

Cesárea paso a paso

Cualquier embarazo puede terminar en cesárea, así que no está de más conocer cómo se realiza la intervención y qué podemos pedir para que sea respetuosa con la madre y el bebé.

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 no está de más saber todos los detalles:

Preparativos de la cesárea

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](#):

- **Raquídea:** 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.

Corte

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

Después de cortar la piel, se separa la grasa y se corta en sentido transversal la aponeurosis, que es una fuerte capa que sujeta los músculos abdominales y los intestinos. Los músculos abdominales se separan, no se cortan. El peritoneo, una fina bolsa donde se acumulan los órganos abdominales, se desgarran suavemente con los dedos. Así se accede al útero. Este se abre con un corte transversal por una zona llamada segmento, que se encuentra 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.

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 mayoría de estos fármacos son perfectamente compatibles con la lactancia.

El gotero de suero se puede quitar entre 8 y 12 horas después, 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.

La mamá puede beber líquidos a partir de las cuatro horas de la intervención.

Cuándo está indicada



Las cesáreas son cada vez más seguras gracias a los avances de la medicina, pero como todas las intervenciones quirúrgicas, solo 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 el paso del bebé. Es frecuente que la madre presente un sangrado que avise del problema. Únicamente se diagnostica al final del [embarazo](#).
- **Mal posicionamiento fetal.** En ocasiones los bebés están colocados de una manera que hace 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 por ciento 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 dificulta que los bebés 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 demuestran que es viable un parto vaginal ante una presentación de nalgas con cabeza fetal flexionada, peso fetal equilibrado y pelvis materna normal.
- **Tumores que obstaculizan el paso del bebé.** Suelen ser miomas uterinos. Conviene esperar a que se inicie el parto y ver cómo evoluciona.
- **No dilatar.** El miedo, la tensión ambiental, sentirse sola 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 por ciento 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 solo el 14 por ciento de los gemelos nacen por cesárea, en España el 50 por ciento.
- **Ciertas enfermedades maternas** como la [preeclampsia](#), el herpes genital (si la madre presenta un brote activo) o la infección por VIH.

A tener en cuenta

Es mejor esperar a que la mujer se ponga de parto

Incluso si se prevee 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 uterino asegura un sangrado menor durante la cesárea y facilita un parto vaginal en el futuro.

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 lo rodean, que hacen que la intervención dure un poco más de lo habitual.

Parto humanizado

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 ser separados por sistema.

Bibliografía

<http://www.serpadres.es/embarazo/parto-posparto/articulo/cesarea-paso-a-paso>