

LA CESÁREA NATURAL: UNA TÉCNICA CENTRADA EN LA MUJER.

A pesar del esfuerzo realizado para promover el contacto temprano piel a piel y la participación de los padres en el parto vaginal, el parto por cesárea sigue atrincherado en los rituales de cirugía, lo cual retrasa el contacto con los padres, pone en peligro la satisfacción materna y puede reducir la lactancia materna. Se describe como “natural” porque imita el enfoque de la situación en el parto vaginal, al permitir (i) que los padres vean el nacimiento de sus hijos, como participantes activos, (ii) la entrega lenta y reanimación fisiológica y (iii) que el bebé pueda ser entregado directamente al pecho de la madre para tener un pronto contacto piel a piel. Se requieren estudios sobre los métodos de la reforma de la cesárea, la operación más común en todo el mundo.

Palabras claves: vinculación, cesárea, parto natural, la reanimación fisiológicas, el contacto piel a piel.

INTRODUCCIÓN

La gestión del parto vaginal ha cambiado enormemente en los últimos 15 años desde que el Departamento de Cambios Saludables en el Parto recomendara los servicios de maternidad centrados en la mujer. La tasa de cesáreas se duplicó durante el mismo periodo, sin embargo, la entrega del bebé ha cambiado un poco. Aunque los pediatras no son necesarios en las cesáreas directas bajo anestesia local, el bebé usualmente se lleva a un resucitador, se examina, se limpia, se etiqueta, se pesa y se envuelve antes de ser llevado de nuevo con los padres. Un contacto temprano piel a piel y la iniciación de la lactancia materna durante los 30 primeros minutos de vida, recomendado por la OMS/ UNICEF y la Iniciativa de Amigos del Niño es casi inexistente.

El aumento de las evidencias muestra que las mujeres sometidas a cesarias tienen una experiencia de parto menos satisfactoria que las que tienen un parto vaginal, y son más propensas a la depresión postnatal, dificultades en la unión y una lactancia materna sin éxito. Para mejorar la experiencia de mujeres con cesáreas sin complicaciones, hemos modificado la obstetricia, atención de partos y la práctica anestésica en los últimos 6 años, para emular de la mejor forma posible los aspectos centrados en la mujer en un parto vaginal “natural”.

TÉCNICA

Describimos una técnica sencilla para las cesáreas electivas en mujeres sanas con fetos únicos no comprometidos a término. Se pueden adaptar los procedimientos de emergencia no urgentes, pero no es adecuado para bebés presentados de nalgas o preparturos.

PREPARACIÓN

Antes del parto, se utilizan clips de vídeo para demostrar lo que sucede en una cesárea “natural”. Cuando sea posible, la mujer (y su pareja) se reúnen con la matrona y el obstetra antes de la operación y se muestra la sala de operaciones para hacer el ambiente menos intimidante. Las parejas están invitadas a traer su propia música, y la mujer puede usar su propia ropa si lo desea. En el teatro, el oxímetro de pulso se coloca en el pie de la madre para mantener sus manos libres, y el electrocardiograma (ECG) a distancia de la pared anterior del tórax dónde se colocará el bebé. El bloqueo anestésico tiene como objetivo permitir una cirugía sin dolor, sin necesidad de suplementación (la cual puede impedir las respuesta de la mujer). No debe afectar a las extremidades superiores, necesarias para sostener a su bebé, ni crear inestabilidad hemodinámica lo cual potencia mareos, náuseas o vómitos. La línea intravenosa se coloca en el brazo no dominante según la práctica usual. Usamos una técnica - combinada de epidural con una aguja a través de la médula espinal con aguja con 7.5-10 mg de bupivacaína por vía intratecal y una infusión profiláctica de fenilefrina vasopresora. Una vez anestesiada, uno de los brazos de la mujer se libera de sus ropas para facilitar el contacto piel a piel. Se continúa la cardiotocografía hasta que la preparación de la piel confirma el bienestar fetal.

ENTREGA DEL BEBÉ

La cirugía empieza con la pantalla hacia arriba, y las rutinas de esterilización se observaron de forma usual. Tras la incisión uterina, la cortina se baja y la tabla de la cabeza se levanta para permitir a la madre ver el nacimiento. A medida que la cabeza del feto entra en la incisión abdominal, el campo operatorio se limpia de sangre y la pareja es invitada a permanecer allí para observar el nacimiento. El principio para el cirujano es la no intervención, a medida que el bebé auto resucita: respirar el aire por la nariz y a boca, mientras que su tronco aún en el útero permanece unido a la circulación placentaria. Este retraso de unos pocos minutos permite que la presión del útero materno y los tejidos blandos expulsen líquido pulmonar (Figura 1), imitando lo que ocurre en el parto vaginal. Una vez que empieza a llorar, los hombros del bebé están fuera, y el bebé frecuentemente ofrece sus propios brazos en un gesto expansivo. Al mismo tiempo, el torso del bebé taponan la incisión uterina, minimizando el sangrado (Figura 1). El bebé se encuentra apoyado al lado izquierdo hasta durante un minuto, lo que permite a la madre observar a su hijo. El feto medio entregado con frecuencia frita, pero sino, el obstetra observa su respiración, color, tono y movimiento para indicar su bienestar. El resto de la entrega se realiza a través de una combinación de expulsión pasiva por el útero de contracción y asistencia activa: el bebé se retuerce hacia fuera mientras que la cabeza y el torso son apoyados por el obstetra. Esto permite a la madre a ver el nacimiento y determinar el sexo de su bebé al mismo tiempo que el equipo de entrega, reproduciendo la situación del parto vaginal (Figura 2).

CONTACTO TEMPRANO PIEL A PIEL

Una vez que el bebé por fin ha nacido y se confirma de nuevo el bienestar, el cordón se pinza y se corta a la vista de los padres. El anestesista asistente quita la ropa de la madre de su pecho, y la matrona posiciona al bebé en la parte superior de la cama junto a la cabeza de la madre. Sin embargo, la matrona recibe al bebé directamente del cirujano para evitar la contaminación

(Figura 3). La mujer debe ser advertida de no acercarse a su bebé, por el riesgo de contacto con el obstetra. El bebé se coloca entre los pechos de la madre, secado y arropado con una toalla caliente, toallas limpias y plástico de burbujas. Después de que se aplique la pinza de plástico, la pareja puede cortar el resto del cordón si lo desea. El etiquetado y la administración de vitamina K se llevan a cabo con el bebé en el pecho de la madre. El bebé está colocado de manera que pueda empezar a amamantar. La matrona se mantiene cerca del extremo de la cabeza para vigilar al bebé y tranquilizar a los padres. El bebé sólo se pesa cuando la cirugía ha terminado, y es dado a la pareja mientras que la madre es trasladada a su cama. El contacto piel a piel se vuelve a establecer con el bebé en la misma posición.

DISCUSIÓN

La cesárea se mantiene atrincherada en las rutinas del hospital, aparentemente inmune a la ola de cambios centrados en el cliente que se ha extendido a los servicios de maternidad y cuidado de las salas de parto. La técnica de la cesárea “natural” que hemos descrito, se ha desarrollado como una serie de medidas para simular la situación del parto vaginal, donde las matronas promueven el contacto temprano piel a piel, facilitan la reanimación fisiológica, pero sobre todo, comprometen a los padres como participantes activos en el nacimiento de su hijo.

Ensayos aleatorios demuestran que el contacto piel a piel aumenta la velocidad y la duración de la lactancia materna, reduce el llanto del lactante y mejora el afecto maternal. Aunque se recomienda tanto por el Colegio Real de Enfermería y el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica, se ha demostrado refractaria a la aplicación de la cesárea en un contexto de rutinas obstetricas y matronas. Describimos cómo el contacto piel a piel puede establecer una entrega directa sin comprometer la esterilidad del operativo.

Las complicaciones respiratorias como la taquipnea transitoria del recién nacido son más comunes después de cesárea electiva que el parto vaginal, en el que hay retención de líquido en los pulmones, y falta de catecolaminas y aumento de cortisol asociado con el parto vaginal. Retrasar la entrega del bebé, como se muestra en la figura 3, para permite la expulsión del líquido vaginal como en el parto vaginal puede facilitar la adaptación respiratoria. Se presenta la técnica en esta etapa de la ausencia de datos de los resultados cuantitativos en respuesta a las peticiones frecuentes de los obstetras y las mujeres, y el interés de medios de comunicación. En términos cualitativos, la cesárea natural ha sido bien acogida por las parejas que se trataron (material complementario S1), sin comentarios adversos en más de 100 procedimientos. Uno de los temores de que las mujeres expresaron antes de la operación era la posibilidad de ver dentro de su propio abdomen. Le explicamos que el bebé bloquea con la cabeza “el agujero” y una vez que nace, la pantalla queda otra vez atrás. En realidad, la posición materna se opone a esto de todos modos. La seguridad del feto es de suma importancia, y nosotros inmediatamente volvemos a la gestión de la rutina si el bebé nace en malas condiciones de forma inesperada. Sin embargo, durante este periodo con la cabeza fuera pero el tronco todavía dentro, no solo si el bebé llora se establece un volumen pulmonar en reposo, sino también la circulación placentaria se mantiene intacta.

La experiencia con el feto parcialmente fuera durante "EXIT" (cirugía intraparto extraútero tratamiento para establecer la vía respiratoria neonatal) sugiere que los procedimientos de la oxigenación fetal se puede mantener durante muchos más intervalos, la serie más grande que muestra un cordón de pH promedio de 7,20 después de una media de 17 minutos en 'bypass placentaria. Debido a que el nacimiento se mide desde que el bebé está totalmente fuera del vientre de su madre, los bebés por cesárea natural a menudo consiguen una puntuación de Apgar sanos antes de que hayan nacido realmente. El cuidado térmico garantiza la atención. Aunque los recién nacidos que reciben contacto piel a piel después del parto vaginal no son más fríos que los que no, el ambiente durante el parto es diferente a la de una sala de partos. Después del parto convencional, el bebé está colocado bajo el calor radiante de la incubadora antes de ser envuelto. Tapamos y envolvemos al bebé en el pecho de la madre y mantenemos la temperatura del lugar a >25°C. Para establecer el pecho de la madre como un sitio seguro para el bebé mientras que la mujer se somete a cirugía, nos aseguramos de que la madre desea tener al bebé allí y está en un estado apropiado para hacerlo. Solicitamos que la pareja ayude a mantener al bebé, y un punto importante es que la práctica de la comadrona se mantiene en el extremo de la cabeza después del parto, ya que el anestesiista está ocupado en este momento. La mesa de operaciones debe ser nivelada después de la inclinación lateral preoperatoria. Un problema imprevisto fue que la ECG materna a veces recoge el latido del bebé mientras se encuentra acostado sobre el pecho de la madre, imitando una taquicardia materna potencialmente alarmante.

Quizás, el mayor obstáculo para la aplicación es la renuencia del personal para cambiar los roles y renunciar a los rituales. Un enfoque de equipo multidisciplinario es la clave. 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 también es alcanzable en el este tipo de cesárea. Una de las preocupaciones inicial en la partería es que la técnica podría retrasar la lista de operaciones, sin oportunidad de sopesar, controlar y vestir al bebé o completar la documentación hasta el final de la operación, fue aplacado una vez que el personal había sido testigo de los beneficios en la familia de una cesárea natural.

Las tasas de cesárea están aumentando en todo el mundo y, de hecho, superan un tercio de los partos en muchos centros de países desarrollados como el nuestro. Teniendo en cuenta el efecto negativo que las cesáreas, ya sea indicado o discrecional, tiene en la satisfacción materna, la vinculación y la lactancia, la mejora de esta experiencia, manteniendo la seguridad debe ser una prioridad. Se describe un enfoque evolutivo, aptos para la exportación mundial. Los estudios indican ahora sobre los efectos de naturalizar esta forma más natural de nacimiento.

CONFLICTO DE INTERESES

NMF se comprometió a la práctica privada obstétrica (para obtener beneficios institucionales) hasta noviembre de 2007. NMF está en el Consejo Asesor de Ferring Obstetricia Reino Unido.

CONTRIBUCIÓN A LA AUTORÍA

NMF concibió la idea inicial, que se desarrolló a continuación, aplicando y mejorando con JS y FP. Los tres escribieron conjuntamente y aprobaron el manuscrito final. NMF actúa como garante.

APROBACIÓN ÉTICA

La aprobación no era necesaria. Este trabajo es una descripción de una técnica que ha evolucionado durante muchos años en respuesta a la demanda de los pacientes y las directrices nacionales. No hay puntos finales registrados, y al igual que con muchas otras suaves variaciones en la atención quirúrgica, obstétrica y de matronas, esa práctica no está contemplada por la Declaración Mundial de la Asociación Médica de Helsinki de la definición de la experimentación humana.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen el apoyo del Instituto Nacional de Salud Biomédica Centro de Investigación por la financiación.

MATERIAL COMPLEMENTARIO

Los materiales complementarios están disponibles para este artículo:

Apéndice S1. Experiencias de los pacientes en la “cesárea natural”.

Estos materiales están disponibles en la parte del artículo:

<http://www.blackwellsynergy.com/doi/abs/10.1111/j.1471-0528.2008.01777.x>.

(Este enlace le llevará al extracto del artículo).

Tenga en cuenta: Blackwell Publishing no se hace responsable del contenido o funcionalidad de cualquier material complementario aportado por los autores. Para cualquier duda (que no sea falta de material) deben dirigirse al autor correspondiente de el artículo.