



La epidural se inyecta entre dos vértebras de la región lumbar (previa anestesia local).

## Preparativos

Suelen durar de 15 a 30 minutos. Antes de iniciar la intervención se coloca a la mujer un gotero para equilibrar la tensión arterial, se rasura la zona alta del vello púbico, se limpia la piel del abdomen, se administra la anestesia (si no se ha usado hasta ahora) y, cuando ha hecho efecto, se pone una sonda en la vejiga para mantenerla vacía de orina.

La epidural permite que la madre pueda ver el nacimiento de su hijo, y a veces hasta compartirlo con su pareja (no todos los médicos son partidarios de que el padre entre en el quirófano). El bebé no sufre los efectos de la anestesia porque el fármaco actúa directamente sobre los nervios, y no pasa a la sangre materna, ni por lo tanto al niño. Al inyectar la anestesia, el médico suele pedir a la mujer que se ponga en posición fetal, es decir, con las rodillas a la altura del pecho, para favorecer la extensión de la columna vertebral. Existen dos tipos de anestesia epidural:

- **Raquidea:** es una dosis única, de efecto casi instantáneo y unas 2–3 horas de duración. Se pone en el momento de la cesárea.

- **Peridural:** es la que se usa durante el trabajo de parto. A través de un tubito metido en la espalda, los fármacos entran en poca cantidad y de forma continua. Quita el dolor, pero no produce una anestesia profunda, y puede durar horas y horas. Si se decide realizar una cesárea, se inyecta por el tubito más anestesia y se hace la cesárea.

Raramente resulta necesaria la **anestesia general** en las cesáreas.

Aunque lo ideal es dar a luz por vía vaginal, hoy es una intervención muy segura,

# Cesárea

## (Paso a paso)

En unas décadas la cesárea ha pasado de ser una intervención casi excepcional a la forma en que vienen al mundo uno de cada cuatro niños. Independientemente de lo preocupante que resulte esta tendencia a medicalizar el parto, lo cierto es que cualquier embarazo puede terminar en cesárea, así que no está de más conocer como se realiza la intervención y qué pedir si deseamos que sea respetuosa con la madre y el bebé.

## Corte

Una vez que la anestesia ha hecho efecto, se inicia la cirugía. Habitualmente se realiza un corte de piel trasversal (horizontal) en el borde superior del vello púbico (es lo que se llama 'incisión de Pfannenstiel').

En raras ocasiones es necesario practicar una incisión longitudinal (vertical), es decir, de ombligo a pubis.

Después de cortar la piel, se separa la grasa y se corta en sentido trasversal la aponeurosis, que es una fuerte capa que sujeta los músculos abdominales y la presión de los intestinos. Los músculos abdominales se separan, no se cortan.

El peritoneo, una fina bolsa donde se acumulan los órganos abdominales, se desgarrará suavemente con los dedos. Así se accede al útero. Este se abre con un corte trasversal por una zona llamada *segmento*, que está entre el cuello y el cuerpo del útero, para sacar al bebé. Una vez que el niño está fuera, se corta el cordón umbilical y se extrae la placenta manualmente.

Lo deseable es que los profesionales muestren el niño a la madre cuanto antes (incluso sin haberle cortado el cordón) y que después de los primeros exámenes médicos, lo dejen al cuidado del padre mientras terminan la cesárea.



La madre está consciente, pero una sábana le impide ver lo que ocurre.



Foto: Ruffier.

Una vez que el niño está fuera del útero se le corta el cordón y se extrae la placenta manualmente.

## Sutura

El útero se cose con un hilo que se reabsorbe en 40 días. El peritoneo se vuelve a desarrollar solo, así que es mejor no coserlo. Luego se sutura con un hilo similar la capa que sujeta los músculos abdominales, que vuelven a su sitio.

La herida de la piel se puede cerrar con grapas o con un hilo de nylon por debajo de la piel que deja la cicatriz más fina y homogénea. Ambos se retiran en unos días.

Desde que se empieza a cortar el vientre hasta la sutura final transcurren unos 40–60 minutos si no hay incidencias. En la mayoría de las cesáreas la madre y el recién nacido podrían ir juntos desde quirófano a la habitación e iniciar la lactancia en la primera hora de vida del bebé, al igual que en el parto vaginal.

El efecto de la anestesia se va pasando en una o dos horas. Después se ponen calmantes (analgésicos) en el suero periódicamente. La



Lo deseable es que el bebé y su mamá se conozcan cuanto antes.

mayoría de estos fármacos son perfectamente compatibles con la lactancia.

El gotero de suero se puede quitar a las 8–12 horas, al igual que la sonda de la vejiga, así se evitan infecciones urinarias. La mamá puede beber líquidos a partir de las cuatro horas de la intervención.

### Es mejor esperar a que la mujer se ponga de parto (incluso si se preve que terminará en cesárea).

En el parto, con las primeras contracciones, se va estirando la zona inferior del útero y se forma la zona llamada segmento (el útero al final del embarazo tiene forma de globo, el segmento es la zona que queda más cerca del cierre del globo, lo que se estira durante el parto). Pero el segmento no se forma si el útero no tiene contracciones de parto durante algún tiempo. Como es una zona muy fina, porque el tejido está muy estirado, practicar la cesárea en el segmento asegura un sangrado menor durante la cesárea y facilita un parto vaginal en el futuro.

En las cesáreas electivas o programadas el útero no tiene segmento y la recuperación, aunque se haga el corte en la misma zona, suele ser más lenta.

### Si la mujer ya ha tenido una o más cesáreas anteriormente.....

La técnica es prácticamente idéntica. El corte en la piel se realiza en el mismo lugar y al coser se retira la cicatriz existente. En el útero a veces la cicatriz de la cesárea anterior es prácticamente invisible. En función del número de cesáreas previas puede haber adherencias (cordones fibrosos) entre el útero y los órganos que le rodean, que hacen que la intervención dure un poco más de lo habitual.



La epidural ha hecho posible que la madre vea a su hijo nada más nacer.

## Cuándo está indicada

Las cesáreas son cada vez más seguras gracias a los avances de la medicina, pero como todas las intervenciones quirúrgicas, sólo deberían hacerse las estrictamente necesarias, cuando los beneficios superan a los riesgos. Es decir, cuando continuar el embarazo o dejar que el parto siga sea más arriesgado para el bebé o su madre, que realizar la intervención.

## Es imprescindible en caso de...

**Prolapso de cordón.** El cordón umbilical sale a la vagina antes que el bebé y la cabeza lo presiona, tanto como para que deje de pasar sangre por el cordón y el bebé no reciba oxígeno.

**Desprendimiento de placenta antes o durante el trabajo de parto.** Se produce una hemorragia y el bebé puede dejar de recibir oxígeno si no se actúa con rapidez. La madre suele sentir un dolor abdominal intenso y la vida del bebé corre serio peligro si no se lleva a cabo una cesárea en el menor tiempo posible.

**Placenta previa total** colocada en la salida del útero de

forma que obstruye la salida del bebé. Es frecuente que la madre presente un sangrado que avise del problema. Únicamente se diagnostica al final del embarazo,

**Malposicionamiento fetal.** En ocasiones los bebés están colocados de una manera que es imposible que salgan y ya no pueden cambiar de posición. Por ejemplo, si se inicia el parto y el niño está en posición transversal

**La madre sufre una cardiopatía** descompensada u otras enfermedades graves.

Estas complicaciones son afortunadamente muy raras, y en total se dan en menos del 5% de los partos.

## Es probable en caso de...

**Pelvis estrecha.** Es raro, pero puede darse en madres que tuvieron raquitismo en la infancia u otras malformaciones. Además, la postura para dar a luz influye en el paso del bebé. Numerosos estudios han demostrado que parir acostada o con las piernas en alto además de absurdo es peligroso porque favorece que el niño se atasque y no baje. Sin embargo en cuclillas la apertura de la pelvis aumenta en un 30%. La rotura artificial de la bolsa de aguas o la administración de oxitocina estando la madre acostada también favorecen que los bebés no bajen.

**Presentación de nalgas.** En los últimos años se ha promovido la cesárea en los partos de nalgas, sobre todo en las primíparas. Pero los estudios médicos muestran que ante una presentación de nalgas con cabeza fetal flexionada, peso fetal equilibrado y pelvis materna normal es viable un parto vaginal.

**Tumores que obstaculizan el paso del bebé.** Generalmente son miomas uterinos. Aún y todo, conviene esperar a que se inicie el parto y luego cómo evoluciona.

**No dilatar.** El miedo, la tensión ambiental, sentirse so-

la u observada por el personal sanitario... todo esto hace que el cuerpo se bloquee y la dilatación se estanque. En estas circunstancias, si la mujer se queda sola un rato, sin observadores, casi siempre puede dilatar fácilmente.

**Pérdida de bienestar fetal.** El bebé, en el transcurso del trabajo de parto, muestra alteraciones en su latido cardíaco que se mantienen y acentúan con el tiempo, y en los que se valora una pérdida progresiva de su capacidad de recuperación. Pero en ocasiones este malestar es debido al uso inadecuado de oxitocina o a que la madre permanezca tumbada.

**Cesárea anterior.** Ya no se aconseja hacer cesárea porque exista una cesárea previa. Más del 70% de las mujeres pueden lograr un parto vaginal tras una cesárea.

**Embarazos múltiples.** Depende de la madurez fetal y de la posición de los bebés. En Holanda sólo el 14% de los gemelos nacen por cesárea, en España el 50%.

**Ciertas enfermedades maternas** como la eclampsia, el herpes genital (si la madre presenta un brote activo en el momento del parto) o la infección por VIH.

**E**n cualquiera de estos casos se puede lograr que la cesárea sea respetuosa para la madre y el niño, permitiendo la presencia del padre u otro acompañante, utilizando anestesia epidural, tratando a la mujer con cariño y explicándole todo lo que sucede. Que lo primero que escuche el niño sea la voz de su madre y que la primera piel que le toque sea la de su madre. En la mayoría de las cesáreas la lactancia se puede iniciar en la primera hora, y madre e hijo no deben de ser separados rutinariamente.

