



## PROCEDIMIENTO: CESÁREA - CUIDADOS TRAS CESÁREA

La cesárea es una intervención de cirugía mayor, que puede salvar la vida de mujeres y bebés, sin lugar a dudas, cuando es necesaria. Pero no deja de ser una intervención de cirugía mayor que debe reservarse para estos casos y debería realizarse de la manera más humanizada que la situación permita. Cuando son programadas, salvo complicaciones, no hay motivo para no humanizar los protocolos y permitir el paso de un acompañante, realizar piel con piel en quirófano y habilitar un espacio de recuperación para la familia unida, sin separación. Especialmente del recién nacido y su madre.



Fotografía Monet Nicole

Muchos profesionales y familiares no son conscientes de que para algunas mujeres, en algunas situaciones, la cesárea puede resultar muy traumática. No todas. Si muchas. Sabemos además, desde la evidencia, desde las recomendaciones de organismos internacionales y nacionales de salud, que la tasa de cesáreas injustificadas es muy elevada. En gran parte resultado de mala práctica clínica: de una cascada de intervenciones **innecesaria** en el inicio del parto y de un abordaje **obsoleto** de tiempos en la atención al parto. En otras ocasiones **las complicaciones son inevitables y la cesárea es la manera más segura de terminar el parto para la mujer y/o para el bebé**. Por cesárea o por parto vaginal, las mujeres damos vida y eso es impresionante siempre.

Las estadísticas hospitalarias de tasas de cesárea arrojan mucha luz sobre la asistencia en cada centro. Los grandes hospitales de 3er nivel pueden justificar por la gran patología que acogen una tasa de cesáreas por encima de la recomendada por la OMS y no es comparable a un hospital de menor nivel. La OMS en revisión de la recomendación de no superar tasas de cesárea de entre el 10 y 15%, propone utilizar la Clasificación de Robson para comparar hospitales de una manera más adecuada. Hospitales de menor complejidad asistencial, 2º nivel, no deberían superar una tasa de entre el **10 y 15%** según la OMS, ya que no se ha visto mejoría en los resultados a partir de esas tasas. Hospitales comarcales que no acogen patología, rondan en España el 7%. Hospitales de segundo nivel con buena práctica clínica rondan el 11 - 13%. En conjunto con la tasa de partos instrumentales, nos dan una fotografía bastante aproximada de la asistencia en cada centro. Se observa también la gran diferencia que hay entre públicos y privados.



TABLA 3.20 ACTIVIDAD OBSTÉTRICA. Años 2010-2016

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Públicos-SNS</b>							
Total Partos	382.453	368.850	356.834	332.352	331.523	327.328	322.042
• Partos por vía vaginal	298.185	288.373	278.256	258.919	258.773	256.857	252.448
• Cesáreas	84.268	80.477	78.578	73.433	72.750	70.471	69.594
Tasa de Cesáreas	22,03%	21,82%	22,02%	22,09%	21,94%	21,53%	21,61%
Tasa de Fecundidad	34,18	33,20	32,55	30,49	30,95	31,02	30,87
Tasa de Natalidad	8,44	8,11	7,85	7,25	7,25	7,17	7,05
<b>Privados</b>							
Total Partos	97.247	99.806	95.799	88.274	89.128	85.102	82.500
• Partos por vía vaginal	60.378	63.059	59.853	54.937	55.175	53.155	51.694
• Cesáreas	36.869	36.747	35.946	33.337	33.953	31.947	30.806
Tasa de Cesáreas	37,91%	36,82%	37,52%	37,77%	38,09%	37,54%	37,34%
Tasa de Fecundidad	8,67	8,95	8,71	8,08	8,30	8,05	7,87
Tasa de Natalidad	2,14	2,19	2,10	1,92	1,94	1,86	1,80
<b>TOTAL</b>							
Total Partos	479.700	468.656	452.633	420.626	420.651	412.430	404.542
• Partos por vía vaginal	358.563	351.432	338.109	313.856	313.948	310.012	304.142
• Cesáreas	121.137	117.224	114.524	106.770	106.703	102.418	100.400
Tasa de Cesáreas	25,25%	25,01%	25,30%	25,38%	25,37%	24,83%	24,82%
Tasa de Fecundidad	42,86	42,15	41,26	38,57	39,25	39,08	38,75
Tasa de Natalidad	10,59	10,29	9,95	9,17	9,20	9,03	8,85

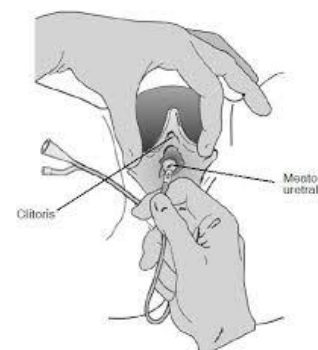
### Tipos de cesárea:

- ▶ La cesárea puede ser **programada** (¿está justificada?). Se suele realizar bajo **anestesia regional**. (Epidural o raquídea).
- ▶ **Urgente**: durante el proceso de parto se hace necesaria pero se hace sin relativa prisa. Hay margen para realizarla. Depende de la urgencia se puede realizar con anestesia regional o habrá situaciones donde se realice bajo anestesia general.
- ▶ **Emergente**: es una situación que puede resultar **vital**, intraparto, o repentina (por ejemplo un desprendimiento de placenta o un prolapso de cordón). El tiempo es vital para los resultados. Se realiza con anestesia loco-regional: raquídea o epidural si ya había una epidural puesta. Si es emergente y/o la epidural no funciona, se realiza bajo **anestesia general**.

### Detalles en torno a la cesárea:

Durante la intervención, es necesario colocar una sonda vesical permanente. La vejiga debe permanecer vacía durante toda la cirugía ya que si no puede dificultar la misma, y además, podría resultar dañada durante el proceso.

La cesárea se realiza habitualmente por 2 ginecólogos. Además habrá al menos, 1 anestesista, 2 enfermeras, una que instrumenta la cirugía y otra circulante (esta segunda a veces es una auxiliar).





1 matrona: acompaña a la mujer, apoya si es necesaria la reanimación del recién nacido junto con el pediatra. En algunos centros será una enfermera de pediatría. Cuida de la mujer, bebé y acompañante durante el piel con piel en quirófano. Suele avisarse al pediatra. En los hospitales públicos pueden ser 2 si es una cesárea complicada y se prevé una reanimación compleja.

### Cesárea humanizada

No existe motivo por el que un hospital justifique NO practicar humanización de la cesárea de manera habitual: no separación, piel con piel en quirófano y mujer acompañada. Es cuestión de voluntad. Los hospitales que aún no lo realizan pueden pedir apoyo a los centros donde está normalizado para comprobar que es muy fácil. Si se puede en algunos, se puede en todos.



*Imagen de Monet Nicole*

Muchos hospitales no ofrecen la cesárea humanizada. Algunas no tendréis esta opción. Es injusto y no existen motivos. Solo necesidad de cambiar la práctica. Si te es posible, vale la pena realizar turismo obstétrico **y enviar una carta al hospital del que te vas, haciéndoles saber que te vas por este motivo**. Con la pérdida de natalidad de los últimos años, si los hospitales quieren conservar el número de partos, tendrán que empezar a plantearse que las mujeres, sus bebés y sus familias, merecen prácticas actualizadas.

En cesáreas emergentes o urgentes, no siempre es posible ya que la urgencia de la intervención puede resultar vital.

### Premedicación:

- Suele administrarse un suero para hidratación y compensar la habitual respuesta de hipotensión a la anestesia.
- Además se administra **ranitidina y metoclopramida** para evitar náuseas y reflujo.
- **Antibiótico profiláctico** como en cualquier cirugía.



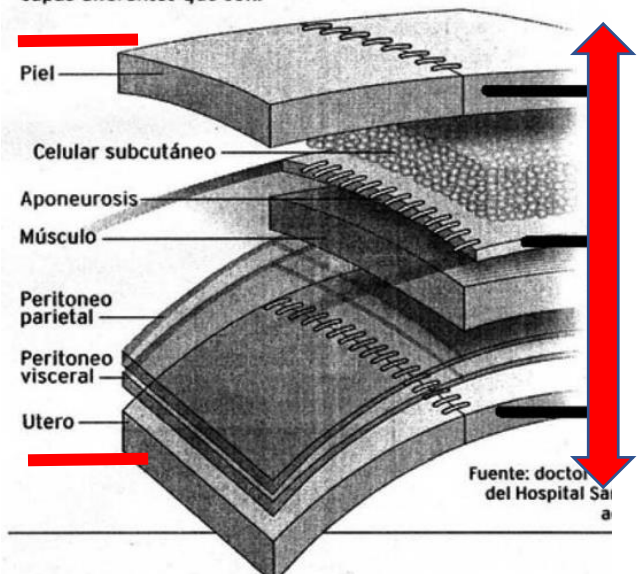
► Una vez la anestesia es adecuada, se comienza la intervención. Se realiza una incisión por planos y capas hasta llegar al bebé.

La salida del bebé puede ser más suave o más brusca según cómo está colocado el bebé y la urgencia. La incisión en todas las capas se hace habitualmente en línea horizontal por encima del pubis.

#### Pinzamiento del cordón:

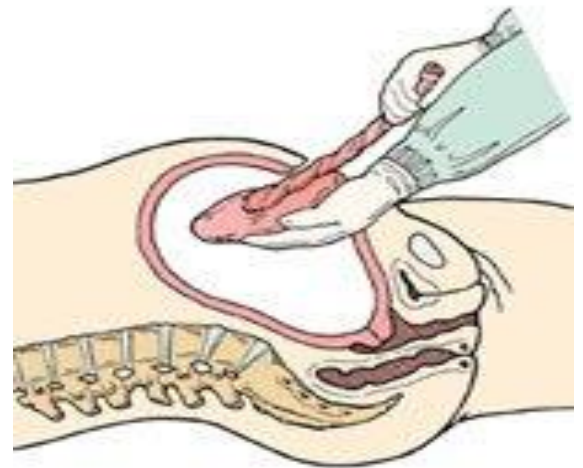
Algunos hospitales realizan pinzamiento de cordón al menos 1 minuto tras el nacimiento del bebé. Es un equilibrio entre el estado del bebé al nacer y la necesidad de reanimación, porque esa sangre también juega un papel importante en la reanimación. Es importante y le ayuda en la transición para respirar, así como a eliminar líquido de los pulmones, gracias a ese aumento de volumen necesario y fisiológico. **Pídelo** en tu plan de parto. Hospitales como el 12 de Octubre en Madrid, lo tienen normalizado y así aprenden los obstetras. El pediatra está presente para valorar al bebé, que si no necesita reanimación o una inspección mayor debería **permanecer piel con piel** con la madre si ella también está en condiciones de hacerlo. En ocasiones puntuales, puede suceder que necesite cuidados avanzados en la unidad de neonatos. Las unidades de neonatos deben **permanecer abiertas 24 horas** y proporcionar cuidados centrados en la familia. Es otro elemento que tendremos en cuenta si podemos elegir hospital. Los menores tienen derecho a estar acompañados 24 horas por sus padres.

Desde la piel hasta el útero, el bisturí corta siete capas diferentes que son:





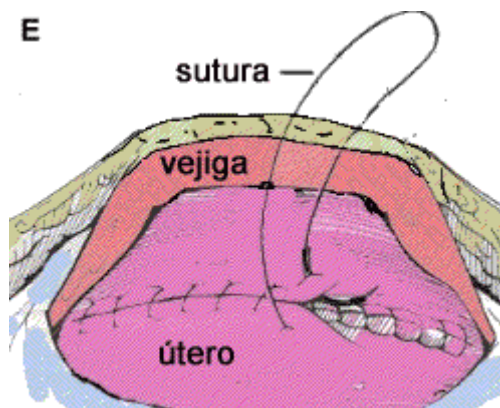
Tras el nacimiento del bebé la **placenta** debe alumbrar y se utiliza oxitocina para ayudar a la contracción uterina tras la cirugía. Se realiza una extracción manual de la placenta. Una vez todo esté correcto se comienza a cerrar la incisión por planos empezando por el útero. La piel se cierra más a menudo con grapas pero en algunos sitios utilizan sutura que no hay que quitar y se reabsorbe sola. Se coloca un apósito sobre la incisión y si todo está bien la cirugía ha terminado.



Extracción manual de la placenta

**Será importante vigilar:**

- la contracción uterina
- la bolsa de orina de la sonda (se retirará en torno a 6-12 horas post cirugía según el centro)
- la tensión arterial, frecuencia cardiaca y temperatura.
- el sangrado
- el apósito
- **CONTROL adecuado del DOLOR.** Para ello algunos hospitales utilizan una bomba de analgesia las primeras 24 horas. De no ser así debe haber una correcta pauta de analgesia intravenosa.



*Sutura interior del útero*



*Sutura con grapas de la piel*

**Si hubo anestesia general:**

La madre debe ser vigilada en Reanimación. Una vez **despierta y estable debe favorecerse que se reúna con su bebé LO ANTES POSIBLE.** Si la mujer tenía epidural o raquídea, debería permanecer si está estable con su bebé y su pareja en paritorio, o REA habilitada (un box cualquiera vale. Suele ser el motivo principal de excusa para separar). En muchos hospitales aún



no ofrecen ni lo uno ni lo otro. Se separa por protocolo y esto **genera sufrimiento y desconcierto para mujeres, bebés y pareja.**



*Post cesárea en hospital Can Misses. No separación.*

Lo ideal, sería volver a paritorio donde las matronas cuidaremos su evolución y el inicio de la lactancia si es el deseo materno. El bebé debería permanecer piel con piel para obtener el beneficio de las hormonas y establecer el vínculo. Tanto si desea lactancia materna como si no. Cuidaremos la posición del bebé sobre la mujer para evitar rozar y tocar la zona de la cicatriz.

En los hospitales donde no se humaniza, la mujer y su bebé son separados sin justificación. Esto resulta traumático para ambos y agrava el sentimiento de miedo o pérdida (si se tiene) en especial si la cesárea ha sido repentina. En algunos hospitales tienen la deferencia de permitir que la pareja/acompañante realice piel con piel mientras que en otros ni eso y el bebé permanece en neonatos hasta que tras unas horas protocolarias lo reúnen con su madre.



*Hasta que vuelva mamá. El recién nacido espera el cuerpo de su madre al nacer. Es donde mejor regula temperatura y se adapta. Para la madre supone secreción de oxitocina y menos hemorragia postparto. Además es el lugar en el que el vínculo entre ambos se fortalece y donde puede iniciarse la lactancia.*



**Anestesia general:** normalmente, se procura realizar anestesia regional. Pero puede suceder que no se pueda poner una epidural, la epidural no funcione bien y/o haya urgencia en la cesárea, o que sea una cesárea emergente y la anestesia general sea lo más rápido. Si hay anestesia general no es posible piel con piel en quirófano. Se debe ofrecer piel con piel con la pareja u acompañante. No es lo mismo para el bebé que espera el cuerpo de su madre, pero es lo segundo mejor para los bebés. Tras la cirugía, la mujer pasa a la REA al servicio de anestesia. Deben vigilar que se despierta bien de la anestesia y está estable. **En cuanto sea posible, REUNIRLA** con su bebé. Suelen despertar **desorientadas, muy asustadas y confusas**. Reunirlas con su bebé lo antes posible es importante. No son pocas las mujeres que relatan no reconocer a su bebé. Esto es difícil y duro de verbalizar. Debemos intentar reconstruirles los acontecimientos para ayudarlas a orientarse.

⚠️ Algunas mujeres relatan que tras anestesia general y cuidados en REA las subieron a su habitación. La habitación estaba **ya** llena de familiares y **todo el mundo ha conocido al bebé y cogido al bebé antes que ella**. Esto, para ellas, no podemos olvidar que somos mamíferos, es en ocasiones traumático. Es su bebé.

⚠️ **¿Podemos planificar esto con antelación?** Cada mujer puede plantear si esto le supondría un problema o no para decidir cómo organizarlo. Podemos dejar a la mujer conocer a su bebé en **intimidad**. Que ese momento sea suyo antes que de otros si para ella es importante aunque toque esperar un rato.

⚠️ El bebé no necesita ir de mano en mano. Esperaba a su madre, y si no ha podido ser, que permanezca en calma en un solo abrazo hasta reunirse con ella. Una vez reunidos, es aconsejable para **ambos iniciar y recuperar** las horas pasadas con piel con piel durante **horas y días**. Recordaremos el manejo del dolor, teniendo cuidado con la cicatriz. Es precios un ambiente tranquilo, sin visitas o muy reducidas.

También puede suceder que una mujer se encuentre **inestable** tras la cirugía y necesite cuidados en UVI. Cuando despiertan, estas mujeres necesitan mucho apoyo para orientarse, para saber qué ha pasado y ayuda para **iniciar estimulación y extracción de calostro si es su deseo hasta reunirse con su bebé**.

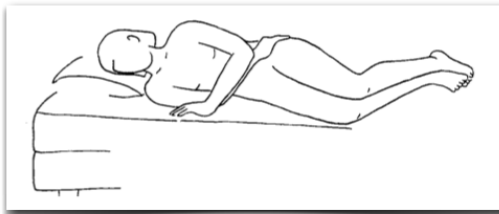




### POSTPARTO TRAS CESÁREA:

Una vez que la mujer da a luz parece **centrarse todo en el bebé y las mujeres se sienten poco cuidadas**. Como en cualquier postparto, ya sabéis lo importante que es pensar antes en cómo nos vamos a organizar. ¿Tendremos ayuda al principio? Cuanta menos carga de tareas tenga la madre, por no decir ninguna, mucho mejor.

- Es importante intentar, una vez pasado el efecto de la anestesia, movilizarnos en la medida de lo posible, para poner en marcha el sistema digestivo y evitar acúmulo de gases que pueden ser muy dolorosos si se suman al dolor de la incisión. Puede ser en la cama tumbadas, moviendo las piernas, realizando ejercicios de tobillos cada cierto rato.
- La mayor parte del tiempo debes descansar tumbada y controlar el dolor. Intenta realizar esos movimientos de piernas. La movilización es importante para evitar problemas de coagulación.
- Siempre acompañada al principio, puedes caminar un por la habitación controlando el dolor.
- Para levantarte de la cama hazlo siempre de lado. Al borde de la cama, bajas las piernas en bloque primero y con los brazos te impulsas para sentarte. Al levantarte, puedes recoger la herida con tus manos ejerciendo algo de presión, o con una toalla o cojín.



- Lo mismo al hacer esfuerzos como estornudar. Sujeta la cicatriz con tus manos o una almohada.

La incisión de la cesárea, sabéis que no es solo la cicatriz que vemos. Se deben abrir muchas más capas hasta llegar al útero para sacar al bebé. Podéis ver este video que tuvo mucha acogida, de Pelvic Health Posse aquí:

<https://www.facebook.com/comadronaenlaola/videos/1032180950301149/>

Las molestias vendrán no sólo de la cicatriz superficial, sino de la cicatrización de todas esas capas.

✓ Podéis tomar la analgesia que necesitéis. Casi **toda** es compatible con la lactancia (excepto metamizol), y **el dolor puede ser muy invalidante**. Unido al cansancio, el cuidado del bebé y la lactancia, quizás la incertidumbre emocional, estar encajando aún. En caso de duda toda





medicación puede consultarse en [www.e-lactancia.org](http://www.e-lactancia.org). 100% fiable y web de referencia mundial.

✓ Evitar coger peso y hacer movimientos bruscos. Necesitamos cuidar mucho toda la zona. De la cicatriz, y vuestro suelo pélvico y faja abdominal.

✓ Para amamantar al bebé podemos hacer variantes de postura biológica, con el bebé cruzado sobre el pecho. La leche **no tarda más en subir**. Pero la separación las primeras horas o la baja estimulación, pocas tomas, si interfiere. Si hay anestesia general también retrasa el inicio. Algunos fármacos adormecen a los bebés que tardan más en iniciar la lactancia. **El estímulo las primeras 72 horas tras el parto son fundamentales para la producción de leche**. Si hay separación se puede suplir temporalmente con extracción manual o estimulación con sacaleches. Pide apoyo.



Across  
your breasts



✓ Los cuidados de la cicatriz los primeros días, como cualquier otra: limpia seca y aireada si es posible. Es importante utilizar ropa holgada, de algodón, donde no se enganche y además te sea fácil vestirse. Ducha diaria y secar muy bien. Observa que no supure, se enrojezca o te duela cada vez más en lugar de menos. Si tienes dudas acude a tu matrona o ginecólogo para valorarla. Las grapas suelen quitarse a los 10 días en tu centro de salud con la matrona. Una vez quitadas las grapas, que se utilizan más habitualmente que sutura con hilo, mantener el mismo cuidado. No se utilizará nunca desinfectante con yodo. Si se ha suturado con hilo no es necesario quitarlo. Se cae y reabsorbe. Desde los primeros días, se puede aplicar VIBRACIÓN a unos centímetros de la herida. Esto ayuda a resolver el edema propio de la cicatrización. Cualquier vibrador se puede utilizar, de manera suave, por encima y por debajo de la incisión.

✓ Necesitas nutrirte e hidratarte muy bien. La cesárea es una intervención quirúrgica mayor. Tu cuerpo necesita nutrientes para reparar los tejidos. Igual que en el embarazo, da prioridad a



alimentos ricos en nutrientes y densos. Proteínas en abundancia y verduras. Para evitar el estreñimiento, además del típico consejo de fibra e hidratación, necesitamos **grasas**: pescado, frutos secos, aceite de oliva, aguacate...estas grasas son indispensables para la salud intestinal y maravillosas para la lactancia.

✓ Una vez la incisión está bien cerrada y cicatrizada, puedes comenzar a hidratar y masajear suavemente con aceite de rosa de mosqueta o algún aceite de vitamina E. Desde los primeros días, si la cicatriz está inflamada o indurada, puedes utilizar una vibración suave cerca de los bordes sin tocar la cicatriz, para vaciar el edema y aumentar la circulación en la zona. En torno a las 2-3 semanas postparto, un fisioterapeuta **especializado** puede tratarla. Toda cicatriz supone un daño en la continuidad de los tejidos y la fascia. Puede dar lugar a adherencias y retracciones con dolor. Podéis aprender el masaje y cuidados de la cicatriz en este video de En Suelo Firme: [Tratar tu cicatriz de cesárea](#)

A partir de la semana 6-8 postparto, es conveniente que te valore fisioterapia especializada. Tanto el suelo pélvico como la cicatriz. En este momento el abordaje puede ser mucho más completo una vez que hay una cicatrización absoluta. Tratar la cicatriz no es solo por la estética, sino **principalmente** para evitar que se formen adherencias, retracciones y posible dolor lumbo-pélvico, frecuente tras la cesárea. La zona pierde sensibilidad también. Muchas mujeres no asocian este tipo de dolor a la cesárea y dan tumbos, a veces durante años, hasta que las trata un fisio y mejora su calidad de vida enormemente. El suelo pélvico aunque no haya sido parto vaginal también es importante valorarlo tras la cesárea. Cada especialista en su competencia te dará los mejores consejos y cuidados individualizados. Según el resultado de la valoración y la recuperación.



✓ Puedes utilizar un cinturón pélvico postparto para aliviar la tirantez y la sensación de peso abdominal frecuente, estabilizando la pelvis y descargando el suelo pélvico.

### **Emocionalmente**

Si necesitas hablar de tu cesárea, si emocionalmente sientes que no estás bien, si sientes que a tu alrededor nadie te comprende, busca ese espacio donde sí puedas hacerlo y te sientas validada. No estás sola. Que os mimen, que te cuiden, piel con piel con tu bebé para nutrirnos mutuamente. Que el mundo fuera espere si es lo que tú necesitas. Sigue tu propio ritmo, que no lo marque el reloj, los tiempos de la vida, no son los de reloj y calendario. Puedes encontrar apoyo en los grupos de postparto, lactancia, crianza. En tu profesional de referencia si sientes que te escucha. Encontrarás mucho apoyo en el grupo virtual **Apoyo Cesáreas**.

Enhorabuena por tu bebé. Te deseo un postparto cuidado, tranquilo. Bajando los ritmos, sin expectativas, sin tiempos.