

cesárea (cesárea; C-sección) – cesarean section (caesarean section; C-section)

Authored by
memjavad

November 15, 2025

RECOMMENDED CITATION

memjavad (2025). *cesárea (cesárea; C-sección) – cesarean section (caesarean section; C-section)*. Spanish Psychological Databases. Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=4336>

Cesárea (Sección Cesárea; C-section)

Primary Disciplinary Field(s): Obstetricia, Cirugía, Salud Pública

1. Definición Central y Clasificación

La cesárea, formalmente conocida como sección cesárea, es una intervención quirúrgica mayor mediante la cual se realiza la extracción de uno o más fetos a través de incisiones controladas en la pared abdominal (laparotomía) y en la pared uterina (histerotomía) de la madre. Este procedimiento se lleva a cabo cuando el parto vaginal presenta riesgos inaceptables para la salud de la madre o del feto, o cuando existen condiciones que impiden la progresión segura del trabajo de parto. A diferencia del parto vaginal, que es un proceso fisiológico, la cesárea es un acto médico que requiere anestesia regional o general, un ambiente estéril y un equipo quirúrgico especializado, y conlleva los riesgos inherentes a cualquier cirugía abdominal.

Desde una perspectiva clínica, las cesáreas se clasifican primariamente en dos grandes categorías: **electivas** y **de emergencia**. La cesárea electiva se planifica con antelación, generalmente después de la semana 39 de gestación, debido a condiciones maternas o fetales conocidas que hacen desaconsejable o imposible el parto vaginal (por ejemplo, presentación pélvica persistente o una cesárea previa). Por otro lado, la cesárea de emergencia se realiza cuando surgen complicaciones agudas e inesperadas durante el trabajo de parto que amenazan la vida o la salud inmediata de la madre o del bebé, como el desprendimiento prematuro de placenta o la hipoxia fetal grave. La distinción entre estas categorías es fundamental, ya que el tiempo de respuesta y los riesgos asociados varían drásticamente, siendo las cesáreas de emergencia las que presentan un mayor desafío logístico y de morbilidad.

Adicionalmente, la técnica quirúrgica utilizada permite una subclasificación basada en la ubicación y orientación de la incisión uterina. La técnica más común y segura en la obstetricia moderna es la incisión transversa baja (segmento uterino inferior), conocida como incisión de [Pfannenstiel](#) o similar, que permite una cicatrización más fuerte y reduce el riesgo de rotura uterina en embarazos posteriores. En contraste, la incisión vertical clásica, aunque raramente utilizada hoy en día, se emplea en situaciones específicas como placenta previa anterior o cuando el feto es extremadamente prematuro y el segmento uterino inferior no está bien desarrollado. Comprender esta clasificación es crucial para la gestión del embarazo actual y la planificación de futuros partos, especialmente en lo que respecta a la posibilidad de un parto vaginal después de una cesárea (PVDC).

2. Etimología e Historia del Procedimiento

La etimología del término "cesárea" está envuelta en mitos y debates históricos, aunque la creencia popular la asocia erróneamente con el nacimiento de Julio César. La explicación más

plausible y aceptada por los historiadores médicos deriva de la [Lex Caesarea](#), una ley romana que, en sus versiones más antiguas, requería que un niño fuera extraído quirúrgicamente del útero de una madre fallecida (o moribunda) para intentar salvar la vida del bebé y permitir un entierro separado de la madre, práctica que se remonta al menos al siglo VII a. C. La palabra podría también estar relacionada con el verbo latino *caedere*, que significa 'cortar', una descripción directa del procedimiento quirúrgico. Es importante destacar que, independientemente de la etimología precisa, las referencias históricas iniciales se centran casi exclusivamente en procedimientos post-mortem, ya que realizar la cesárea en una mujer viva antes del siglo XIX generalmente resultaba fatal para la madre debido a la hemorragia y la infección.

Durante la Edad Media y el Renacimiento, el procedimiento se documentó principalmente en textos religiosos y folclóricos, pero su aplicación en madres vivas era extremadamente rara y desesperada. La supervivencia materna era casi nula hasta el advenimiento de la cirugía moderna. El punto de inflexión histórico ocurrió en el siglo XVI, cuando se reportaron casos aislados de supervivencia, aunque la fiabilidad de estos informes es cuestionable. Sin embargo, el verdadero avance se produjo a finales del siglo XIX. La introducción de la [antisepsia](#) por Joseph Lister, el desarrollo de la anestesia segura y, crucialmente, la técnica de sutura uterina, transformaron la cesárea de un último recurso letal a un procedimiento viable. Antes de la sutura uterina, la matriz se dejaba abierta, lo que garantizaba la muerte por hemorragia o peritonitis; el desarrollo de técnicas de sutura por cirujanos como Max Sänger en la década de 1880 fue esencial para reducir drásticamente la mortalidad materna.

El siglo XX consolidó la cesárea como una herramienta obstétrica segura y eficaz. La mejora en las técnicas de transfusión sanguínea, el desarrollo de antibióticos potentes y la estandarización del procedimiento de incisión transversa baja por Monro Kerr a principios del siglo XX, que minimizaba el sangrado y maximizaba la integridad uterina, aseguraron que la cesárea pudiera salvar vidas de manera rutinaria. Este avance, si bien positivo, también sentó las bases para el debate contemporáneo sobre las tasas de cesárea. Mientras que históricamente la cesárea se realizaba solo para salvar una vida que de otro modo se perdería, su seguridad mejorada permitió que se utilizara para prevenir morbilidad fetal o materna, lo que condujo a un aumento gradual y luego exponencial de su prevalencia a nivel mundial.

3. Indicaciones Médicas y Tipos de Procedimiento

Las indicaciones para una cesárea son amplias y se basan en la evaluación de riesgo-beneficio para la díada madre-feto. Las indicaciones fetales más comunes incluyen la **sufrimiento fetal** agudo o crónico (indicado por patrones anormales en el monitoreo cardíaco fetal), la presentación anómala (como la presentación podálica o de nalgas, especialmente en primíparas), o la macrosomía fetal extrema. Las indicaciones maternas abarcan condiciones preexistentes o desarrolladas durante el embarazo, tales como placenta previa total (donde la placenta cubre el

cuello uterino), desprendimiento de placenta, o la presencia de enfermedades maternas graves que se exacerbarían por el esfuerzo del parto vaginal (como ciertas cardiopatías o infecciones activas como el VIH o el herpes genital). Una indicación cada vez más frecuente es el antecedente de una cesárea previa, que puede llevar a una repetición de la cesárea para evitar el riesgo de rotura uterina, aunque el PVDC sigue siendo una opción viable en muchos casos.

En cuanto a la técnica quirúrgica, el procedimiento estándar moderno se realiza bajo anestesia regional (epidural o espinal) que permite a la madre permanecer despierta pero sin dolor. El abordaje comienza con la incisión abdominal. La técnica de [Pfannenstiel](#), una incisión curva y baja a través de la línea del bikini, es la preferida por razones cosméticas y de menor morbilidad de la pared abdominal. Después de abrir el abdomen, el cirujano procede a la histerotomía. La incisión uterina de elección es la transversa baja, que se realiza en el segmento uterino inferior, la parte más delgada y menos vascularizada del útero. Esta incisión sangra menos, es más fácil de reparar y tiene la mayor probabilidad de curación sin complicaciones, lo que es vital para la integridad uterina en futuros embarazos.

Tras la extracción del bebé, la placenta se retira y la atención se centra en la reparación meticulosa del útero y las capas abdominales. El útero se sutura típicamente en una o dos capas, buscando una hemostasia completa y una cicatrización óptima. La reparación de la pared abdominal se realiza capa por capa, cerrando el peritoneo, el músculo y la fascia, y finalmente la piel. La duración total de la cirugía es generalmente de 45 a 60 minutos, aunque la extracción del bebé en una cesárea de emergencia puede tardar solo unos minutos. La elección de la técnica quirúrgica está guiada por la urgencia, la anatomía materna, y la experiencia del cirujano, pero el objetivo primordial es siempre minimizar el trauma tisular y optimizar la recuperación materna a largo plazo.

4. Protocolo Quirúrgico y Recuperación

El protocolo quirúrgico de la cesárea está altamente estandarizado para garantizar la seguridad del paciente. Antes de ingresar al quirófano, se administra profilaxis antibiótica intravenosa para reducir el riesgo de infección de la herida y endometritis. La anestesia regional es la opción preferida porque ofrece un excelente control del dolor intraoperatorio y postoperatorio, minimiza la depresión respiratoria neonatal y permite a la madre experimentar el nacimiento de su hijo. Solo en casos de extrema urgencia, contraindicaciones a la anestesia regional, o fracaso de la misma, se recurre a la anestesia general. El posicionamiento de la paciente, la preparación aséptica del abdomen y el draping estéril son pasos cruciales antes de la incisión inicial.

La recuperación postoperatoria inmediata requiere una monitorización intensiva de la madre, centrándose en el control de la hemorragia uterina y la estabilidad de los signos vitales. La madre suele permanecer en el área de recuperación durante varias horas. El manejo del dolor es una

prioridad absoluta para facilitar la movilidad temprana, que es esencial para prevenir complicaciones como el tromboembolismo venoso. Se utilizan regímenes de analgesia multimodal, incluyendo opioides y antiinflamatorios no esteroideos, a menudo administrados a través de catéteres epidurales o bombas de infusión controladas por el paciente.

La recuperación a largo plazo de una cesárea es significativamente más prolongada que la de un parto vaginal sin complicaciones. La estancia hospitalaria promedio es de tres a cuatro días. Se alienta a la madre a caminar lo antes posible (de 6 a 12 horas después de la cirugía), lo que ayuda a la función intestinal y reduce el riesgo de coágulos. Las restricciones físicas, como no levantar objetos pesados, son necesarias durante al menos seis semanas para permitir que la incisión abdominal y uterina cicatricen completamente. La principal preocupación a largo plazo es la integridad de la cicatriz uterina, ya que una cicatriz débil aumenta el riesgo de rotura uterina en futuros embarazos, lo que requiere una cuidadosa planificación reproductiva y la consideración de opciones de parto futuro.

5. Tendencias Globales y Tasas de Uso

Una de las dinámicas más significativas en la obstetricia moderna es el aumento dramático y persistente de las tasas de cesárea a nivel mundial. La [Organización Mundial de la Salud \(OMS\)](#) ha establecido históricamente que las tasas de cesárea superiores al 10-15% en una población no se asocian con reducciones adicionales en la mortalidad materna o neonatal. Sin embargo, en muchas naciones desarrolladas y en regiones de ingresos medios, las tasas superan con creces este umbral. En países como Brasil, República Dominicana y China, las tasas pueden exceder el 40% o incluso el 50% en hospitales privados, lo que ha generado una preocupación global sobre la medicalización excesiva del nacimiento.

El aumento de estas tasas se atribuye a una compleja interacción de factores. Médicamente, influyen el aumento de la edad materna (asociada a mayores riesgos), el incremento de la obesidad y las comorbilidades, y la alta tasa de cesáreas repetidas. Institucionalmente, la práctica de la medicina defensiva (evitar demandas por malos resultados), la conveniencia logística para los proveedores de salud y las políticas hospitalarias que priorizan la eficiencia sobre el proceso de parto natural contribuyen al fenómeno. Socialmente, la preferencia materna por la cesárea, a menudo denominada "cesárea a demanda", impulsada por el deseo de programar el nacimiento o evitar el dolor del parto, también juega un papel creciente.

Este fenómeno tiene profundas implicaciones para la salud pública. Las altas tasas de cesárea desvían recursos sanitarios significativos que podrían destinarse a otras necesidades materno-infantiles. Más importante aún, el exceso de cesáreas innecesarias expone a madres y bebés a riesgos quirúrgicos sin un beneficio compensatorio. La OMS y otras organizaciones sanitarias internacionales están abogando por estrategias para reducir las tasas de cesárea no indicadas

médicamente, enfocándose en mejorar la educación prenatal, fomentar el apoyo continuo durante el trabajo de parto y aplicar directrices estrictas para la indicación de la primera cesárea, reconociendo que la primera cesárea es a menudo el precursor de muchas más.

6. Riesgos y Complicaciones Asociadas

Aunque la cesárea es un procedimiento que salva vidas, no está exento de riesgos significativos, tanto para la madre como para el recién nacido. Los riesgos maternos a corto plazo incluyen la **hemorragia postparto** (debido a la atonía uterina o problemas de coagulación), la infección de la herida quirúrgica o del endometrio (endometritis), y las complicaciones relacionadas con la anestesia. Además, debido a la inmovilidad postoperatoria, existe un riesgo incrementado de desarrollar tromboembolismo venoso (coágulos sanguíneos), que puede ser potencialmente mortal si migran a los pulmones (embolia pulmonar). Estos riesgos son generalmente mayores en las cesáreas de emergencia en comparación con las programadas.

Las complicaciones a largo plazo son de particular preocupación. La cicatriz uterina resultante de la histerotomía aumenta el riesgo de complicaciones en futuros embarazos, siendo la más grave la **placenta accreta** (implantación anormalmente profunda de la placenta en la pared uterina) y la rotura uterina durante un parto vaginal posterior. La placenta accreta es una condición que requiere frecuentemente una histerectomía de emergencia al momento del parto para controlar la hemorragia, lo que subraya el impacto reproductivo duradero de una cesárea. Además, algunas mujeres experimentan dolor crónico en la cicatriz o adherencias pélvicas que pueden contribuir a la infertilidad secundaria o al dolor pélvico crónico.

Para el recién nacido, la cesárea, especialmente si se realiza antes de la semana 39 sin una indicación médica clara, conlleva ciertos riesgos. El riesgo más común es la taquipnea transitoria del recién nacido, una dificultad respiratoria causada por la retención de líquido pulmonar, que normalmente se expulsa durante el paso por el canal de parto. Aunque generalmente es leve, requiere atención médica. Existe también alguna evidencia que sugiere que la cesárea puede alterar la colonización microbiana intestinal del bebé, lo que potencialmente podría influir en el desarrollo del sistema inmunológico y aumentar ligeramente el riesgo de ciertas condiciones alérgicas o autoinmunes más adelante en la vida. Por estas razones, la decisión de realizar una cesárea debe ser siempre una balanza cuidadosamente sopesada entre el riesgo del parto vaginal y el riesgo quirúrgico.

7. Implicaciones Éticas y Sociales

La alta prevalencia de la cesárea ha abierto importantes debates éticos y sociales sobre la autonomía materna, la calidad de la atención obstétrica y la justicia sanitaria. Un punto central de la discusión ética es la "cesárea a demanda" o cesárea sin indicación médica. Mientras que

algunos argumentan que la autonomía de la mujer debe prevalecer, permitiéndole elegir el método de parto, otros señalan la obligación ética del médico de no someter a la paciente a un riesgo quirúrgico innecesario, especialmente considerando los riesgos a largo plazo para futuros embarazos. La responsabilidad del sistema de salud es garantizar que la decisión de la mujer esté informada, es decir, que comprenda plenamente los riesgos inherentes al procedimiento y las alternativas disponibles.

Desde una perspectiva social y de equidad, la disparidad en las tasas de cesárea es preocupante. Las tasas son a menudo alarmantemente bajas en entornos de bajos recursos donde el acceso a la cirugía de emergencia es limitado, lo que resulta en una alta mortalidad materna y neonatal evitable por complicaciones como la distocia o la hemorragia. A la inversa, las tasas excesivamente altas en el sector privado o en países de altos ingresos sugieren que factores no médicos (económicos, logísticos) están impulsando la práctica, lo que plantea interrogantes sobre la justicia en la distribución de los recursos sanitarios y la calidad de la atención basada en el modelo de pago.

Finalmente, la cesárea influye en la experiencia del parto y el vínculo temprano. Aunque los estudios demuestran que el vínculo madre-hijo no se ve fundamentalmente comprometido por una cesárea, la experiencia quirúrgica puede ser percibida como menos satisfactoria o más traumática para algunas mujeres, especialmente si la cirugía fue inesperada o de emergencia. Los esfuerzos modernos se centran en la humanización de la cesárea, promoviendo el contacto piel con piel inmediato en el quirófano (la "cesárea naturalizada") y asegurando que las madres reciban apoyo emocional adecuado para procesar su experiencia de parto, reconociendo que el nacimiento es un evento psicológico y social tan profundo como un evento médico.

8. Lecturas Adicionales

[Wikipedia: Cesárea](#)

[Organización Mundial de la Salud \(OMS\): Sección Cesárea](#)

[Mayo Clinic: Parto por Cesárea](#)