

CESÁREA Y APEGO

Una Nueva Obligación

Marisa Villagrán Becerra

Actualmente, Chile tiene la tasa de cesárea más alta de la región, un 40%, que además es la mayor frecuencia publicada en el mundo. Esto no es asociable a la menor mortalidad que luce Chile (15 por 1000 nacidos vivos), ya que Cuba, con igual mortalidad perinatal, tiene sólo un 23% de cesáreas.

Entre las posibles causas de estas estadísticas, distinguiremos:

Factores Sociológicos

El descenso del parto natural como resultado negativo de la modernización, que se asoció a cambios en el rol de la matrona en Chile, especialmente en el sistema privado de atención de salud. En nuestro medio, la matrona conserva su rol asistencial en partos de hospitales públicos, lo que explicaría que las tasas de intervención institucionales fueran menores. En este rol, además, es importante destacar la influencia positiva del apoyo emocional en el parto, previniendo muchas veces el intervencionismo innecesario.

Otro factor sociológico es la potencial influencia en la actitud del obstetra, efecto provocado en gran medida por el prolongado período de restricción al desplazamiento nocturno que vivió Chile por razones de política gubernamental entre 1973 y 1982. Durante estos años, se incrementó la tendencia a programar los partos, pero una vez que acabó esta restricción, la tendencia se mantuvo, tanto por parte de los equipos médicos como a petición de las mujeres, quienes aparentemente "descubrieron" la "comodidad" de la cesárea electiva. Esta actitud de aceptación y consentimiento de la paciente y del esposo suele ser apoyada por el entorno; puede considerarse un factor cultural muy importante.

Además, el contexto laboral que se consolida en la actualidad alrededor del obstetra y las matronas (más que un lugar de trabajo, práctica privada, sistema de turnos,

requerimientos familiares, etc.) sigue estimulando esta viciosa práctica.

También son factores a considerar la fecundidad desplazada a mayor edad en la mujer chilena y el concepto de único hijo en la gestante tardía. Se da especial importancia a que la mujer mayor de 35 años tiene más riesgo de patologías y se suele aplicar en estos casos el concepto incorrecto de que el parto por cesárea es más sano o seguro para el feto que el parto vaginal.



En los últimos años, además, se ha visto un incremento en cuanto a problemas de litigio por negligencia médica, lo que hace muchas veces que los equipos opten por lo que culturalmente se cree es más sano y seguro tanto para las madres como para los niños.

Factores Médico-Obstétricos

Entre los factores médicos más importantes en la elevada frecuencia de cesáreas se consideran el manejo del parto distócico, la falta de progresión en el trabajo de parto, la cesárea anterior, el embarazo múltiple, la presentación de nalgas y demás presentaciones distócicas, la restricción del crecimiento y la macrosomía fetal, la prematuridad (menor de 34 semanas), el parto del niño con malformaciones mayores y el diagnóstico de sufrimiento fetal. También influye la disminución en el uso de fórceps, el excesivo uso de monitoreo fetal electrónico y la analgesia epidural.

Enfrentando la Realidad

A pesar de haber una corriente en los últimos años, potenciada incluso desde el Ministerio de Salud, que ha llevado a los profesionales a tratar de acercarse nuevamente a lo natural, tanto en el sistema público como en el privado se han implantado estrategias tendientes a reducir los índices de cesáreas.



Por otra parte, hoy, los medios de comunicación dan a las parejas la posibilidad de ver más allá de nuestras fronteras y así conocer otras formas de atención, otras perspectivas y posturas frente al tema. Se ha comenzado a desarrollar en los usuarios un juicio más crítico y participativo con respecto a la atención del parto. Pero no podemos olvidar que, aun en las mejores circunstancias, siempre habrá un porcentaje de mujeres que, inevitablemente, se verá expuesta a un parto quirúrgico.

¿Cómo Surge la Inquietud?

En los últimos 5 años ha aparecido cada vez con más fuerza la búsqueda para recuperar la atención más personalizada en el sistema público de salud y por reducir los índices nacionales de cesárea; así, se generaron múltiples instancias de encuentro y discusión sobre nuestro proce-

der en la atención profesional del parto. Es difícil no emocionarse al presenciar partos naturales (ya tan poco vistos en nuestro medio) y encantarse con la naturaleza al presenciar la magia del apego entre madre e hijo en los primeros minutos de vida.

Estas experiencias me hicieron recordar la frustración que sentí luego de mi trabajo de parto al verme enfrentada a una cesárea, y más aún cuando quise disfrutar del apego y debí conformarme con un pequeño roce de la mejilla de mi hija mientras mis manos estaban atadas; todo ocurrió deprisa, para que mi bebé no se enfriara. Como matrona y como mujer, sentí que era necesario devolver el protagonismo y la participación activa de la mujer en su parto.

Pienso que debemos revalorar y respetar el protagonismo de la mujer y su pareja en el nacimiento de su hijo, especialmente en el parto por cesárea, en el que el eje de la situación suele ser el equipo médico, y no la mujer y su familia.

¿Por qué no se hace apego tras la cesárea?

Tradicionalmente, se dice que el recién nacido se enfría porque los pabellones son grandes y fríos, que la presencia del padre dificulta la circulación en el pabellón, que el padre puede alterarse o desmayarse, que probablemente la madre no esté en buenas condiciones, que se dificultan los procedimientos anestésicos y que se retrasa la atención del recién nacido. Por lo tanto, es necesario que reconozcamos y valoremos el nacimiento como tal, independientemente de la vía del parto.

Desde mi experiencia y conocimiento, invito a que no permitamos que la cesárea sea sólo una cirugía más, un trámite, un procedimiento médico; es el nacimiento de un hijo cuyos padres reconocerán mejor este evento con el apoyo del equipo que les acompaña, en especial, de la matrona. No podemos perder de vista los conocidos e innegables beneficios del apego, que son tanto o más necesarios aún en el parto por cesárea.

Trabajo realizado en la Clínica Los Andes. Los Ángeles, Chile.

En junio del año 2000, basándome en estos conceptos, propuse una nueva forma de atención al equipo médico

con el que trabajaba habitualmente. En este "experimento" fue fundamental el apoyo, tolerancia y disposición del médico anestesista, quien me permitió poner una bolsa de agua caliente en el pecho de las madres una vez que había administrado la anestesia para la cirugía. Además, podía liberar los brazos de la mujer y retirar los equipos de monitorización de que pudiera prescindir por algunos minutos.

Por mi parte, procuraba instalar la vía venosa de tal forma que no se fuera a ver interrumpida la infusión por la flexión del brazo de la mujer.



Los padres pasaron de ubicarse a los pies de la mesa quirúrgica, desde donde observaban la operación, a la cabecera, sentados al lado de su mujer, donde pueden tomar su mano y acariciar su cabeza y sólo mirar la intervención si lo desean. Las auxiliares de Neonatología preparan la bolsa de agua, ropa de abrigo (gorrito, camiseta abierta, calcetines) y mantillas gruesas para el bebé. Una vez realizada la primera inspección del recién nacido por parte del pediatra, al momento de ligar el cordón, simbólicamente le ofrezco a los padres que lo corten (lo que tiene mucha aceptación) y luego lo vestimos y envolvemos. La mayor parte de las veces son los padres quienes llevan a su hijo a la madre. En ese momento retiro la bolsa de agua, soltamos las manos, dejamos expuesto el pecho del bebé y lo ponemos piel a piel en brazos de su madre. Muchos niños incluso alcanzan a alimentarse en estos primeros minutos de contacto.

Así, comenzamos a sorprendernos al ver cómo los niños dejaban de llorar, abrían sus ojos y reaccionaban como cualquier otro nacido por parto vaginal. Creo que esa vivencia nos confirmaba que estábamos ante un parto, y

no sólo una cirugía, y que valía la pena cambiar la estrategia de la atención.

Objetivo

- Generar en el parto quirúrgico la experiencia del apego.
- Favorecer el vínculo madre-hijo y la lactancia materna.
- Incentivar la participación activa del padre en el parto por cesárea.
- Recuperar el protagonismo de la familia en el parto operatorio.

Lo que se necesita para que estos objetivos se cumplan es:

- Fuente de calor (37 - 38°C), por ejemplo, a través de una bolsa de agua caliente.
- Abrigo para el recién nacido.
- Disposición del obstetra y del anestesista.
- Postergar, si es posible, quince minutos la atención del pediatra.
- Motivación del personal auxiliar.
- Preocupación, disposición, voluntad y apoyo de la matrona.
- Motivación de los padres.
- Música elegida por los padres.

En el año 2003, decidí recolectar los datos de 68 mujeres atendidas antes y después de junio del año 2000 para objetivar los beneficios de esta experiencia. En el siguiente cuadro se muestra el **tiempo de apego** del que gozaron madre y bebé en base a la variable calor. El apego no fue piel a piel en los casos en los que no se recibió calor.

Tiempo de Apego	Sin Calor 35 Casos	Con Calor 33 Casos
Ninguno	26 (74%)	2 (6%)
5'	5 (14%)	9 (27%)
10'	1 (3%)	11 (34%)
15'	1 (3%)	8 (24%)
20'	2 (6%)	2 (6%)
25'	0 (0%)	1 (3%)

Conclusiones

1.- Si bien éste es sólo un análisis preliminar de un total de 270 partos atendidos por cesárea durante los años 1997 - 2003, es llamativo que no hay diferencias signifi-

cativas si observamos sólo el tiempo que tarda el proceso de termorregulación del RN, pero al asociarlo a la duración del apego y considerando que éste se llevó a cabo piel a piel gracias a la aplicación de calor, sí aparecen importantes diferencias a tener en cuenta, en especial en el tipo de alimentación del RN.



2.- Es notable también el logro de lactancia materna exclusiva hasta el alta (tercer día) cuando se realizó apego. Además, la lactancia materna exclusiva se mantuvo en el 100% de los casos al control de los 7 días de vida, y los RN que requirieron alimentación complementaria pudieron usar exclusivamente leche materna extraída.

3.- La menor pérdida de peso en los niños sin apego se debe directamente al uso de leches maternizadas desde las primeras horas de vida, lo que retarda y dificulta más aún el inicio de la lactancia materna. Aún así, la diferencia de peso fue de sólo 19 gr., por lo que no se justifica no realizar el apego durante la cesárea.

4.- Siendo similar el tiempo en el que se determinó que la termorregulación se había logrado, la diferencia en el tiempo de la primera alimentación llama la atención. Probablemente esto se debe a la motivación que se ha logrado en el personal que da el cuidado y que pone especial atención en estos niños para llevarlos a la sala de recuperación a alimentarse.

5.- La satisfacción expresada por los padres con esta experiencia es ampliamente superior, especialmente en los que ya han tenido cesáreas previas sin realizar apego.

Es destacable, además, el efecto en el equipo de salud, quienes inicialmente se impactaron al ver el progreso de estos bebés.

En el último año, luego del apego con la madre, se le comenzó a entregar la bolsa de agua caliente a los padres que lo deseen y en lugar de terminar la termorregulación del niño dentro de la incubadora (como se hace habitualmente), es el padre quien continúa con el apego piel a piel. Además de ser una experiencia tremendamente gratificante para los padres, los niños estabilizan su temperatura en alrededor de 20 minutos. Estos niños suelen iniciar su primera alimentación en torno a la hora de vida, momento en que están más alerta, y las madres, con mejor analgesia.

Resumen comparativo de algunas de las variables consideradas

Promedio	Sin Calor	Con Calor
Tiempo de Apego	3'	16'
1° Control Temp. Rectal	36,9°C	37°C
Tiempo termorregulador	76'	74'
Tiempo 1ª alimentación	134'	91'
Pérdida de peso al alta	201 gr.	220 gr.

Resumen comparativo por tipo de alimentación al alta

Tipo de alimentación	Sin Calor	Con Calor
Leche maternizada	1 (3%)	0 (0%)
Alimentación mixta	10 (29%)	0 (0%)
Lact. materna exclusiva	24 (68%)	33 (100%)

El desafío propuesto es, por una parte, difundir la práctica del apego piel a piel en el parto por cesárea, y, por otra, cambiar las incubadoras por el apego piel a piel con el padre en el período de termorregulación del recién nacido.

La invitación está hecha. Te necesitamos.

Fotografías: Marisa Villagrán Becerra

Marisa Villagrán Becerra es Licenciada en Obstetricia y Puericultura (Univ. de Concepción) y Diplomada en Hipnosis Clínica (Univ. de Valparaíso). Dicta talleres de preparación a la maternidad, puerperio y lactancia materna en Chile. Su experiencia personal de dos cesáreas ha reforzado su afán por la defensa del parto natural y la importancia del vínculo afectivo tras la cesárea.