

La cesárea Natural: Una técnica centrada en la mujer

The natural caesarean: a woman-centred technique.

J Smith, ^a F Plaat, ^b NM Fisk ^{a,c}

^a Division of Maternity, Directorate of Women's and Children's Services,

^b Department of Anaesthesia, Queen Charlotte's and Chelsea Hospital, London, UK

^c Division of Surgery, Oncology, Reproductive Biology and Anaesthetics, Institute of Reproductive and Developmental Biology, Imperial College London, Hammersmith Campus, London, UK

Correspondence to Prof. NM Fisk, University of Queensland, Centre for Clinical Research, Brisbane, Queensland 4029, Australia. Email n.fisk@uq.edu.au

BJOG. 2008 Jul;115(8):1037-42

Traducido por Laura G. Carrascosa

PALABRAS CLAVE

Vínculo • cesárea • parto natural • reanimación fisiológica • contacto piel-con-piel

RESUMEN

Aunque se ha invertido mucho esfuerzo en promover el contacto precoz piel con piel y la participación de los padres en el parto vaginal, el parto por cesárea sigue estando sujeto a los protocolos de cirugía y de reanimación que retrasan el contacto del bebé con los padres y contribuye a disminuir la satisfacción materna y el éxito de la lactancia materna. En este trabajo se describe un enfoque "natural" que imita el escenario del parto vaginal permitiendo (i) a los padres a ver el nacimiento de su hijo siendo parte activa y protagonista del mismo, (ii) un nacimiento suave que permite la auto-reanimación fisiológica del bebé y (iii) la posibilidad de que éste pueda ser puesto directamente sobre el pecho de la madre para iniciar el contacto precoz piel con piel. Es preciso realizar estudios que ayuden a cambiar los métodos que rigen los actuales protocolos de cesárea, la operación más común en todo el mundo.

INTRODUCCIÓN

El manejo del parto vaginal ha cambiado enormemente en los últimos 15 años desde el informe emitido por el Departamento de Health's Changing Childbirth que recomendaba a los servicios de maternidad un enfoque más centrado en la mujer.¹ Durante ese período las tasas de parto por cesárea se duplicaron, sin que este modo de nacimiento registrara apenas cambios más allá de música de fondo ocasional o de la seguridad introducida por el uso de anestesia regional en sustitución de la anestesia general.

Mientras que hoy en día el manejo moderno del parto vaginal se sustenta en promover lo natural, son en cambio la necesidad de rapidez y reanimación los principios que regulan las técnicas de parto por cesárea. La rapidez para realizar la intervención quirúrgica, sin embargo, no es necesaria en ausencia de riesgo fetal, y supone una vuelta a los tiempos en los que la anestesia general era la norma, con espacios de tiempo breves entre la inducción y el parto con el objeto de reducir la exposición fetal a los anestésicos y la subsiguiente necesidad de reanimación. Aunque los pediatras ya no son necesarios en cesáreas sin complicaciones realizadas mediante anestesia regional², el bebé

es llevado por norma a una sala de reanimación donde es examinado, limpiado, identificado, pesado y envuelto antes de ser entregado a los padres, a menudo pasados al menos 10 minutos después del nacimiento. El contacto piel-con-piel y el inicio de la lactancia materna en los 30 minutos después de nacer tal y como recomienda la iniciativa de Hospitales Amigos de los Niños de la OMS / UNICEF^{3,4} es casi inexistente.⁵

Cada vez existe más evidencia científica que muestra que las mujeres sometidas a cesárea tienen una experiencia del parto menos satisfactoria que las que pasan por un parto vaginal y son más propensas a la depresión después del parto, a tener dificultades para establecer el vínculo con el bebé y fracaso en el establecimiento de la lactancia.^{6,7} Para mejorar la experiencia de mujeres con cesárea sin complicaciones, hemos modificado las prácticas de obstetras, matronas y anestesiistas en los últimos 6 años para imitar en la medida de lo posible el enfoque centrado en la mujer del parto vaginal "natural".

TÉCNICA

Se describe una técnica para las cesáreas electivas sin complicaciones en mujeres sanas con embarazo sin riesgo a término de un único feto. Se puede adaptar para casos de cesárea de emergencia pero no urgente, pero no es adecuado para prematuros o presentaciones de nalgas.

PREPARACIÓN

Antes del parto, se muestran filmaciones para enseñar lo que sucede en una "cesárea natural". Siempre que sea posible, la mujer (y su pareja) se reúnen con la matrona y el obstetra antes de la operación y se les muestra la sala de operaciones para hacer el ambiente menos intimidante. Se anima a las parejas a traer su propia música y la mujer puede usar su propia ropa si lo desea.

Durante el parto, el pulsímetro se coloca en el pie de la madre para mantener las manos libres y las derivaciones del electrocardiograma (ECG) separados de la parte anterior del pecho donde se colocará el bebé. La anestesia tiene por objeto permitir la cirugía sin dolor, sin necesidad de suplementos (que puede entorpecer las facultades de la mujer). Esto no debería afectar las extremidades superiores necesarios para sostener a su bebé ni causar inestabilidad hemodinámica con su potencial para producir mareo, náuseas o vómitos. La línea intravenosa se coloca en el brazo no dominante, como práctica habitual. Usamos una técnica combinada espinal-epidural con una técnica de aguja-a-través-de-aguja con 7.5-10 mg de bupivacaína intratecal⁸ y una infusión profiláctica del vasopresor fenilefrina. Una vez que el bloqueo está establecido, uno de los brazos de la mujer se libera de su ropa para facilitar el posterior contacto piel-con-piel. El control cardiotocográfico se continúa hasta la preparación de la piel para confirmar el bienestar fetal.

NACIMIENTO: ACOMPAÑANDO AL BEBÉ EN SU SALIDA.

La cirugía se inicia con la cortina que separa el campo estéril levantada, y las rutinas estériles realizadas como de costumbre. Después de la incisión uterina, la cortina se baja y la parte superior de la camilla se eleva para que la madre pueda ver el nacimiento. Cuando la cabeza del feto atraviesa la incisión abdominal, el campo quirúrgico se limpia de sangre y se invita a la pareja a aproximarse para observar el nacimiento. A partir de ahí el fundamento de la cirugía es "manos fuera" de modo que es el

bebé el que se auto-reanima: respirando el aire a través de la boca y la nariz que ahora está expuestos al exterior, mientras que su cuerpo, todavía en el útero se mantiene unido a la circulación placentaria. Este retraso, de unos pocos minutos, permite ejercer una presión desde el útero y tejidos maternos que permite la expulsión de líquido de los pulmones (Figura 1), imitando lo que sucede en el parto vaginal. Una vez que empieza a llorar, los hombros del bebé se liberan, y el bebé con frecuencia saca sus propios brazos en un gesto expansivo. Mientras tanto, el torso del bebé tapona la incisión uterina minimizando la pérdida de sangre (Figura 1).

El bebé es sostenido a continuación durante un minuto para permitir a la madre observar a su hijo. La mitad de los fetos con frecuencia lloran, pero si no, el obstetra observa su respiración, color, tono y movimiento para confirmar el bienestar del mismo. El resto del parto se realiza a través de una combinación de la expulsión pasiva generada por el útero en contracción y asistencia activa: el niño se retuerce mientras la cabeza y el torso son sostenidos por el obstetra. Así, se permite a la madre observar el nacimiento y determinar el sexo de su bebé al mismo tiempo que el equipo médico, reproduciendo el escenario del parto vaginal (Figura 2).

CONTACTO PRECOZ PIEL-CON-PIEL

Una vez que el bebé por fin "ha nacido" y se ha confirmado una vez más el bienestar del mismo, el cordón se pinza y se corta a la vista de los padres. El anestesista / auxiliar de anestesista quita la ropa de la madre de su pecho, y la matrona se coloca en la parte superior de la cama junto a la cabeza de la madre. Todavía con el campo estéril, la comadrona recibe al bebé directamente del cirujano para evitar la contaminación del mismo (Figura 3). La madre debe ser advertida de no intentar tocar en ese instante al bebé para evitar el riesgo de contacto con el obstetra. El bebé se coloca boca-abajo sobre el pecho de la madre, se seca con una toalla caliente y se le mantiene caliente con toallas limpias y plástico de burbujas.

Después del pinzamiento del cordón, el padre puede cortarlo si así lo desea. La colocación de la pulsera identificativa y la administración de vitamina K se llevan a cabo con el bebé en el pecho de la madre. El bebé se coloca de modo que pueda empezar a mamar. La matrona permanece cerca de la cabecera para observar al bebé y ayudar a los padres. El bebé se pesa sólo cuando se termina la cirugía, y se le da al padre para que lo coja mientras la madre es trasladada a su cama. El contacto piel con piel se reanuda con el bebé en la misma posición.

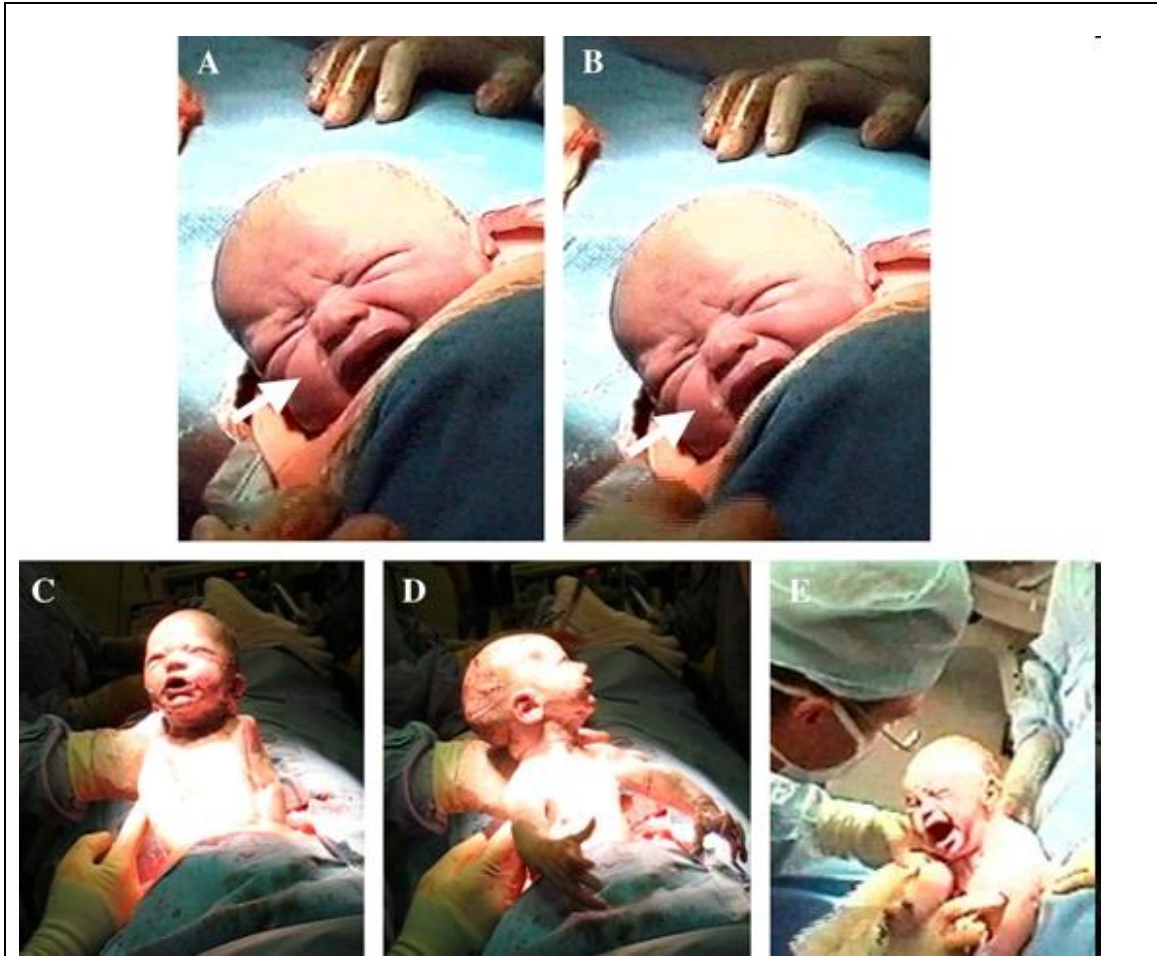


Figura 1. Auto-reanimación. Después de la salida de la cabeza, el bebé inicia la respiración mientras todavía permanece unido a la circulación placentaria. La espera mientras la cabeza se encuentra en esta posición permite la presión desde el útero y tejidos maternos para permitir la expulsión de líquido de los pulmones (flechas A y B-lapso de tiempo) como ocurre en el parto vaginal. Debe tenerse en cuenta que en este proceso ni el cirujano ni el asistente tocan en ningún momento el bebé. El tronco del bebé sale a continuación por una combinación de las contracciones uterinas y la asistencia suave del tocólogo quien tratará de que la cara del bebé mire hacia sus padres (C). El bebé a menudo saca sus propios brazos del útero con un vigoroso reflejo de extensión (D), y su bienestar es supervisado por la observación del llanto y las reacciones faciales (E). Fotografías representativas de diferentes nacimientos (con permiso).



Figura 2. Participación de los padres. Bajando la cortina e inclinando la cabecera de la cama hacia arriba se permite a los padres visualizar al bebé y conocer el sexo del mismo según sale. El padre puede estar presente si lo desea. (A) y (B) muestran fotografías representativas de diferentes nacimientos (con permiso).



Figura 3. Contacto precoz piel con piel. El bebé es entregado por el cirujano (a la izquierda) en primer lugar a la comadrona (a la derecha) que espera junto a la cabeza de la madre (A), y luego directamente a la madre. El contacto piel con piel se establece al minuto de nacer. La cortina es entonces levantada mientras se completa el cierre de la cirugía, y el bebé se mantiene caliente con toallas y plástico de burbujas (B). Fotografías representativas de diferentes nacimientos (con permiso).

DISCUSIÓN

La cesárea es una operación que permanece anclada las rutinas del hospital, aparentemente inmune a la corriente de cambios extendidos en los servicios de maternidad y en la sala de partos que contribuyen en un mayor bienestar para el paciente. La técnica de la "cesárea natural" que describimos se ha desarrollado como una serie de prácticas que imitan el escenario del parto vaginal, donde el personal sanitario fomenta el contacto precoz piel con piel, facilita la reanimación fisiológica, pero sobre todo, permite a los padres ejercer un papel protagonista como participantes activos en el nacimiento de su hijo.

Los ensayos aleatorios demuestran que el contacto precoz piel-con-piel aumenta la tasa y la duración de la lactancia materna, reduce el llanto del bebé y mejora el afecto maternal.

Aunque está recomendado tanto por el Real Colegio de Enfermería como por el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica,^{2,9} esta práctica ha encontrado una resistencia para aplicarse en la cesárea ya que choca con los institucionalizados protocolos de obstetricia.⁵ Este trabajo describe cómo el contacto inmediato piel-con-piel se puede establecer en la cesárea sin complicaciones, sin comprometer las necesidades de esterilidad de la operación.

Las complicaciones respiratorias como la taquipnea transitoria del recién nacido son más frecuentes después de la cesárea electiva que en el parto vaginal,¹⁰⁻¹² originado por la retención de líquido en los pulmones, así como por la falta de aumento de los niveles de catecolaminas y cortisol asociados al parto vaginal.¹³ El retraso en la salida del bebé, como se muestra en la Figura 3, para permitir la expulsión fisiológica del líquido pulmonar al igual que en el parto vaginal puede facilitar la adaptación de las vías respiratorias.

Presentamos la técnica en esta etapa a falta de resultados cuantitativos, en respuesta a las frecuentes peticiones de los obstetras y las mujeres, y del considerable interés de los medios. En términos cualitativos, la cesárea natural ha sido recibida positivamente por las parejas implicadas (material complementario S1), sin recibir comentarios adversos en el curso de más de 100 operaciones.

Uno de los temores que las mujeres expresaron antes de la intervención fue la posibilidad de ver el interior de su propio abdomen. Les explicamos que la cabeza del bebé bloquea 'el agujero' y que una vez nace, la cortina se levanta de nuevo. Realmente, la postura de la madre impide esto de todos modos. La evaluación de los resultados materno-fetales está en curso, con vistas a la eventual asignación

al azar. Ofrecemos las siguientes observaciones para la presentación de este paquete de medidas. La seguridad del feto es de suma importancia, y de inmediato se vuelve a la práctica de rutina si de forma inesperada el bebé nace con algún problema. El tiempo desde que se practica la incisión uterina hasta el nacimiento es superior en comparación con la práctica habitual, pero en general no supera los 3 minutos recomendados para garantizar el nacimiento en condiciones óptimas.¹⁴

Sin embargo, durante este periodo en el que la cabeza está fuera, pero el tronco dentro, no sólo se establece el llanto del bebé que permite la iniciación de la respiración pulmonar, sino que también la circulación placentaria permanece intacta. La experiencia con el feto parcialmente fuera durante el proceso de EXIT (acrónimo de Ex utero Intrapartum Treatment surgery to establish the neonatal airway: técnica quirúrgica para establecer la respiración intra-parto fuera del útero) sugiere que la oxigenación del feto se puede mantener durante periodos mucho más largos, mostrando en el mayor de ellos un pH de cordón de 7,20 después de una media de 17 minutos de 'bypass placentario'.¹⁵ Dado que se registra la hora del nacimiento cuando el bebé está completamente fuera del vientre de su madre, los bebés por cesáreas naturales suelen alcanzar una buena puntuación de Apgar antes de que realmente hayan nacido.

Debe cuidarse el control de la temperatura. Aunque los recién nacidos sometidos a piel-con-piel después del parto vaginal no tienen menor temperatura que los que no,¹⁶ la temperatura del quirófano es diferente a la de una sala de parto. El aire acondicionado puede aumentar la pérdida de calor a través de las corrientes de convección, aun cuando se mantenga la temperatura ambiente.

Tras el parto convencional, el bebé se somete por rutina bajo una lámpara caliente en la sala de reanimación antes de ser tapado. Nosotros mantenemos caliente al bebé y lo cubrimos mientras está en el pecho de la madre al tiempo que mantenemos la temperatura ambiental $\geq 25^{\circ}\text{C}$. Para conseguir que el pecho de la madre sea un lugar seguro para el bebé mientras la madre es sometida a cirugía, nos aseguramos de que la madre desea tener el bebé allí y está en un estado apropiado para hacerlo. Pedimos a la pareja su colaboración para que ayude a sostener al bebé, y es importante que la comadrona se mantenga en la cabecera de la cama después del nacimiento, ya que el anestesista está ocupado en este momento. La mesa de operaciones debe ser nivelada por la inclinación lateral preoperatoria. Un problema imprevisto que encontramos fue que el ECG materno a veces recogía el latido del bebé

mientras éste estaba sobre el pecho de la madre, imitando a una taquicardia materna potencialmente alarmante.

Tal vez, el mayor obstáculo para la aplicación de esta metodología es la reticencia por parte del personal médico para cambiar los roles y renunciar a los protocolos de rutina. Un enfoque con un equipo multidisciplinario es fundamental. El cirujano no puede permanecer al margen detrás de la cortina. El equipo de anestesia debe abarcar la presencia del bebé en la "cabecera", y las matronas tienen que aceptar que lo que es una buena práctica en un parto vaginal es realizable en este escenario. Una preocupación inicial de obstetricia era que la técnica pudiera retrasar la mecánica de funcionamiento manteniendo al personal ocupado, sin oportunidad de realizar las tareas de pesar, controlar el bienestar y vestir al bebé o completar la documentación hasta que la operación concluye, sin embargo estas preocupaciones se vieron contrarrestadas una vez que el personal fue testigo de los beneficios de una técnica menos agresiva como es la cesárea "natural".

Las tasas de cesárea están aumentando en todo el mundo, y, de hecho, ahora es superior a un tercio del total de partos en muchos centros de países desarrollados como el nuestro. Teniendo en cuenta el efecto negativo que la cesárea, ya sea indicada o electiva, tiene en la satisfacción materna, la formación del vínculo y la lactancia, la mejora de esta experiencia, garantizando la seguridad del proceso, debe ser una prioridad. En este trabajo se describe un enfoque novedoso, susceptible de ser exportado a todo el mundo. Ahora deben realizarse estudios para evaluar los efectos de naturalizar esta forma tan anti-natural de nacer.

REFERENCIAS

- 1
Department of Health. Changing Childbirth: Report of the Expert Maternity Group. London: HMSO, 1993.
- 2
NICE. Caesarean Section. London: National Institute for Clinical Excellence, 2004.
- 3
WHO/UNICEF. Protecting, Promoting and Supporting Breast-feeding: The Special Role of Maternity Service. Geneva, Switzerland: World Health Organisation, 1989.
- 4
Anderson G, Moore E, Hepworth J, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(2):CD003519.
- 5
Rowe-Murray HJ, Fisher JR. Baby friendly hospital practices: cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. *Birth* 2002;29:124-31.
- 6
DiMatteo MR, Morton SC, Lepper HS, Damush TM, Carney MF, Pearson M, et al. Cesarean childbirth and psychosocial outcomes: a meta-analysis. *Health Psychol* 1996;15:303-14.
- 7
Dewey KG, Nommsen-Rivers LA, Heinig MJ, Cohen RJ. Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. *Pediatrics* 2003;112:607-19.
- 8
McNaught AF, Stocks GM. Epidural volume extension and low-dose sequential combined spinal-epidural blockade: two ways to reduce spinal dose requirement for caesarean section. *Int J Obstet Anesth* 2007;16:346-53.
- 9
Bick D. The post-natal health needs of women following caesarean section. London: Royal College of Nursing, 2004.
- 10
Hansen AK, Wisborg K, Uldbjerg N, Henriksen TB. Elective caesarean section and respiratory morbidity in the term and near-term neonate. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;86:389-94.
- 11
Hansen AK, Wisborg K, Uldbjerg N, Henriksen TB. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. *BMJ* 2008;336:85-7.
- 12
Taylor A, Fisk N, Glover V. Mode of delivery and subsequent stress response. *Lancet* 2000;355:120.
- 13
Faxelius G, Hagnevik K, Lagercrantz H, Lundell B, Irestedt L. Catecholamine surge and lung function after delivery. *Arch Dis Child* 1983;58:262-6.
- 14
Bader AM, Datta S, Arthur GR, Benvenuti E, Courtney M, Hauch M. Maternal and fetal catecholamines and uterine incision-to-delivery interval during elective cesarean. *Obstet Gynecol* 1990;75:600-3.
- 15
Bouchard S, Johnson MP, Flake AW, Howell LJ, Myers LB, Adzick NS, et al. The EXIT procedure: experience and outcome in 31 cases. *J Pediatr Surg* 2002;37:418-26.
- 16
Carfoot S, Williamson P, Dickson R. A randomised controlled trial in the north of England examining the effects of skin-to-skin care on breast feeding. *Midwifery* 2005;21:71-9.

MATERIAL SUPLEMENTARIO (S1)

Experiencias de los pacientes de “cesárea natural”

- “Me sentí más como partícipe de una increíble experiencia familiar que como una paciente sufriendo una operación de seriedad”
- “Ha sido increíble ver y oírle saliendo lentamente de mi vientre; primero su cabeza gorgoteando para eliminar el líquido de los pulmones, luego su primera bocanada de aire seguido de un grito saludable, un hombro y luego el otro, a continuación, dando la bienvenida al mundo con los brazos abiertos - todo mientras sus piernas aún estaban en mi vientre”
- “Inmediatamente después del momento de nacimiento del bebé, me lo dieron para ponerlo sobre mí piel-con-piel. Este vínculo inmediato fue tan emocionante que yo me mantenía ajena a la operación que continuaba”
- “Magia pura ... se sentía muy tranquilo@ pero terriblemente emocionado@ al mismo tiempo”
- “Fue la más fascinante sensación de conexión el verlo (el bebé) por primera vez ahí, saliendo de mi vientre... saliendo lento y suavemente hasta llegar a mis brazos y permanecer piel con piel en mi pecho, acogedor y sereno”

COMENTARIOS DEL EDITOR

La atención de las mujeres y sus bebés durante el parto ha cambiado drásticamente durante los últimos cincuenta años. Mientras que la evolución del diagnóstico prenatal y la monitorización fetal, la aparición de anestesia más segura y mejores técnicas quirúrgicas han mejorado y optimizado los resultados perinatales, esta progresiva “técnica” de la experiencia de parto ha dado lugar a muchas intervenciones innecesarias así como a una frecuente insatisfacción entre las mujeres y sus familias con el proceso de parto institucionalizado.

Muchos centros médicos de países desarrollados han respondido con varias iniciativas “amigos de la madre”, “amigos de la familia” y “amigos de los niños” menos agresivas para la mujer, la familia y los niños, todas con la intención de mejorar los resultados y la satisfacción de las madres y los bebés, promocionando la formación del vínculo y la lactancia materna, y minimizando los riesgos para todos los involucrados. Estas iniciativas “amigo de” se dirigen a madres y bebés saludables, en general, asumiéndole establecimiento espontáneo y la progresión normal de trabajo de parto a término y han sido cuidadosamente vigilados para

asegurar que los resultados son realmente optimizados (Waldenström y Nilsson, de nacimiento 1997; 24:17 -- 26, Jackson et al., Am J Public Health 2003; 93:999-1006).

Si bien estas iniciativas a menudo han sido instituidas por los centros médicos de forma reactiva más que proactiva, han hecho mucho por promover lo que es verdaderamente natural en el trabajo de parto y el nacimiento. Ahora, sin embargo, la epidemia de cesáreas en todo el mundo es visto por muchas mujeres como una amenaza mayor a su capacidad para parir de manera segura y humana a sus bebés.

El grupo del hospital de Charlotte y Chelsea describe en esta revista una técnica quirúrgica que, por su artículo, desarrollado en su institución durante los últimos años en un intento de mejorar la experiencia de las mujeres que tienen cesáreas “sin complicaciones”. Los autores deben ser felicitados por sus actividades en la realización del parto por cesárea. Si bien esto puede hacer mucho para mejorar la aceptación por parte de las mujeres y sus parejas de parto por cesárea, no debe conllevar que el parto por cesárea pueda ser considerado como “natural”.

Hay una rotunda evidencia que demuestra que el riesgo de serias complicaciones intraoperatorias aumenta con el número de cesáreas anteriores (Silver et al., Obstet Gynecol 2006; 107:1226-32) y espero que la opción de un intento de trabajo de parto también se considere en este contexto.

Debe tenerse en cuenta, sin embargo, que no se presentan datos sobre el resultado o la seguridad de la técnica que justifiquen su utilización generalizada. Si bien esto es reconocido por los propios autores, es muy importante que los lectores entiendan esto. Debemos exigir que estas técnicas sean estudiadas de forma adecuada con ensayos clínicos adecuadamente diseñados y resultados significativos. La historia de la medicina clínica está llena de ejemplos en donde se adoptaron nuevos enfoques de forma extendida sin una evaluación adecuada, en los que sólo más tarde se descubrió que no aportaron ningún beneficio o supusieron un mayor riesgo. La realidad es que protocolos como el que se describe aquí se están desarrollando en muchos centros de todo el mundo, y es urgente que sean adecuadamente evaluados.

BJOG tiene una tradición de publicación de técnicas controvertidas (Chien, BJOG 2006; 113:988). La controversia constructiva y el diálogo resultante son buenos para todos y en general aceleran la mejora de las técnicas y los resultados. Esperamos que surjan los ensayos clínicos que evalúen las emergentes técnicas de parto por cesárea.