

# Acompañando el parto abdominal



INSTITUTO HOLÍSTICO  
MATERNO PERINATAL

Dra. Marcia Venegas N.  
Gineco - obstetra, Universidad de Chile  
Staff CLC  
Directorio SOCHIPAR  
Directora Asociación Ginecólogas Chile  
Partos equipo Pacariy

# Cesárea

- Operación cesárea: Intervención quirúrgica que consiste en la extracción del feto por vía abdominal a través de una incisión en el útero.
- En sus inicios era indicada cuando el parto por vía vaginal era imposible. La mortalidad era cercana al 100%.
- En la actualidad, incluso es aceptada su realización a solicitud de la paciente, factor relevante en el aumento de la incidencia de esta intervención.



# Indicaciones absolutas



## Causas Maternas

- Dos cesáreas previas o más.
- Cicatriz corporal uterina
- Placenta previa oclusiva total
- Tumor previo a la presentación.
- Herpes genital ACTIVO.



## Causas fetales

- Presentación podálica o transversa.
- Macrosomía fetal
- Embarazo gemelar no cefálica/cefálica



## Causas del trabajo de parto

- Trabajo de parto que no progresa a pesar de respetar los tiempos propuestos por OMS 2018.
- Inducción fracasada.
- Estado fetal no tranquilizador
- Prolapso de cordón umbilical.
- DPPNI.

# Tasa de cesárea necesaria según OMS 2015



10 – 15%

A nivel poblacional, tasas de cesárea mayores a un 15 - 20% no se relacionan con una reducción en la tasa de mortalidad materna o neonatal.

# Tasa de cesárea actual en Chile

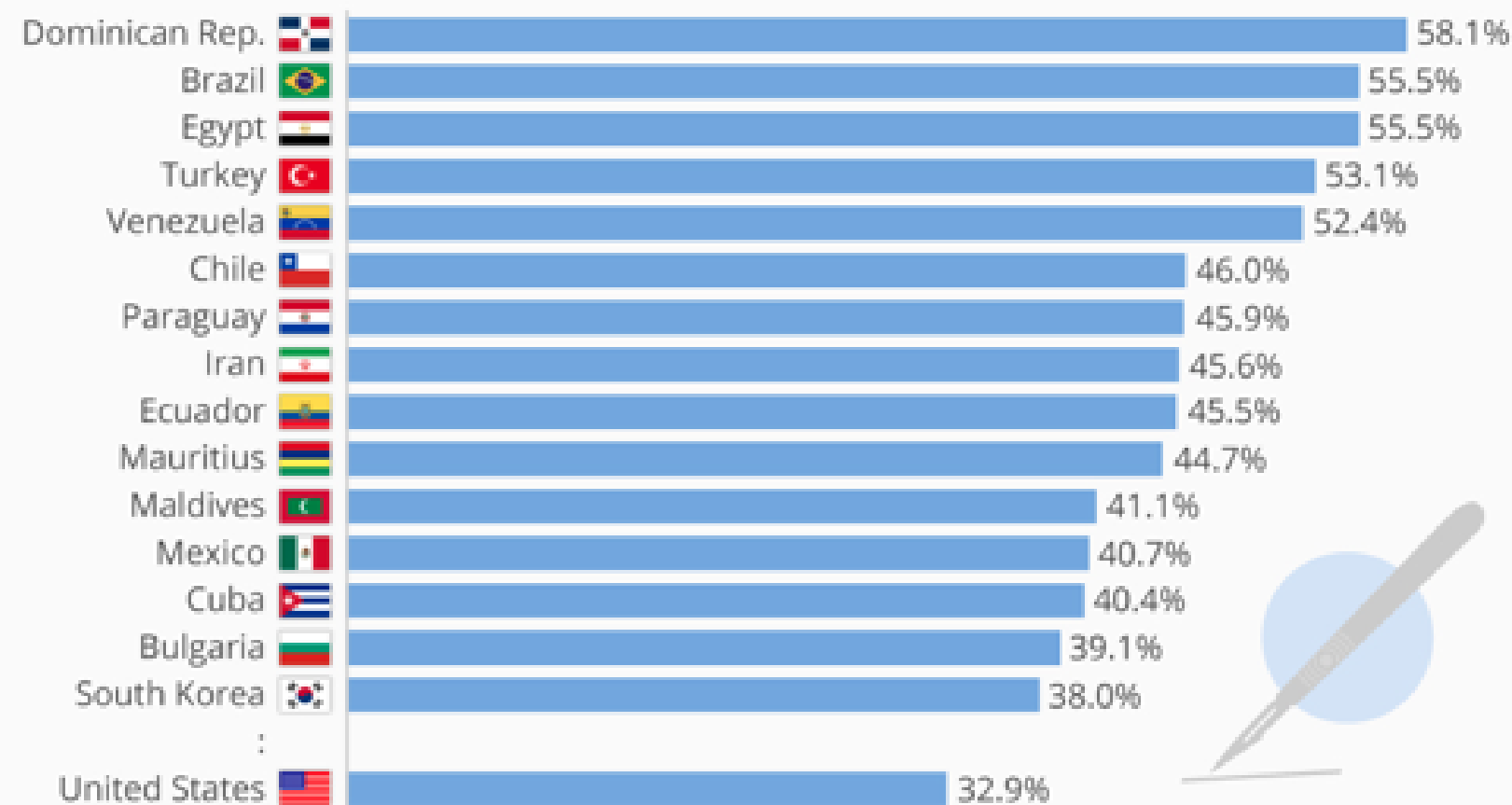


INSTITUTO HOLÍSTICO  
MATERNO PERINATAL

46% total  
76% S. privado

## Which Countries Conduct The Most Caesarean Sections?

Caesarean rates by country (most recent available year)



@StatistaCharts Source: The Lancet

statista

# Riesgos en cesárea



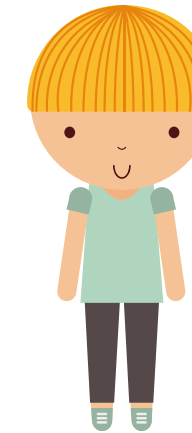
## Morbilidad Fetal

Aumento ingreso a UCI neonatal  
Mortalidad sin diferencias



## Morbilidad materna y del futuro embarazo.

Aumenta la tasa de aborto y FMIU  
P. previa, acretismo y DPPNI



## Infancia

Mayor tasa de asma, obesidad, Infecciones respiratorias, dermatitis atópica, desordenes metabólicos.



# Riesgos en cesárea

## ¿Binomio?

Vínculo?

Apego?

Lactancia?

Salud mental materna?



# Riesgos en cesárea



Zenardo et al. 2012 - 2013. Riesgo de fracaso de la LM aumenta en cesárea, sobre todo si es programada y antes de las 39 sem.

Bystrova et al. 2009. Los efectos de la separación materna temprana podrían ser duraderos y empeorar la interacción de la madre y el hijo en el puerperio.

Dumas et al. 2009. La separación y la envoltura del RN al nacer podría perjudicar la interacción con la madre durante la lactancia y también afectar el comportamiento de la madre con su hijo.

Rauh et al. 2012. Madres que se sometieron a cesárea de urgencia o electiva obtuvieron puntaje más alto en la Escala de depresión postnautica de Edimburgo (EPDS), diferencias se igualan a los 6 meses.



*Cómo se explican los riesgos que sufre el binomio?*

*Revisemos. En un parto normal...*



# Teoría del apego y apego en periparto.

Los eventos neuroendocrinos peripartales juegan un papel esencial en la iniciación de la unión de la madre y el recién nacido inmediatamente después del nacimiento.

Estos eventos han sido ampliamente estudiados y caracterizados.



## Primero: el cóctel hormonal de la madre y del feto influyen en la disposición al vínculo

**NORADRENALINA:** Sensación de "despertar", permite el printing (que el momento quede firmemente grabado en la memoria)

**OXITOCINA:** Sentimientos de bienestar, confianza y amor.

**CORTISOL:** Atención y alerta a las necesidades de la cría.



# Segundo: el paso del feto en el canal de parto

Se correlaciona con el aprendizaje olfativo poco después del nacimiento

Se relaciona con el despertar y "alerta tranquila" de las primeras dos horas.

## Liberación de Catecolaminas

Beneficios en el sistema respiratorio y CV: adaptación a la vida extrauterina



# Tercero: el contacto piel con piel

Ayuda al RN a conservar energía, regular la temperatura, la respiración la frecuencia cardíaca, y tiene un efecto calmante.

Aumenta los niveles de oxitocina lo que juega un rol promotor en la lactancia materna.

Coloniza al recién nacido contribuyendo a su inmunidad

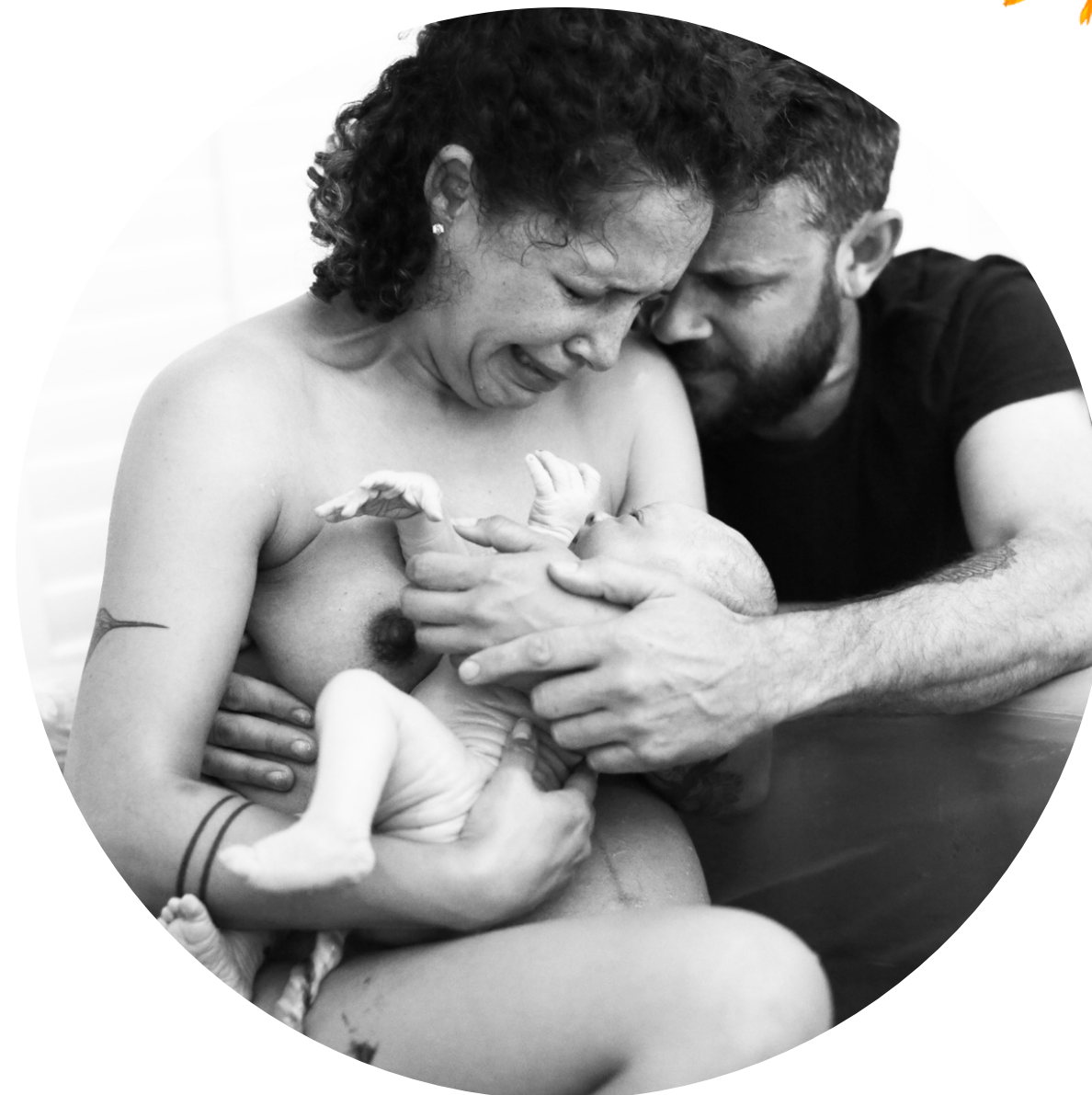
Reduce el llanto del recién nacido

Durante la primera hora tras el parto los RN están alerta y su reflejo de succión es intenso lo que favorece el inicio de la LM:



*Todos estos elementos del parto normal:*

Favorecen el vínculo madre-hijo



# Qué ocurre en la cesárea?

- En cesáreas programadas donde se elimina el trabajo de parto, la transición neurohormonal es aguda, muy diferente a la cascada neuro-endocrina que ocurre en el parto vaginal fisiológico.
- La omisión del trabajo de parto puede afectar el primer paso de la generación del vínculo madre - hijo.
- En general en cesárea no hay CPP ni inicio precoz de la LM.
- La falta de pico de noradrenalina podría dificultar la orientación olfativa para el inicio de la LM



# Los riesgos en cesárea SI existen



La forma de nacer SI importa

¿Se justifica entonces nuestra altísima tasa de cesárea?

# Factores que inciden en el aumento de la tasa de cesárea:



## De la población:

Solicitud por parte de la paciente y su familia debido a temores sobre el bienestar materno-neonatal.

Temor al dolor del trabajo de parto y el argumento de autonomía para tomar decisiones terapéuticas como la vía de parto (todo esto en el contexto de una relación médico paciente cada vez mas horizontal).



# Factores que inciden en el aumento de la tasa de cesárea:



## Del equipo médico:

El sistema de trabajo en la práctica obstétrica nacional, que permite que los médicos ginecólogos obstetras estén en un sitio y tengan una paciente en trabajo de parto en otro diferente, la "agenda" de pacientes y médicos.

La experiencia y los temores del equipo de salud por el progresivo cuestionamiento al actuar médico (judicialización de la medicina en aumento).

Mercantilización de la medicina. Cesárea implica un menor tiempo invertido.



# Factores que inciden en el aumento de la tasa de cesárea:



## De nuestro sistema de salud

FONASA libre elección y la creación de un PAD de parto y cesárea facilitó a la población FONASA a atenderse en el sistema privado.

Pacientes PAD FONASA tienen mayor probabilidad de terminar en cesárea que aquellas FONASA A o ISAPRES.

Probablemente la política de PAD de parto y cesárea se transformó en un incentivo perverso a la hora de programar cesáreas, debido al pago reducido por ambas intervenciones a los GO y la posibilidad de "producir" más intervenciones si estas se programan.



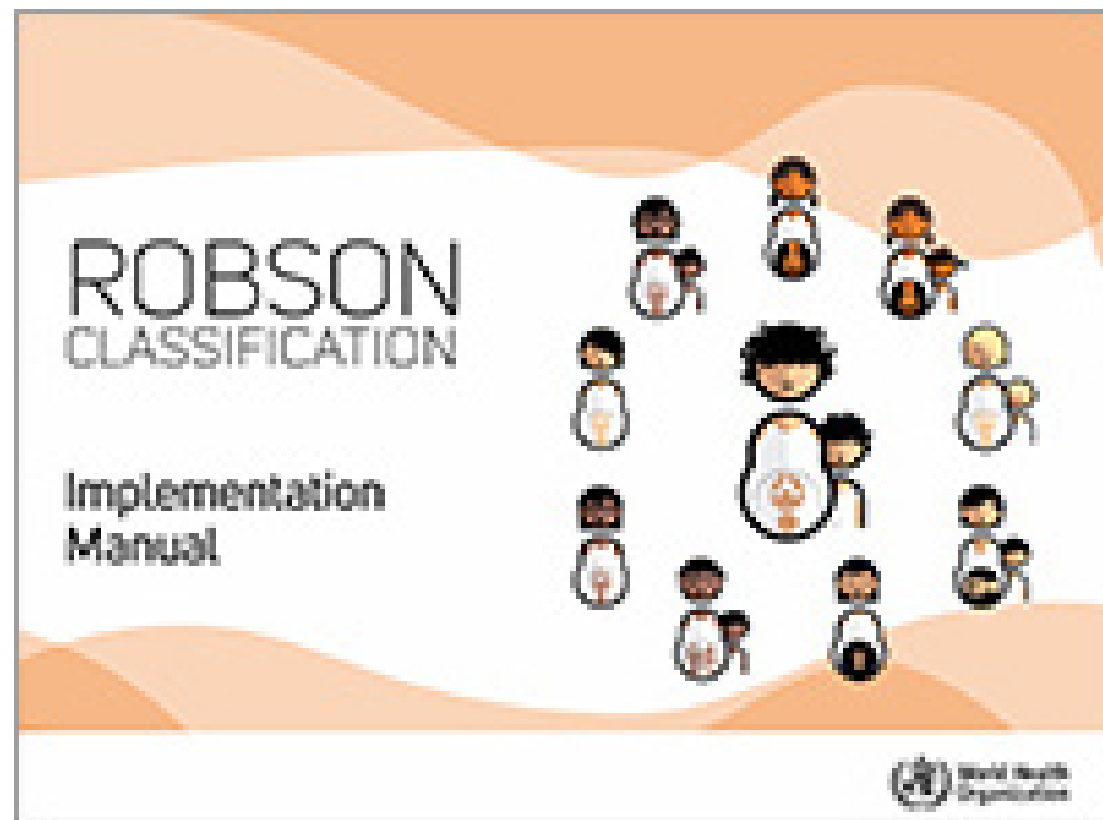


*La tasa de cesárea de nuestro país  
representa un problema de salud  
pública.*

# *Estrategias para bajar la tasa de cesárea*



# Estrategias para bajar la tasa de cesárea: Clasificación de Robson



## Declaración de la OMS sobre la clasificación de Robson

“La OMS propone utilizar el sistema de clasificación de Robson como estándar global para evaluar y comparar las tasas de cesárea, y hacer un seguimiento al respecto en los establecimientos de salud a lo largo del tiempo y entre ellos”

Lo ideal es que haya un sistema de clasificación para el seguimiento y la comparación de las tasas de cesárea a nivel de los establecimientos de salud, de una manera estandarizada, fiable, uniforme y orientada a la acción o (3, 8-10).

# Estrategias para bajar la tasa de cesárea: Clasificación de Robson



- Grupo 1**

Mujeres nulíparas con un embarazo único con presentación cefálica, de  $\geq 37$  semanas de gestación y en trabajo de parto espontáneo
- Grupo 2**

Mujeres nulíparas con un embarazo único, con presentación cefálica, de  $\geq 37$  semanas de gestación, en las que o bien se ha inducido el parto o bien se ha realizado una cesárea programada (antes del trabajo de parto)
- Grupo 3**

Mujeres multíparas sin una cicatriz uterina previa, con un embarazo único con presentación cefálica, de  $\geq 37$  semanas de gestación y en trabajo de parto espontáneo
- Grupo 4**

Mujeres multíparas sin una cicatriz uterina previa, con un embarazo único con presentación cefálica, de  $\geq 37$  semanas de gestación en las que o bien se ha inducido el parto o bien se ha realizado una cesárea programada (antes del trabajo de parto)
- Grupo 5**

Todas las mujeres multíparas con al menos una cicatriz uterina previa, con un embarazo único con presentación cefálica, de  $\geq 37$  semanas de gestación
- Grupo 6**

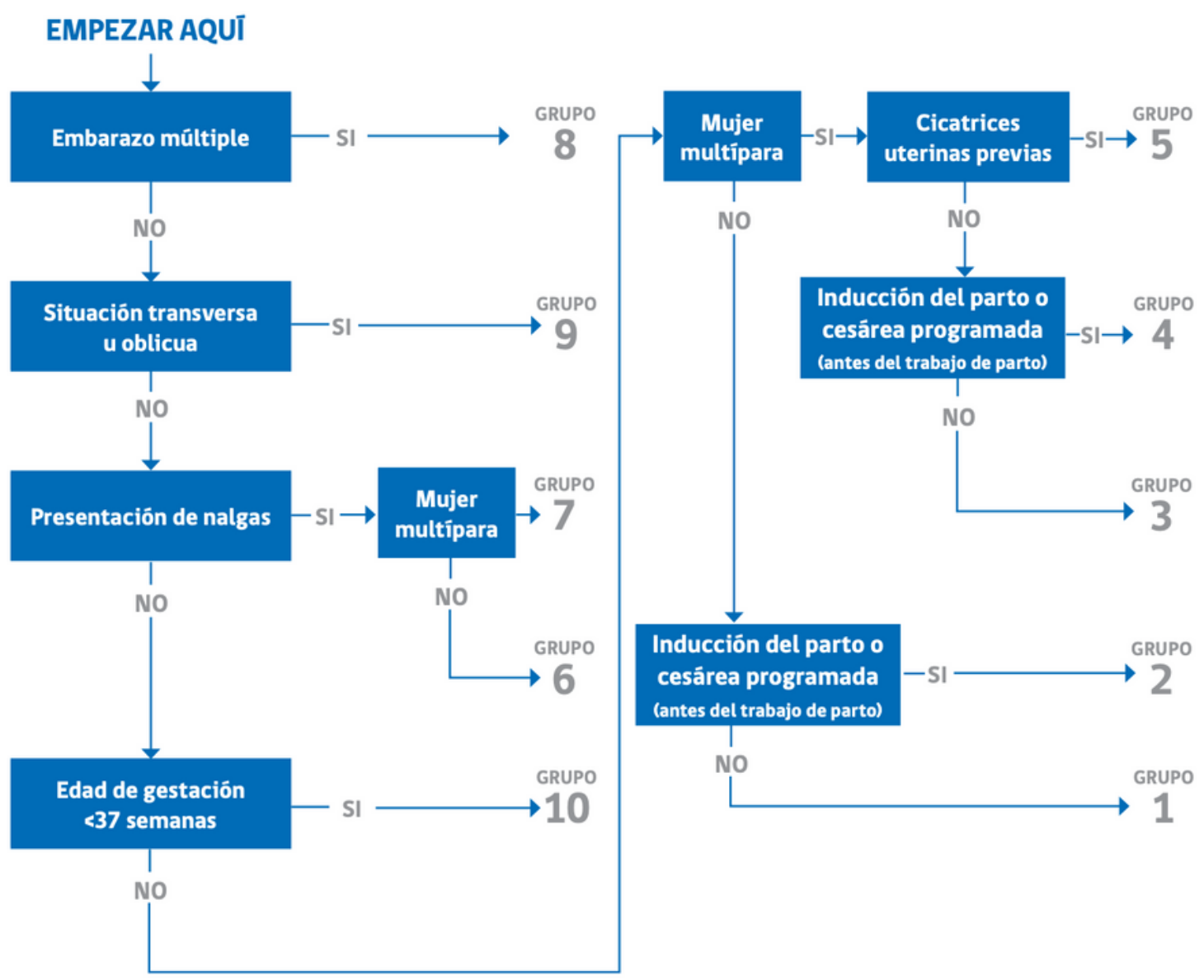
Todas las mujeres nulíparas con un embarazo único con presentación de nalgas
- Grupo 7**

Todas las mujeres multíparas con un embarazo único en presentación de nalgas, incluidas las que tienen cicatrices uterinas previas
- Grupo 8**

Todas las mujeres con embarazos múltiples, incluidas las que tienen cicatrices uterinas previas
- Grupo 9**

Todas las mujeres con un embarazo único con una situación transversa u oblicua, incluidas las que tienen cicatrices uterinas previas
- Grupo 10**

Todas las mujeres con un embarazo único con presentación cefálica, de  $< 37$  semanas de gestación, incluidas las que tienen cicatrices uterinas previas



# Estrategias para bajar la tasa de cesárea: Vigilancia de la tasa de cesárea



## NORMA TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA

### MONITOREO Y VIGILANCIA DE LA INDICACIÓN DE CESÁREA

Programa Nacional de Salud de la Mujer

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA / SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES  
DIVISIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES / DIVISIÓN DE GESTIÓN DE REDES ASISTENCIALES

2021

**Da cuenta de que la tasa de cesárea nacional es un problema de salud pública y por tal define una política pública al respecto.**

- Transparentar y publicar las tasas de cesárea por institución.
- Crear un diagnóstico de las principales causas de cesárea por institución.
- Evaluar las diferencias en las tasas de cesáreas por región, sistema de salud e instituciones.
- Evaluar dificultades a nivel institucional que estén elevando las tasas y estrategias para corregirlas: capacitación, estandarización de procesos de calidad, protocolos etc.

# Estrategias para bajar la tasa de cesárea



## Intervenciones orientadas a los profesionales de la salud:

- Guías clínicas con segunda opinión obligatoria para la indicación de cesárea
- Guías clínicas con auditoría y retroalimentación (feedback) sobre las prácticas de cesárea. Reunión Clínica!
- Lograr que los expertos reconocidos (obstetras/ginecólogos) provean educación a los profesionales sanitarios.



Las intervenciones se compararon con la práctica habitual.  
La calidad de la evidencia fue alta.

# Estrategias para bajar la tasa de cesárea



Intervenciones orientadas a los profesionales de la salud:

Educación para fortalecer el deseo de la paciente y de los equipos médicos para obtener un parto normal.

Educación sobre las técnicas de inducción de trabajo de parto.

Uso apropiado del registro electrónico fetal.

Permanencia del médico en el sitio donde se desarrolla el trabajo de parto (a través de la creación de grupos de trabajo y concentración en un sitio)

- Educación para reducir el miedo a los juicios de malpractice



# Estrategias para bajar la tasa de cesárea



Intervenciones orientadas en las mujeres y sus familias:

Talleres de entrenamiento para el parto para mujeres y sus parejas.

Entrenamiento en técnicas de relajación.

- Programas de prevención psicosocial y psicoeducación.

Las intervenciones se compararon con la práctica habitual.  
La calidad de la evidencia fue baja

¡TALLERES GRATIS!

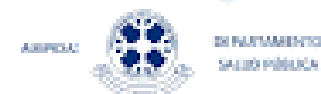
¡Con cariño y dedicación  
Disminuye tu temor!

GESTANTES ENTRE 28 A 34 SEMANAS / MARTES Y VIERNES 11:00 a 13:00 HORAS / CARRERA #228

(SON 10 SESIONES) / DESDE EL 1 DE ABRIL HASTA EL 3 DE MAYO / (VEN ACOMPAÑADA)

TALLERES PSICOPROFILACTICOS / TEMAS: RELAJACION, RESPIRACION Y SIMNAGA

RECEPCION A  
764803766 - 76885477  
0451-2982185



# Educar para el cambio

- Riesgos en cesárea son reales
- La forma de nacer SI IMPORTA
- La salud mental materna SI IMPORTA
- Parto vaginal después de una cesárea: ES SEGURO
- Inducción mecánica en una CCA: ES SEGURO



# Y en cesáreas necesarias, cómo acompañamos?

Considerar realizar una cesárea humanizada,  
siempre que el estado materno y fetal lo permitan.

El apego es fundamental para el correcto  
desarrollo humano y debemos cuidarlo.

La salud mental materna en el postparto está  
directamente relacionada con la experiencia de  
parto.



# Y en cesáreas necesarias, cómo acompañamos?

La cesárea humanizada busca respetar un ambiente cálido e íntimo para la llegada del RN y busca reparar lo más posible el espacio de contacto madre/hijo al momento del nacimiento, intentando respetar los principios básicos del vínculo que se logran en un parto vaginal:

LACTANCIA PRECOZ

CONTACTO PIEL CON PIEL



# Medidas a implementar:



Ambientación adecuada:  
Luz, silencio, música o ruido ambiente.

Que la madre vea la salida del RN de su cuerpo.

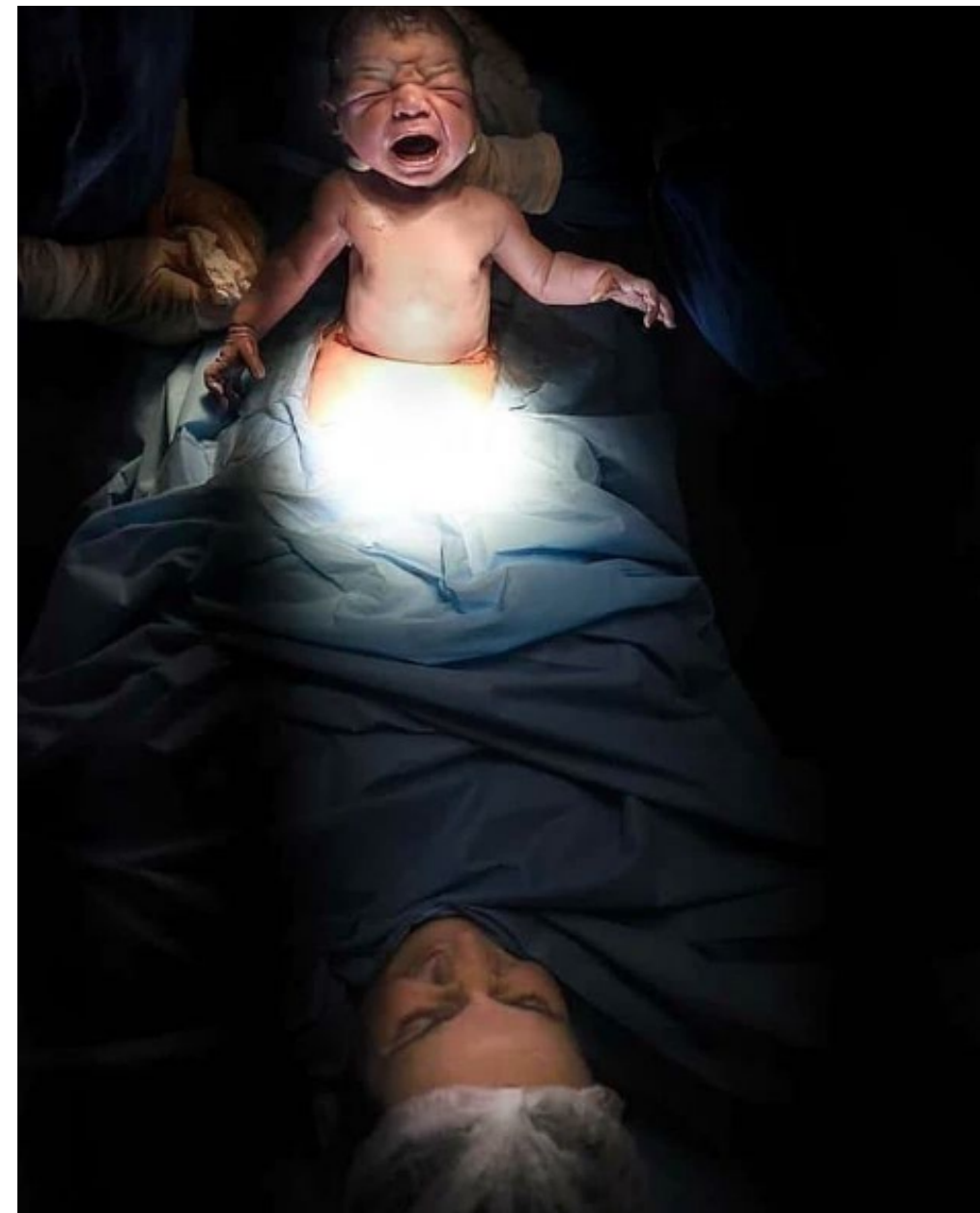
Técnica del túnel

Evitar arropar a los RN, permitir el CPP lo más prolongado posible.

Lactancia precoz

Diferir evaluación pediátrica y procedimientos si el estado del RN lo permite

# Medidas a implementar:



# Medidas a implementar:

Que la familia observe la salida del RN:

Es muy importante cuidar la experiencia de parto de la mujer, una cesárea también puede ser emocionante, amable y gozosa.

Se puede observar la salida bajando transitoriamente los paños del campo.



# Medidas a implementar:

## El túnel:

Si el RN y la madre están en buenas condiciones podemos desplazar al recién nacido desde su salida hasta el pecho de la madre por debajo de los paños operatorios, permitiendo que el primer contacto del recién nacido sea piel con piel con la madre.



# Medidas a implementar:

## Lactancia precoz:

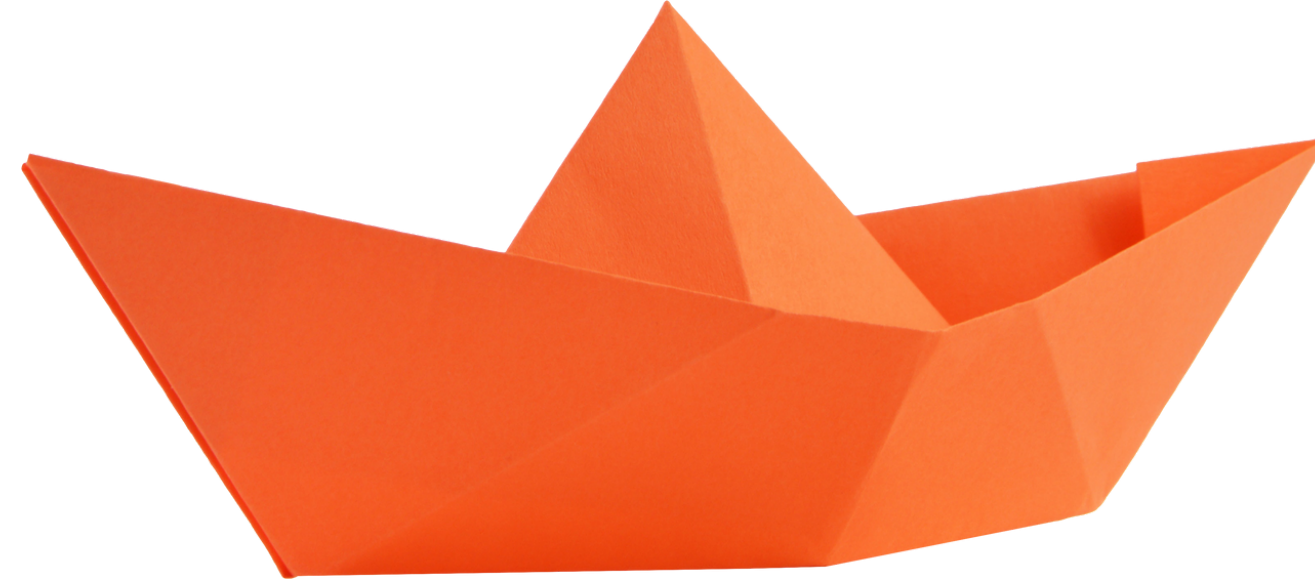
Con la ayuda de acompañante y matrona puede ponerse el RN al pecho en correcta posición



# Medidas a implementar:

Cuidar el espacio de intimidad de la familia: El pabellón y sus ruidos pueden ser muy abrumadores. Realizar un espacio de intimidad con la ayuda de los paños y permitir el espacio familiar.





*Tomarse el tiempo  
Trabajar en equipo  
Neonatólogo y anestesista en el mismo  
barco que uno.*

**No todo está en nuestras manos, si la institución y los otros especialistas no logran hacer el cambio, se dificulta muchísimo el proceso.**



*Gracias por su atención*



@dra.marciavenegas

@equipopacariy

@sochipar

@ginecologas\_chile

# Bibliografía

Olza-Fernández I, Marín Gabriel MA, Gil-Sanchez A, Garcia-Segura LM, Arevalo MA. Neuroendocrinology of childbirth and mother-child attachment: the basis of an etiopathogenic model of perinatal neurobiological disorders. *Front Neuroendocrinol.* 2014 Oct;35(4):459-72. doi: 10.1016/j.yfrne.2014.03.007. Epub 2014 Apr 3. PMID: 24704390.

Guideline: Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services. The revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018. IHAN. OMS. UNICEF. NICE.

Elective Caesarean section versus vaginal delivery. Marcelo Farías Jofré, Enrique Oyarzún Ebersperger. *Medwave* 2012 Mar/Abr;12(3):e5335 doi: 10.5867/medwave.2012.03.5335

Declaración de la OMS sobre la tasa de cesárea. 2015

Guía Perinatal 2015. MINSAL



# Bibliografía

Peters LL, Thornton C, de Jonge A, Khashan A, Tracy M, Downe S, Feijen-de Jong EI, Dahlen HG. The effect of medical and operative birth interventions on child health outcomes in the first 28 days and up to 5 years of age: A linked data population-based cohort study. *Birth*. 2018 Dec;45(4):347-357. doi: 10.1111/birt.12348. Epub 2018 Mar 25. PMID: 29577380; PMCID: PMC6282837.

Bystrova K, Ivanova V, Edhborg M, Matthiesen AS, Ransjö-Arvidson AB, Mukhamedrakhimov R, Uvnäs-Moberg K, Widström AM. Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. *Birth*. 2009 Jun;36(2):97-109. doi: 10.1111/j.1523-536X.2009.00307.x. PMID: 19489802.

Blustein, J. & Liu, J. Time to consider the risks of caesarean delivery for long term child health. *BMJ* 2015; 350: h2410. <https://doi.org/10.1136/bmj.h2410>.

Keag OE, Norman JE, Stock SJ. Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2018 Jan 23;15(1):e1002494. doi: 10.1371/journal.pmed.1002494. PMID: 29360829; PMCID: PMC5779640.



# Bibliografía

Early lactation failure and formula adoption after elective caesarean delivery: Cohort study. Zenardo et al. 2013. BMJ

Rauh C, Beetz A, Burger P, Engel A, Häberle L, Fasching PA, Kornhuber J, Beckmann MW, Goecke TW, Faschingbauer F. Delivery mode and the course of pre- and postpartum depression. Arch Gynecol Obstet. 2012 Dec;286(6):1407-12. doi: 10.1007/s00404-012-2470-8. Epub 2012 Jul 31. PMID: 22847745.

Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. Lancet (London, England). 2018 Oct;392(10155):1341-1348. DOI: 10.1016/s0140-6736(18)31928-7.

De Elejalde, R., & Giolito, E. (2019). Altas tasas de Cesáreas en Clínicas Privadas: ¿Una relación causal?. Observatorio Económico , (135), 4-5. <https://doi.org/10.11565/oe.vi135.8>

