

Frecuencia de cesárea ante un parto pretérmino en adolescentes.

Dr. Miguel Ángel López Esquivel,¹ MDN. Acela Marlen Santamaría Benhumea,¹ Dra. María de los Ángeles Flores Manzur,¹ PLN. Paola Berenice Díaz Solís,¹ Dra. Adriana Garduño Alanís,¹ Dr. Javier Edmundo Herrera Villalobos.¹

Recibido: Nov 05,2012
Aceptado: Mar 22,2013

RESUMEN

Introducción: Tanto el embarazo como la adolescencia generan cambios importantes en la mujer, por lo que tener un embarazo en la adolescencia condiciona una gestación de alto riesgo; esto, a su vez, genera controversia sobre la resolución del mismo ante complicaciones materno fetales como el parto pretérmino. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de cesárea ante un parto pretérmino en adolescentes. **Método:** Estudio transversal. Se revisaron expedientes clínicos. Se incluyeron a adolescentes embarazadas con partopre término, atendidas en el Hospital General "Adolfo López Mateos", en el año 2008. **Resultados:** Se estudiaron 67 adolescentes con parto pretérmino, de las cuales a 37 se les realizó cesárea abdominal como resolución del embarazo (55%). **Conclusión:** La resolución por cesárea fue mayor que el parto vaginal.

Palabras clave: Adolescente, parto pretérmino, cesárea.

SUMMARY

Introduction: Both pregnancy and adolescence generate significant changes in the woman, so having a teenage pregnancy affects a high-risk gestation; this, in turn, generates controversy on the resolution of the high-risk pregnancy with maternal-fetal complications such as premature delivery. **Objective:** To determine the frequency of cesarean sections with preterm childbirth in adolescents. **Method:** A cross-sectional study was carried out. Clinical records were reviewed. In 2008, pregnant teenagers with preterm childbirth were included, they were assisted at the General Hospital "Adolfo Lopez Mateos". **Results:** 67 adolescents with preterm childbirth were included, 37 (55 %) of them underwent cesarean section as pregnancy resolution. **Conclusion:** Cesarean resolution section was greater than vaginal delivery.

Keywords: Adolescent, preterm birth, cesarean section.

1.- Miembro de la Unidad de Investigación Hospital Materno Perinatal "Mónica Pretelini Sáenz"

Correspondencia a:
Dr. Javier Edmundo Herrera Villalobos
Unidad de Investigación Hospital Materno Perinatal "Mónica Pretelini Sáenz". Paseo Tollocan 5/N Col. Universidad, C.P. 50130, Toluca, Estado de México.
je_herrera44@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La incidencia de parto pretérmino es inversamente proporcional a la edad materna, siendo mayor de los 13 a los 15 años de edad. El parto pretérmino es la causa principal de la mortalidad neonatal y posneonatal¹. Las adolescentes embarazadas presentan un mayor número de eclampsia, parto pretérmino, bajo peso al nacer, complicaciones posparto e infecciones de herida quirúrgica, así como un mayor riesgo nutricional por tener necesidades nutricionales que exceden a las de las mujeres adultas². En los últimos 30 años se ha producido una tendencia mundial en el aumento de la cesárea. Antes de 1960, el empleo de la cesárea era menor al 5%; en los últimos 5 años, oscila entre un 20 a 25% en los servicios públicos de salud y supera el 50% en el sistema privado incluyendo a adolescentes^{3,4,5,6}, siendo la desproporción céfalo pélvica la indicación principal para practicarla^{6,7,8}.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del año 2006 reporta que en México hay una tasa de embarazo en mujeres de entre 12 a 19 años de 79 por cada mil, en adolescentes de 12 a 15 años fue de 6 embarazos por cada mil, incrementando el número entre los 16 y 17 años a 21 embarazos por cada mil, y más aún en las adolescentes de 18 y 19 años, donde alcanzó una tasa de 52 embarazos por cada mil mujeres. El porcentaje de nacimientos por cesáreas programadas fue de 9% y las cesáreas por urgencia de 25%⁹. Sin embargo, en instituciones de seguridad social se alcanzó un 36% de cesáreas, a pesar de que la Norma Oficial Mexicana^{10,11} encargada de su regulación, recomienda no superar del 15 al 20% para las mismas, en relación al total de nacimientos atendidos^{10,11}.

Aunque la frecuencia de embarazo en adolescentes ha disminuido en algunos países, a nivel mundial existe una tendencia al incremento, en México oscila en un 19%¹¹. La frecuencia del parto pretérmino en México se encuentra entre 7 y 11% de los embarazos menores de 37 semanas de gestación (SDG) y entre el 3 y 4% en aquellos menores de 34 SDG, siendo éste último responsable de aproximadamente el 75% de las muertes neonatales³. El parto pretérmino en las adolescentes se presenta en un 15 %, donde la mayoría de ellos son mujeres de entre 18 y 19 años⁸.

La pelvis de la adolescente embarazada tiene una desventaja biológica ante la mujer adulta por no haber alcanzado aún el crecimiento y desarrollo, aumentando el riesgo de presentar un parto pretérmino y condicionando a recurrir a una cirugía por cesárea¹². Uno de los objetivos de la cesárea es disminuir la morbi-mortalidad materno-fetal¹³, empleando dos sistemas de selección: la cesárea electiva o programada, que considera las complicaciones fetales o maternas previamente detectadas, y la cesárea expectante, que es empleada cuando el trabajo de parto no evoluciona adecuadamente y surgen complicaciones como sufrimiento fetal, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, prolapso de cordón, entre otros. Ante un parto pretérmino ambas conductas buscan mantener buenas condiciones del binomio, pese a los riesgos quirúrgico-anestésicos^{14,15,16}.

Las principales complicaciones maternas relacionadas con la cesárea son: hipotensión, cefalea post-punción dural, hemorragia, desgarro de la histerotomía, lesiones vasculares, infecciones, lesiones del tracto urinario, lesión intestinal, endometritis, infección de la herida quirúrgica, tromboflebitis séptica pélvica, bacteriemia, sepsis, absceso pélvico, peritonitis y fascitis necrotizante, muchas de ellas con manifestación de dolor o incapacidad para realizar sus actividades cotidianas por más de 6 meses¹⁶. A pesar de las complicaciones, aún existe discrepancia en la toma de decisiones en relación a la resolución del evento obstétrico en la adolescente embarazada, evaluándose por un lado las complicaciones propias de la cesárea ya mencionadas, y por otro las ventajas que ofrece la misma ante una urgencia o enfermedad grave como en casos de placenta previa, acretismo, ruptura uterina, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, sufrimiento fetal, presentación pélvica, etc. Por tanto, el objetivo de este trabajo es determinar si existen diferencias en la resolución del embarazo de adolescentes con parto pre-término.

MATERIAL Y MÉTODOS

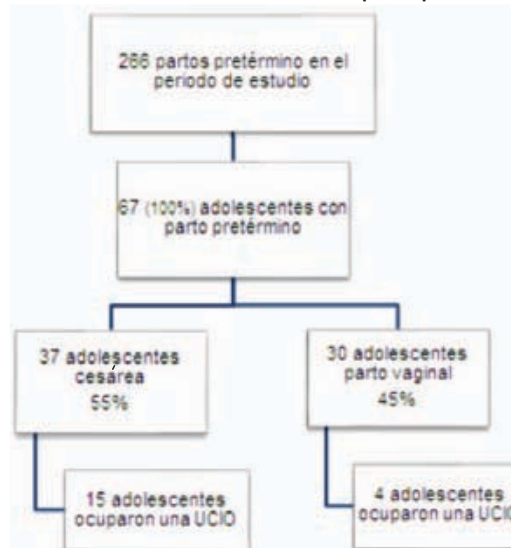
Se realizó un estudio de tipo observacional y transversal, del 01 de enero al 31 de diciembre del año 2008 en el Hospital Materno Perinatal "Mónica Pretelini Sáenz", en la ciudad de Toluca, México. Considerándose 439 casos de parto pretérmino de 28 a 36 semanas de gestación, de los cuales 67 correspondieron a pacientes con edad menor a

19 años, efectuándose revisión del expediente clínico. Las gestantes se dividieron por edad, de acuerdo a la clasificación de la OMS en 3 grupos; de 10 a 13 años en adolescencia temprana, de 14 a 17 años en adolescencia media y de 18 a 19 años en adolescencia tardía. Se estudió su talla, procedencia, estado civil, escolaridad, nivel socioeconómico, paridad, control prenatal, indicación para la cesárea, resolución, días de hospitalización y días en la unidad de cuidados intensivos obstétricos (UCIO). Se excluyeron expedientes incompletos y de pacientes embarazadas que no concluyeron su evento obstétrico en el hospital. Se utilizó estadística descriptiva mediante tablas, utilizando frecuencias y porcentajes. El estudio fue aprobado por el comité de ética del hospital. No se requirió consentimiento informado ya que se acudió a la revisión de expedientes clínicos.

RESULTADOS

De los 266 partos pretérmino, 67 fueron de adolescentes, 55% atendidas por cesárea y 45% por parto vaginal (**ver cuadro 1**). El 67% (45) de las pacientes provino de la zona centro del Estado de México, el 69% (46) correspondieron a un nivel socioeconómico bajo, el nivel de escolaridad predominante fue de secundaria 60% (40), el 72% (48) se catalogó como soltera, el 75% tuvo una talla mayor a 1.50 m, el 76% (59) fueron primigestas y el 82% (55) tuvo un control prenatal por debajo de las 5 consultas (**ver tabla 1**). En cuanto a las variables clínicas del evento obstétrico, 3 pacientes evolucionaron al óbito y los trastornos hipertensivos fueron la causa más frecuente de indicación para cesárea con un 36%. Se obtuvo una media de 3 días de estancia hospitalaria, 19 adolescentes requirieron una UCIO. No se encontraron pacientes de 10 a 13 años, en el grupo de adolescencia media se obtuvieron 26 pacientes, 16 resueltas por parto y 10 por cesárea. Y en relación al grupo de adolescencia tardía, 14 fueron resueltas por parto y 27 por cesárea (**ver tabla 2**). Se observó que el grupo etario más pegado al control obstétrico fue el de 14 a 17 años siempre acompañadas de la madre.

Cuadro 1. Número de adolescentes con parto pretérmino



López-Esquivel MA et al.

Tabla 1. Características sociodemográficas y descriptivas en la población en estudio.

Procedencia del Estado de México	Total	Parto		Cesárea	
		n	(%)	n	(%)
Zona norte	13	7	10	6	9
Zona centro	45	18	27	27	40
Zona sur	7	4	6	3	4
Otra zona	2	1	1	1	1
Nivel socioeconómico					
Bajo	46	20	30	26	39
Medio	21	10	15	11	16
Escolaridad					
Analfabeta	5	2	3	3	4
Primaria	18	7	10	11	16
Secundaria	40	24	36	16	24
Preparatoria	4	1	1	3	4
Estado civil					
Soltera	48	22	33	26	39
Unión libre	16	7	10	9	13
Casada	3	1	1	2	3
Talla					
1.50 m	50	24	36	26	39
1.49 m	17	6	9	11	16
Paridad					
Primigestas	51	19	28	32	48
Multigestas	16	11	16	5	7
Control prenatal					
7-5 consultas	12	5	7	7	10
7-4 consultas	55	25	37	30	45

n: 67
Características sociodemográficas con las que cuentan los pacientes atendidos, su procedencia, estado socioeconómico, escolaridad, estado civil, talla, y control prenatal.

Tabla 2. Variables clínicas del evento obstétrico.

Adolescentes embarazadas	Total	Parto		Cesárea	
		n	(%)	n	(%)
10-13 años	0	0	0	0	0
14-17 años	26	16	24	10	15
18-19 años	41	14	21	27	40
Óbito fetal					
Si	3	2	3	1	1
No	64	28	42	36	54
Indicación para cesárea					
Trastorno hipertensivo	24	10	15	14	21
Infección	14	5	7	9	13
Variaciones en el LA*	11	4	6	7	10
Trastorno hemorrágico	8	3	4	5	7
Presentación pélvica	6	2	3	4	6
Gemelar	3	0	-	3	4
Cesárea previa	1	0	-	1	1
Días de hospitalización					
1 a 2	40	31	46	9	13
3 a 4	18	5	7	13	19
> 5	9	1	1	8	12
Uso de UCIO**					
No	48	33	46	15	21
Si	19	4	6	15	21

n: 67 | *LA: Líquido amniótico | **UCIO: Unidad de cuidados intensivos obstétricos
En esta tabla se plaman variables etarias, indicación para su atención, días de hospitalización y el empleo de la Unidad de cuidados intensivos obstétricos, así como la relación con el tipo de resolución del embarazo.

DISCUSIÓN

En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población. La actividad sexual en esta etapa de la vida va en aumento en todo el mundo, teniendo como consecuencia un número cada vez mayor de embarazos en etapas tempranas de la vida^{17,18}.

Los resultados de éste trabajo indican que la frecuencia de cesárea en adolescentes fue 55%, superior a lo observado en otros estudios que refieren una variación entre 14 y 25%^{18,19}, la zona centro del estado ha sido la región que más expresa el incremento de resolución por cesárea, en comparación con Camerún que tiene una tasa de cesáreas entre el 2% y 0.4%, cifra menor a lo recomendado por las Naciones Unidas (15%) y a lo obtenido en México (36%)^{8,20}. En el Hospital civil de Guadalajara, México, se redujo el porcentaje de cesáreas de 28 a 13% en un lapso de 5 años, medidas que no tuvieron consecuencias negativas en la mortalidad materna y que redujeron los índices de mortalidad neonatal²¹. Dentro de las indicaciones más frecuentes para cesárea en este estudio se distingue un porcentaje elevado en los trastornos hipertensivos, seguido de oligoamnios y procesos infecciosos del aparato genital femenino, en contraste por lo expresado por Salinas et al^{22,23}, donde las causas más frecuentes de cesárea abdominal en adolescentes fueron en orden decreciente: distocia de la presentación, falta de descenso de la presentación, sufrimiento fetal agudo, eclampsia/preeclampsia, corioamnionitis, cesárea anterior, metrorragias del tercer trimestre y desproporción cefalopélvica.

Sin embargo, las indicaciones se modifican de acuerdo a la región, así como en tiempo, por lo que la desproporción

cefalopélvica, ha dejado de ser la indicación principal de cesárea, sobre todo en adolescentes. Actualmente, las causas primarias de indicación cesárea son los trastornos hipertensivos asociados a preeclampsia e infecciones genitales sintomáticas o asintomáticas. Así pues, las indicaciones para realizar una cesárea se ven influenciadas por la percepción que tiene la madre de seguridad hacia su hijo, el miedo al dolor, mayor rapidez de resolución obstétrica y la supuesta comodidad que ofrece un evento rápidamente resolutivo, encontrándose o no patología obstétrica; cabe mencionar que todo embarazo que se presenta en etapas tempranas o tardías de la vida, tiene alto riesgo de padecer complicaciones maternas y/o fetales, incrementándose al tener una vía resolutiva de tipo intervencionista, requiriendo ser tratadas en unidades de cuidados intensivos (UCI), por lo que corresponderá al médico tratante la responsabilidad de guiarse por su conocimiento, ética y habilidad de orientar a la madre para llegar a la culminación de su embarazo de la forma más fisiológica posible. Actualmente se recomienda hacer una jerarquización adecuada para cada paciente en relación a sus necesidades, sobre todo en las adolescentes, ya que constituyen un grupo altamente vulnerable¹⁸.

CONCLUSIÓN

La práctica de la cesárea en adolescentes se ha incrementado en comparación con otros estudios^{17,18,19} de forma desmedida expresando una frecuencia del 55%, cifra mayor que la resolución vaginal, y mayor a lo establecido por la NOM-003-SSA2-1993-5.4.1.6. En el grupo etario de 14 a 17 años, fue más frecuente la resolución por vía vaginal (24%), que por cesárea (15%). Sin embargo en el grupo de 18 a 19 años, la cesárea duplicó la cifra del parto vaginal. Concordando con diversos estudios^{14,15}, los trastornos

hipertensivos son condicionantes para presentar un parto prematuro, sobre todo en adolescentes, incrementando la posibilidad de recurrir a la cesárea abdominal y condicionando el empleo de una UCI debido a complicaciones posparto.

Es recomendable un adecuado apego al control prenatal con el fin de lograr que la adolescente embarazada disminuya las posibles complicaciones, logrando un embarazo a término idealmente resuelto por parto vaginal y utilizando a la cesárea solo en caso necesario^{20,21,22,23}.

Aunque la cesárea fue el principal medio de resolución obstétrica ante un parto complicado, se recomienda analizar a los grupos de riesgo, detectando patologías silentes, especialmente en adolescentes ya que de acuerdo a los resultados obtenidos, es un grupo vulnerable a sufrir complicaciones relacionadas al evento obstétrico.

REFERENCIAS

- 1.- Olausson PO, Cnattingius S, Haglund B. Teenage pregnancies and risk of late fetal death and infant mortality. *Br J Obstet Gynaecol*. 1999;106:116-21.
- 2.- Escartín CM, Vega MG, Torres CO, Manjarrez QC. Estudio comparativo de los hijos de madres adolescentes y adultas de comunidades del estado de Querétaro. *Ginecol Obstet Mex* 2011;79(3):131-36.
- 3.- Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Recomendaciones Generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica [internet] México, Marzo 2003 [consultado el 21 de diciembre del 2011], Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/D OCSAL7590.pdf>
- 4.- Rosales AE, Felguérez FJA. Repercusión demográfica de la operación cesárea. *Ginecol Obstet Mex*. 2009;77(8):362-66.
- 5.- Saucedo DM. La adolescencia ¿es un factor de riesgo para cesárea? Universidad de Colima. Colima México. 2007;31.
- 6.- Abad P. Cesárea en adolescente. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2004;50:202-8.
- 7.- Monterrosa Castro A. Partos vaginales y operación cesárea en adolescentes, comportamiento entre 1993 y 2005. Hospital de Maternidad "Rafael Calvo" *Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2007;58(2): 108-15.
- 8.- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), Estadísticas vitales. Base de datos México DF, Mayo 2007.
- 9.- La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 [internet]. México: 2011[consulta el 13 de Diciembre de 2011]. Disponible en: <http://www.insp.mx/images/stories/ENSANUT/Docs/Ensanut2006.pdf>.
- 10.- Murguía P, Peña A, García D. Caso clínico patológico; Lactante menor con malformaciones múltiples: hija de madre fumadora. Departamentos de Neonatología, Patología y Genética, Hospital Infantil de México Federico Gómez, México, D.F. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2007;64:112-24.
- 11.- NOM-007-SSA2-1993 "Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio". [consulta el 21 en Noviembre 2012]. Disponible en: <http://salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>.
- 12.- Benítez N. Resultados perinatales en madres adolescentes, Hospital "Dr. José R. Vidal". *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*. 2008;6:187.
- 13.- Mena P. Operación Cesárea. *Obstetricia*. 1992;2:290-300.
- 14.- Grant A, Glazener C. Cesárea electiva versus abordaje expectante para el parto de un bebé pequeño. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2008:2.
- 15.- Villanueva E, Contreras G, Pichardo C, Rosales L. Perfil epidemiológico del parto prematuro. *Ginecol Obstet Mex*. 2008;76(9):542-8.
- 16.- Jara-Mori T. Cuidados intensivos maternos en el Perú: manejo de los trastornos hipertensivos del embarazo *Rev Per Ginwcol Obstet*. 2006;52(4),239-43.
- 17.- Urriola C et al. Embarazo en adolescencia en la República de Panamá. *Revista Venezolana de ginecología y obstetricia* 2007;67(2):73.
- 18.- Salinas-Avalos RA, Zunino-Pradier FM, A-Locatelli V, Itatí-Abreo G. Vías de terminación de embarazo adolescente versus embarazo adulto. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*. 2009;191:12-6.
- 19.- Schawarcz L, Duverges C, Diaz A, Fescina R. El parto normal. *Obstetricia* 2003 5ªed pp:368-465.
- 20.- Tebeu PM, Mboudou E, Halle G, Kongnyuy E, Nkwabong E, Fomulu JN. Risk Factors of Delivery by Caesarean Section in Cameroon (2003-2004): A Regional Hospital Report. *ISRN Obstetrics and Gynecology*. 2011:1-5.
- 21.- Guzmán S. La reducción de cesáreas de 28 a 13% incrementa o no la mortalidad materna y perinatal: la gran pregunta. *Ginecol Obstet Mex*. 1993;66:122-25.

López-Esquivel MA et al.

22.- Alcántara GR, Alcántara AR, Ingul W, Costa R, Zavaleta F. Operación cesárea: Frecuencia, indicaciones y morbimortalidad materna y perinatal. Estudio prospectivo, Ginecología y Obstetricia. Perú, 1995:(41):1.

23.- Rivero MI et al. Frecuencia e Indicaciones de cesárea en la población adolescente de un centro hospitalario Servicio de Toco ginecología del Hospital Llano. Revista Médica del Noreste Argentina 2004:(5);12.

