

FRECUENCIA E INDICACIONES DE CESAREA EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE UN CENTRO HOSPITALARIO

Avanza, MJ; Sosa, TR; Giusti, SA, Alegre C, Benitez A, Rivero MI. Servicio de Toco ginecología del Hospital Llano. Corrientes. Argentina.

RESUMEN.

Introducción: En la actualidad al menos una de cada diez mujeres tiene sus partos por vía abdominal, lo cual representa un aumento progresivo ocurrido en los últimos años. Sin dudas, una explicación para este cambio en la tasa de cesáreas, es el incremento de la preocupación acerca de la seguridad fetal durante el trabajo de parto.

Objetivo: Análisis de la frecuencia de cesáreas en las adolescentes, indicación de la misma y momento relacionado al parto (antes o durante el mismo).

Material y métodos: Análisis retrospectivo de 9479 pacientes (p) admitidas a la Maternidad, entre Octubre de 1998 y septiembre de 2003. Se identificaron 1655 madres menores de 20 años en las cuales se realizaron 199 cesáreas.

Resultados: La prevalencia de cesáreas en adolescentes fue 12.02%, comparada con 21.2% en mujeres \geq a 20 años ($p < 0.0001$). La edad media de las embarazadas que fueron a cesárea fue similar al resto: 17.6 ± 1.5 vs. 17.5 ± 1.4 años (p_{unís}). La cesárea programada (antes del parto) se realizó en 87 p (56%). Según la indicación, la distribución fue:

Cesárea previa	62 casos	31,1%
Sufrimiento fetal agudo	40 casos	20,1%
Falta de progresión de la presentación	32 casos	16%
Presentación pelviana	24 casos	12%
Desproporción feto-pélvica	11 casos	5.5%
Preeclampsia-eclampsia	11 casos	5.5%
RCIU	9 casos	4.5%
Patologías maternas	5 casos	2.5%
Hemorragia del tercer trimestre	4 casos	2.0%
Total	198 casos	99.8%
Sin datos	1 caso	0.2 %

Conclusiones: La proporción de madres adolescentes que finalizaron su parto por vía abdominal fue adecuada. Este porcentaje fue la mitad del uso de cesáreas en mujeres de mayor edad. En la mayoría de los casos los procedimientos fueron programados, y la cesárea previa fue la indicación más habitual.

Palabras claves: cesáreas, prevalencia, indicaciones.

INTRODUCCION

La OMS ha definido la adolescencia como la etapa comprendida entre los 10 y 19 años. También la define como el período de maduración física, psicológica y social que va desde la infancia hasta la edad adulta. Numerosos factores han contribuido a la modificación de la conducta sexual de las jóvenes en las últimas décadas, lo que ha traído aparejado un aumento en el número de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual en este grupo. (1,2)

En Europa casi 5 de cada cien embarazos se da en adolescentes, siendo la cifra mucho mayor en América Latina. El único factor de riesgo biológico en un embarazo adolescente, destacado por algunos autores, es la menarquia precoz. El precedente familiar de maternidad adolescente es muy frecuente, generando situaciones conflictivas entre la pareja y los padres. La falta de educación sexual adecuada contribuye en gran medida, al aumento del número de embarazos adolescentes. (3,4)

En la actualidad una de cada diez mujeres tiene sus partos por vía abdominal (cesárea), dicha tasa ha aumentado en forma progresiva en los últimos años. Sin dudas, una explicación para este cambio de dirección de la tasa nacional de cesáreas es el incremento de la preocupación acerca de la seguridad fetal durante el trabajo de parto. Aunque no se pueden catalogar en forma exhaustiva todas las indicaciones necesarias apropiadas, 85% de las causas corresponden a cesáreas previas, distocia de trabajo de parto, sufrimiento fetal agudo o presentación pelviana. (5,6)

Existen pocos datos regionales de la relación entre embarazo adolescente y uso de cesárea; por ello los objetivos del presente reporte fueron analizar la frecuencia global de cesáreas, indicación de la misma y momento relacionado al parto (antes o durante el mismo).

MATERIAL Y MÉTODO

Población

Fueron incluidas en forma prospectiva y consecutivas 9479 pacientes admitidas a nuestra Maternidad entre octubre de 1998 y septiembre de 2003. En el período 1998-2001 se derivaron a centros de mayor complejidad los embarazos considerados de alto riesgo, definidos como: amenaza de parto prematuro < de 36 semanas; rotura prematura de membranas < de 36 semanas; pacientes Rh-sensibilizadas; malformaciones congénitas fetales; preeclampsia grave; diabetes descompensada; HIV positivo; enfermedades maternas que compliquen el embarazo y que puedan requerir muchos días de internación antes o después del parto (neumopatías, cardiopatías, enfermedades oncológicas o

autoinmunes). A partir de enero de 2002, se atendieron todos los partos sin restricciones. Se definió como madres adolescentes a aquellas menores de 20 años. Se identificaron durante el período de estudio 2063 cesáreas, de las cuales 199 se realizaron en adolescentes.

Recolección de datos

Los datos relacionados a cada paciente y neonato fueron recolectados a través de una historia clínica perinatal realizada de acuerdo a normas del sistema informático del programa PROMIN. Esta incluye información filiatoria, factores socioculturales, antecedentes personales, familiares y obstétricos de la embarazada. Posee un sector destinado al embarazo actual, control prenatal y patologías maternas más comunes. Otro sector esta dirigido al parto y puerperio. Finalmente se recolectan datos del recién nacido, alimentación, permanencia en internación y derivación.

Análisis estadístico

Los resultados son presentados con un análisis descriptivo donde las variables continuas se expresan como media \pm desvío estándar y las variables categóricas como porcentajes. La comparación entre grupos se realizó a través del test de t para variables continuas y con el método del chi cuadrado para las cualitativas. Se consideraron diferencias significativas las < 0.05 . Se empleó el programa estadístico SPSS 10.0.

RESULTADOS

La población estuvo conformada por 9479 partos. De ellos, 1655 (19.5%) correspondieron a madres menores de 20 años. El total de cesáreas fue 2063, de las cuales 199 se efectuaron en adolescentes. La tasa de uso de parto operatorio fue 12.02% en menores de 20 años, comparada con 21.2% en mujeres mayores ($p < 0.0001$). En adolescentes, la edad media de las embarazadas que fueron a cesárea fue similar al resto: 17.6 ± 1.5 vs. 17.5 ± 1.4 años ($p = ns$).

La cesárea programada (antes del parto) se realizó en 87 p (56%)(ver Gráfico 1). Según la

indicación, la distribución se detalla en la Tabla 1.

DISCUSIÓN

El presente reporte muestra que en esta población hospitalaria, uno de cada 5 madres fue adolescente, con una proporción de utilización de cesárea de 12%, la mitad de la observada en mujeres de mayor edad, con predominio de procedimientos programados.

El embarazo en la adolescencia es considerado por muchos autores como un problema de orden psicosocial más que obstétrico, por no existir una correlación entre la madurez mental y psíquica y la puramente somática. (4,5)

El 70% de las cesáreas ocurre en pacientes primigestas, siendo la mayoría en Latinoamérica menores de 19 años.(6-8) Durante muchos años, se creyó que estaba contraindicado el trabajo de parto en un útero con cicatrices, debido al miedo de rotura uterina. Actualmente es un tema controvertido y según varios autores el riesgo de rotura aumenta con el número de cicatrices previas. (9,10) En EEUU en los últimos años, alrededor del 60 al 80 % de los trabajos de parto después de cesáreas previas terminan en partos por vía vaginal. (8,12-14) En nuestra maternidad se hace muy dificultosa la implementación de parto por vía vaginal posterior a una cesárea debido a que no contamos con anestesistas en forma activa las 24 horas del día.

Las tasas de éxito mejoraron muy poco cuando la cesárea inicial se realizó debido a presentación pelviana o a distrés fetal en comparación con la distocia, la cual disminuyó hasta un 13 % cuando se diagnosticó la misma en el segundo estadio de trabajo de parto. (1,2,11,15)

El antecedente de parto vaginal, antes o después de una cesárea, mejora en grado significativo el pronóstico de éxito para el parto vaginal luego de una cesárea. En realidad el factor pronóstico más favorable es el parto vaginal previo. (5,6,16,17)

Actualmente, se observa una tendencia hacia la expansión de las indicaciones para las que el parto vaginal luego de una cesárea (VBAC) puede ser apropiado. Entre estos no se

incluyen: cicatriz uterina desconocida, presentación pelviana, gestación gemelar, embarazo postérmino y sospecha de macrosomía; para lo cual se recomienda realizar el estudio de rutina del riesgo de resultados adversos antes del VBAC en estas circunstancias. (18,19)

Debido a características propias de nuestra población, condiciones socio-ambientales, patologías asociadas como el bajo peso materno, anemia crónica, la falta de control prenatal, factores que incrementan el número de embarazos de alto riesgo y ciertamente también la práctica de una medicina moderna intervencionista, con un uso excesivo de inducciones y estimulaciones optando por un parto rápido, explicarían en parte que el sufrimiento fetal agudo sea la causa más frecuente de cesárea hallada en servicios de mayor complejidad. (6,20,21)

En general existe una tendencia a incrementar la frecuencia de cesáreas, y esto se debe a varios factores: dentro de los cuales se encuentra la disminución de sus riesgos como acto quirúrgico, la aplicación de nuevas indicaciones sustentadas en mejores resultados perinatales, la aparición de nuevos factores sociales, económicos y culturales, comodidad del equipo de salud, la virtual ausencia de contraindicaciones, la docencia médica y la presión legal sobre los prestadores del servicio. (10,15,19)

Las estrategias planteadas para racionalizar el uso de la cesárea incluyen la utilización del partograma para detectar alteraciones del curso anormal del trabajo de parto; para darles tratamiento adecuado y evitar en lo posible llegar a la cesárea debe trabajarse en la posibilidad de someter al parto vaginal a las pacientes con cesárea anterior, brindándoles las seguridades del caso en establecimientos apropiados para tal fin; hacer una revisión periódica de la estadística para poder identificar los cambios que se podrían producir en el desarrollo de las actividades de los centros hospitalarios; realizar auditoría periódica de las cesáreas, a fin de detectar el exceso en las indicaciones y corregirlo a futuro. (9,15,16)

Otra posibilidad es la de incorporar rutinariamente la instrucción en psicoprofilaxis a toda mujer embarazada lo cual ha

demostrado reducir el número de partos operatorios.(15,20,21)

CONCLUSIONES

La proporción de madres adolescentes que finalizaron su parto por vía vaginal fue adecuada. Este porcentaje fue la mitad del uso de cesáreas en mujeres de mayor edad. En la mayoría de los casos los procedimientos fueron programados, y la cesárea previa fue la indicación más habitual.

BIBLIOGRAFÍA

- Propuesta Normativa Perinatal. Tomo IV: Atención del parto de Riesgo. Secretaría de Programas de Salud. Subsecretaría de Atención Comunitaria. Dirección de Salud Materno Infantil. 1998;Págs.46-58.
- Propuesta Normativa Perinatal. Tomo II: Atención de las patologías perinatales prevalentes. Secretaría de Programas de Salud. Subsecretaría de Atención Comunitaria. Dirección de Salud Materno Infantil. 1996.
- Propuesta Normativa Perinatal. Tomo I: Atención del embarazo normal, parto de bajo riesgo y atención inmediata del recién nacido. Secretaría de Programas de Salud. Subsecretaría de Atención Comunitaria. Dirección de Salud Materno Infantil. 1996.
- Votta R., Parada O.; Cesárea Abdominal; Obstetricia; 5ta Edición. Editorial Lopez. 1992; Cap. 8 656:665.
- Belitzky R. El nacimiento por cesárea hoy. Salud perinatal. CLAP OPS/OMS. 1989; 3 (9): 101-7.
- Schwarcz R, Díaz AG, Nieto F. Partograma con curvas de alerta. Guía para la vigilancia del parto. Salud perinatal, CLAP OPS/OMS 1987; 2:93-96.
- Schwarcz R, Duverges C, Díaz AG, Fescina R. Obstetricia, 5ª Edición.El Ateneo;1995; Cap.6; Págs 600-607.
- Carrera Macia J; Cesárea; Tratado y Atlas de Operatoria Obstetrica.2da. Edición. Editorial Sudamericana, 1995; Vol. 3; Págs.367-389.
- Bottoms SF; The increase in the cesarean birth rate; N. Engl. J; 1980; Med.302:559-563.
- Danforth DN; Cesarean section: stated of the review. JAMA;1985; 253:811-818.
- Harowitz B; Once a cesarean, always cesarean; Obstet Gynecol; 1981, Survey, Vol.36, Págs.592.597.
- Phelan JP; Vaginal birth after cesarean section; Am J. obstet Gynecol; 1987;157:1; Pág 515.
- Jones O; Cesarean section in present days obstetrics; Am J Obstet Gynecol; 1986; Vol. 126; Págs.512-230.
- García Fernández M; Estudio de la morbimortalidad materna en al operación cesárea; Programa de Obstet. Ginecol.1985; Vol.26;Págs. 11-20.
- Alfonso Medina B. Cesárea ¿un problema de salud pública? Actualidad materno perinatal. Septiembre, 2000; Págs 29-35.
- Shearer E. Cesarean section: medical benefits and cost. Soc Sci Med 1993; Nov 37 (10) :1223-31.
- Roldán A, López Galián JJ, Herrero E, Morales M, Aguarón A, Clavero A. Frecuencia e indicaciones de la cesárea. Nuestra casuística del año 1998. ¿ es ideal un porcentaje que ronda el 15%?. Congreso Español de Ginecología y Obstetricia. 1999.
- Olivares Morales AS, Santiago Ramirez JA, Cortez Ramirez P. Frecuencia e indicaciones de la cesárea en el Hospital Central Militar. Ginecol Obstet Mex 1996 ; 64:79-84.
- Poma PA. Effect of departmental policies on cesarean delivery rates: a community hospital experience. Obstet Gynecol 1998; 91(6):1013-8.
- Millar WJ, Nair C, Wadhwa S. Declining cesarean section rates: a continuing trend ? Health Rep 1996; 8 (1): 17-24.
- Díaz AG, Schwarcz R, Díaz Rosello J, Simini F, Lopez R, Martel M, Fescina R, De Mucio B, Martinez G. Sistema Informático Perinatal. Publicación científica N° 1203. Montevideo: CLAP, 1991.
- Kaser O. Curso y conducción del parto. En: Kaser O. Ginecología y Obstetricia. Barcelona: 1976; Vol II: 594-687.

Tabla 1: Indicaciones de cesárea

Cesárea previa	62 casos	31.1%
Sufrimiento fetal agudo	40 casos	20.1%
Falta de progresión de la presentación	32 casos	16 %
Presentación pelviana	24 casos	12 %
Desproporción feto-pélvica	11 casos	5.5 %
Preeclampsia-eclampsia	11 casos	5.5 %
RCIU	9 casos	2.6%
Patologías maternas	5 casos	2.5%
Hemorragia del 3º trimestre	4 casos	2.0%
Total	198 casos	99.8%
Sin datos	1 caso	0.2 %

Gráfico 1: Momento de la indicación en relación con el parto

