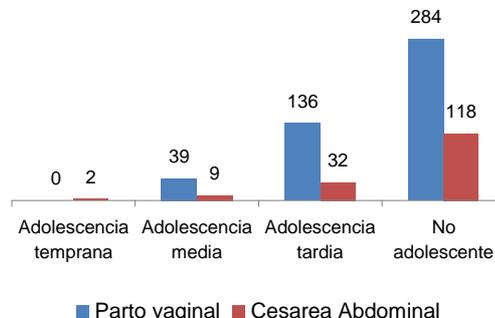


Figura N° 3

RELACION DE PARTO VAGINAL Y CESAREA ABDOMINAL EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA SEGUN CLASIFICACION DE LA OMS



DISCUSION

En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población.⁵ La actividad sexual en esta etapa de la vida va en aumento en todo el mundo.⁶ Aumentando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años. Este fenómeno se va incrementando a raíz que de la actividad sexual de los adolescentes a edades cada vez más tempranas.⁷

El embarazo en la adolescencia constituye un importante problema de salud pública, tanto en América Latina como en el resto del mundo.⁸

Tras el análisis de los resultados obtenidos en este trabajo se estableció que, aproximadamente el 30,5% de los recién nacidos corresponde a la población de adolescentes, sobrepasando valores que arrojan otros estudios internacionales que van de un 7% a un 25%.⁵

Existen diferencias en la vía de terminación de parto observada entre madres adolescentes, para unos la incidencia de cesárea es menor y otros afirman que existe diferencia significativa en la incidencia de parto vaginal

Los resultados de éste trabajo indican que la incidencia de cesárea en adolescentes fue 24,3%, cifra superior a la observada en otros estudios que refieren que varía entre 14 y 24%.⁹

La frecuencia de nacimientos de madres adolescentes es elevada, reflejando estadísticas comunes a toda Latinoamérica. En 1997 la OMS informa que el porcentaje de partos en madre adolescentes en, ya era del 20 %.¹

Los valores encontrados en este nosocomio llegan a un porcentaje de 30,56% de los cuales un 24,3% culminaron por vía cesárea abdominal, tengamos en cuenta que según normas de la maternidad, toda primera cesárea tiene mucha probabilidad de ir nuevamente a un parto por vía abdominal, por lo cual es-

tas adolescentes ya tienen un compromiso obstétrico futuro, por tener alta frecuencia de cesáreas.

No se discute la validez de la operación cesárea cuando está de por medio una indicación absoluta. Es por ello que actualmente se busca revertir esta tendencia en alza, con una mejor atención en el embarazo y en el trabajo de parto que conlleva a menores índices quirúrgicos con mayor beneficio neonatal.¹⁰

Con respecto a la presentación en podálica, incluidas en distocia de la presentación, que constituye la principal indicación de cesáreas en adolescentes, Es sabido que el nacimiento por vía vaginal de un feto en presentación de pelvis se constituye en peligroso por la frecuencia con la que se asocia a retención de cabeza última y lesión fetal como a procidencia del cordón umbilical, razón por la cual la conducta adoptada en este servicio es que toda gestación a término con presentación de nalgas, sin importar la paridad de la paciente, tiene como indicación absoluta el parto cesárea, acorde a las últimas normativas dispuestas por la OMS. Podríamos concluir que el absolutismo en la indicación de cesárea por presentación de nalgas se ampara fundamentalmente en razones de tipo legal, que han llevado a una medicina defensiva, al considerarla más segura para el feto.⁹

En cuanto a la principal causa de cesárea en adultos fue el antecedente de dos o más cesáreas previas.

Un capítulo aparte, sobre todo a nivel de instituciones privadas (hasta en un 90%, según algunas estadísticas), es la indicación de cesárea en ausencia de patología, ya sea por decisión médica o de la propia madre. Se acusa a algunos ginecólogos de "cesaristas", optando por ésta al resolverse en minutos, en contra de hasta las 12 horas que puede demandar un parto vaginal en primigestas. Hay embarazadas que eligen la cesárea, argumentando mayor seguridad para su hijo y por miedo al dolor fundamentalmente. Dados los argumentos previamente nombrados, creemos que corresponde al médico la responsabilidad de guiarse por su conocimiento y por su criterio profesional y ético, y de aconsejar a la madre, acerca de los pro y contra de las distintas opciones, y pueda contar con la preparación

física y psíquica adecuada para llegar a la culminación de su embarazo en la forma más fisiológica posible, redundando esto, en definitiva en un mayor bienestar materno-fetal a corto y largo plazo, con menores costos para el sistema de salud.

CONCLUSIONES

Como conclusión queremos destacar que la CA es más frecuente en mujeres adultas, mientras que en adolescentes aumenta conforme se acercan a los 20 años; a excepción de lo registrado en adolescencia temprana, de la cual poseemos pocos casos registrados lo cual no nos permiten constatar la frecuencia real de su práctica en dicho grupo. La CA abdominal es una práctica muy elevada en adolescentes. Entonces podría decirse que el embarazo en si en este grupo etareo seria un posible nuevo factor a controlar.

No se debe dejar de luchar contra el monstruo de la cesárea iterativa, para ello se debe todas las pacientes con antecedente de cesárea anterior deben ir a prueba de trabajo de parto y evaluar muy bien a pacientes para cesáreas primarias, debido a que a que su porcentaje en nuestra población es también alto y un factor con cualidad de no poder ser modificado una vez hecho.

Si ponemos al adolescente como grupo de riesgo tenemos la urgente necesidad de educación en temas de planificación familiar, para evitar embarazos no deseados; adecuados controles prenatales, para poder detectar patologías tales como, hipertensión arterial inducida por el embarazo muy frecuente en los en la población adolescente, liquido meconial, eclampsia preeclampsia, corioamnionitis; una adecuada preparación para el parto implica no sólo a las parturientas que acuden al nosocomio, sino a todas las mujeres con posibilidades de procrear.

Deberá pasar un tiempo prudencial para llegar a ver resultados significativos, debido a que por el momento nos enfrentamos con un nuevo factor que es sin lugar a dudas esta nueva epidemia que no solo es un riesgo para la salud de la madre sino del feto mismo representando no solo un riesgo de salud materno fetal sino que también un riesgo social.

BIBLIOGRAFIA

1. Molina R. Ética de atención en salud sexual y reproductiva para adolescentes: una experiencia clínica". En: Molina R., Sandoval J., González E. Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia. Santiago: Editorial Mediterráneo, 2003; 839-855.
2. Schawarcz L, Duverges C, Diaz A, Fescina R. Las operaciones obstetricas. En: Obstetricia. 5ª edición. Bs As: El Ateneo; 2003; 562-610.
3. Cumingham G, Grant N, Levedo K, Gilstrap L, Harth J, Wenstrom K. Obstetricia 21ª ed. Bs As: Panamericana; 2002: 463-469.
4. Romero A, Lind S, Arce R, Bazán C. Incidencia y principales indicaciones de cesareas. Revista de Postgrado de la VI a cátedra de Medicina 2004, 135: 1-6.
5. Garcia P, Arias T, Lezcano G, Caballero L, Chong J, Mendieta A, Bravo R, Urriola C. Embarazo en adolescencia en la República de Panamá. Revista Venezolana de ginecología y obstetricia 2007, 67(supl 2): 73.

6. Molina R, Sandoval J, Luengo X. Salud sexual y reproductiva del adolescente. En: Ruoti A. Obstetricia y Perinatología. 2º edición. Asunción, Paraguay: Editorial EFACIM - EDUNA; 2000; 158-163.
7. Mayer M, Barboza Galeano S, Benítez S, Fochesatto N. Nacimientos en menores de 20 años en el Hospital "Dr. Ramón Madariaga". Posadas, Misiones. Revista de Postgrado de la VIa Cátedra de Medicina 2006, 161: 1-4.
8. Correón V, Mendoza S, Pérez H, Gil A, González S. Factores socioeconómicos asociados al embarazo adolescente. Archivos de medicina familiar; 2004: 70-73
9. Schawarcz L, Duverges C, Díaz A, Fescina R. El parto normal. En: Obstetricia 5ª ed. Bs As: El Ateneo, 2003: 368-465.
10. Nolzco M, Rodríguez L. Morbilidad materna en gestantes adolescentes. Revista de Postgrado de la VIa Cátedra de Medicina 2006: 156: 13-18.