

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



TESIS DOCTORAL

**Morbilidad diferencial en las cesáreas anteriores:
Elegir entre un parto vaginal y una cesárea iterativa**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA

PRESENTADA POR

Eva Gloria Mozo Valdivieso

Director

José María Blanco Rodríguez

Madrid, 2014

PROGRAMA DE DOCTORADO DE CUIDADOS DE SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID



**MORBILIDAD DIFERENCIAL EN LAS CESÁREAS
ANTERIORES: ELEGIR ENTRE UN PARTO
VAGINAL Y UNA CESÁREA ITERATIVA**

TESIS DOCTORAL

Eva Mozo Valdivieso

DIRECTOR

Doctor José María Blanco Rodríguez

2014

"El mundo exige resultados.

No les cuentes a otros tus dolores del parto.

Muéstrales al niño".

Indira Gandhi



AGRADECIMIENTOS

Me gustaría que estas líneas sirvieran para expresar mi más profundo y sincero agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización del presente trabajo, en especial al Dr. Jose María Blanco Rodríguez, director de esta tesis, por la orientación, el seguimiento y la supervisión continua de la misma, pero sobre todo por la motivación y el apoyo recibido a lo largo del proceso. Mi mayor agradecimiento no es sólo a su labor académica sino al carácter humano de la misma, ya que en todo momento ha sido un apoyo personal y moral.

Especial reconocimiento merece el interés y la ayuda prestada por la Dra. María del Carmen Blanco, estadística del servicio informático de apoyo al usuario-investigación, oficina de tecnologías de la información de CC. Salud, CC. Información y Bellas Artes de la universidad complutense de Madrid, por todo su gran trabajo en el análisis e interpretación de los datos.

También quiero dar las gracias a Eulalia Grifol, bibliotecaria del Hospital Universitario Fundación de Alcorcón (HUFA), por su colaboración en la búsqueda bibliográfica y asesoramiento en la utilización del programa RefWorks y las bases de datos, necesarias para la realización de la parte empírica de esta investigación.

Quisiera hacer extensiva mi gratitud a mis compañeros del departamento de bloque obstétrico del Hospital Universitario Fundación de Alcorcón y, especialmente a todo el equipo de matronas y matronas residentes por su amistad, apoyo incondicional y colaboración.

También quiero dar las gracias a las mujeres y sus parejas que sacrificaron parte de su tiempo para participar de forma voluntaria y desinteresada en este estudio, para poder ayudar y asesorar a futuras embarazadas que se encuentren en su misma situación.

Un agradecimiento muy especial merece la comprensión, paciencia y el ánimo recibidos de mi familia y amigos.

Y por último, a Manuel Prieto Valderrey, Ingeniero Técnico Industrial por su asesoramiento y su contribución logística en el desarrollo de la tesis. Te quiero dar las gracias también por tu perseverancia y constancia, porque desde el principio me has acompañado y animado en este trabajo. Sin tu comprensión, compañía y amor no hubiera podido realizarlo.

A todos ellos, muchas gracias.

INDICE

RESUMEN	13
ABSTRACT	23
INTRODUCCIÓN	33
1. HISTORIA.....	35
2. ESTADO ACTUAL EN EL MUNDO	38
3. ESTADO ACTUAL EN ESPAÑA	43
4. SOCIEDADES GINECOLÓGICAS	50
5. RIESGOS Y BENEFICIOS DEL PVDC Y DE LA CESÁREA ITERATIVA	55
5.1 RIESGOS DEL PVDC	55
5.1.1 ROTURA UTERINA:	55
5.1.2 DEHISCENCIA UTERINA:	59
5.1.3 INFECCIÓN MATERNA:	62
5.1.4 MORBILIDAD NEONATAL:	62
5.2 BENEFICIOS DEL PVDC.....	64
5.2.1 ESTANCIA HOSPITALARIA	64
5.2.2 RECUPERACIÓN POSTPARTO.....	64
5.2.3 ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA	65
5.2.4 HEMORRAGIA Y TRANSFUSIÓN.....	65
5.2.5 INFECCIÓN Y FIEBRE	66
5.2.6 MORBILIDAD RESPIRATORIA NEONATAL	66
5.3 RIESGOS DE LA CESÁREA ELECTIVA	67
5.3.1 INFECCIONES PERIOPERATORIAS	68
5.3.2 HEMORRAGIA Y TRANSFUSIÓN.....	69
5.3.3 LESIÓN DE ÓRGANOS ABDOMINALES	70
5.3.4 ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA.....	72
5.3.5 TIEMPO QUIRÚRGICO Y ESTANCIA HOSPITALARIA	73
5.3.6 ANOMALÍAS DE PLACENTACIÓN	74
5.3.7 MORBILIDAD NEONATAL.....	76
5.4 BENEFICIOS DE LA CESÁREA ELECTIVA.....	78

5.4.1 SUELO PÉLVICO	79
5.4.2 INTERVENCIÓN PLANIFICADA.....	79
5.4.3 MORBILIDAD NEONATAL.....	80
6. INFORMACIÓN A LAS GESTANTES PARA ELEGIR ENTRE UN PVDC O UNA CESÁREA ITERATIVA	83
6.1 REQUISITOS PARA INTENTAR UN PVDC.....	85
6.1.1 INSTALACIONES Y PERSONAL.....	85
6.1.2 MONITORIZACIÓN INTRAPARTO.....	85
6.1.3 ANESTESIA Y ANALGESIA.....	86
6.1.4 EXPLORACIONES UTERINAS DURANTE EL PARTO	86
6.2 MOTIVOS DE ELECCIÓN MATERNA: PARTO VAGINAL.....	86
6.3 MOTIVOS DE ELECCIÓN MATERNA: CESÁREA.....	87
6.4 PREFERENCIAS DE LAS MUJERES	89
6.5 INFORMACIÓN DE LOS RIESGOS Y BENEFICIOS	90
6.6 INFLUENCIA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS.....	93
6.7 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	94
7. EXPERIENCIA DE LAS MUJERES	97
8. CANDIDATAS IDEALES PARA UN PVDC: VARIABLES DE EXITO.....	98
8.1 FACTORES PRENATALES	98
8.1.1 INDICACIÓN DE LA CESÁREA PREVIA.....	98
8.1.2 HISTORIA DE UN PARTO VAGINAL PREVIO.....	99
8.1.3 FACTORES DEMOGRÁFICOS	99
8.1.4 ENFERMEDADES MATERNAS	100
8.2 FACTORES INTRAPARTO	100
8.2.1 INICIO DEL TRABAJO DE PARTO.....	100
8.2.2 MACROSOMIA FETAL	101
8.2.3 TIPO DE HOSPITAL.....	101
9. APORTACIONES Y ATENCIÓN DE LAS MATRONAS EN EL PVDC Y EN LA CESÁREA ELECTIVA	103
9.1 CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN DE LAS MATRONAS.....	105
9.2 ATENCIÓN DE LA MATRONA ANTES DEL NACIMIENTO.....	106
9.3 ATENCIÓN DE LA MATRONA DURANTE EL PARTO.....	106
9.4 ATENCIÓN DE LA MATRONA DURANTE EL PUERPERIO	107
9.5 MATRONAS E INVESTIGACIÓN	107

JUSTIFICACIÓN.....	109
1. TASA DE CESÁREAS	112
2. SEGURIDAD DEL PVDC.....	113
3. ACCESO DE LAS MUJERES A SU MODO DE PARTO PREFERIDO	114
4. CONSIDERACIONES ÉTICAS EN EL PVDC	116
4.1 MUJER EMBARAZADA.....	116
4.2 NEONATO.....	117
4.3 PROFESIONALES SANITARIOS.....	117
4.4 SOCIEDAD.....	118
5. DEFINICIÓN DE MORBILIDAD	118
6. FUNDAMENTO DEL ESTUDIO	119
HIPÓTESIS.....	123
OBJETIVOS	127
1. OBJETIVO GENERAL	129
2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	129
METODOLOGÍA.....	131
1. TIPO DE ESTUDIO	133
2. POBLACIÓN DIANA, ESTIMACIÓN DEL TAMAÑO MUESTRAL Y MÉTODO DE MUESTREO	133
3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	134
4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	134
5. VARIABLES.....	135
5.1 VARIABLES PRINCIPALES	135
5.2 DATOS GENERALES	135
5.3 MORBILIDAD MATERNA.....	136
5.4 MORBILIDAD NEONATAL.....	137
RECOGIDA DE INFORMACIÓN.....	139
1. RECOGIDA DE DATOS	141
2. PRUEBA PILOTO	142
3. ASPECTOS ÉTICOS	142

4. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	144
5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	144

RESULTADOS..... 147

1. DATOS GENERALES.....	150
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA	150
1.2 EDAD MATERNA	151
1.3 GRUPO ÉTNICO	152
1.4 NIVEL CULTURAL.....	154
1.5 MOTIVOS DE ELECCIÓN MATERNA: CESÁREA.....	156
1.6 MOTIVOS DE ELECCIÓN MATERNA: PARTO VAGINAL.....	158
2. MORBILIDAD MATERNA.....	161
2.1 COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS	161
2.1.1 HEMORRÁGICAS	161
2.1.2 LESIONES VISCERALES	163
2.2 COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS.....	164
2.2.1 INFECCIOSAS	164
2.2.2 TROMBOEMBÓLICAS	164
2.3 RESUMEN COMPLICACIONES MATERNAS.....	164
2.4 LESIONES DEL PERINÉ	166
2.5 DURACIÓN DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA	166
2.6 VISITAS POSTERIORES A URGENCIAS.....	167
2.7 DOLOR	170
2.8 TIPO DE DOLOR	172
2.9 TOMA DE ANALGESIA	173
2.10 TIPO DE ANALGESIA	175
2.11 MOTIVO DE LA TOMA DE ANALGESIA	177
2.12 SATISFACCIÓN MATERNA.....	179
2.13 DEPRESIÓN PUERPERAL	185
2.14 CALIDAD DE VIDA.....	188
3. MORBILIDAD NEONATAL.....	197
3.1 DISTRÉS RESPIRATORIO	197
3.2 PREMATURIDAD IATROGÉNICA	197
3.3 INGRESO EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA	198

3.4 ESTANCIA HOSPITALARIA EN LA UNIDAD NEONATAL	199
3.5 RIESGO DE INFECCIÓN	200
3.6 VISITAS POSTERIORES A URGENCIAS.....	200
3.7 APGAR AL MINUTO DE VIDA.....	203
3.8 APGAR A LOS CINCO MINUTOS DE VIDA	205
3.9 PH ARTERIAL AL NACIMIENTO.....	205
3.10 REANIMACIÓN NEONATAL.....	207
3.11 PESO DEL RECIÉN NACIDO.....	209
4. MORBILIDADES GENERALES.....	211
4.1 MORBILIDAD GENERAL MATERNA	211
4.2 MORBILIDAD GENERAL NEONATAL	213
DISCUSIÓN.....	217
1. MORBILIDAD MATERNA.....	220
2. MORBILIDAD NEONATAL.....	228
3. MORBILIDADES GENERALES.....	232
3.1 MORBILIDAD GENERAL MATERNA:	233
3.2 MORBILIDAD GENERAL NEONATAL:	233
4. CONSIDERACIONES FINALES	233
CONCLUSIONES	235
BIBLIOGRAFIA	239
FIGURAS Y TABLAS	251
1. FIGURAS	253
2. TABLAS.....	255
ABREVIATURAS	261
ANEXOS	265
ANEXO 1: DATOS GENERALES	267
ANEXO 2: ESCALA LIKERT DE SATISFACCIÓN	268
ANEXO 3: MORBILIDAD MATERNA.....	269

ANEXO 4: MORBILIDAD NEONATAL.....	270
ANEXO 5: VALORACIÓN DEL DOLOR	271
ANEXO 6: VALORACIÓN VISITAS A URGENCIAS.....	272
ANEXO 7: ESCALA EDIMBURGO	273
ANEXO 8: CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA SF-36.....	274
ANEXO 9: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	279
ANEXO 10: APROBACIÓN COMITÉ ÉTICO	282

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La determinación del enfoque para el tipo de parto es fundamental para la práctica obstétrica. También es, con demasiada frecuencia, un punto de inflamación para los debates sobre la ética y la medicina reproductiva(1).

Un caso muy concreto de esta problemática es el parto después de una cesárea anterior. Por lo menos durante tres décadas, el enfoque apropiado para el nacimiento después de una cesárea anterior se ha caracterizado por cambios dramáticos en la práctica obstétrica y las políticas restrictivas cada vez más cuestionadas. Alrededor del parto vaginal después de cesárea (PVDC) se han afianzado otras situaciones de nacimiento, sobre todo en torno al acceso para elegir un parto por cesárea en ausencia de indicación médica. La evaluación de los datos emergentes acerca de los perfiles de riesgo de la prueba de parto frente a la cesárea de repetición ha sido objeto de continua investigación y debate. Mientras tanto, las experiencias de las mujeres han estado marcadas por una considerable variación en los patrones de la práctica sanitaria, con un peso significativo de diferencias por región y por hospitales(1).

Ha habido una confusión sobre los papeles respectivos de la seguridad, las preferencias de los profesionales sanitarios y las gestantes y los costes que se generan y el papel que deben desempeñar en la elaboración de un enfoque centrado y basado en la evidencia para el parto, sobre cómo éticamente se acerca a la decisión entre un PVDC o una cesárea programada, desde el punto de vista de la atención clínica y de las políticas públicas(1).

Existen una serie de cuestiones que tienden a marcar el debate sobre el PVDC(1):

- La tasa de parto por cesárea.
- La seguridad de la madre y del feto.
- El acceso a las mujeres hacia el modo de parto preferido, indicando en cada caso su decisión hacia una parto vaginal o una cesárea.

Estos tres conjuntos de consideraciones dan una premisa de las complejidades que rodean el PVDC. Abordar estas complicadas

inquietudes requiere tratar un punto de vista ético, científico y social para desarrollar un marco responsable de elaboración de directrices para tratar el problema desde un punto de vista general y particular a través de los encuentros clínicos individuales(1).

Se han planteado muchas razones para explicar el aumento de la cesárea durante los últimos años, como el uso cada vez mayor de monitorización continua de la frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto, una reducción en la formación de los obstetras en los partos vaginales y partos con presentación de nalgas, la elección materna del tipo de parto tras una cesárea anterior y el aumento de las demandas por parte de los usuarios. La cesárea iterativa es la indicación obstétrica más frecuente para la cesárea, en el 28% de los partos en el Reino Unido, más del 40% de los partos en Estados Unidos y en el 22,5% de los partos en España(2).

Las inquietudes por el incremento en la tasa de cesárea por cesárea iterativa han dado lugar a la declaración, por parte de diversos organismos oficiales, tales como SEGO, ACOG y OMS, que el parto vaginal después de la cesárea es una opción segura y aceptable. El éxito de las tasas de parto vaginal después que la cesárea se cita variablemente entre el 56% y el 80%, aunque la proporción de mujeres que intentan un parto vaginal varía considerablemente(3,4).

A pesar de estos resultados ha habido una disminución marcada en el número de mujeres que intentan PVDC, esto es debido a que un gran número de los informes de bibliografía recientes destacan un mayor riesgo de morbilidad y de muerte perinatal asociada con el PVDC, mostrándose las usuarias reticentes a intentar parto vaginal al leer el consentimiento informado. En contrapartida, aunque todos estos organismos actualmente luchan por disminuir el índice de cesáreas todavía en sus protocolos se plantea la opción de que sea la mujer la que elija el tipo de nacimiento que desea para su hijo. Esta manera de fomentar que las mujeres puedan elegir la cesárea se apoya en la tendencia de reconocer los derechos de la mujer y de su hijo, a través del Acuerdo de Helsinki que estableció claramente las leyes internacionales que un individuo tiene el derecho a rechazar un tratamiento médico aunque esté médicamente indicado. Pero esto no quiere decir que lo contrario sea también cierto: que un individuo tenga derecho a pedir un tratamiento que no esté médicamente indicado(5).

Para apoyar todo esto existen estudios que demuestran que existen beneficios y daños asociados tanto con el parto por cesárea electiva como con el parto vaginal después de la cesárea. Concretamente en España muchos hospitales han optado por integrar la decisión materna dentro de

sus protocolos de PVDC, ya que desde el año 2005 la SEGO ha creado el consentimiento y la información que se debe dar a una mujer que ya ha tenido una cesárea, por lo que todos estos hospitales se ven respaldados por este organismo. Uno de estos hospitales es el Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA) que es donde se va a llevar a cabo este estudio.

Aunque la cesárea es vista como una técnica, no se trata de un procedimiento inocuo y presenta una serie de complicaciones que no siempre son predecibles o evitables. La incidencia de morbilidad materna grave oscila entre el 0,05 y el 1,09% según diferentes investigaciones(6). Según la bibliografía consultada se han encontrado diferencias a la hora de medir la morbilidad materna. Mientras unos estudios concluyen que las complicaciones son mayores en pacientes sometidos a una prueba de parto en comparación con los pacientes que optaron por una repetición cesárea electiva (hasta 1,5 veces mayor), otros estudios demuestran totalmente lo contrario(7). En cuanto a la morbilidad fetal, la experiencia indica que los niños que nacen a través de cesárea electiva presentan tasas más altas de complicaciones respiratorias que por vía vaginal(8).

Con esta investigación se pretende conocer la incidencia de morbilidad en las mujeres con una cesárea previa asociada al parto vaginal y a la cesárea electiva. Toda la bibliografía consultada incide en la falta de estudios controlados aleatorios que se centren en la realización de proyectos metodológicamente rigurosos para proporcionar evidencia directa sobre la relación de los beneficios y daños del PVDC(9). Sin embargo, debido a que este tipo de diseño, en este caso, no es éticamente correcto (no se puede pedir a una mujer que forme parte arbitrariamente del grupo de cesárea programada o del grupo de parto vaginal) y como en este proyecto es posible estudiar a toda la población que presenta las características de estudio, es decir, es una población finita, (la población diana coincide con la población de estudio) podremos concluir que los resultados van a ser significativos para nuestra población(5,10).

Este proyecto aportará datos que ayuden a conocer la opción más adecuada tanto para la madre como para su hijo, pudiendo ampliar de este modo la información que se les proporciona a las mujeres con sesiones informativas, charlas o anexos al consentimiento informado donde se incluyan los resultados más importantes de este estudio para orientar a las gestantes en su elección. Además se plantean una serie de cuestiones que podrían cambiar el cometido de los hospitales que han optado por integrar la decisión materna dentro de sus protocolos de PVDC como el hospital donde se va a desarrollar el proyecto. Por lo tanto este estudio evidenciará

si las mujeres están preparadas para tomar esta decisión, si quieren seguir eligiendo y si es pertinente que continúen escogiendo el modo de parto.

HIPÓTESIS

Las mujeres que eligen una cesárea iterativa tienen mayor morbilidad materna y fetal que las mujeres que eligen un parto vaginal.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Comparar la morbilidad materna y neonatal asociada con el parto por cesárea en comparación con el parto vaginal en mujeres con el antecedente de una cesárea previa, en un hospital de tercer nivel del área única de la Comunidad de Madrid.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la frecuencia de complicaciones intraoperatorias que surgen en la cesárea como son rotura uterina, desgarros uterinos, lesión de vasos uterinos, atonía uterina (transfusiones sanguíneas), anomalías de placentación y lesiones viscerales en el tracto urinario e intestino en relación con el parto vaginal.
2. Determinar la frecuencia de complicaciones infecciosas (endometritis, cicatriz, pared abdominal y tracto urinario) y la frecuencia de enfermedad tromboembólica (Íleo, trombosis venosa profunda y tromboflebitis) en relación con el parto vaginal y la cesárea.
3. Conocer la frecuencia de lesiones en el perineo tras el parto vaginal.
4. Comparar el nivel de dolor que existe después del parto vaginal y de la cesárea al alta hospitalaria (48-72 horas), 15 días y 42 días posparto (dolor perineal, abdominal, lumbalgia y otro tipo de dolores).
5. Evaluar si existe depresión puerperal a los 40 días posparto dependiendo del modo de parto en relación con el parto y la cesárea.
6. Medir la satisfacción de la mujer en relación con el parto vaginal y la cesárea.

7. Medir la calidad de vida de la mujer en relación con el parto vaginal y la cesárea.
8. Conocer los motivos de elección materna del modo de parto que desean tener en cada grupo.
9. Determinar la frecuencia de distres respiratorio fetal, de prematuridad iatrogénica y de presencia de infecciones neonatales en relación con el parto vaginal y la cesárea.
10. Medir la puntuación de apgar, cifra de pH y peso fetal al nacimiento en relación con el parto vaginal y la cesárea.
11. Determinar el número de días promedio de hospitalización tanto materna como fetal y las veces que acuden a algún servicio de urgencias posparto.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un diseño longitudinal con una única cohorte, en la que los sujetos presentan el antecedente de cesárea anterior. Este grupo se divide a su vez en dos subgrupos dependiendo del modo de nacimiento que la mujer elija para su segundo hijo. Estos subgrupos son: mujeres que eligen PVDC y mujeres que eligen cesárea iterativa. A esta división como variable dependiente se le ha denominado “ELECCIÓN PARTO”. Una vez finalizado el alumbramiento las mujeres estudiadas han pasado a uno de los dos grupos, es decir, al de parto vaginal o cesárea. A esta variable dependiente se le ha llamado “PARTO REAL”.

Dentro del grupo de las mujeres que eligen PVDC, ha surgido otro subgrupo de mujeres que pese a haber elegido un parto vaginal para el nacimiento de su hijo, se les ha realizado una cesárea por cualquier indicación médica a lo largo del trabajo de parto, en el caso de estas mujeres y una vez recogida toda la información, para la optimización de los resultados, se ha comparado con los otros dos grupos con la creación de una nueva variable dependiente llamada “TIPO DE PARTO”.

El ámbito de estudio ha sido el Hospital Universitario Fundación Alcorcón. La evaluación de la morbilidad se ha llevado a cabo a través de la historia clínica y de tres entrevistas: al alta hospitalaria, 15 días y 42 días posparto.

Además se ha evaluado la duración de la estancia hospitalaria, la visita a algún servicio de urgencias posterior al alta, la intensidad del dolor según

EVA, la satisfacción materna según una escala tipo likert y la depresión posparto mediante la escala de Edimburgo.

RESULTADOS

Las mujeres con un parto vaginal exitoso tienen mejores resultados que aquellas que deciden someterse a una cesárea iterativa. Por tanto es importante conocer el porcentaje de mujeres que intentan un parto vaginal y lo consiguen.

Del total de la muestra, es decir 110 mujeres, 42 mujeres eligieron cesárea iterativa como modo de parto preferido y 68 eligieron el parto vaginal para el nacimiento de su segundo hijo. De estas 68 mujeres, 55 consiguieron un parto vaginal exitoso y a 13 se les practicó una cesárea después de iniciar el trabajo de parto. Por lo tanto nos encontramos con una muestra de 55 mujeres a las que se les realizó una cesárea y 55 mujeres a las que se les realizó un parto vaginal, con una tasa de éxito del PVDC de 80,88 %.

MORBILIDAD MATERNA

Al estudiar las mujeres que han presentado algún tipo de complicación durante todo el proceso y su capacidad de recuperación ante tales adversidades, observamos que 30 mujeres han tenido problemas. De estas, 19 se encuentran en el grupo de cesárea y 11 en el grupo de parto vaginal, por lo que las mujeres que optan por una cesárea iterativa tienen un riesgo mayor de tener algún tipo de morbilidad que las mujeres que eligen un PVDC (34,5 % frente al 20 % $p > 0,133$).

La situación cambia cuando se añade el grupo de mujeres que han elegido parto vaginal y se les realiza una cesárea. En este caso, de las 30 mujeres con complicaciones, a 11 mujeres se les realizó una cesárea, a 11 se les realizó un parto vaginal y a 8 a pesar de haber elegido un parto vaginal se les tubo que realizar una cesárea, por lo que se observa una clara diferenciación de las mujeres con un PVDC fallido. (26,2 %, 20 %, 61,5 % respectivamente $p < 0,015$).

Uno de los objetivos más destacados de cualquier investigación de la morbilidad que se presenta tras una cesárea anterior, es determinar la frecuencia de rotura uterina, ya que es la complicación más grave y destacada en todos los estudios, debido al desconocimiento de la frecuencia exacta de esta patología después del parto por cesárea. En este caso, las mujeres de esta investigación han tenido una probabilidad de aparición de

complicaciones hemorrágicas del 1,8 % para la rotura uterina, del 1,8 % para el desgarro uterino y del 2,7 % para la atonía uterina ($p < 0,014$).

Tras analizar cada una de las secciones en las que se ha dividido la satisfacción de las mujeres, con una cesárea anterior, podemos afirmar que las mujeres están preparadas para elegir entre un parto vaginal y una cesárea, distinguen el modo de parto preferido para esta ocasión y están bien informadas para ello. Además, las mujeres que han optado por un parto vaginal, pero durante el proceso de parto se les ha practicado una cesárea, presentan cifras de satisfacción más reducidas que el resto de mujeres. Con la muestra obtenida, ha quedado patente que las mujeres con un parto vaginal tienen una recuperación tanto física como mental, medida a través del cuestionario SF-36, mucho más rápida que las mujeres que pertenecen al grupo de cesárea. Nivel de significación de $p < 0,000$. Además estas mujeres tienen una percepción personal de salud general mejor y más elevada que las mujeres que se les realiza una cesárea iterativa.

MORBILIDAD NEONATAL

En el caso de la morbilidad neonatal, nos encontramos con que 27 niños han presentado algún tipo de complicación, 12 pertenecientes al grupo de cesárea y 15 al grupo de parto vaginal sin poder establecer una diferenciación estadísticamente significativa entre ambos grupos. (21,8 % y 27,3 % respectivamente $p > 0,658$).

Sin embargo, cuando comparamos la morbilidad neonatal con el tipo de parto, es decir, se añade el tercer grupo de niños que han nacido a través de una cesárea tras iniciar un trabajo de parto. De los 27 niños que presentan problemas en el nacimiento 6 pertenecen al grupo de cesárea, 15 al grupo de parto vaginal y 6 al grupo PVDC fallido (14,3 %, 27,3 %, 46,2 % respectivamente $p > 0,059$).

Una de las limitaciones de este estudio ha sido el escaso número de neonatos que han presentado complicaciones tras el nacimiento, tanto por parto vaginal como por cesárea, no pudiendo establecer una relación directa entre el modo de parto y el desarrollo de complicaciones respiratorias, necesidad de reanimación y cifras de apgar al minuto y cinco minutos de nacimiento. Pero si se ha podido establecer, aunque sin una evidencia estadística, un ligero aumento del riesgo de infección en los recién nacidos a través del parto vaginal, con el consiguiente ingreso en la unidad de neonatología.

Sin embargo, si se ha podido establecer una relación estadística entre el tipo de parto y la cifra de pH al nacimiento, por lo que los niños nacidos con una cesárea tras iniciarse el trabajo de parto presentan más posibilidades de tener una cifra de pH inferior a 7,20 al nacimiento.

CONCLUSIONES

En este estudio, se ha evidenciado los resultados de la morbilidad tanto materna como neonatal, así como su evolución a lo largo de todo el puerperio y las tasas de éxito del parto vaginal en las mujeres con una cesárea previa. Esta es la primera investigación centrada exclusivamente en las mujeres que han tenido una cesárea anterior, que define la morbilidad no sólo desde un punto de vista físico sino también ahonda en las experiencias de las mujeres estudiadas. Muchos estudios han probado que el alto nivel de conocimiento de las gestantes sobre el desarrollo de complicaciones posteriores al parto tras cesárea anterior, aumenta el sentimiento de control sobre la toma de decisiones, por lo tanto, tras analizar nuestros resultados, un mayor control sobre las complicaciones posteriores tendrá un impacto en la toma de decisiones y aumentarán los intentos de parto vaginal.

Con esta investigación, se ha podido demostrar que el parto vaginal ofrece una mejor y más rápida vuelta a las actividades cotidianas, siendo una guía para todas esas mujeres que dudan a la hora de elegir su modo de parto preferido. Además, los estudios futuros podrían considerar las variables relacionadas con el entorno social y cultural de la investigación, donde se plasmen las experiencias y los sentimientos tanto de las mujeres como de sus familias. Estos estudios potenciales podrían combinar tanto las cifras a través de la investigación cuantitativa, como las percepciones a través de la investigación cualitativa, siendo realizadas por los profesionales sanitarios que acompañan a las mujeres durante todo el proceso: MATRONAS(11).

Al proporcionar nuevas pruebas sobre el tema, se puede esperar que este y otros estudios futuros faciliten el asesoramiento a las mujeres y sus parejas sobre el modo de parto más adecuado después de una cesárea, desde una visión más personal y satisfactoria para cada mujer. Este estudio se puede utilizar para mejorar los resultados maternos mientras se mantiene la seguridad de las madres y sus hijos.

PALABRAS CLAVE

Parto vaginal después de cesárea, parto por cesárea, cesárea electiva, parto vaginal, morbilidad perinatal, rotura uterina, satisfacción del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Drapkin A., Little MO. Toward an Ethically Responsible. Approach to Vaginal Birth After Cesarean. *Semin Perinatol* 2010;34:337-344.
- (2) Danso K, Schwandt H, Turpin C, Seffah J, Samba A, Hindin M. Preference of Ghanaian women for vaginal or caesarean delivery postpartum. *Ghana Med J* 2009 Mar;43(1):29-33.
- (3) Appleton B, Targett C, Rasmussen M, Readman E, Sale F, Permezel M. Vaginal birth after Caesarean section: an Australian multicentre study. VBAC Study Group. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2000 Feb;40(1):87-91.
- (4) Stone C, Halliday J, Lumley J, Brennecke S. Vaginal births after Caesarean (VBAC): a population study. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2000 Oct;14(4):340-348.
- (5) Wagner MG. Cesárea, ¿Una opción?(I y II). *Lancet* 2000 2000;356:1677-1680.
- (6) Foradada C. Reflexiones sobre la cesárea. *Matronas Prof* 2006 2006;7(1):5-13.
- (7) Lorie M., Harper MD., George A., Macones MD. Predicting Success and Reducing the Risks When Attempting Vaginal Birth After Cesarean. *Obstetrical and gynaecological* 2008 2008;63(8):538-545.
- (8) Signore C, Klebanoff M. Neonatal morbidity and mortality after elective cesarean delivery. *Clin Perinatol* 2008 Jun;35(2):361-71, vi.
- (9) Dodd J, Pearce E, Crowther C. Women's experiences and preferences following Caesarean birth. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2004 Dec;44(6):521-524.
- (10) Icart M, Fuentelsanz C, Pulpón AM. Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y de una tesina. 1ª Edición ed. Barcelona: Edicions universitat de Barcelona; 2001.
- (11) Torkan B, Parsay S, Lamyian M, Kazemnejad A, Montazeri A. Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section. *BMC Pregnancy Childbirth* 2009 Jan 30;9:4-2393-9-4.

ABSTRACT

INTRODUCTION

Determining the approach in the mode of delivery is essential for obstetric practice. It is also, too frequently, a controversial aspect in debates about ethics and reproductive medicine. A very particular case regarding this problem is delivery after a previous cesarean section(1).

A very particular case of this problem is delivery after a previous cesarean. For at least three decades, the appropriate approach to birth after a previous cesarean section has been characterized by dramatic changes in obstetric practice and the restrictive policies increasingly challenged. About vaginal birth after cesarean (VBAC) have strengthened other situations of birth, especially around access to choose a cesarean without medical indication. The assessment of emerging data on the risk profiles of the trial of labour versus repeat cesarean section has undergone continuous research and debate. Meanwhile, women's experiences have been marked by considerable variation in the patterns of health care practice, with significant differences by region and by hospitals(1).

There has been confusion about the respective roles of the security preferences of health professionals and pregnant and costs generated and the role they should play in the development of a focused and evidence based childbirth focus on how ethical approaches to decision between VBAC or planned caesarean section, from the point of view of clinical care and public policy(1).

There are a number of issues that tend to mark the debate about VBAC(1):

- The rate of cesarean delivery.
- The safety of the mother and fetus.
- Access of women to the preferred mode of delivery, indicating in each case the decision to a vaginal delivery or cesarean section.

These three sets of considerations give a premise of the complexities surrounding VBAC. Addressing these concerns requires treating a point of view complicated, ethical, scientific and socially to develop a responsible framework for development of guidelines to address the problem from a

general point of view and particularly through individual clinical encounters(1).

It have raised many reasons to explain the increase in cesarean in recent years, as the increasing use of continuous monitoring of fetal heart rate during labour, a reduction in the formation of obstetricians in vaginal deliveries and breech births, maternal choice of birth after previous cesarean section and increased demands from users. The iterative cesarean section is the obstetric indication for cesarean section most common , in 28% of births in the UK, over 40 % of deliveries in the U.S. and in 22.5% of births in Spain(2).

Concerns about the increase in the rate of cesarean iterative have led to the declaration by various official bodies, such as SEGO, ACOG and WHO, the vaginal birth after cesarean section is a safe and acceptable option. The success rates of vaginal birth after cesarean are cited variably between 56% and 80%, although the proportion of women who attempt a vaginal birth varies considerably(3,4).

Despite these results, there has been a marked decrease in the number of women who attempt VBAC, this is because a large number of reports of recent bibliography include increased risk of morbidity and perinatal death associated with VBAC, showing the women reticent to attempt vaginal delivery when reading the informed consent. In contrast, although all these organizations currently struggle to decrease the rate of cesarean sections, still in their protocols remains the option to be the women who choose the type of birth that want for her child. This way of encouraging women to choose cesarean section relies on the tendency to recognize the rights of women and his son through the Helsinki Agreement, which clearly established the international law that an individual has the right to refuse treatment doctor even if it is medically indicated. But this does not mean that the converse is also true: that an individual is entitled to request a treatment that is not medically indicated(5).

To support all that, exist studies that show that there are both benefits and harms associated with elective cesarean delivery and vaginal birth after cesarean. In Spain many hospitals have chosen to integrate the maternal decision within their protocols PVDC because since 2005 SEGO has created the consent and the information that should be given to a woman who has had a cesarean, so all these hospitals are supported by this organism. One of these hospitals is the Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA) that is where this study will carry out.

Although the cesarean section is seen as a technique, it is not an innocuous procedure and presents a number of complications that are not always predictable or preventable. The incidence of severe maternal morbidity varies between 0.05 and 1.09 % according to different studies(6). According to the bibliography consulted has found differences in measuring maternal morbidity. While some studies conclude that complications are higher in patients undergoing a trial of labour compared with patients who opted for an elective repeat cesarean delivery (up to 1.5 times higher), other studies show otherwise completely(7). Regarding fetal morbidity, experience indicates that children born via elective cesarean have higher rates of respiratory complications than vaginally(8).

This research aims to determine the incidence of morbidity in women with a previous cesarean section associated with vaginal delivery and elective caesarean section. All the bibliography stresses the lack of randomized controlled studies that focus on conducting methodologically rigorous projects to provide direct evidence on the relationship between the benefits and harms of VBAC(9). However, because this type of design, in this case, it is not ethically right (you can not ask a woman that be arbitrarily part of a group at planned caesarean section or at vaginal delivery group) and as in this project is possible to study entire population that present the characteristics of the study, is a finite population (target population coincides with the study population) we can conclude that the results will be significant for our population(5,10).

This project will provide data to help determine the most appropriate option for both mother and child, it can expand the information they provide women with information sessions, lectures or attachments to the informed consent where will be included the most important results in this study to guide to the pregnant women in their choice. In addition arise a number of issues that could change the role of hospitals that have chosen to integrate maternal decision within protocols of VBAC such as hospital which to develop the project arise. Therefore this study will demonstrate whether women are prepared to make this decision, if they want continue to select and if appropriate to continue choosing the mode of delivery.

HYPOTHESIS

Women who choose an iterative cesarean section have higher maternal and fetal morbidity that women who choose a vaginal delivery.

OBJECTIVES

GENERAL OBJECTIVE

To compare maternal and neonatal morbidity associated with cesarean delivery compared with vaginal delivery in women with a history of previous cesarean section in a tertiary hospital in the only area of the Community of Madrid.

SPECIFIC OBJECTIVES

1. To determine the frequency of intraoperative complications arising in cesarean section such as uterine rupture, uterine tears, uterine vessel injury, uterine atony (blood transfusions), abnormal placentation and visceral lesions in the urinary tract and intestine, compared with vaginal delivery.
2. To determine the frequency of infectious complications (endometritis, scar, abdominal wall and urinary tract) and the frequency of thromboembolic disease (ileus, deep vein thrombosis and thrombophlebitis) regarding with vaginal delivery and cesarean section.
3. To know the frequency of lesions in the perineum after vaginal delivery.
4. To compare the level of pain after vaginal delivery and cesarean section when the patient is discharged home (48-72 hours), 15 days and 40 days after delivery (perineal pain, abdominal pain, back pain and other pains).
5. To assess whether postnatal depression takes place at 40 days postpartum depending on the mode of delivery, regarding vaginal delivery and cesarean section.
6. To measure satisfaction of women regarding vaginal delivery and cesarean section.
7. To measure the quality of life in women regarding vaginal delivery and cesarean section.
8. To know maternal reasons for choosing the mode of delivery in each group.
9. To determine the frequency of fetal respiratory distress, iatrogenic prematurity and presence of neonatal infections in relation to vaginal delivery and cesarean section.

10. To measure the Apgar score, pH number and fetal birth weight in relation to vaginal delivery and cesarean section.

11. To determine the average of days of both maternal and fetal hospitalization and how many times they attend a postpartum emergency service.

MATERIAL AND METHODS

This is a longitudinal design with a unique cohort in which all subjects had a cesarean section as antecedent. This group is further divided into two subgroups depending on the mode of birth that women choose for their second child. These subgroups are: women who choose VBAC and women who choose iterative cesarean section. This division as dependent variable has been called "BIRTH CHOICE". Once women of research have completed the delivery they are included in one of the two groups, that is, vaginal or cesarean delivery. This dependent variable has been called "REAL BIRTH".

Within the group of women who choose VBAC, there has emerged another subgroup of women who despite having chosen a vaginal birth for the birth of his son, have undergone a cesarean for any medical indication during their delivery labor. In this case once all the information has been collected, to optimize the results, it has been compared with the other two groups with the creation of a new dependent variable called "TYPE OF DELIVERY".

The scope of study has been the Hospital Universitario Fundación Alcorcón. The morbidity assessment was carried out through a medical history review and three interviews: at hospital discharge, 15 days and 42 days postpartum.

In addition the duration of hospital stay, the attendance to some service after hospital discharge, pain intensity VAS, maternal satisfaction according to Likert scale and postpartum depression using the Edinburgh scale were evaluated.

RESULTS

Women with a successful vaginal birth have better outcomes than those who choose to undergo an iterative cesarean. It is therefore important to know the percentage of women who attempt a vaginal birth and it succeed.

Of the total sample, 110 women, 42 women chose iterative caesarean as preferred mode of delivery and 68 chose vaginal delivery for the birth of her second child. Of these 68 women, 55 achieved a successful vaginal delivery and 13 we performed a cesarean after starting delivery labor. Thus we find a sample of 55 women who underwent cesarean section and 55 women who were performed a vaginal delivery, with a success rate of 80.88 % VBAC.

MATERNAL MORBIDITY

When studying women who have had any complications during the whole process and its recovery capacity to such adversities, we note that 30 women have had problems. Of these, 19 are in the cesarean section group and 11 in the vaginal delivery group , so that women who opt for an iterative cesarean are at increased risk of having some kind of morbidity that women who choose a VBAC (34 5% versus 20% $p>0.133$).

The situation changes when is added the group of women who choose vaginal birth and who underwent a cesarean. In this case, of 30 women with complications, 11 women underwent cesarean section, 11 women were performed a vaginal birth and 8 despite having chosen a vaginal delivery were performed a cesarean section, so that observed a clear differentiation of women with a failed VBAC. (26.2%, 20 %, 61.5% respectively, $p<0.015$).

One of the highlight goals of any investigation of morbidity that occurs after a previous cesarean section, is to determine the frequency of uterine rupture, as it is the most serious and prominent complication in all studies, due to ignorance of the exact frequency of this condition after cesarean delivery. In this case, the women in this research have had a likelihood of bleeding complications of 1.8 % for uterine rupture, 1.8% for uterine rupture and 2.7 % for uterine atony ($p<0.014$).

After analyzing each of the sections that have divided the satisfaction of women with a previous cesarean section, we can say that women are prepared to choose between a vaginal delivery and cesarean, women distinguish the preferred mode of delivery for this occasion and women are well informed for it. In addition, women who have opted for a vaginal delivery, but during the birthing process have undergone a cesarean, have smaller numbers of satisfaction than other women. With the sample obtained, it has become clear that women with a vaginal delivery have both physical and mental recovery, as measured by the SF- 36, much faster than women who belong to the cesarean. Significance level $p<0.000$.

Furthermore, these women have a personal perception of general health better and higher than women who undergo an iterative cesarean.

NEONATAL MORBIDITY

In the case of neonatal morbidity, we found that 27 children have presented some type of complication, 12 belonging to the cesarean section group and 15 to the vaginal delivery group without be able to establish a statistically significant difference between groups. (21.8% and 27.3 % respectively, $p>0.658$).

However, when we compare the neonatal morbidity with the type of delivery, ie, the third group of children born by cesarean section after starting a delivery labor is added. Of the 27 children who have problems at birth, 6 belong to the C-section, 15 the vaginal delivery group and 6 to the failed VBAC group (14.3%, 27.3 % , 46.2 % respectively, $p>0.059$).

One limitation of this study was the small number of infants who have had complications after birth, both vaginally and cesarean, being unable to establish a direct relationship between mode of delivery and the development of respiratory complications, need for figures resuscitation and Apgar at one minute and five minutes of birth. But it has been set, although without statistical evidence, a slightly increased risk of infection in newborns through vaginal delivery, resulting in admission to the neonatal unit.

However, it is possible to establish a statistical relationship between mode of delivery and the number of pH at birth, so that children born by cesarean after delivery labor started, have more chances of having a number of pH less than 7.20 at birth.

CONCLUSIONS

In this study, we have evidenced the results of both maternal and neonatal morbidity and its evolution throughout the postpartum period and the success rates of vaginal delivery in women with a previous cesarean. This is the first investigation focused exclusively on morbidity of women who have had a previous cesarean section, that defines morbidity not only from a physical standpoint but also delves into the experiences of the women studied. Many studies have proven that the high level of knowledge of pregnant women on the development of late complications after previous caesarean delivery increases the feeling of control over decision making, therefore, after analyzing our results, more control over the subsequent

complications will have an impact on decision-making and will increase the attempts of vaginal delivery.

With this investigation, it has been demonstrated that vaginal delivery offers a better and quicker return to daily activities, being a guide to all those women who are hesitant to choose their preferred mode of delivery. In addition, future studies might consider the variables related to the social and cultural environment of research, where the experiences and feelings of both women and their families are translated. These potential studies could combine as numbers through quantitative research, as perceptions through qualitative research, being carried out by health professionals who accompany women throughout the process: MIDWIVES(11).

By providing new evidence on the subject, one can expect that this and future studies provide counselling to women and their partners about the most appropriate delivery mode after a cesarean section, from a more personal and satisfying vision for every woman giving birth. This study can be used to improve maternal while the safety of mothers and their children is maintained.

KEY WORDS

Vaginal birth after cesarean, cesarean delivery, cesarean elective, vaginal delivery, perinatal morbidity, uterine rupture, patient satisfaction.

SUMMARY REFERENCES

- (1) Drapkin A., Little MO. Toward an Ethically Responsible. Approach to Vaginal Birth After Cesarean. *Semin Perinatol* 2010;34:337-344.
- (2) Danso K, Schwandt H, Turpin C, Seffah J, Samba A, Hindin M. Preference of ghanaiian women for vaginal or caesarean delivery postpartum. *Ghana Med J* 2009 Mar;43(1):29-33.
- (3) Appleton B, Targett C, Rasmussen M, Readman E, Sale F, Permezel M. Vaginal birth after Caesarean section: an Australian multicentre study. VBAC Study Group. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2000 Feb;40(1):87-91.
- (4) Stone C, Halliday J, Lumley J, Brennecke S. Vaginal births after Caesarean (VBAC): a population study. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2000 Oct;14(4):340-348.
- (5) Wagner MG. Cesárea, ¿Una opción?(I y II). *Lancet* 2000;356:1677-1680.

- (6) Foradada C. Reflexiones sobre la cesárea. *Matronas Prof* 2006 2006;7(1):5-13.
- (7) Lorie M., Harper MD., George A., Macones MD. Predicting Success and Reducing the Risks When Attempting Vaginal Birth After Cesarean. *Obstretical and gynaecological* 2008 2008;63(8):538-545.
- (8) Signore C, Klebanoff M. Neonatal morbidity and mortality after elective cesarean delivery. *Clin Perinatol* 2008 Jun;35(2):361-71, vi.
- (9) Dodd J, Pearce E, Crowther C. Women's experiences and preferences following Caesarean birth. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2004 Dec;44(6):521-524.
- (10) Icart M, Fuentelsanz C, Pulpón AM. Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y de una tesina. 1ª Edición ed. Barcelona: Edicions universitat de Barcelona; 2001.
- (11) Torkan B, Parsay S, Lamyian M, Kazemnejad A, Montazeri A. Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section. *BMC Pregnancy Childbirth* 2009 Jan 30;9:4-2393-9-4.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

1. HISTORIA

Para explicar el origen del término CESÁREA se han considerado varias teorías. La primera trata del modo en que nació Julio César y como su madre sobrevivió durante varios años tras la cirugía, cuando en esa época, todas las mujeres sucumbían en la operación. Otra teoría proviene de la antigüedad, de una ley romana llamada *lex Caesarea* la cual indicaba este procedimiento a mujeres moribundas para salvar la vida del bebe al final del embarazo. La última explicación y probablemente la más acertada es que la palabra cesárea proviene del verbo latino *caedere* que significa realizar un corte(1).

El concepto de parto abdominal fue utilizado por muchas civilizaciones antiguas como la romana, hindú y hebrea. Pero no es hasta el año 1500 cuando se documenta el primer dato de una mujer que sobrevivió a una cesárea en Alemania. Se cree que fue su marido Jacob Nufer el que le hizo la operación tras un parto largo y complicado(1).

A lo largo de mucho tiempo, sobre todo antes del siglo XX, la cesárea no era una técnica muy utilizada ya que por lo general acababa con la muerte de la mujer(2). *“La cesárea en la mujer viva es una de las intervenciones más graves en la cirugía, pues sucumben las cuatro quintas partes de las operadas”*, este texto pertenece a un tratado de obstetricia de esta época (1876)(3). En la segunda mitad del siglo XIX, gracias a la llegada de la anestesia obstétrica en la década de 1850, la adopción de las técnicas antisépticas defendidas por Joseph Lister en 1870 y la sutura de la incisión uterina propuesta por Sanger en el 1880, se incrementó considerablemente el uso de la cesárea como una técnica obstétrica más segura que hasta el momento actual(2).

Debido a todos estos cambios, los obstetras se empezaron a encontrar con un amplio número de mujeres con el antecedente de cesárea anterior. El hecho de repetir una cesárea en ese momento supuso poner en riesgo la vida de la parturienta por sepsis y/o hemorragias, llegando a alcanzar tasas de mortalidad entre 4,2 % a 16 %. Como alternativa, el parto vaginal después de cesárea no estaba exento de complicaciones, siendo la principal el riesgo de ruptura uterina con su potencial morbilidad y mortalidad fetal y materna(2). Durante varios años la medicina no supo poner solución a este dilema hasta que el 12 de mayo de 1916, Edwin B. Cragin declaró en su

discurso ante la sociedad médica del este de la ciudad de Nueva York: *“Una cosa que siempre hay que tener en cuenta, que no importa cuán cuidadosamente este suturada una incisión uterina, nunca podemos estar seguros de que la pared uterina cicatrizada se mantendrá íntegra en un embarazo posterior y en el parto no se produzca una rotura uterina”*(2). Esto significó que la regla habitual a partir de ese momento fue: *“Una vez realizada una cesárea, siempre cesárea”*(1,2,4-6).

“Una cesárea, siempre una cesárea” se convirtió en un dogma ampliamente citado y utilizado por toda la obstetricia mundial durante casi los siguientes 60 años(2). A principios del año 1960 la cesárea iterativa se había aceptado como una práctica habitual en los Estados Unidos aumentando exponencialmente del 5 % en el año 1970 a casi el 25 % en el año 1988(1,7). Este rápido aumento en el número de cesáreas hizo aumentar la morbilidad y mortalidad materna, el tiempo de hospitalización y el coste de cada procedimiento, consecuencias que fueron aumentando a medida que pasaba el tiempo. En la década de los 80 se pusieron en marcha una serie de esfuerzos para tratar de solucionar el problema y en 1981, los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos (NIH) convocaron una reunión para examinar cada problema, creando un informe en que se fomentaba el trabajo de parto después de cesárea (TPDC) para de esta manera aumentar la tasa de parto vaginal después de cesárea (PVDC)(7). Hasta ese momento la cesárea repetida constituía el tercio de todos los nacimientos por cesárea, por lo que aumentando el PVDC se reduciría también la tasa general de cesáreas(7).

Durante las siguientes dos décadas el informe del NIH empezó a dar sus frutos y el número de cesáreas comenzó a reducirse desde un máximo en 1988 del 24,7 % a un mínimo del 20,7 % en 1996. Varios estudios que surgieron durante estos años pusieron de manifiesto las ventajas en cuanto a seguridad y ahorro del PVDC en comparación con la cesárea iterativa(7). En otro sentido, el número de mujeres que tuvieron un PVDC aumentó de 3,4 por cada 100 mujeres en 1980 a un máximo de 28,3 mujeres por cada 100 en 1996(6).

A partir del año 1990 se produce un gran cambio y el entusiasmo que se inició en la década de los 80 por el PVDC disminuye por una serie de estudios que exponen preocupaciones por su seguridad(2). En estos estudios hubo un pequeño pero significativo aumento de la morbilidad y mortalidad materna y fetal debido sobre todo a la rotura uterina intraparto que se produjo en el lugar donde se encontraba la cicatriz de la cesárea anterior. Debido a todo esto la tasa de nacimientos por cesárea comienza a subir nuevamente del 20,7 % en 1996 al 22,9 % en 2000, mientras que la

tasa de PVDC disminuyó del 28,3 % en 1996 al 20,7 % en 2000(7). A raíz de todo este problema, en 1999 el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), publicó un boletín en el que se recomendaba realizar el PVDC sólo en aquellas instituciones equipadas con el personal y el material adecuado para responder de manera inmediata a cualquier emergencia que se produjese durante el parto. La confluencia de estas directrices con las preocupaciones médico-legales que se han producido por un aumento en las demandas por negligencia, han dado como resultado la negación o el no ofrecimiento de un PVDC por parte de muchas instituciones y profesionales(8).

Tras el documento publicado por el AGOC la tasa general de PVDC se desplomó a un 8,5 % en 2006(8). Debido a esta cifra tan preocupante el NIH se volvió a reunir en marzo del 2010 en una conferencia para el desarrollo de consenso cuyo título fue: “Parto vaginal después de cesárea: Nuevas aportaciones” cuyo fin fue resumir el estado actual de los riesgos y beneficios del PVDC frente a la cesárea repetida en mujeres que han sido sometidas a una o dos cesáreas anteriores(9). En esta reunión se concluyó que en la actualidad existe un gran problema. Cada vez es más baja la tasa de PVDC, mientras que el número de cesáreas no para de crecer siendo el actual de 33,8 %(8). Además se plantearon una serie de soluciones de las cuales se destacaron:

- La prueba de parto después de una cesárea es una opción razonable para muchas mujeres.
- Las mujeres que quieren intentar un PVDC se les están negando su oportunidad.
- La falta de información y de acceso puede conducir a algunas mujeres a intentar un PVDC en ambientes inseguros.
- El riesgo de un resultado perinatal negativo con PVDC es bajo y muy similar al de una primigesta que inicia un trabajo de parto.
- Las decisiones sobre PVDC están siendo impulsadas por factores médico-legales.
- Las sociedades médicas profesionales deberían reevaluar las directrices para facilitar el acceso a un PVDC(10).

En resumen, el dogma “*Una cesárea, siempre una cesárea*” tiene que cambiar, pertenece a la antigüedad y se podría reemplazar por “*Después de una cesárea, por lo general un PVDC*”(8).

2. ESTADO ACTUAL EN EL MUNDO

El parto vaginal después de una cesárea ha sido un tema muy discutido por los obstetras de todo el mundo durante más de 30 años(10). Las recomendaciones que han ido surgiendo relacionadas con este tema se han basado en gran medida en la experiencia de los profesionales y estudios observacionales y no en pruebas científica rigurosas. Estas recomendaciones han producido un cambio en el enfoque y el manejo de los PVDC desencadenando un aumento en el número de cesáreas iterativas y por tanto produciendo un dramático aumento en la tasa de cesáreas a nivel mundial en los últimos años. Estos cambios son debidos principalmente a una serie de cuestiones financieras y legales, a que las mujeres con cesárea anterior solicitan más cesáreas electivas y a una serie de modificaciones en las directrices de las sociedades profesionales(10).

En los últimos años se ha producido un desplome en la tasa de PVDC a nivel mundial. Concretamente en EEUU tras alcanzar un máximo de 28,3 % en 1996, la tasa ha ido disminuyendo de manera alarmante, de manera que sólo un 9,2 % de las mujeres tuvieron un PVDC en el 2004(11).

Para poder explicar este tema es necesario considerar el motivo del PVDC, es decir, porque se realizó la primera inicial, la cesárea primaria. La tasa de parto por cesárea en los Estados Unidos ha aumentado del 5 % en 1970 al 32,9 % en 2009 (Figura 1). Una de cada tres mujeres embarazadas darán a luz a través de una cesárea(10)(12). Si la tasa de cesárea primaria y secundaria a nivel mundial sigue creciendo a este ritmo tan inquietante se pronostica que en el 2020 llegará al 56,2 %(10).

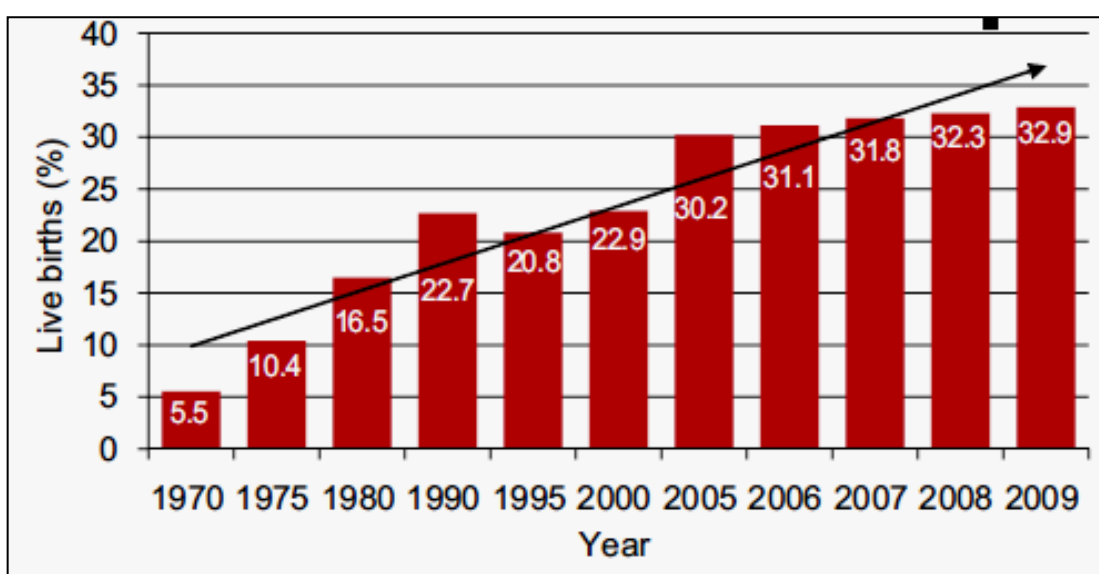


Figura 1: Modificado de tasa de parto por cesárea de 1970-2009. (Datos de <http://www.wcdc.gov/NCHS/nvss.htm>, cortesía de Caroline Signore, MD, MPH)(10).

En los últimos años la cesárea se ha convertido en una de las cirugías más empleadas a nivel mundial (Figura 2, 3)

Country	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Australia	20.1	20.9	21.7	23.1	25.1	26.8	28.2	29.1	30.0	30.3	30.6	-
Belgium	13.7	14.4	15.9	16.3	16.3	17.3	17.5	17.7	-	-	17.2	-
Canada	18.3	18.7	19.5	20.9	22.2	23.4	24.7	25.3	26.1	26.2	26.6	-
Czech Republic	11.7	12.2	12.3	12.8	13.2	14.0	15.2	16.0	17.1	18.3	19.5	20.4
Denmark	12.5	13.3	13.6	14.6	16.4	18.0	18.9	19.9	19.4	20.4	21.4	22.1
Finland	15.6	15.4	15.8	15.8	16.5	16.4	16.2	16.4	16.3	16.1	16.3	16.5
France	15.6	16.2	16.7	17.1	17.7	18.4	18.5	18.6	19.0	19.4	19.9	19.8
Germany	-	19.0	19.8	20.8	22.0	23.6	24.8	25.9	26.7	27.7	28.4	29.3
Iceland	16.2	15.9	17.3	17.6	16.7	17.3	17.9	16.4	15.5	17.2	16.9	16.1
Ireland	15.3	17.5	19.8	20.7	21.2	21.8	23.3	24.4	25.1	24.6	25.3	-
Italy	26.8	30.7	32.3	33.2	35.4	36.8	38.1	39.4	39.4	39.7	39.8	-
Korea	-	-	-	-	33.6	36.9	36.7	36.7	36.3	35.1	35.3	35.3
Luxembourg	16.9	18.1	21.0	21.9	24.3	26.0	26.4	27.1	27.6	27.5	29.2	-
Mexico	27.7	27.4	27.9	28.2	30.3	33.2	34.6	37.0	38.1	39.4	40.7	43.9
Netherlands	10.3	11.0	11.3	11.8	13.6	13.5	13.5	13.6	13.5	13.7	13.9	-
New Zealand	16.4	18.1	18.3	20.1	21.2	22.2	22.2	22.2	22.7	23.9	22.8	22.7
Norway	12.8	13.6	13.4	13.6	15.6	16.0	15.6	15.2	15.8	15.9	17.2	-
Portugal	23.3	23.9	24.6	23.8	25.3	25.7	26.5	27.0	27.7	30.9	31.5	32.7
Slovak Republic	12.9	13.3	13.8	14.7	16.6	17.8	18.5	19.2	20.7	21.8	23.4	-
Spain	19.8	20.5	21.0	21.5	22.4	23.2	23.6	23.9	24.8	26.0	-	-
United Kingdom	-	-	-	22.1	22.6	23.1	22.5	22.7	23.6	23.2	23.6	23.7
United States	20.8	21.2	22.0	22.9	24.4	26.1	27.5	29.1	30.3	31.1	31.8	-

Figura 2: Modificado de Tasa de cesáreas 1997-2008 en 22 países desarrollados(13).

Conforme a la figura 2 México es el país con la tasa más alta de cesárea de los 22 países seleccionados con un 43,9 %, seguido de Italia con un 39,8 % y Corea del Sur con un 35,3 %. En EEUU la tasa fue del 31,8 %.

En el otro sentido, las tasas más bajas se encuentran en los Países bajos con un 13,9 %, Islandia con un 16,1 % y en Finlandia con un 16,5 %. El resto de países se encuentran en la franja comprendida entre 32,7 % y 19,8 % (13).

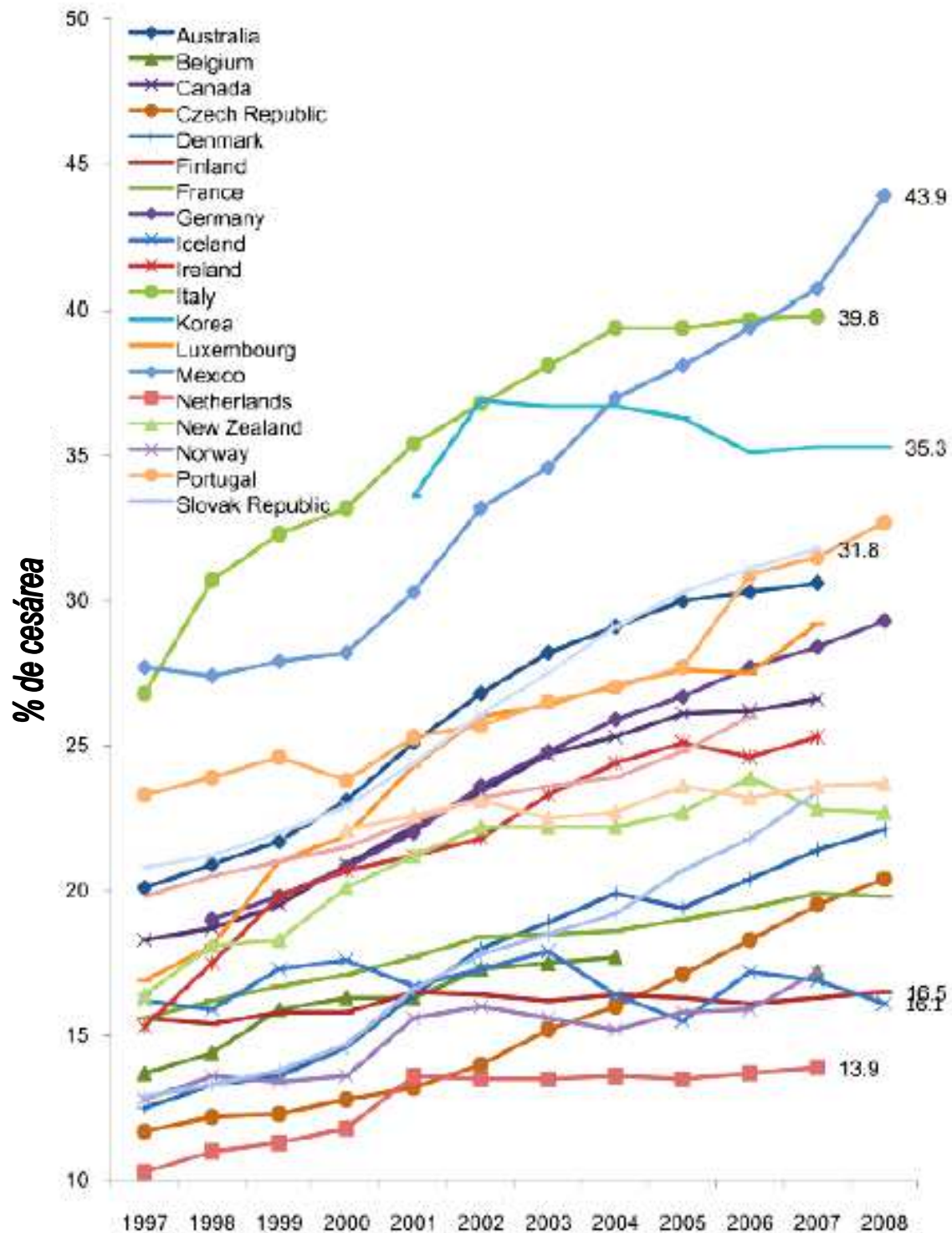


Figura 3: Modificado de tasa de cesáreas en 22 países desarrollados. FUENTE: OECD HEALTH DATA 2010 octubre (eliminado 9 países de los 31 de la OCDE, debido a la falta de datos de los últimos 3 años consecutivos)(13).

En 1985 la Organización Mundial de la Salud (OMS) consideró que “no existe justificación para que más del 10 al 15 % de los partos sean por cesárea”. Tras esta reflexión, la tasa general de cesáreas de Europa se sitúa muy por encima de esta recomendación, siendo del 20,8 %(14). En América Latina y el Caribe el promedio de cesáreas se encuentra en torno al 29,2 %, siendo la tasa más alta de cualquier zona del mundo(15). Después de todas estas estadísticas podemos concluir que son pocos los países que cumplan esta recomendación a nivel mundial.

Se han planteado muchas razones para explicar el aumento de la cesárea durante los últimos años, como el uso cada vez mayor de monitorización continua de la frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto, una reducción en la formación de los obstetras en los partos vaginales y partos con presentación de nalgas, la elección materna del tipo de parto tras una cesárea anterior y el aumento de las demandas por parte de los usuarios(16). Algunas mujeres sienten que la cesárea es una manera más fácil y segura de tener a sus hijos que el parto vaginal, siendo la petición materna sin indicación obstétrica una indicación más para la realización de la cesárea. Se recomienda a los médicos que es éticamente aceptable admitir estas solicitudes siempre y cuando se haya producido un adecuado proceso de información y la firma de un consentimiento informado(10). Por lo tanto, no sólo nos encontramos con una serie de indicaciones médicas para la realización de la cesárea, sino que existen otras indicaciones que dependen de factores sociales y psicológicos que cada vez están siendo más cuestionadas por todos los sistemas sanitarios(17).

<i>Indicación</i>	
Desproporción céfalo-pélvica	16.9
Cesárea iterativa	12.6
Cesárea previa	9.9
Baja reserva fetal	8.1
Alteración médica materna	6.4
Sufrimiento fetal	6
Presentación pélvica	5.1
Rotura prematura de membranas	5
Oligohidramnios	4.7
Preeclampsia	4.4
Otras	20.4

Figura 4: Modificado de indicación de cesárea por frecuencia(17).

Este continuo aumento de la utilización de la cesárea en el mundo, la multitud de complicaciones asociadas a ésta y determinados factores sociodemográficos de las mujeres en mayor riesgo de ser sometidas a la cirugía, destacan la necesidad de revisar minuciosamente los criterios bajo los cuales se llevan a cabo, con el objetivo de lograr que toda cesárea realizada esté justificada desde el punto de vista médico(16).

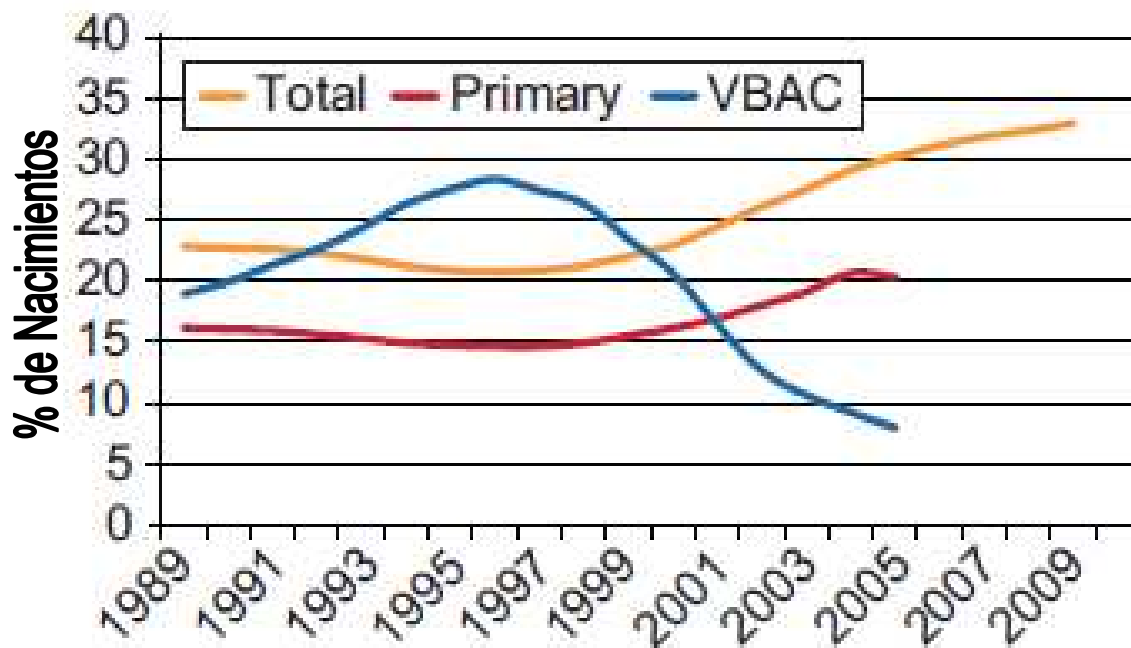


Figura 5: Modificado de tasas de parto por cesárea en total (1998-2009), partos por cesárea primaria (1998-2007), y partos vaginales después de una cesárea (PVDC) (1998 a 2007). (Datos de <http://www.cdc.gov/nchs/nvss.htm>, cortesía de Caroline Signore, MD, MPH)(10)

A partir de aquí nos surgen dos problemas principales que condicionan que cada vez se intente menos un PVDC (figura 5) y son el rápido aumento de la tasa de cesárea primaria y la aparición de determinadas complicaciones asociadas al PVDC, siendo la más destacada la rotura uterina. Además existe la amenaza de una demanda por negligencia por resultados médicos adversos.

A pesar de estos obstáculos, siempre se debe tomar la mejor decisión para la paciente. Con la decisión adecuada, la mayoría de las mujeres con una cesárea previa pueden tener éxito y lograr un PVDC(10).

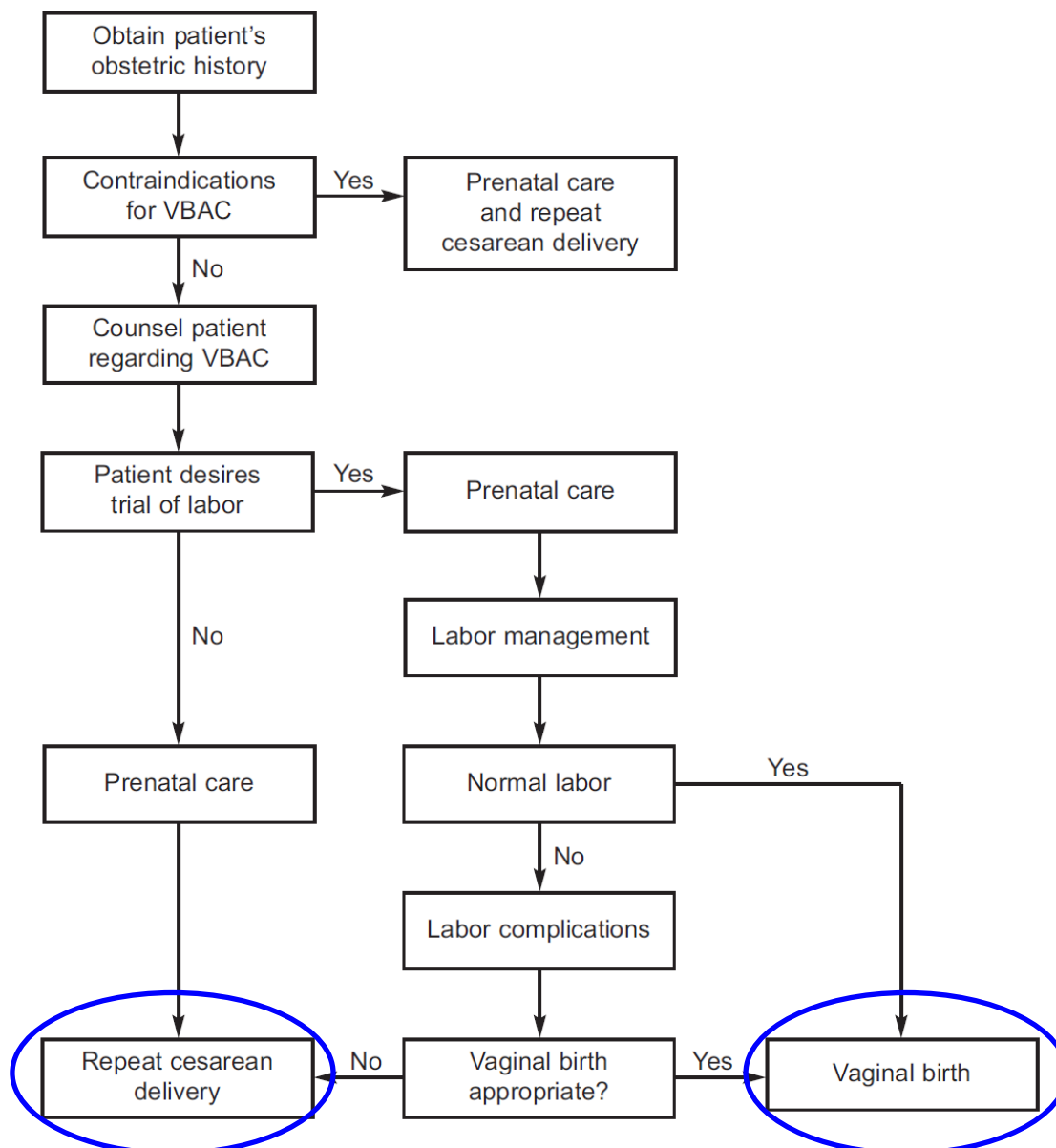


Figura 6: Modificado de diagrama de flujo de un ejemplo que ilustra la gestión para el parto vaginal después de una cesárea(10).

3. ESTADO ACTUAL EN ESPAÑA

Al igual que ocurre en el resto del mundo, en España la tasa de cesárea ha ido ascendiendo a medida que han pasado los años pasando del 9,7 % en 1984 al 18,2 % en 1998, pero en 2001 la tasa ascendía a casi el 23 % en los hospitales públicos y el 33 % en las clínicas privadas(18).

La comisión de bioética de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología en el año 2005, realizó un documento de consenso en el que se

afirmaba “*se cuestiona desde una perspectiva de rigor científico y ético si el discutible incremento de cesáreas se acerca al optimismo cociente positivo entre los beneficios y los riesgos materno-fetales*”(3). Además en este documento se establecía la recomendación de que la mujer puede elegir el tipo de parto tras una cesárea anterior.

Los datos que dispone la SEGO a partir de una Encuesta Nacional realizada para la base de datos perinatales de los años 2000 y 2002, es que el porcentaje de cesáreas fue del 19,05 % para el año 2000 y del 20,32 % para el año 2002. En la Figura 7 se muestra la evolución de la tasa de cesáreas en las comunidades autónomas españolas entre los años 1997 y 2000 según datos del Ministerio de Salud. En ella se puede ver como la única comunidad autónoma cuya tasa ha decrecido es la vasca. Cataluña y Navarra prácticamente la mantienen mientras el resto presenta crecimientos superiores al 1%. Destaca que en Valencia y la Rioja más de uno de cada cuatro partos se resuelve por cesárea(19).

<i>Comunidades autónomas</i>	<i>1997 (%)</i>	<i>2000 (%)</i>	<i>Incremento (%)</i>
Andalucía	18,1	20,3	2,2
Aragón	16,4	18,9	2,5
Asturias	17,7	20,9	3,1
Baleares	16,9	19,6	2,7
Canarias	16,5	18,5	1,9
Cantabria	21,4	24,2	2,8
Castilla y León	19,6	22,7	3,1
Castilla-La Mancha	18,8	20,9	2,1
Cataluña	22,1	22,4	0,3
Comunidad Valenciana	22,5	25,4	2,9
Extremadura	21,6	23,9	2,3
Galicia	21,3	24,3	3,0
Madrid	21,1	23,0	1,9
Murcia	18,7	21,4	2,8
Navarra	16,3	17,0	0,7
País Vasco	17,9	14,6	-3,3
La Rioja	20,6	25,1	4,5
Ceuta y Melilla	18,7	22,7	3,9
Media	19,2	21,7	1,9

Tabla 1: Modificado de tasa de cesárea por comunidades autónomas(19).

En un informe realizado por el ministerio de sanidad se plasma la evolución de la tasa de cesáreas en estos últimos 11 años es claramente ascendente, mostrando un incremento del 9,5% entre los años 2001 y 2011, si bien desde 2008 muestra un discreto descenso, por lo que podríamos estar asistiendo a un cambio de tendencia tras el desarrollo de la Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud(20).

Comunidad Autónoma ²	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Total Altas	19,98	20,89	21,11	21,48	22,16	22,15	22,22	21,87	22,05	21,95	21,88
Andalucía	19,63	20,55	20,85	20,83	21,99	21,37	21,83	21,50	22,05	22,09	22,19
Aragón	18,39	19,19	20,44	20,92	20,24	20,42	19,74	19,61	18,96	17,81	18,65
Asturias (Principado de)	20,82	20,83	21,62	22,19	20,94	23,14	21,87	21,24	21,31	19,18	16,98
Balears (Illes)	16,89	19,74	18,68	18,43	20,58	20,23	20,43	21,02	20,20	20,27	20,50
Canarias	15,59	19,07	18,80	19,03	19,69	19,50	20,49	19,58	19,57	19,44	20,02
Cantabria	20,79	20,61	22,12	21,74	24,66	25,25	23,06	22,30	22,47	20,50	18,97
Castilla y León	22,38	22,95	23,99	25,21	25,93	26,38	27,10	27,05	26,15	26,14	25,46
Castilla - La Mancha	19,45	20,44	20,21	19,92	21,82	21,84	22,21	22,13	22,86	23,04	23,62
Cataluña	20,46	20,69	21,18	22,06	22,44	22,19	22,29	21,70	22,24	22,32	23,10
Comunidad Valenciana	23,19	23,93	23,87	23,36	24,52	24,51	24,34	24,11	24,26	24,29	24,51
Extremadura	23,74	25,89	26,20	25,87	26,88	27,83	28,77	28,65	28,03	27,80	27,49
Galicia	23,94	25,17	26,41	26,80	27,29	26,95	25,74	24,39	24,02	22,83	21,28
Madrid (Comunidad de)	20,17	20,54	20,21	21,30	21,12	22,04	22,25	22,29	22,44	22,81	21,65
Murcia (Región de)	18,36	19,95	20,02	21,07	21,65	22,42	22,52	21,77	22,48	22,23	22,19
Navarra	15,59	15,86	14,40	16,53	17,32	16,11	15,60	15,49	14,85	14,57	15,98
País Vasco	12,96	14,44	14,34	13,76	13,08	13,26	12,20	12,18	12,58	12,52	12,64
Rioja (La)	23,61	26,35	24,70	24,82	25,02	24,00	23,30	19,85	18,59	19,49	19,06

Tabla 2: Modificado de cálculo del indicador: porcentaje que supone el número de procedimientos realizados de parto por cesárea sobre el total de partos atendidos en la red de hospitales del SNS (incluye hospitales públicos, red de utilización pública y hospitales con concierto sustitutorio)(20).

En el mismo documento se recoge la estancia media hospitalaria tanto del parto vaginal como de la cesárea. En el parto por cesárea la cifra de días promedio de ingreso es mayor que la del parto por vía vaginal por lo que el incremento en la tasa de cesáreas ha supuesto para el sistema un mayor consumo de estancias hospitalarias y por tanto un mayor gasto sanitario (Tabla 3)(20).

GRD - Descripción	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
370 - Cesárea, con complicaciones	6,8	6,4	6,2	5,9	5,8	5,5	5,4	5,2	4,9
371 - Cesárea, sin complicaciones	6,0	5,7	5,5	5,3	5,1	4,8	4,7	4,5	4,3
372 - Parto vaginal con complicaciones	3,3	3,3	3,2	3,2	3,1	3,1	3,1	3,0	3,0
373 - Parto vaginal sin complicaciones	2,8	2,7	2,7	2,7	2,7	2,6	2,6	2,6	2,5

Tabla 3: Modificado de evolución días promedio según el GRD(20).

En cuanto a las indicaciones más habituales para la práctica de una cesárea en nuestro país podemos destacar que la cesárea anterior se encuentra en tercer lugar con un 15,52 % en el 2000 y un 10,70 % en 2002(19).

<i>Indicación</i>	<i>2000 (%)</i>	<i>2002 (%)</i>
Distocia	39,55	46,08
Sospecha de riesgo de pérdida del bienestar fetal	20,50	27,42
Cesárea anterior	15,52	10,70
Presentación podálica	15,74	14,62
Otras	8,69	1,12

Tabla 4: Modificado de principales indicaciones de cesárea en España(19).

Según el ministerio de sanidad el número de cesáreas se mantiene en España en torno al 25 % y pone de manifiesto una marcada diferencia entre los resultados del sector público y el privado.

La sanidad pública realiza el 74 % de los partos. Un 6 % se realizan dentro del Sistema Nacional de Salud en centros privados subcontratados por el sector público. El 20 % restante se realizan en centros privados. Por lo tanto es el sector público el que marca la tendencia de la atención al parto, aunque dentro de ese 20 % de atención privada existen tasa muy altas de cesáreas en comparación con el ámbito público (Figura 7).

En la figura 7 se puede apreciar que la línea rosa corresponde a la sanidad pública. En este caso el índice de cesáreas está en torno al 22% desde el año 2005. Muestra, como en el caso de los índices sobre el total de la sanidad, un ligero aumento en el año 2006 pero que vuelve a los niveles anteriores en el 2007.

Los partos que suceden en el sector privado pero dentro del SNS son solo el 6% del total lo que hace que sean muy poco significativos. Hay que tener en cuenta que los convenios pueden variar de un año a otro, contratando o descontratando hospitales privados. Los índices de este grupo son por tanto, muy variables(21).

Por último está la sanidad privada que funciona fuera del SNS. Se observa también un estancamiento de la tasa de cesáreas desde el 2006, año en el que se sitúan alrededor del 34%(21).

Observando la evolución de la sanidad pública cabe interpretar que después del máximo marcado en el año 2006 los datos se sostienen, aunque con una ligera tendencia a la baja. De ser real esta bajada debería confirmarse en los próximos años(21).

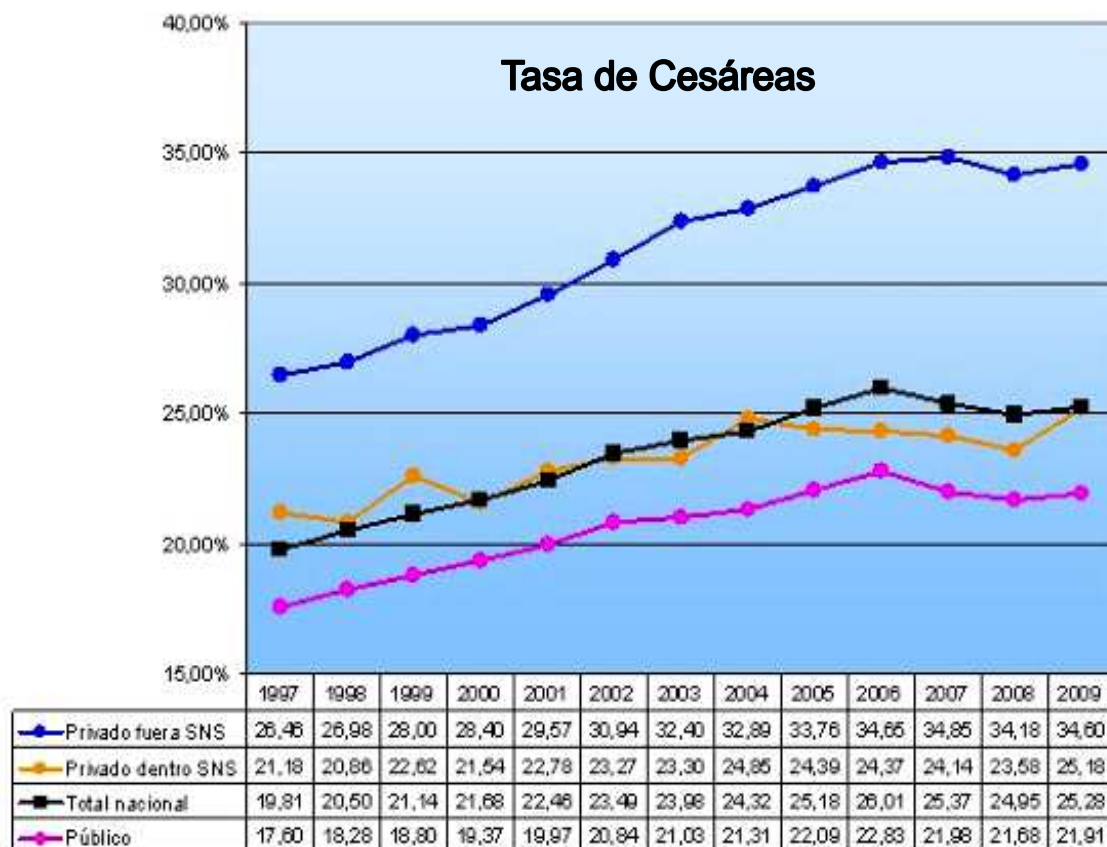


Figura 7: Modificado de tasa de cesáreas de 1997 a 2009(21).

En la Figura 8 se aprecia la situación desde el año 2005 hasta el 2009 centrando la observación en los últimos años. Las pequeñas variaciones no demuestran un descenso.

Tanto las cifras de la sanidad pública (rosa) como la tasa general de cesáreas (negro) tienen prácticamente el mismo índice en el año 2005 y 2009 y la sanidad privada (azul) experimenta un ligero aumento(21).

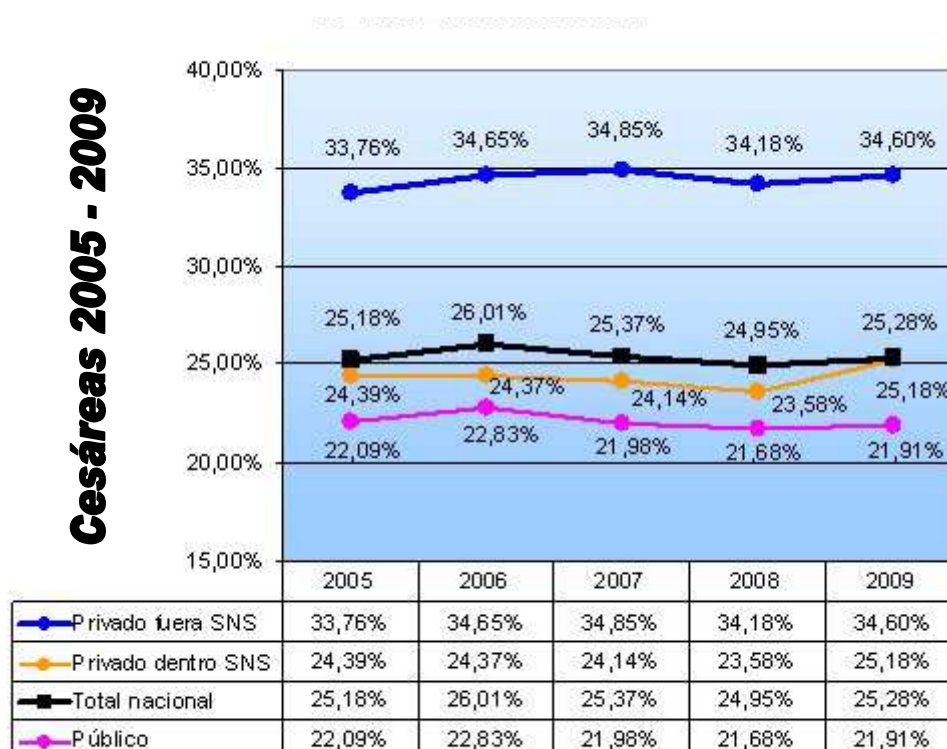


Figura 8: Modificado de tasa de cesáreas de 2005 a 2009(21).

En cuanto a las cifras de cesárea de la Comunidad de Madrid se observa que en los últimos años ha ido aumentando y existe una clara diferencia entre el ámbito público y el privado(21).

	CESAREAS	PARTOS VAGINALES INSTRUMENTALES	PARTOS VAGINALES NO INSTRUMENTALES
2005	20,89%	13,78%	65,27%
2006	21,93%	13,10%	64,96%
2007	22,10%	12,34%	65,56%
2008	22,23%	11,80%	65,94%
2009	22,33%	12,00%	65,62%

Tabla 5: Modificado de tasa de cesárea de la Comunidad de Madrid en el sector público(21).

	CESÁREAS	PARTOS POR VÍA VAGINAL	TOTAL DE PARTOS	% CESÁREAS
2005	8.880	16.085	24.965	35,57%
2006	9.288	16.986	26.274	35,35%
2007	9.165	16.989	26.154	35,04%
2008	9.324	17.403	26.727	34,89%

Tabla 6: Modificado de tasa de cesárea de la Comunidad de Madrid en el sector privado(21).

Según los últimos datos publicados en el portal de estadística del ministerio de sanidad, el número de partos atendidos en el año 2011 fue de 468.656, un 4% menos que en el año 2009, continuando con la tendencia decreciente que ya se venía registrando en los últimos años. De forma similar se comportan los nacidos vivos (4,36% menos que en 2009). Una cuarta parte de los partos atendidos en los hospitales fueron por cesárea (Tabla 7)(22).

Actividad Obstétrica en Hospitales años 2009-2011			
Tabla 16	Año 2009	Año 2011	% Variación
Total Partos	488.361	468.656	-4,03%
Nacidos vivos	496.332	474.681	-4,36%
Tasa de Cesáreas	25,28%	25,01%	

Tabla 7: Modificado de comparativa de la actividad obstétrica en los hospitales españoles del año 2009 y 2011(22).

Según el ministerio de sanidad la tasa de cesáreas es mucho mayor en los hospitales privados, donde el 37% de los partos se realiza mediante esta técnica. En los hospitales del SNS la proporción de cesáreas respecto al total de partos es 15 puntos más baja que en los hospitales del sector privado y además ha disminuido en medio punto respecto a 2009 (Figura 9)(22).

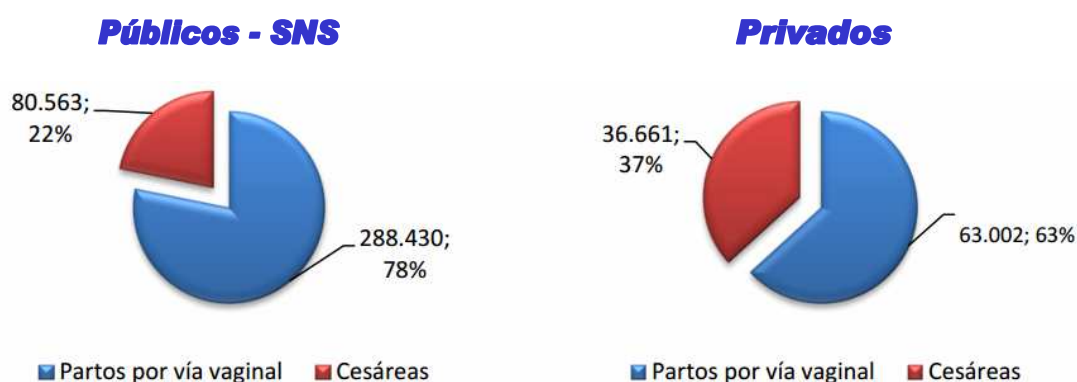


Figura 9: Modificado de gráficos comparativos de la tasa de cesárea y parto vaginal de los hospitales públicos y privados de España (22).

En conclusión, en nuestro país al igual que en el resto de Europa la tasa de cesáreas en general queda muy por encima de la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual considera que no existe justificación para que más del 10 al 15 % de los partos sean por cesárea.

4. SOCIEDADES GINECOLÓGICAS

Las inquietudes por el incremento en la tasa de cesárea por cesárea iterativa han dado lugar a la declaración, por parte de diversos organismos oficiales, que el parto vaginal después de la cesárea es una opción segura y aceptable. El éxito de las tasas de parto vaginal después de una cesárea (PVDC) se cita variablemente entre el 56% y el 80%, aunque la proporción de mujeres que intentan un parto vaginal varía considerablemente(23,24). Para hacer frente a la seguridad y resultados de un PVDC las sociedades obstétricas y ginecológicas de todo el mundo han creado una serie de guías de práctica clínica que ayudan y sirven de referencia a los diferentes profesionales en la toma de decisiones sobre la acción sanitaria más apropiada en cada caso.

Como ya veremos a continuación cada asociación profesional cuenta con su propia guía y cada una de ellas muestran una serie de recomendaciones muy diferentes.

En Estados Unidos nos encontramos con las recomendaciones de “The American College of Obstetricians and Gynecologists” (ACOG). En 2010 este colegio publicó un boletín sobre el tema y las directrices actualizadas del PVDC(25). ACOG recomienda que la mayoría de mujeres con el antecedente de cesárea anterior con incisión transversal baja son candidatas para realizar un PVDC y deben ser aconsejadas para ello. Incluso las mujeres con dos cesáreas anteriores con incisión transversa baja pueden ser consideradas para la realización de un PVDC(25). Según ACOG el PVDC debe llevarse a cabo en las instalaciones con personal inmediatamente disponible para la realización de una cesárea urgente. Además aconseja el uso de monitorización cardiotocográfica continua del feto durante el trabajo de parto. En un documento separado a la guía sugiere que en caso de emergencia obstétrica la unidad debe ser capaz de realizar una cesárea urgente dentro de los primeros 30 minutos del inicio de la emergencia. Reconoce la rotura uterina como el riesgo más significativo asociado con el PVDC y lo define como una separación completa del miometrio con o sin extrusión de partes fetales en la cavidad peritoneal materna. A pesar de esta complicación este colegio opina que el éxito del PVDC se asocia con menos complicaciones maternas y fetales. ACOG no recomienda el intento de PVDC en las mujeres con cesárea anterior con una incisión clásica o en

“T”, rotura uterina previa, cirugía uterina transfundal ampliada, contraindicaciones para el parto vaginal como una placenta previa y tres o más cesáreas anteriores(25).

En Canada nos encontramos con el “The Society of Obstetricians and Gynecology” (SOGC). En su guía proponen que el PVDC se debe ofrecer a todas las mujeres con el antecedente de incisión transversal baja. SOGC recomienda que en caso de compromiso materno-fetal, la cesárea urgente pueda realizarse en cualquier hospital siempre y cuando se realice antes de los 30 minutos desde su indicación. Al igual que el americano, este colegio define que el PVDC se asocia con menos complicaciones que la cesárea iterativa y han publicado un estudio en el que demuestran que la histerectomía, la morbilidad febril y la enfermedad tromboembólica son menos frecuentes en el grupo de PVDC en comparación con la cesárea repetida. Este colegio marca la rotura uterina como la complicación más importante del PVDC. SOGC aconseja la monitorización cardiotocográfica continua durante el parto. En cuanto a las contraindicaciones del PVDC, define una serie de situaciones similares a los que marca el ACOG(25).

En el Reino Unido nos encontramos con el “The Royal College of Obstetricians and Gynecologists” (RCOG). Este colegio afirma que las mujeres con una cesárea anterior cuya incisión sea transversa baja se les puede aconsejar la opción del PVDC como una elección segura y que la decisión final debe ser tomada entre la mujer y el médico. Como parte de la orientación, RCOG recomienda informar a las mujeres de que el PVDC planificado tiene un 8/10.000 riesgo de encefalopatía isquémica hipóxica en el recién nacido y que los efectos a largo plazo son desconocidos. Además de este riesgo las mujeres también deben ser informadas de que el PVDC reduce el riesgo de morbilidad respiratoria neonatal en comparación con una cesárea electiva (2 % a 3 % frente al 3 % a 4 %). Por último, RCOG recomienda informar a las mujeres que otra cesárea puede aumentar el riesgo de complicaciones graves, como la placenta adherida, lesiones intraoperatorias, la necesidad de transfusiones sanguíneas y la histerectomía, en futuros embarazos. El Royal College recomienda que el PVDC se debe planificar en un hospital con personal y equipo adecuado, con la posibilidad de realizar una cesárea urgente y reanimación neonatal avanzada. En su guía no da detalles sobre cual es el personal adecuado y el tiempo para la realización de la cesárea urgente. Las contraindicaciones del PVDC coinciden con las marcadas por el colegio americano y el canadiense, la única diferencia es que el colegio inglés no hace mención sobre las mujeres con el antecedente de tres o más cesáreas(25).

En la Figura 10 se puede observar un resumen de las principales recomendaciones de estos tres colegios y de dos asociaciones americanas(10).

Society	VBAC Counseling	Facilities and Personnel	Other Recommendations
The College ⁴	VBAC should be offered to most women with one previous cesarean delivery with low transverse incision; consider those with two previous low transverse cesarean deliveries.	Safest where staff can provide immediate emergency cesarean delivery, but patients should be allowed to accept increased risk when such resources are not available.	Twins, macrosomia, postdatism, low vertical incision, and unknown type of uterine incision should not preclude.
RCOG ⁵	Women with one prior low segment cesarean delivery should be able to discuss option of VBAC; final decision between woman and her obstetrician.	Should be conducted in suitably staffed and equipped delivery suite with continuous intrapartum care and monitoring and available resources for immediate cesarean delivery and advanced neonatal resuscitation.	Caution with twins and macrosomia (uncertainty due to underpowered studies).
SOGC ⁶	VBAC should be offered to women with one previous cesarean delivery with low transverse incision.	In hospital where a timely cesarean is available; an approximate timeframe of 30 min should be considered adequate for urgent laparotomy.	Twins, macrosomia, and postdatism are not contraindications.
AAFP ⁷	VBAC should be offered to women with one previous cesarean delivery with low transverse incision.	Should not be restricted only to those facilities with available surgical teams present throughout labor because there is no evidence that these additional resources result in improved outcome.	Not addressed.
AHRQ ²	VBAC is a reasonable choice for the majority of women with prior cesarean delivery.	Not addressed.	Not addressed.

VBAC, Vaginal Birth After Cesarean Delivery; The College, American College of Obstetricians and Gynecologists; RCOG, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; SOGC, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada; AAFP, American Academy of Family Physicians; AHRQ, Agency for Healthcare Research and Quality.

Figura 10: Modificado de resumen recomendaciones colegios internacionales(10).

La Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetricia (FIGO), considera que la cesárea se debe realizar únicamente para mejorar el bienestar de las madres y de los recién nacidos, mientras que las cesáreas sin evidencia médica deben desaparecer porque éticamente no esta justificada. Además aconseja que el PVDC debe ser realizado en hospitales adecuados y con personal cualificado(13).

Desde hace ya varios años, la OMS recomienda que una tasa de cesárea óptima debería estar en el rango comprendido entre el 5 % al 10 % y que cifras por encima del 15 % son indicativas de una mala actuación obstétrica. En conclusión, la tasa máxima de cesárea de un país no debe exceder del 15 %. Varios estudios realizados por la OMS llegaron a la conclusión que las cesáreas se deben realizar cuando se prevé un beneficio claro tanto para la madre como para el recién nacido y que este procedimiento quirúrgico es más costoso que un PVDC. Por lo tanto este organismo recomienda ante una mujer con el antecedente de cesárea anterior intentar un PVDC, incluso si tiene más de una cesárea anterior.

En cuanto al personal adecuado para atender el PVDC, la OMS ha declarado que las matronas son el profesional más adecuado y eficaz, con un coste adecuado, para atender el embarazo y parto normal, incluyendo la evaluación de riesgos y el reconocimiento de las complicaciones. Sin embargo, en muchos países desarrollados y en vías de desarrollo las matronas sólo están presentes en los grandes hospitales, constituyendo este hecho un inconveniente en el control del embarazo y parto normal(13).

En cuanto a las directrices nacionales, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) en su protocolo actualizado en Junio del 2010 dictamina que aunque el útero tiene un mayor riesgo de rotura uterina en una mujer que ha tenido una cesárea anterior, la mayoría de las veces el parto vaginal es posible, siendo seguro tanto para la madre como para el feto. Por otro lado, la cesárea electiva de rutina para el segundo parto de una mujer con una cesárea previa transversa baja genera un exceso de morbilidad y mortalidad materna y un alto coste para el sistema sanitario. La SEGO recomienda que el PVDC debe realizarse en un hospital en el que sea posible realizar una cesárea urgente y donde estén disponibles obstetra, anestesista, pediatra y personal de quirófano. Los riesgos y beneficios de la cesárea programada en comparación con el intento de parto vaginal se recogen en la tabla 8(26).

	Parto vaginal	Cesárea programada
Ventajas	Mortalidad materna: 0.004%	Rotura uterina: 0.03% Mortalidad perinatal: 0.002%
Inconvenientes	Rotura uterina: 0.32-0.47% Mortalidad perinatal: 0.13%	Mortalidad materna: 0.013% Mayor tasa de anomalías de la placentación y de lesiones quirúrgicas en futuros embarazos.
Datos insuficientes	Histerectomía, hemorragia, transfusión, infecciones maternas Encefalopatía hipóxico-isquémica, sepsis, trauma por el parto, resultados neurológicos a largo plazo.	

Tabla 8: Modificado de riesgos y beneficios según recomendaciones SEGO(26).

En cuanto a las contraindicaciones de un parto vaginal después de una cesárea anterior que marca la SEGO se encuentran cesárea corporal o en “T” invertida, histerectomía o miomectomía previa con entrada en la cavidad uterina, rotura uterina previa, contraindicaciones para el parto vaginal, tres o más cesáreas previas(26).

En conclusión todas las sociedades, colegios, asociaciones internacionales y nacionales coinciden en las ventajas del PVDC que incluyen una tasa menor de hemorragia e infección, una recuperación más rápida, menos

complicaciones y menos gastos en comparación con una cesárea repetida. Con la incisión apropiada, la mayoría de las mujeres con una cesárea previa pueden tener un parto vaginal exitoso. Aunque es raro, la posibilidad de rotura uterina sigue influyendo sobre el PVDC.

Todos los países están de acuerdo en que la mayoría de las mujeres con una historia de una o dos cesáreas sin complicaciones con una incisión transversal baja y ninguna contraindicación de PVDC son candidatas adecuadas para el parto vaginal y se le debe ofrecer como primera opción(25).

Successful VBAC Most Likely

1. Prior cesarean incision was low transverse
2. Clinically adequate pelvis and normal fetal size
3. No other uterine scars, anomalies, or previous rupture
4. Previous vaginal delivery
5. Patient enthusiasm and informed consent
6. Spontaneous labor
7. Physician available capable of monitoring labor and the fetus and performing a cesarean
8. Anesthesia, blood bank, and staff available and simulation training for emergency cesarean delivery

Caution and Potential Contraindications

1. Prior classical or T-shaped incision or previous fundal surgery
2. Contracted pelvis, macrosomia, or both
3. Recurrent indication for initial cesarean delivery
4. Medical or obstetric condition precluding vaginal delivery
5. Patient refusal
6. Induction with unfavorable cervix
7. Augmentation of labor
8. Inability to perform emergency cesarean delivery

Figura 11: Modificado de factores a considerar al decidir sobre el tipo de parto después de una cesárea(10).

5. RIESGOS Y BENEFICIOS DEL PVDC Y DE LA CESÁREA ITERATIVA

Aunque la cesárea es una técnica segura tanto para la madre como para el feto, no se trata de un procedimiento inocuo y presenta una serie de complicaciones que no siempre son predecibles o evitables. La incidencia de morbilidad materna grave oscila entre el 0,05 y el 1,09% según diferentes investigaciones(19). La frecuencia con la que aparecen complicaciones asociadas a la cesárea y al PVDC varía dependiendo del tipo de estudio y población o época analizados. Sin embargo, la mayor parte muestra un riesgo mayor en el grupo de cesárea repetida en comparación con el grupo de parto vaginal(16).

La cuestión de si una mujer debe intentar un parto vaginal o una cesárea tras una cesárea anterior ha sido un área de investigación activa. Un parto vaginal exitoso después de una cesárea se asocia con estancias hospitalarias más cortas para la madre y para el recién nacido, una recuperación postparto más rápida. Menos complicaciones, como fiebre puerperal, infección uterina o de la herida, tromboembolismo (coágulos de sangre en las piernas o los pulmones) y necesidad de transfusión de sangre, además de menos problemas respiratorios neonatales(27). Sin embargo un PVDC fallido se asocia con mayores tasas de infección materna por corioamnionitis, aumento del riesgo de rotura uterina y por todo ello, aumento de la morbilidad neonatal. La otra opción, es decir, repetir una nueva cesárea tiene como ventaja que el nacimiento del bebe puede ser planificado y programado de antemano y se asocia con un riesgo reducido de rotura uterina. Sin embargo, existen riesgos de lesión durante la operación, mayor riesgo de tromboembolismo y un aumento del riesgo de anomalías de placentación en futuros embarazos(28). Además los niños nacidos por cesárea presentan tasas más altas de complicaciones respiratorias que por vía vaginal(29). A pesar de esto, la preocupación por las complicaciones maternas y neonatales ha contribuido a una disminución en el parto vaginal después de las tasas de cesárea(30). Por tanto es muy importante conocer los riesgos tanto del PVDC como de la cesárea iterativa para orientar a la mujer hacia la mejor opción.

5.1 RIESGOS DEL PVDC

5.1.1 ROTURA UTERINA:

La ruptura uterina se define como la interrupción de todas las capas del útero, incluyendo la capa serosa(31). Es una complicación del embarazo en

la se amenaza la vida de la madre y el feto. Otros efectos adversos que pueden llegar a producir una rotura uterina incluyen complicaciones relacionadas con hemorragia grave, laceración de vejiga, la histerectomía y la morbilidad neonatal relacionada con hipoxia intrauterina. La mayoría de las roturas uterinas en los países ricos con recursos están asociadas a un trabajo de parto después de una cesárea. En los países con recursos limitados, muchas roturas uterinas están relacionadas con el fallo de progresión en el parto y la falta de acceso al parto quirúrgico(32). Por comparación, la dehiscencia uterina generalmente se refiere a una, y con frecuencia clínicamente oculta, separación incompleta de la cicatriz uterina donde la serosa se mantiene intacta y no se asocia generalmente con hemorragia o resultados maternos o perinatales adversos(9).

Aunque la rotura catastrófica del útero es una de las complicaciones más graves que pueden surgir en un parto tras cesárea previa, muchos autores están de acuerdo en que el parto vaginal tras una cesárea no incrementa la rotura uterina y que, si ésta ocurriera, siempre que se trate de forma adecuada, tampoco tendría que aumentar el riesgo tanto para la madre como para el neonato(33).

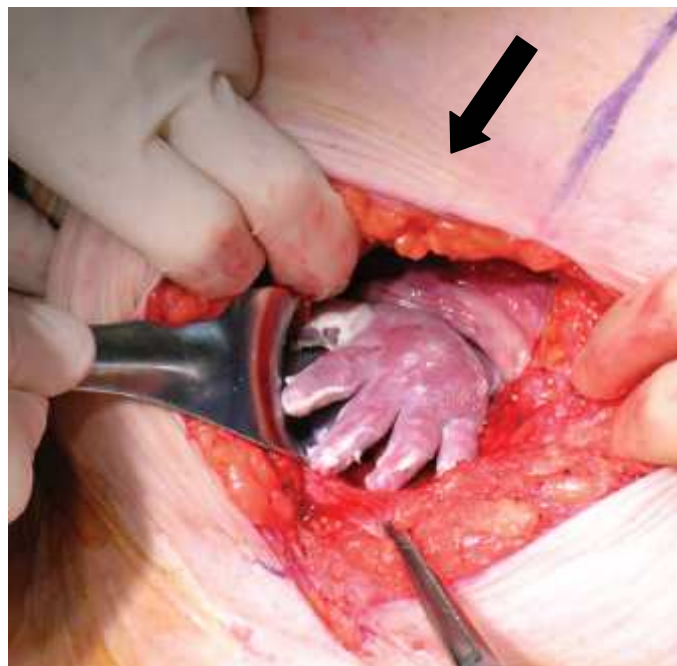


Figura 12: Modificado de interrupción completa de la cicatriz uterina y salida de la mano fetal por defecto uterino. (Tomado de Eller AG, Fisher B. Imágenes en medicina clínica: diagnóstico de rotura uterina en CT.N Engl J Med 2009; 360:170. derechos de autor © 2009 Sociedad Médica de Massachusetts)(10).

INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO

La rotura uterina, en comparación con otras complicaciones del PVDC, ha recibido una mayor atención debido a su morbilidad y mortalidad asociada, tanto para la madre como para el feto(34).

La incidencia global de rotura uterina en mujeres con una cesárea previa varía entre 0,3 % y el 1% dependiendo del estudio consultado(31, 32, 35, 36). Aunque las tasas difieren entre los distintos estudios, la literatura reporta sistemáticamente un aumento del riesgo de rotura uterina en mujeres sometidas a una prueba de parto después de una cesárea y menor en las mujeres que se someten a cesárea repetida electiva. En base a los datos disponibles, la mejor estimación de la incidencia de rotura uterina para una gestación a término es de 0,78 %, con PVDC y 0.22 % con cesárea iterativa(31,32).

La incidencia varía dependiendo del tipo y la localización de la incisión uterina anterior. La tasa de rotura uterina es significativamente menor cuando la incisión uterina anterior es transversal baja que cuando se realiza vertical baja, siendo del 0,7 % para la incisión transversal baja y del 2 % para la vertical baja(32). Cuando se realiza un parto por cesárea clásica, el riesgo posterior de rotura uterina varía desde un 1 % hasta un 12 %(32).

Existen otros factores que aumentan el riesgo de que el útero se rompa durante el trabajo de parto, incluyen el aumento de la edad materna, mujeres menores de 30 años sometidas a un PVDC tienen un riesgo de 0,5 % de rotura uterina en comparación con un riesgo del 1,4% en las mujeres de 30 años o más(31).

La edad gestacional parece influir sobre este riesgo, de esta manera los embarazos a término aumentan el riesgo de rotura uterina frente a los embarazos prematuros (0,74 % frente 0,34%). Además pesos al nacer del recién nacido por encima de los 4000 gramos, el intervalo intergenésico menor de 18 meses y el cierre uterino de una sola capa, son factores que pueden influir negativamente sobre esta complicación(31,32,37). Aún conociendo todos estos factores, ninguno de ellos son suficientemente fiables y clínicamente útiles para predecir una rotura uterina durante un trabajo de parto.

En contrapartida, se conoce que un parto vaginal previo, ya sea antes o después de la cesárea anterior, reduce significativamente la probabilidad de rotura uterina. Las mujeres con un parto vaginal anterior experimentan una quinta parte del riesgo de rotura uterina durante un trabajo de parto después

de una cesárea anterior en comparación con las mujeres sin un parto vaginal previo, siendo el riesgo de rotura uterina del 0,2 % para las mujeres que cuentan con un parto vaginal y del 1,1 % para aquellas que no tienen ninguno(31,32).

La investigación clínica que se inició en la década de 1990 y que continúa actualmente, ha identificado factores que aumentan o disminuyen el riesgo de rotura uterina durante un trabajo de parto después de una cesárea anterior. La identificación de las mujeres con el menor riesgo de este problema debe ser un indicativo para optimizar la seguridad del parto vaginal después de una cesárea. Por lo tanto estos factores deben ser considerados tanto antes del parto, como durante todo el trabajo de parto(31).

RESULTADOS ADVERSOS

La controversia que rodea a un trabajo de parto en mujeres con antecedentes de cesárea previa ha sido dominada por el miedo a la rotura uterina. Aunque el riesgo general es menos del 1 %, el potencial de la morbilidad materna y neonatal incluso de mortalidad siguen siendo preocupaciones fundamentales para los pacientes y los servicios de salud(31).

En la bibliografía consultada, por cada 1.000 pruebas de trabajo de parto, la tasa de complicaciones relacionadas con la rotura uterina fue de 1,8 por transfusión de concentrados de glóbulos rojos, 1,5 para la acidosis fetal patológico (pH del cordón < 7.00), 0,9 para la histerectomía, un 0,8 para lesiones genitourinarias, 0,4 para la muerte perinatal, y 0,02 para la muerte materna(31,32).

La complicación materna grave más frecuente fue la histerectomía, que se informó en el 14 % al 33 % de las mujeres con rotura uterina. Dentro de las complicaciones derivadas de la histerectomía se incluyen las heridas operatorias, tales como laceraciones del tracto urinario o intestinal, transfusión de sangre y la infección postoperatoria(32,37).

Los dos resultados perinatales devastadores asociados con esta patología y el PVDC son la muerte perinatal (muerte fetal o neonatal) y la lesión neurológica producida por la hipoxia o la acidosis.

La tasa de mortalidad perinatal asociada con la rotura uterina es de 5 a 6 %(32, 37). En un estudio de el NIH y las Unidades de Medicina Materno Fetal (MFMU) de Estados Unidos, la incidencia de la encefalopatía

neonatal hipóxico-isquémica asociada con la rotura uterina fue de 7 casos entre los 114 niños nacidos después de la rotura uterina (6 por ciento) y 2 de estos 7 neonatos murieron(32). No hubo muertes neonatales o casos de encefalopatía hipóxico-isquémica en las mujeres sometidas a cesárea repetida electiva. La intervención inmediata después de la rotura uterina no siempre impidió acidosis grave y la morbilidad y mortalidad neonatal(32).

RIESGO DE REPETICIÓN Y GESTIÓN DE FUTUROS EMBARAZOS

Los datos sobre futuros embarazos que han tenido lugar tras la reparación de una rotura uterina se derivan de pequeñas series de casos, en gran parte compuestos por mujeres que se han sometido a la reparación de la cicatriz uterina. Los informes sobre el riesgo de rotura recurrente se encuentran en el rango del 22 % al 100 %(32).

La rotura recurrente puede ocurrir ya en el segundo trimestre y es difícil de predecir. La mayoría de los obstetras procuran reducir el riesgo de rotura recurrente mediante la recomendación de un parto por cesárea y la programación del nacimiento antes del inicio del trabajo de parto. No hay consenso sobre el momento óptimo para la programación de la cesárea. Un enfoque razonable es evaluar la madurez pulmonar fetal por amniocentesis a las 34-35 semanas de gestación y realizar el embarazo con un parto por cesárea después de la confirmación de la madurez, aunque la mayoría de los expertos sugieren la programación de la cesárea a partir de las 37 sin prueba previa de madurez pulmonar fetal(32).

Si la rotura recurrente se sospecha por los síntomas del paciente (dolor abdominal, sangrado vaginal, náuseas), está indicada la cesárea de emergencia. La urgencia de la cesárea depende de la evaluación del obstetra, de las condiciones maternas y fetales(32).

5.1.2 DEHISCENCIA UTERINA:

La dehiscencia uterina generalmente se refiere a una separación de la cicatriz uterina incompleta, cuando la serosa se mantiene intacta, generalmente con clínica oculta. No se suele asociar a hemorragia ni a resultados maternos o perinatales adversos. Debido a esto, son diagnosticadas de forma accidental en el parto por cesárea de repetición, pero algunas se identifican durante la ecografía prenatal, a veces con la extrusión de un saco que contiene las membranas fetales y el líquido amniótico(32).

Una vez diagnosticada la dehiscencia, el parto por cesárea de repetición es probablemente la opción más segura para evitar la progresión a la rotura. No existe un enfoque estándar u óptimo, si se decide continuar con el embarazo, la paciente debe ser aconsejada a fondo acerca de los posibles riesgos para ella y para el feto(32).

El diagnóstico precoz de la dehiscencia de la cicatriz uterina o rotura seguida de una laparotomía reparadora y una reanimación neonatal son esenciales para reducir la morbilidad y la mortalidad asociada tanto para la madre como para el neonato. No hay una única característica clínica patognomónica indicando rotura uterina pero la presencia de cualquiera de las características indicadas en la figura 17 puede sugerir la presencia de un cierto riesgo de rotura uterina(38).

En cuanto a la incidencia de dehiscencia de cicatriz sin repercusión materno-fetal, ésta cifra oscila entre el 0,5 y el 2%. En un estudio realizado en Asturias en 2003 encontraron una tasa de dehiscencia del 2,8% de los casos y todos ellos ocurrieron en pacientes en las que se llevó a cabo una segunda cesárea(33).

Clinical features associated with uterine rupture in women with previous Caesarean delivery		
Risk factors	Symptoms	Signs
Induction (prostaglandin, amniotomy, intracervical Foley catheter)	Severe abdominal pain, especially if persists in between uterine contractions	Abnormal CTG (decelerations, tachycardia, bradycardia)
Augmentation with oxytocin	Acute onset of lower abdominal pain	Loss of station of the presenting part
Abnormal labour progress (prolonged latent phase, dysfunctional or secondary arrest)	Cessation of previously efficient uterine activity	Acute onset scar or lower abdominal tenderness
More than one prior Caesarean delivery	Haematuria	Maternal tachycardia, hypotension, shock
Previous myomectomy	Abnormal excessive vaginal bleeding	
Multiparity*	Post-delivery maternal collapse	
Previous uterine perforation at surgery		
Short inter-delivery interval (<18 months) from previous Caesarean		

Figura 13: Modificado de factores de riesgo para una ruptura uterina(38).

Increased Rate of Uterine Rupture	Decreased Rate of Uterine Rupture
Classical hysterotomy ⁹	Spontaneous labor ^{23,24}
Two or more cesarean deliveries ^{41,42}	Previous vaginal birth ⁴⁷
Single-layer closure ⁴³	Longer interpregnancy interval ^{45,46}
Induction of labor ^{23,24}	Preterm birth ³⁴
Use of prostaglandins ^{23,24}	
Short interpregnancy interval ^{44,45}	
Infection at previous cesarean delivery ⁴⁶	

Figura 14: Modificado de factores de riesgo para una rotura uterina(6).

What is already known
Perceptions of high risk for uterine rupture cause many patients and practitioners to avoid vaginal birth after caesarean delivery
Epidemiological studies show an association between previous caesarean section and uterine rupture
What this study adds
Symptoms of uterine rupture were more common in women undergoing trial of labour than planned repeat caesarean delivery, but the additional risk is less than previously thought
For every 10 000 women attempting trial of labour there would be 27 additional symptomatic uterine ruptures, 1.4 perinatal deaths related to rupture, and 3.4 hysterectomies related to rupture
Studies need to use standard and precise definitions for uterine rupture and related outcomes

Figura 15: Modificado de resumen bibliografía sobre rotura uterina(37).

5.1.3 INFECCIÓN MATERNA:

En la bibliografía consultada existe un mayor riesgo de endometritis en aquellas mujeres con PVDC (0,8 %-30 %) en comparación con las que programaron una nueva cesárea (1,2 %-18 %)(39), con un riesgo relativo del 1,62 para la endometritis(40). Del mismo modo, una mayor incidencia de corioamnionitis se observó en las mujeres que tenían un PVDC en comparación con los que tenían una cesárea repetida(30).

Por lo general, las causas de estas afecciones son infecciones bacterianas. La infección puede comenzar en el tracto genital de la madre. Las bacterias pueden subir desde la vagina, atraviesan el cuello del útero y pueden infectar las membranas fetales y el útero. La infección se puede desplazar hasta el saco amniótico y su líquido. Esta situación se puede ver agravada por la rotura prematura de membranas que sucede durante el trabajo de parto en comparación con la cesárea programada, en cuyo caso la bolsa amniótica permanece íntegra. Además el riesgo de infección dependerá de las horas de bolsa rota que transcurran hasta el nacimiento del neonato.

5.1.4 MORBILIDAD NEONATAL:

La morbilidad neonatal asociada con el PVDC viene marcada por las complicaciones que pueden surgir durante el trabajo de parto, siendo las principales y las más frecuentemente nombradas en la bibliografía consultada, la rotura uterina y la corioamnionitis (infección de las membranas uterinas). Como consecuencia de esto, el recién nacido puede sufrir una serie de problemas y enfermedades.

LESIÓN PERINATAL CEREBRAL

La encefalopatía neonatal es un síndrome clínico que se caracteriza por una función neurológica anormal en prematuros tardíos y recién nacidos a término que se caracterizan por alteración del nivel de conciencia, el tono muscular anormal, dificultad respiratoria y puede causar, en algunos casos, convulsiones.

Un bebé con esta patología puede o no desarrollar deterioro neurológico permanente, como parálisis cerebral. A pesar del aumento constante de las tasas de cesárea en las últimas tres décadas, el número de casos de encefalopatía neonatal no ha disminuido(29).

Una pequeña minoría de los casos (aproximadamente el 10 %) de encefalopatía y de parálisis cerebral en estos niños se relaciona con eventos de hipoxia durante el parto, como puede ocurrir durante una rotura uterina que tenga lugar durante el trabajo de parto. Por tanto la prevención de esta complicación se puede conseguir mediante la alteración de la vía del parto(29).

Se han descrito de forma variable en la literatura revisada cómo la tasa de PVDC y de cesárea electiva influyen en la producción de esta complicación, pero se ha encontrado un mayor riesgo de encefalopatía en bebés nacidos por PVDC que en los nacidos a través de parto vaginal espontáneo (OR 0.17, IC 95 % 0,05 - 0,56)(29,41). Sin embargo, si la cesárea electiva previene la parálisis cerebral, dado que la tasa de parálisis cerebral en Estados Unidos esta comprendida entre el 2 al 3 por mil, y que el 10 % de los casos surgen durante el parto, aproximadamente entre 3.000 y 5.000 cesáreas electivas deberían ser realizadas para prevenir un caso de parálisis cerebral relacionado con eventos obstétricos(29,37).

SEPSIS NEONATAL

Una de las indicaciones comunes para el ingreso del recién nacido en la unidad de neonatos es la sepsis neonatal. La rotura prolongada de membranas y la infección intramniótica que se puede producir durante un trabajo de parto hace que los neonatos nacidos a través de un PVDC tengan más probabilidades de desarrollar esta complicación(41).

Existen escasos datos comparando las tasas de sospecha y de confirmación de sepsis neonatal en los bebés nacidos por cesárea electiva y parto vaginal planificado. En un estudio que compara los resultados de 42 casos de infección entre 497 mujeres sometidas a una cesárea repetida y 492 que intentaron un parto vaginal después de una cesárea, se demostró que tanto los casos de sospecha de sepsis neonatal como los confirmados fueron significativamente inferiores en el grupo de cesárea electiva (2 % versus 5 %, $P < 0,05$ para la sospecha de sepsis, y del 0% frente a 1 % $p < 0,05$ para sepsis probada)(29). El índice de sospecha de sepsis fue del 12% en los recién nacidos que nacieron después de un parto vaginal fallido, en comparación con el 2 % después de un PVDC exitoso ($P < 0,0001$). Basándose en estos datos, se ha planteado que una política de cesárea electiva a termino podría reducir la sospecha de sepsis neonatal, pero serían necesarias 76 cesáreas electivas para prevenir un caso confirmado de sepsis neonatal(29).

5.2 BENEFICIOS DEL PVDC

Los beneficios del PVDC se derivan de la evitación de los riesgos asociados con el parto por cesárea de repetición. Los beneficios inmediatos del PVDC incluyen una menor estancia hospitalaria, menor número de complicaciones postparto, más rápido retorno a las actividades normales y una menor morbilidad y mortalidad tanto materna con neonatal. Además, a largo plazo, las complicaciones potenciales que se derivan de múltiples cesáreas pueden ser evitadas con la recomendación del PVDC(27).

5.2.1 ESTANCIA HOSPITALARIA

Las mujeres con un PVDC tienen estancias hospitalarias mucho más reducidas que las mujeres con una cesárea. La diferencia en la estancia hospitalaria entre un parto vaginal y una cesárea es muy evidente, siendo de 2,9 días de media para un parto vaginal y de 5,5 días para una cesárea(42).

Según el último informe del ministerio de sanidad publicado en 2013, se calcula que durante el año 2011 en los hospitales españoles la media de días de hospitalización de una cesárea con complicaciones fue de 4,9 días, de una cesárea sin complicaciones de 4,3 días, de un parto vaginal con complicaciones de 3 días y de un parto vaginal sin complicaciones de 2,5 días(20).

5.2.2 RECUPERACIÓN POSTPARTO

Los resultados de los estudios sugieren que el parto vaginal podría conducir a una mejor calidad de vida, como resultado de una salud física y psicológica mayor(43). La cesárea no es solo un modo de dar a luz, sino también una cirugía y como toda intervención quirúrgica puede dar lugar a una serie de problemas derivados de la hospitalización como la inmovilización, el dolor y los trastornos del sueño. Sin embargo con un parto vaginal el tiempo de hospitalización es menor y todos los problemas derivados de la estancia hospitalaria se reducen al mínimo.

Además, este hecho incide directamente sobre la economía de la población y de los servicios de salud, el tiempo de hospitalización y la fatiga materna tanto mental como física derivada de la estancia en el hospital. La diferencia de coste entre una cesárea y un parto vaginal es muy significativa, llegando a ser el doble para el caso de la cesárea (coste medio

de un parto vaginal 963 euros y coste medio de una cesárea 2148 euros)(42).

Los resultados consultados en la bibliografía sugieren que se debe ofrecer un PVDC a todas las mujeres que no tengan contraindicaciones obstétricas para ello, ya que tienen posibilidades de lograr mayores resultados de satisfacción y menores molestias después de un parto vaginal en lugar de una cesárea(44). Se ha demostrado que las mujeres con un parto vaginal están más satisfechas con su proceso que las mujeres que eligen una cesárea (74% del grupo de parto vaginal frente al 50 % del grupo de cesárea)(45). Esto es debido a que la mayoría de las mujeres que logran un parto vaginal están más satisfechas con su alivio del dolor en comparación con las mujeres que tuvieron una cesárea programada (80 % para el grupo de parto vaginal frente al 75 % para el grupo de cesárea)(45). Además, el 50 % de las mujeres a las que se les realiza una cesárea iterativa encuentran el dolor después de la cesárea severo, mientras que tan sólo el 6 % de las mujeres con un parto vaginal perciben su dolor en el postparto como severo. Cuando se analizan las razones de insatisfacción en el grupo de cesárea, las mujeres expresan una incapacidad para hacer frente al estrés físico producido por la intervención además de una insuficiencia en su alivio del dolor(45). Por lo tanto se puede concluir que un PVDC es más satisfactorio para la mujer ya que percibe un nivel de dolor mucho menor.

5.2.3 ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA

Debido a la rápida recuperación de un parto vaginal, un menor grado de dolor y un menor tiempo de estancia hospitalaria, las mujeres con un PVDC pueden empezar a movilizarse antes que con una cesárea. Gracias a todo esto se reduce significativamente el riesgo de padecer algún tipo de complicación tromboembólica(39).

5.2.4 HEMORRAGIA Y TRANSFUSIÓN

Los estudios reportan menores tasas de hemorragia postparto asociadas con PVDC en comparación con una cesárea de repetición, del 0,3 % frente al 29 %. Este hecho conlleva a que las mujeres que presentan un PVDC tengan una menor posibilidad de transfusión con un 0,9 % mientras que las mujeres que tienen una cesárea iterativa presentan un riesgo de transfusión del 1,2 %, con la reducción de los posibles efectos adversos que puedan surgir con este procedimiento(39).

Además, cuando el riesgo de transfusión se compara entre las mujeres que tienen una cesárea programada sin indicación médica, a petición de la gestante y las mujeres que se les realiza una cesárea con una prescripción médica, con o sin trabajo de parto, las mujeres a las que se les realiza la cesárea programada por indicación obstétrica sin trabajo, presentan un mayor riesgo de la transfusión, lo que sugiere que las condiciones comórbidas maternas contribuyan al riesgo de transfusión(39).

5.2.5 INFECCIÓN Y FIEBRE

Como ya hemos mencionado anteriormente, durante el parto el riesgo de infección por corioamnionitis es más común con un PVDC. Sin embargo la incidencia de infección pélvica tras el alumbramiento es menor después de un PVDC que tras una cesárea iterativa(9).

Al investigar la bibliografía disponible, se observa que la incidencia combinada de morbilidad febril es del 6,5 % (IC del 95%: 4,4 % -9,3 %) para las mujeres con un PVDC y el 7,2% (IC del 95%: 2,5 % -18,9 %) para las mujeres con una cesárea electiva. Por lo tanto, el riesgo relativo de padecer un proceso febril tras el parto es significativamente menor con un PVDC que con una cesárea programada (RR 0,63, IC del 95%: 0,43 hasta 0,91). Cuando la aparición de fiebre se evalúa con los resultados del PVDC, las mujeres que presentan tanto una cesárea electiva como una cesárea después de una prueba de parto tienen mayor riesgo febril en comparación con las mujeres que consiguen un PVDC exitoso. Este hecho muestra la cirugía como un factor de riesgo para el desarrollo de morbilidad febril(39).

5.2.6 MORBILIDAD RESPIRATORIA NEONATAL

Aunque se caracteriza por diferentes definiciones y metodologías, un cuerpo coherente de pruebas indica que los bebés nacidos por cesárea electiva experimentan tasas más altas de complicaciones relacionadas con las vías respiratorias que los niños nacidos por vía vaginal(29). En recién nacidos a término, el resultado respiratorio adverso más común es la taquipnea transitoria del recién nacido(41).

El análisis de los datos agrupados sugieren que el riesgo absoluto de la taquipnea transitoria del recién nacido es ligeramente superior con una cesárea electiva en comparación con un PVDC (4,2 % frente a 3,6 %)(9, 37). Además, los neonatos nacidos por cesárea tienen una mayor necesidad

de oxígeno después del nacimiento y una mayor tasa de ingreso en la unidad de neonatología en comparación con los nacidos por parto vaginal (5,8 % frente al 2,4 %, $P < 0,028$)(41).

Trastornos más graves, tales como el síndrome de dificultad respiratoria y la hipertensión pulmonar persistente se producen con mayor frecuencia en los neonatos nacidos por cesárea, siendo hasta casi 7 veces más probable su aparición que en los recién nacidos por vía vaginal (3,6 % versus 0,5 %, OR 6,8, IC 95 % 5.2 a 8.9)(29).

El riesgo de morbilidad respiratoria en recién nacidos a término disminuye con la edad gestacional. Los niños nacidos por cesárea electiva a las 37 semanas tienen una incidencia del 10 % de desarrollar algún tipo de morbilidad respiratoria (definida como la taquipnea transitoria del recién nacido, síndrome de dificultad respiratoria o la hipertensión pulmonar persistente), en comparación con el 2,8 % entre los niños nacidos por vía vaginal (OR 3,7, IC 95 % 2,2 - 6,1). A partir de las 40 semanas de gestación, la tasa de morbilidad respiratoria puede disminuir hasta casi un 1,5 %(29).

5.3 RIESGOS DE LA CESÁREA ELECTIVA

Debido a que la cesárea implica una cirugía mayor y el uso de anestesia, hay algunas desventajas en comparación con el parto vaginal.

El parto por cesárea se asocia con una tasa más alta de lesiones de los órganos abdominales (vejiga, intestino, vasos sanguíneos), presencia de infecciones de la herida quirúrgica, del útero o del tracto urinario y aumento de complicaciones tromboembólicas y hemorrágicas. La cirugía puede interferir en la interacción madre-hijo en la sala de partos, retrasando el inicio del vínculo materno filial. Al ser una cirugía mayor, la recuperación de la cesárea es más larga y complicada que la de un parto vaginal. El parto por cesárea se asocia con un mayor riesgo de que la placenta se adhiera al útero anormalmente en embarazos posteriores, hecho que puede producir complicaciones graves. La herida quirúrgica que se produce en la cesárea debilita el útero, lo que aumenta el riesgo de rotura uterina en un embarazo futuro. Como ya hemos visto anteriormente, este riesgo es pequeño y depende del tipo de incisión uterina. En cuanto a los riesgos para el neonato, los problemas respiratorios temporales debido a que el bebé no se exprime a través de canal de parto de la madre, es el de mayor frecuencia. Esto reduce la reabsorción de líquido de los pulmones del niño(46).

5.3.1 INFECCIONES PERIOPERATORIAS

El riesgo de infección postoperatoria uterina (endometritis) varía en función de varios factores, tales como si el trabajo de parto había comenzado o si la bolsa amniótica se había roto antes de la realización de la cesárea(46).

Diversos estudios señalan una frecuencia del 13.24 % en México, 14 % en Canadá y 20 % en Estados Unidos en cesáreas en general y del 16.9 % en mujeres sometidas a cesáreas electivas de repetición. En algunos casos, la endometritis puede ser muy severa, ocasionando septicemias fatales(16).

De todas las infecciones perioperatorias, por su frecuencia, las afecciones de la herida quirúrgica es la complicación más importante que se produce tras una cesárea iterativa(16).

La infección de la herida quirúrgica, si se produce, se desarrolla generalmente entre los cuatro a siete días después de la cirugía, pero a veces aparece en el primer o segundo día. Si la infección se produce cuando la mujer está en el hospital, se puede aumentar su estancia hasta solucionar la infección. Pero si la infección se produce cuando la mujer se encuentra ya en su domicilio, puede ser necesario un rehospitalización para su tratamiento, aumentando de esta manera la morbilidad materna(46).

Además de los antibióticos, las infecciones de la herida se tratan a veces mediante la apertura de la herida para permitir el drenaje, la limpieza con líquidos y antisépticos y la eliminación de tejido infectado si es necesario, existiendo el riesgo de una nueva reintervención(46).

La incidencia de esta infección es muy variable en todo el mundo y oscila entre 3,97 % y el 25,3 %(16). Entre los agentes que se han sido señalados como factores de riesgo para el desarrollo de infección postcesárea están las roturas de membranas de más de seis horas de evolución, las condiciones socioeconómicas bajas, el número de revisiones vaginales, la corioamnionitis, el volumen de pérdida sanguínea tras la cirugía, la presencia de infección en otro sitio, la duración de la cirugía y el grosor del tejido subcutáneo(16).

En cuanto a la morbilidad febril, la cirugía constituye un riesgo para la aparición de fiebre con una frecuencia del 7,2 % en comparación con el 6,5 % en el caso del parto vaginal(47).

Diversos estudios han demostrado un aumento de la incidencia de la infección del tracto urinario con cada cesárea adicional con una tasa del 7,5 %, 8,4 %, y 17,9 % después de la tercera, cuarta, y quinta cesárea respectivamente(48).

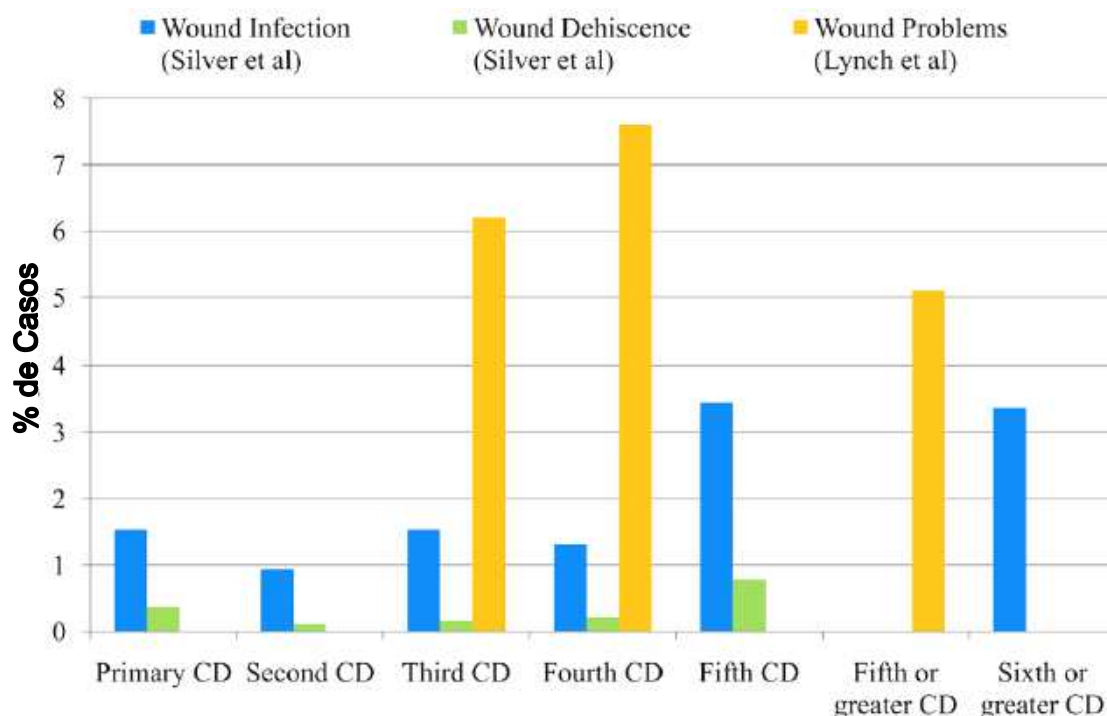


Figura 16: Modificado de evaluación de la incidencia de los problemas relacionados con la herida quirúrgica. Lynch et al, evaluaron la incidencia de los "problemas de la herida", entre 250 mujeres en Irlanda que tuvieron una cesárea electiva debido a una historia de al menos dos cesáreas anteriores. Silver et al, evaluaron la incidencia de "Dehiscencia de la herida" y de "infección de la herida", entre 30.132 mujeres que tenían cesárea sin trabajo de parto previo entre los 19 centros académicos en los Estados Unidos(48).

5.3.2 HEMORRAGIA Y TRANSFUSIÓN

El riesgo de hemorragia (sangrado excesivo) después de una cesárea es generalmente bajo, pero sí parece aumentar como el aumento del número de cesáreas anteriores(48). Entre el 1-2 % de todas las mujeres que tienen partos por cesárea requieren una transfusión debido a una hemorragia en la sangre(46). Los datos sobre el sangrado excesivo después de una cesárea son limitados por varias definiciones que se utilizan para determinar en que consiste una pérdida excesiva de sangre. En algunos estudios, la pérdida de sangre de 1000 ml se considera excesiva, en otros estudios, la transfusión de sangre es suficiente para definir una hemorragia(48).

Otro elemento a considerar es un mayor uso de transfusiones sanguíneas en mujeres a las que se realiza una cesárea. Las mujeres que dan a luz a su primer hijo por cesárea (cesárea primaria), tienen un riesgo de transfusión en el 3,2 % de los casos, las mujeres que cuentan con una cesárea de repetición tienen un riesgo de transfusión del 2,2 %. Sin embargo las mujeres que se someten a varias cesáreas electivas, el riesgo de transfusión aumenta significativamente con el número de cesáreas anteriores. La tasa de posibilidad de administración de transfusiones son del 1.8 %, 2.6 %, 4.3 %, 4.6 % y 14.6 % en las mujeres con un, dos, tres cuatro y al menos cinco cesáreas respectivamente(48).

Parece que el riesgo de la transfusión es más alto en aquellas mujeres con una cesárea programada sin iniciar el trabajo de parto en comparación con aquellas mujeres que si han iniciado el trabajo de parto antes de la realización de la cesárea. Esto sugiere que las condiciones maternas previas a la cesárea contribuyen al riesgo de transfusión(47).

Las complicaciones que pueden surgir durante una cesárea que puedan llevar a una pérdida excesiva de sangre incluyen la atonía uterina (la más frecuente), la placenta adherida y la rotura uterina(48).

La hemorragia por lo general responde a los medicamentos que causan la contracción del útero y a los procedimientos para detener el sangrado. En casos raros, cuando todas las otras medidas fallan para detener el sangrado, puede ser necesaria una histerectomía (eliminación quirúrgica del útero)(46). Se ha demostrado una incidencia del 1,4% en el caso de cesáreas sin complicaciones, de 100% en los casos de histerectomía por atonía uterina, rotura uterina o placenta previa y de un 0,4% en el caso de partos vaginales(16).

5.3.3 LESIÓN DE ÓRGANOS ABDOMINALES

Las lesiones de la vejiga o del tracto intestinal son las lesiones más frecuentes durante la realización de una cesárea y ocurren en aproximadamente 1 % de todos los partos por cesárea(46).

LESIÓN VESICAL

La lesión a la vejiga, que es significativamente más frecuente en cesáreas de repetición, es una complicación poco frecuente que está causada por adherencias creadas por la primera cesárea(48).

Las adherencias abdominales o pélvicas son estructuras fibrosas en forma de banda que se forman entre órganos abdominales o entre el peritoneo y la pared abdominal cuando se produce un trauma abdominal y la inflamación que origina interrumpe los tejidos normales. Las adherencias se pueden desarrollar después de una infección, una cirugía o una irritación química. La incidencia en el desarrollo de la adhesión después de una cesárea anterior oscila desde el 46 % hasta un 65 %. Además las diferencias en el tamaño, la ubicación y la densidad de las adherencias pueden variar en gran medida e influir sobre los efectos clínicos que genere. Algunas adherencias son fácilmente separables y transparentes en su densidad, otras adherencias son espesas y densas (Figura 17), en particular después de varias cesárea de repetición, haciendo más difícil la realización de la cesárea y aumentando el riesgo de lesión en órganos vecinos a la adherencia(48).

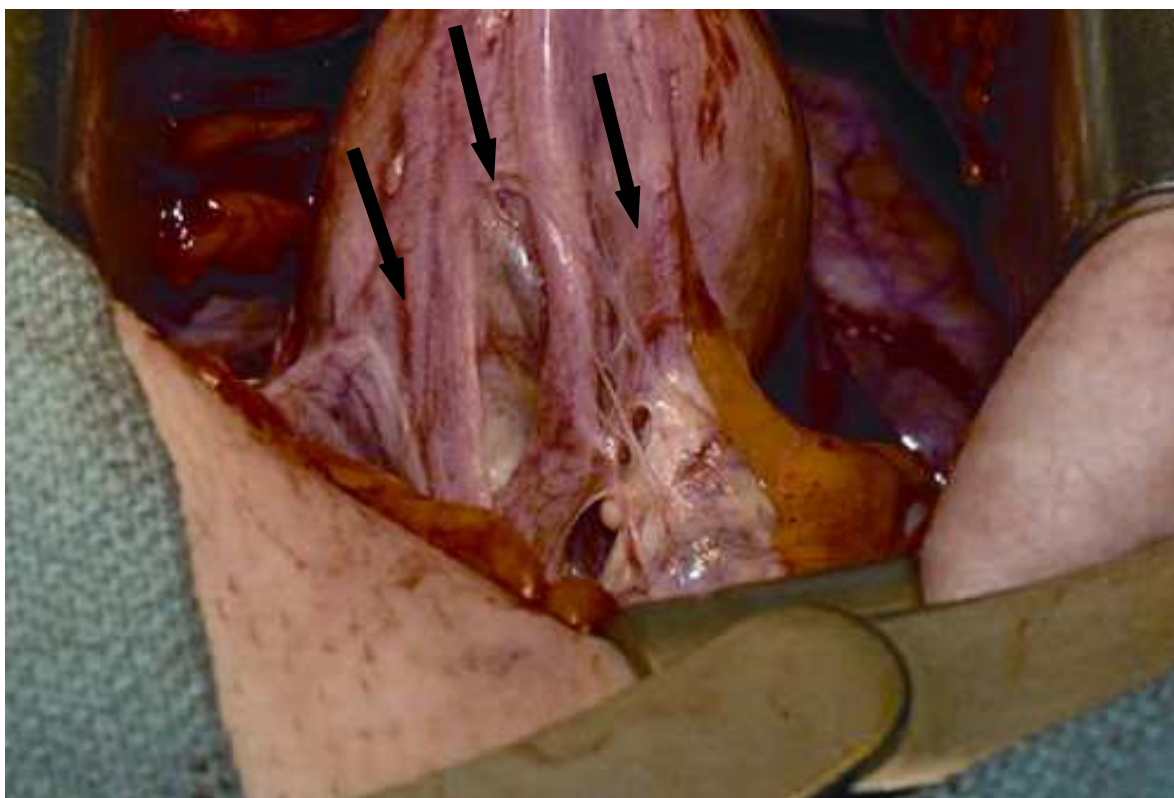


Figura 17: Modificado de fotografía de adherencias densas en el útero. Cortesía de Genzyme Corporation. Las complicaciones perioperatorias de cesárea repetidas. Am J Obstet Gynecol 2011(48).

Las mujeres que se someten a una cesárea de repetición tienen casi cuatro veces más probabilidades de sufrir una lesión en la vejiga en el parto que las mujeres con una única cesárea (probabilidades ajustadas primarias ratio, 3,82, IC 95 %, 1,62-8,97) y las adherencias se observan en el 60 % de las mujeres con una lesión de la vejiga en comparación con 10 % de las

mujeres entre un grupo control. Además una inmensa mayoría de las lesiones de la vejiga (95 %) se produjo en la cúpula de la vejiga(48).

Parece ser que la tasa de cistotomía aumenta con el número de cesáreas de repetición, siendo de 0,13 % para las cesáreas primarias, del 0.28 %, 1.17 %, 1.94 % y 4.49 % para la segunda, tercera, cuarta, quinta, y sexta o más cesáreas iterativas respectivamente(48).

La cesárea es también un factor de riesgo para la lesión vesical durante la cirugía ginecológica posterior. Entre una cohorte de mujeres que se sometieron a una histerectomía laparoscópica posterior a la cesárea, la tasa de cistotomía fue 21,1 % entre las mujeres con antecedentes de tres cesáreas anteriores en comparación con el 1,2% entre las mujeres que no tenían cesáreas anteriores (razón de probabilidad ajustada, el 18,4, IC 95% 5,2-66.0). En una serie de 7725 casos de histerectomías laparoscópicas realizadas vaginalmente, un tercio de los pacientes con una vejiga lesión tenía una cesárea anterior(48).

LESIÓN INTESTINAL

Afortunadamente, la lesión intestinal es una complicación poco frecuente de la cesárea. Se ha demostrado que un mayor número de cesáreas anteriores se asocian con un mayor riesgo de lesión intestinal (0,11 %, 0,06 %, 0,13 %, 0,34 %, 0 % y 1,12 % en función del número de cesáreas realizadas)(48).

En los países desarrollados, las adherencias son la causa primaria de aproximadamente un tercio de las lesiones intestinales. Los factores que contribuyen a disminuir las tasas de lesión del intestino que se observan después de una cesárea incluye la localización de la incisión (porción anterior del segmento inferior del útero), manipulación intestinal mínima y la protección de la incisión uterina(48).

5.3.4 ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA

Las mujeres tienen un mayor riesgo de desarrollar coágulos sanguíneos en las piernas (trombosis venosa profunda o TVP) o los pulmones (embolia pulmonar) durante el embarazo y el período posparto. Este riesgo se incrementa aún más después del parto por cesárea debido a la inmovilidad que se produce en el puerperio tras la cirugía. El riesgo se puede reducir mediante el uso de un dispositivo que apriete suavemente las piernas durante y después de la cirugía, denominado dispositivo de compresión

intermitente. Las mujeres en alto riesgo de TVP se les pueden administrar anticoagulantes, medicamentos para reducir el riesgo de coágulos de sangre(46).

Según la bibliografía consultada, el riesgo de tromboembolismo es poco habitual y por tanto, los datos sobre su frecuencia e impacto es muy limitado(49).

5.3.5 TIEMPO QUIRÚRGICO Y ESTANCIA HOSPITALARIA

El tiempo quirúrgico de una cesárea se define como el tiempo que transcurre desde la realización de la incisión inicial al cierre de la piel. Un tiempo quirúrgico prolongado aumenta el riesgo de infecciones, por ejemplo, las infecciones de la incisión quirúrgica y la endometritis. También se ha relacionado con una mayor pérdida de sangre y resultados neonatales adversos, que incluyen un aumento de la probabilidad de pH arterial fetal inferior a 7,20 y puntuaciones bajas de apgar a los 5 minutos del nacimiento del neonato(48).

No es de extrañar, que el aumento de las cesáreas anteriores y cirugías abdominales previas son también factores de riesgo a tener en cuenta en el aumento del tiempo quirúrgico. La presencia de adherencias, producidas en todas las cirugías anteriores, va a desempeñar un papel central(48).

La cesárea puede ser técnicamente difícil de realizar en mujeres con múltiples cesáreas anteriores, especialmente con respecto a la disección de la pared abdominal, la separación de la vejiga del segmento uterino inferior y la presencia de múltiples adherencias. Debido a esto se produce un aumento en el tiempo de nacimiento del neonato que puede afectar negativamente a la ya comprometida adaptación de este a la vida extrauterina, en particular en el caso de cesáreas urgentes(48).

Como ya hemos visto, se ha demostrado una significativa tendencia de aumento del tiempo quirúrgico con un número creciente de cesáreas anteriores, con tiempos medios quirúrgicos aumentando de 50,6 minutos para la cesárea primaria a 54,9, 60,7, 64,5, 67,9 y 79,9 minutos para la segunda, tercera, cuarta, quinta, y sexta o mayor cesáreas respectivamente(48).

Dadas las complicaciones perioperatorias que están asociados con la repetición de una cesárea, no es sorprendente que numerosos estudios también han demostrado una asociación entre la cesárea electiva y la

estancia hospitalaria prolongada. La proporción de mujeres que requiere un estancia hospitalaria superior a 5 días fue de 2,8 % después de la primera cesárea y del 17,3 % después de una sexta o más cesáreas(48).

5.3.6 ANOMALÍAS DE PLACENTACIÓN

Una de las complicaciones más graves de la cesárea es el impacto en el futuro reproductivo de la mujer. Las cesáreas son un factor de riesgo bien establecido para el desarrollo en gestaciones posteriores de anomalías de placentación, como placenta previa y/o acreta(49).

Como se ha descrito, la repetición de una cesárea parece aumentar el riesgo de muchas complicaciones perioperatorias maternas. También parecen incrementar el riesgo de varias complicaciones a largo plazo, que incluyen la posibilidad de una placentación anormal en futuros embarazos debido a la cicatriz uterina de la cesárea previa(48).

Las secuelas de la placenta previa y placenta adherida o acreta son graves y pueden incluir la histerectomía, hemorragias abundantes, necesidad de transfusión de sangre y la muerte materna(50).

PLACENTA PREVIA

En comparación con el PVDC, la cesárea anterior es un factor de riesgo estadísticamente significativo para la placenta previa(16, 47, 50, 51). La incidencia de la placenta previa con una cesárea anterior es del 0,8-1,5 %. En comparación con las mujeres sin una cesárea previa, la incidencia de la placenta previa es de 1,1-2,0 % (OR, 1,9 a 2,0 en comparación con las mujeres con antecedentes parto vaginal espontáneo normal)(51).

La incidencia de cada cesárea adicional se incrementa de 10 por 1000 con una cesárea previa (CI 6, 13 95 % por 1.000) a 28 por 1,000 (IC del 18, 37 95 % por 1000) con 3 o más partos por cesárea. Las mujeres sin parto por cesárea previa y la histerectomía previa requerida es de 0,7 % a 4 % de los casos en comparación con 50 % a 67 % en las mujeres con 3 o más cesáreas anteriores(47).

PLACENTA ACRETA

La incidencia de la placenta adherida aumentó con el aumento del número de cesáreas (Figura 20).

El aumento de la incidencia no alcanza significación estadística hasta las mujeres tuvieron al menos dos cesáreas previas, en comparación con aquellas mujeres sin cesáreas anteriores (OR, 8,6 a 29,8). Las mujeres con una cesárea previa tienen una tasa de placenta accreta de 0,3-0,6 %. En comparación con las mujeres sin cesárea anterior, el OR para desarrollar una placenta accreta con una cesárea anterior era 1.3 a 2.16. La incidencia de placenta accreta aumenta a medida que aumenta el número de cesáreas hasta un 6,74 % para las mujeres con cinco cesáreas anteriores en comparación con ninguna cesárea anterior, con un OR de 8.29(47,50,51).

Se ha observado un aumento estadísticamente significativo en mujeres con el antecedente de placenta previa y cesárea anterior con respecto al desarrollo de placenta adherida. A medida que aumenta el número de partos por cesárea anterior, la presencia de placenta previa eleva la probabilidad de placenta adherida del 3,3% al 4 % en las mujeres con una única cesárea y del 50 % a 67 % en las mujeres con cuatro o más partos por cesárea. El riesgo de histerectomía en mujeres con cesárea previa y placenta accreta aumenta significativamente (OR 43 a 99,5, IC 95%: 19,0, ∞)(51).

Cada cesárea adicional se asocia con aumento de la morbilidad materna, especialmente para las mujeres con tres o más cesáreas previas, aumentando la posibilidad de desarrollo de placenta previa o adherida y como consecuencia que la mujer sufra una histerectomía(51).

Incidence of accreta in women with previa, based on number of previous cesarean deliveries						
Study	Previous cesarean deliveries, %					
	0	1	2	3	4	≥5
Miller et al, 1997 ³²	4	14	23	35	50	
Silver et al, 2006 ²²	3	11	40	61	67	67

Tabla 9: Modificado de incidencia de la morbilidad con múltiples cesáreas anteriores. Am J Obstet Gynecol 2011(51).

5.3.7 MORBILIDAD NEONATAL

La indicación materna o fetal que conduce a la realización de una cesárea pueden afectar los resultados neonatales. Del mismo modo, la repetición de una cesárea puede llevar a serias complicaciones neonatales. Se ha demostrado un prolongado tiempo de nacimiento con cada cesárea de repetición, en comparación con la primera cesárea (5,6 minutos para el segundo cesárea a 18,1 minutos para la cuarta cesárea), lo que podría dar lugar a compromiso neonatal en circunstancias adversas(48).

NECESIDAD DE REANIMACIÓN

La primera indicación de bienestar de un recién nacido se basa en su capacidad de transición de la vida intrauterina al exterior en el momento del nacimiento. Por lo tanto, la necesidad de ventilación con presión positiva (VPP) y las puntuaciones de apgar se utilizan para medir los resultados de morbilidad perinatal. Se han comparado la frecuencia de ventilación con presión positiva en el neonato cuando las mujeres se sometieron a PVDC en comparación con la cesárea electiva, y los recién nacidos por cesárea parecen necesitar más esfuerzos de reanimación, de leve a moderada, (41,5 % con cesárea frente a 23.2 % con PVDC, $P < 0,01$), mientras que los nacidos por cesárea después de una intento de PVDC, eran más propensos a necesitar VPP y la intubación en el sala de partos(41).

Las puntuaciones de apgar fueron utilizadas originalmente para proporcionar una descripción de la condición física del recién nacido tras su nacimiento y permitir valorar la adecuación de la práctica obstétrica, analgesia materna y los esfuerzos de reanimación. Durante décadas, la relación entre las puntuaciones de apgar y los resultados en la primera infancia ha sido objeto de gran interés. Tanto la Academia Americana de Pediatría como el Colegio americano de Obstetras y Ginecólogos se han pronunciado en contra de la utilización únicamente de las puntuaciones de apgar en los primeros minutos del neonato para la predicción de disfunción neurológica, ya que estos tienen mayor valor pronóstico cuando se combinan con complicaciones periparto, acidemia fetal y los signos de encefalopatía neonatal(41).

La bibliografía consultada, no informó sobre diferencias significativas en las puntuaciones de Apgar a los 5 minutos entre el PVDC y la cesárea iterativa(41).

EDAD GESTACIONAL PARA PROGRAMAR LA CESÁREA

Los mecanismos propuestos para la asociación entre el parto por cesárea y el momento de programar la realización de la cesárea incluyen la prematuridad iatrogénica definida como la dificultad respiratoria con deficiencia de surfactante en el momento del nacimiento. Algunos, pero no todos los autores informan de una disminución de la morbilidad respiratoria si el parto por cesárea se lleva a cabo después del inicio del trabajo de parto, esto ha llevado a algunos autores a recomendar el aplazamiento de la cesárea electiva hasta después del comienzo del trabajo de parto espontáneo(29).

Las guías de práctica de obstetricia y ginecología especifican que sin una evaluación bioquímica de la madurez pulmonar fetal, el parto electivo no debe llevarse a cabo antes de las 39 semanas de gestación por criterios estrictos. Un ensayo aleatorio británico reciente mostró que la administración de una única dosis de corticoides antes del parto por cesárea electiva a las 37 semanas o después disminuyó significativamente el ingreso del neonato en cuidados especiales por distrés respiratorio (2,4 % versus 5,1 %, $p = 0,021$, RR 0,46; 0,93). Sin embargo y a pesar del tratamiento con corticoides, la dificultad respiratoria fue sustancialmente más común en edades gestacionales menores de 39 semanas(29).

En conclusión, se recomienda retrasar el parto por cesárea electiva hasta las 39 semanas o más adelante para disminuir las tasas de dificultad respiratoria del recién nacido y de este modo evitar el desarrollo de posibles complicaciones derivadas de esta patología(29).

LACERACIONES FETALES

Las laceraciones representan la lesión más común del feto asociada con la cesárea. La laceración fetal ocurre entre el 0,1 % y el 3,1 % de cesáreas. El riesgo de laceración fetal es mayor durante una cesárea emergente (5,3 %) y cesáreas no programadas con trabajo de parto previo (1,8 %) que en las cesáreas electivas sin trabajo de parto (1,0 %). Otros factores de riesgo de laceración fetal en la cesárea son las presentaciones anormales del feto y la rotura de las membranas(29,41).

Las laceraciones que se producen durante la cesárea electiva son generalmente leves y rara vez requieren tratamiento más allá de la aplicación de tiras estériles(29).

INFECCIONES NOSOCOMIALES

La estancia prolongada de niños nacidos por cesárea en unidades neonatales, aumenta el riesgo de que padezcan algún tipo de infección nosocomial debida a la exposición a determinados microorganismos que en ocasiones proliferan en un ambiente hospitalario.

La información acerca del número de días promedio que permanecen ingresados tras una cesárea permite estimar el alcance de la exposición potencial a cepas nosocomiales. Los estudios encontrados indican un promedio de unos 6,9 días postcesárea(16). A esto hay que añadir la desventaja de que el recién nacido se encuentra separado de su madre.

La sospecha de infección neonatal es una de las principales razones para la admisión de recién nacidos en las unidades de cuidados intensivos y de la realización de procedimientos invasivos, por lo que pueden hacer aumentar la posibilidad de que el recién nacido contraiga algún tipo de infección hospitalaria(16).

5.4 BENEFICIOS DE LA CESÁREA ELECTIVA

El parto por cesárea de repetición suele ser programado antes del inicio del trabajo de parto para reducir al mínimo el riesgo de eventos adversos, tales como la rotura uterina, infección periparto, cesárea urgente y la gestación cronológicamente prolongada. La comodidad del paciente y del médico es otra causa, pero representa el factor menos importante(52).

El momento óptimo para la planificación de la cesárea debe equilibrar estos beneficios con el riesgo de tener un bebé que podría beneficiarse de una mayor maduración en el útero. Dado que la exposición al trabajo de parto se asocia con una menor tasa de morbilidad respiratoria neonatal, es particularmente importante programar la cesárea cuando la morbilidad respiratoria relacionada con la edad gestacional sea la mínima posible. Para las mujeres con una incisión del segmento uterino transversal baja, esto es alrededor de las 39 semanas de gestación. Para las mujeres con una incisión clásica o en "T", el tiempo óptimo para la cesárea es a las 36 ó 37 semanas de gestación(52).

A pesar de todo esto, los beneficios de la cesárea planificada deben sopesarse frente a los riesgos. El parto por cesárea es una cirugía mayor y tiene muchos riesgos asociados(52).

5.4.1 SUELO PÉLVICO

Los efectos del parto en el suelo pélvico han sido el foco de atención creciente en los últimos años. Los datos de diversos estudios observacionales y experimentales sugieren que el parto vaginal tiene un efecto perjudicial sobre el suelo pélvico. El paso del feto a través del canal blando del parto puede traumatizar el suelo pélvico por apoyo directo en los tejidos produciendo laceraciones, distensión muscular o lesiones en las ramas distales del nervio pudendo. La tensión en tejidos del suelo pélvico pueden agravarse aún más por las intervenciones obstétricas, tales como partos instrumentales, episiotomía y la realización de la maniobra de Kristeller (presión sobre el fondo uterino para facilitar el descenso del feto)(53).

Cada vez es más común la realización de cesáreas electivas por solicitud materna, a menudo basada en la suposición de que la cesárea protege de la disfunción del suelo pélvico en el postparto. Algunos estudios a corto plazo apoyan estas decisiones, lo que sugiere que el parto vaginal se asocia con un mayor riesgo de trastornos relacionados con algún tipo de incontinencia en comparación con la cesárea. Sin embargo, sigue siendo incierto que la cesárea proteja del riesgo de padecer alguna disfunción del suelo pélvico a largo plazo(53).

En los últimos años se han realizado estudios comparativos a largo plazo para evaluar la aparición de incontinencia urinaria o fecal después de un parto vaginal en comparación con una cesárea tras diez años del primer parto o cesárea(53).

En resumen, los principales hallazgos de estos estudios sugieren que la realización de una cesárea no se asocia con una importante reducción de la prevalencia de incontinencia urinaria o fecal a largo plazo. Sólo después de haber tenido un parto vaginal se asocia con un aumento de la prevalencia de los síntomas de incontinencia, en comparación con haber tenido una cesárea 10 años después de la primera cesárea o parto vaginal. Sin embargo, la distribución de los trastornos es similar entre los dos grupos y sólo los sujetos con una lesión obstétrica del esfínter en el parto vaginal presentan un mayor riesgo de incontinencia fecal y gaseosa(53).

5.4.2 INTERVENCIÓN PLANIFICADA

Las ventajas de un parto por cesárea programada permite a los padres saber exactamente cuándo va a nacer su hijo, por lo que los temas relacionados

con el trabajo, el cuidado de niños y la ayuda en el hogar son más fáciles de abordar.

Además al programar la intervención, ayuda a garantizar que el obstetra de la mujer estará disponible para la realización de la cirugía, sobre todo en hospitales privados. Todo esto conlleva a que se pueda ofrecer un ambiente más controlado y relajado, con un menor número de incógnitas tales como cuánto tiempo va a durar el trabajo de parto. Además al no iniciarse el trabajo de parto y con ello las contracciones uterinas, se evita el dolor que la mujer puede experimentar en el parto vaginal(54).

Otro hecho a tener en cuenta es la reducción de los riesgos asociados con la cirugía no planificada. Un parto por cesárea de emergencia es a menudo una experiencia traumática para las mujeres y se ha asociado con la depresión postparto y el estrés postraumático.

La cirugía de emergencia también se asocia con riesgos maternos y fetales ligeramente superiores a la cirugía electiva. Estos riesgos incluyen, infección, lesión accidental de los órganos abdominales, laceración del feto durante la histerectomía, hemorragia y complicaciones relacionadas con la anestesia, aunque como ya hemos visto anteriormente estas complicaciones no están limitados únicamente a la cirugía de urgencia(54).

5.4.3 MORBILIDAD NEONATAL

El parto por cesárea antes del inicio del trabajo de parto reduce o elimina la morbilidad fetal relacionada con el proceso del parto y el parto vaginal.

Complicaciones durante el parto que potencialmente se reducen o evitan incluyen lesión del plexo braquial en relación con la distocia de hombros, trauma de algún hueso (fractura de clavícula, cráneo, húmero) y la asfixia relacionada en los eventos durante el parto (por ejemplo, el prolapso del cordón umbilical, desprendimiento de placenta, ruptura uterina)(54).

El riesgo de transmisión perinatal de algunas infecciones como por ejemplo el virus del herpes simple, el virus de la inmunodeficiencia humana, también se reduce al evitar el parto vaginal. La mejor forma de proteger al recién nacido contra la infección materna varía según la infección específica, el riesgo absoluto y las consecuencias de la transmisión perinatal(54).

LESIÓN DEL PLEXO BRAQUIAL

La distocia de hombros que lleva a la lesión del plexo braquial sigue siendo una complicación temida de intento de parto vaginal. La distocia de hombros sigue siendo muy difícil de predecir, a pesar de la identificación de factores de riesgo como la diabetes materna, la obesidad materna y la macrosomía fetal(29).

Un número de estudios han examinado los posibles beneficios de la cesárea profiláctica para la prevención de lesiones del plexo braquial cuando se sospecha una macrosomía fetal pero hay pocos datos sobre el impacto de la cesárea electiva en la tasa de lesiones del plexo braquial de los lactantes no macrosómicos(29).

La tasa de lesiones del plexo braquial por la modalidad de parto en niños que pesan 2500-4000 gramos son significativamente menos comunes en los niños que nacieron con partos por cesárea (0,03 % frente 0,08 %, OR 0,4, IC 95 % 0,3-0,5) y característicamente más común en los partos vaginales instrumentales (0,5 % frente a 0,08 %, OR 6,0, IC 95 % 3.3 a 10.7). La lesión del plexo braquial se produce en el 0,04 % de los partos por cesárea sin trabajo de parto, esta tasa no es significativamente diferente de la de los partos vaginales espontáneos (0,08 %, OR 0,5, 95 % IC 0,3-1,0)(29).

ASFIXIA NEONATAL

Los primeros defensores de la cesárea electiva propusieron que estos nacimientos no traumáticos disminuiría el riesgo de lesión neurológica y asfixia neonatal durante el parto(49).

En un estudio de casos y controles publicado por Badawi en 1998 con un tamaño muestral de 164 recién nacidos a término con una moderada o grave encefalopatía se observó una disminución del riesgo asfixia neonatal con cesárea electiva en comparación con parto vaginal espontáneo (OR ajustada 0,17, IC del 95 % 0,05 a 0,56).

En las mujeres que se sometieron a una cesárea electiva sin trabajo de parto, hubo una reducción del 83 % en el riesgo de encefalopatía neonatal moderada o grave, sin embargo para prevenir este riesgo, habría que realizar 5,000 cesáreas para evitar un caso de encefalopatía hipóxico-isquémica(49).

También hay que reconocer que la reducción de los resultados adversos a largo plazo están menos claros, ya que el hecho de programar una cesárea electiva a todas las mujeres con un embarazo a término, no elimina la posibilidad de que el neonato desarrolle lesiones neurológicas permanentes como la parálisis cerebral(49).

A pesar de las crecientes tasas de cesárea en la última década, el número de recién nacidos con parálisis cerebral y otras condiciones neurológicas como consecuencia de la asfixia neonatal a largo plazo se ha mantenido relativamente estable durante el mismo período de tiempo(49).

Maternal outcome	Number of studies/subjects	Frequency of outcome	
		TOLAC	ERCD
Maternal death	12/402,883	0.004 percent	0.013 percent
Uterine rupture	8/63,4999	0.47 percent	0.026 percent
Hysterectomy	8/402,059	0.17 percent	0.28 percent
Hemorrhage	6/47,754	Insufficient data to evaluate	
Transfusion	9/401,307	0.9 percent	1.2 percent
Infection	22/354,060	4.6 percent	3.2 percent
Surgical injury	4/53,282	Insufficient data to evaluate	

ERCD: elective repeat cesarean delivery; TOLAC: trial of labor after cesarean.

Tabla 10: Modificado de resumen resultados maternos del PVDC frente a la cesárea iterativa(9).

6. INFORMACIÓN A LAS GESTANTES PARA ELEGIR ENTRE UN PVDC O UNA CESÁREA ITERATIVA

La planificación del parto para una mujer que ha tenido un hijo por cesárea anterior deberá iniciarse al principio de su control prenatal, e incluso puede comenzar preconcepcionalmente(9).

Las mujeres con el antecedente de cesárea anterior tienen dos opciones:

- Iniciar un trabajo de parto con el objetivo de lograr un PVDC. Si es necesario realizar una cesárea, entonces se denomina un "PVDC fallado". En general, la tasa de éxito para las mujeres que intentan PVDC es de aproximadamente el 75 % (3, 9, 18, 27, 55, 56). Esta tasa varía entre las instituciones y los proveedores, y se ve afectada por diversos factores preparto, intraparto y factores no médicos(9).
- Disponer una nueva cesárea, que incluye la cesárea programada, así como cesáreas planificadas pero no programadas que se realizan porque el trabajo de parto espontáneo o la otra indicación dieron lugar a la necesidad de su realización antes de la fecha programada(9).

La decisión de elegir entre un PVDC o una cesárea iterativa debe ser tomada por la mujer una vez informada por el personal sanitario adecuado.

No se han realizado ensayos de alta calidad que comparen los riesgos y beneficios del PVDC frente a la cesárea planificada. Con uno u otro enfoque, las mujeres que se han sometido a una cesárea previa están en riesgo de complicaciones maternas y perinatales graves y deben ser asesorados acerca de los riesgos y la importancia de estas complicaciones(9).

Además, es importante destacar que se deben discutir los factores individuales del paciente que afectan los riesgos y beneficios con cada vía de parto. Esto es especialmente importante para las mujeres que están potencialmente en mayor riesgo de ruptura uterina y sus secuelas asistente, por lo que es necesario seleccionar las candidatas ideales para tener un PVDC, aunque tarea resulta muy complicada en muchas ocasiones.

La decisión también debe estar basada en la consideración de los factores conocidos que afectan las tasas de éxito PVDC(9).

Early pregnancy
<ul style="list-style-type: none"> ■ Documentation of type(s) of prior uterine incision(s) ■ Identification and discussion of potential risk factors associated with TOLAC and ERCD ■ Discussion and documentation of risks and benefits of TOLAC and ERCD vis-à-vis evidenced-based reports: <ul style="list-style-type: none"> ● Success and failure rates of TOLAC ● Incidence of uterine rupture and factors that increase risks ● Future reproductive plans and risks of multiple cesarean deliveries (such as placenta creta) ● Maternal and perinatal risks with uterine rupture ● Neonatal risks associated with TOLAC and ERCD ● Risk of peripartum hysterectomy because of uterine rupture or placenta creta (in future pregnancies) ■ Availability of hospital resources for TOLAC or ERCD and alternatives if indicated <ul style="list-style-type: none"> ● Immediate 24/7 availability—facility, anesthesia, surgeon
Throughout pregnancy
<ul style="list-style-type: none"> ■ Reassessment of plans if circumstances arise that may alter projected risks of TOLAC versus ERCD ■ Flexibility of patient and provider for plan of delivery
General considerations
<ul style="list-style-type: none"> ■ Documentation of counseling and management plans in the record ■ Written and signed informed consent

TOLAC: trial of labor after cesarean delivery; ERCD: elective repeat cesarean delivery.

Figura 18: Modificado de asesoramiento a las mujeres con un parto por cesárea anterior(9).

La decisión de una mujer en relación con la vía de parto se ve influida por una variedad de factores, además de los riesgos obstétricos y perinatales, la tasa de éxito y la disponibilidad en cada caso.

Las recomendaciones y preferencias de los profesionales de salud ejercen una fuerte influencia en la toma de decisión de una mujer que desea o no seguir adelante con PVDC.

Otros factores que subyacen a la preferencia de las mujeres por PVDC incluyen los partos vaginales anteriores exitosos, los planes de futuros embarazos, el deseo de las mujeres de una rápida recuperación para retornar a sus actividades normales y el deseo de participación de sus parejas/familiares en el trabajo de parto y el nacimiento. Los factores identificados como ventajas de las cesáreas programadas incluyen la conveniencia de programación, la facilidad de esterilización en el momento de la intervención y el miedo a un trabajo de parto fallido(9).

6.1 REQUISITOS PARA INTENTAR UN PVDC

6.1.1 INSTALACIONES Y PERSONAL

La capacidad de realizar un parto por cesárea de emergencia es un requisito previo para intentar un PVDC en las mujeres con cualquier tipo de incisión uterina anterior. Como se mencionó anteriormente, todas las asociaciones nacionales e internacionales de ginecología y obstetricia indican que un PVDC deberá realizarse exclusivamente en instalaciones con disponibilidad inmediata de recursos adecuados, incluidos equipos y personal. Estos recursos tanto personales como materiales incluyen un anestesista, personal de enfermería, un ginecólogo, una matrona, el personal y el equipo necesario para la realización de una reanimación neonatal apropiada(9).

En situaciones en las que tales recursos no estén disponibles inmediatamente, una de las opciones antes del parto es la derivación a otro centro con recursos apropiados para obtener resultados óptimos. En todos los casos, la decisión de planificar un PVDC con una falta de recursos disponibles de inmediato debe hacerse sólo después de una cuidadosa consideración e información de la mujer y el personal sanitario adecuado(9).

6.1.2 MONITORIZACIÓN INTRAPARTO

Ante el riesgo de rotura uterina que existe en el PVDC, la mayoría de los expertos recomiendan una monitorización continua de la actividad uterina y

la frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto. No hay datos que demuestren el predominio de usar el registro cardiotocográfico externo sobre el control interno. La monitorización de la presión intrauterina es necesaria, ya que es un método sensible para el diagnóstico precoz de la rotura uterina(9).

6.1.3 ANESTESIA Y ANALGESIA

La analgesia epidural puede utilizarse para proporcionar un alivio adecuado del dolor durante el parto(9).

La analgesia epidural no enmascara los signos y síntomas asociados con una rotura uterina y no está contraindicada en el PVDC. De hecho, la analgesia epidural se ha asociado con una mejor tasa de PVDC exitoso en comparación con aquellas mujeres que no reciben esta analgesia. Sin embargo, la analgesia epidural puede aumentar el riesgo de retardo en la segunda etapa de la dilatación y como consecuencia un parto vaginal instrumental(38).

6.1.4 EXPLORACIONES UTERINAS DURANTE EL PARTO

Algunos médicos recomiendan la exploración uterina rutina después de un PVDC exitoso y sin complicaciones, para valorar la integridad de la cicatriz uterina anterior, mientras que otros sólo llevan a cabo la exploración en indicaciones obstétricas estándar, como la retención de placenta o la hemorragia masiva. No hay datos sobre el valor de un examen de rutina para identificar dehiscencia uterina asintomática o si la reparación esta indicada. Entre los autores consultados, dos de cada tres no realizan la exploración uterina rutinaria después del parto vaginal en mujeres con un parto por cesárea anterior(9).

6.2 MOTIVOS DE ELECCIÓN MATERNA: PARTO VAGINAL

Las razones por las que las mujeres optan por el parto por un parto vaginal incluyen (Figura 19)(58):

- Una mejor y más rápida recuperación, con niveles de dolor posteriores mucho menores que los de la cesárea.
- El parto vaginal conlleva menos riesgo tanto para la madre como para el recién nacido.

- El parto vaginal es un procedimiento más sencillo y seguro.
- La naturaleza y fisiología del parto vaginal.
- Evitar la incisión en el útero que puede condicionar en futuros embarazos.

Las madres en general, que eligen un parto vaginal lo hacen por su "naturalidad", por el rápido período de recuperación y por los sentimientos de intimidad y de logro que surgen tras conseguir un parto vaginal, sentimientos que no se generan tras una cesárea iterativa(57).

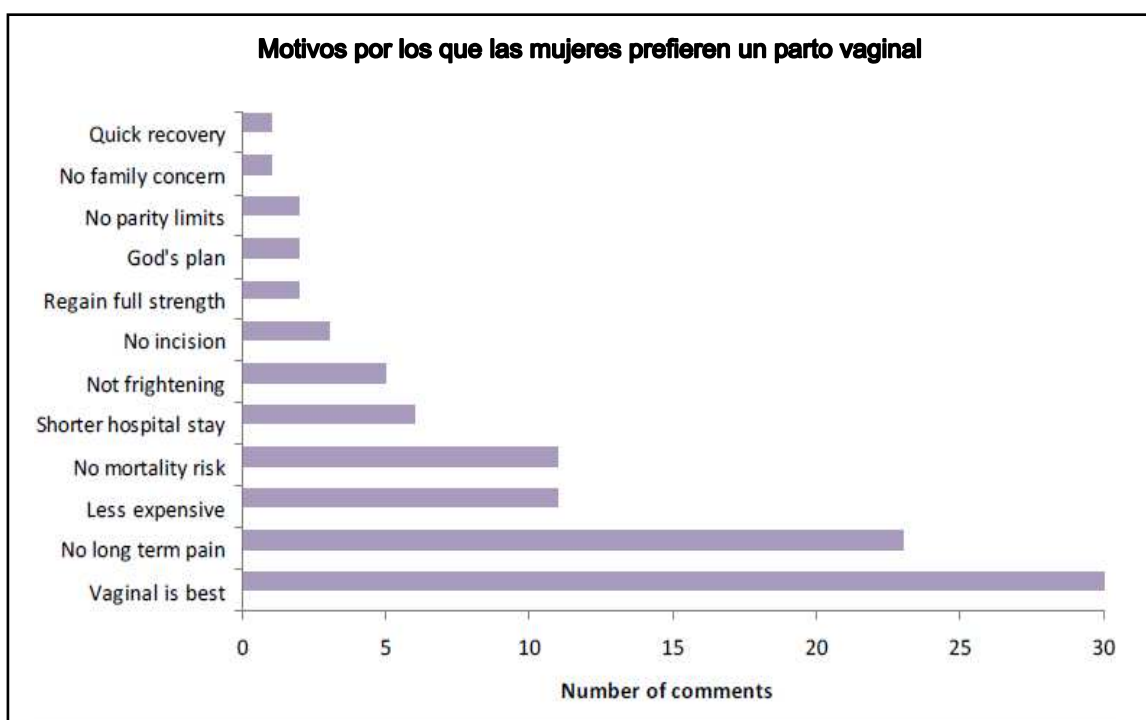


Figura 19: Modificado de motivos maternos para elegir un parto vaginal(58).

6.3 MOTIVOS DE ELECCIÓN MATERNA: CESÁREA

Las razones por las que las mujeres optan por el parto por cesárea planificada incluyen (Figura 20)(54):

- Conveniencia del nacimiento programado.
- El miedo al dolor, los procesos y las complicaciones del trabajo de parto.
- Malas experiencias en partos previos.
- La preocupación por daños al feto con un parto vaginal.

- Evitar lesiones en el suelo pélvico y con ello el desarrollo de incontinencia urinaria y/o fecal que podría suceder en el parto vaginal.
- La consideración de que la cesárea es una técnica más sencilla, más corta y más segura que el parto vaginal.

Aunque hay diferencias entre las madres, la mayoría de las mujeres que se decantan por una cesárea electiva, perciben mayor riesgo con el PVDC, sobre todo debido a las preocupaciones acerca de la rotura de la cicatriz de la cesárea previa.

También estas madres son firmes en su decisión a favor de la cesárea, tomada ya incluso antes de la concepción y no son receptivas a cualquier información posterior o discusión de los riesgos asociados con la cesárea(59).

Como se indica en la figura 21, las madres dan ricas y variadas ideas acerca de sus creencias positivas y negativas sobre la experiencia de una cesárea. Muchas de las madres que eligen la cesárea sienten un fuerte sentido de la incapacidad de su cuerpo para dar a luz naturalmente, siendo este un potente factor determinante para su elección(59).

La idea de que una cesárea es una "salida fácil" para la madre se está convirtiendo en una de las razones más importantes a la hora de tomar esta decisión(59).

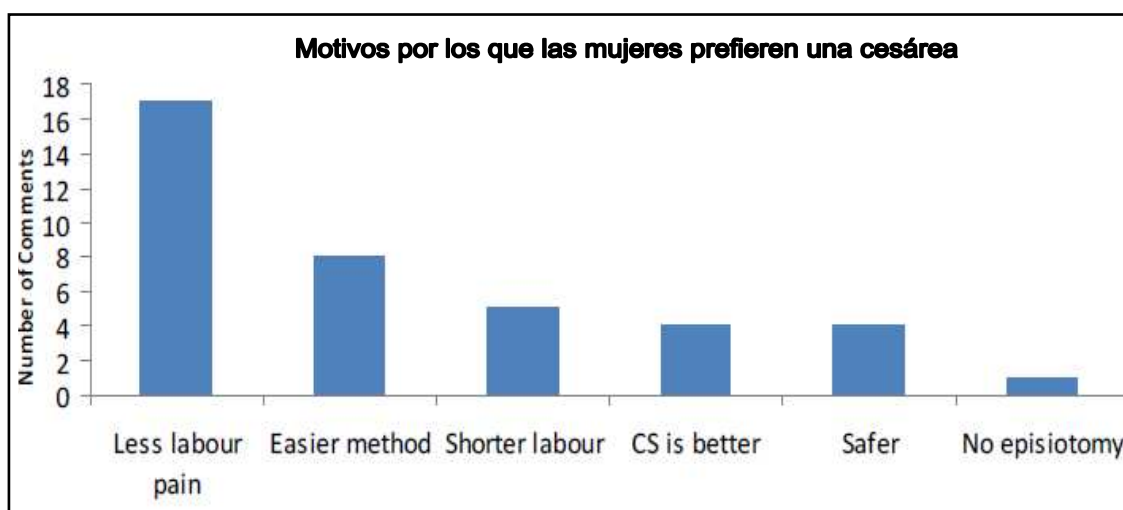


Figura 20: Modificado de motivos maternos para elegir una cesárea(58).

Positive factors	Negative factors
<ul style="list-style-type: none"> • CS is easy way out • CS is quick • Repeat CS scar already there • Exact date can be set • Mothers have a sense of control • Avoid disempowerment associated with prior birth • Avoid pain and fear of natural delivery • Considered safe for baby • Second time CS is known and considered reasonable experience • CS means do not have to cope alone at home • Avoids induction • Avoids trauma of repeat emergency CS • Recovery after EC easier 	<ul style="list-style-type: none"> • More time to worry prior to EC • Faulty anaesthesia • Recovery after EC more difficult

Figura 21: Modificado de factores positivos y negativos de la cesárea desde la perspectiva de las madres que han dado a luz por cesárea(59).

6.4 PREFERENCIAS DE LAS MUJERES

Las expectativas y preferencias de las mujeres para su parto están influenciadas no sólo por el conocimiento de los beneficios y riesgos, sino también por los factores personales y sociales.

En una auditoría de las cesáreas realizada en los Estados Unidos en el 2007, el 45% de las mujeres con una cesárea anterior indicaba tener una preferencia por el parto vaginal en un embarazo posterior, mientras que el 20 % prefiere una repetición de la cesárea electiva. Mientras que un 27 % de las mujeres tuvo su preferencia determinada por factores médicos, sólo

el 6,2 % de las mujeres expresó no tener ninguna preferencia por el modo de nacimiento de su hijo(60).

En una encuesta que entrevistaba a las madres que dieron a luz por cesárea, el 63% de las mujeres indicaron una preferencia por su modo de parto subsiguiente de nacimiento, ya sea PVDC o repetir la cesárea electiva, en los seis meses subsiguientes a la cesárea. En una revisión sistemática, se estableció que las mujeres con un parto vaginal anterior tenían más probabilidades para seleccionar un trabajo de parto en un embarazo posterior, en comparación con las mujeres que nunca habían experimentado un trabajo de parto. Las razones citadas para elegir el PVDC incluyen la facilidad de recuperación y la rápida vuelta a las responsabilidades familiares de la vida cotidiana, en lugar de las preocupaciones por su seguridad o la de su hijo.

Cualquier investigación futura diseñada para influir en la tasa de parto vaginal planificado después de la cesárea debe incluir una evaluación de opiniones de las mujeres y una evaluación del proceso de la toma de decisión de las mujeres(60).

6.5 INFORMACIÓN DE LOS RIESGOS Y BENEFICIOS

La bibliografía consultada muestra una limitación a la hora de estudiar las experiencias de las madres con una cesárea anterior, donde la toma de decisiones y la información de los profesionales sanitarios no es clara y concisa, tanto durante el embarazo como durante el puerperio. Estos hallazgos muestran que hay una necesidad tanto por parte de los médicos, como por parte de las mujeres de proporcionar información suficiente, para que su elección sea lo más segura y adecuada en cada situación(61).

En muchos países, el nacimiento a través de un parto vaginal tras una cesárea anterior es visto como un proyecto arriesgado y los aspectos positivos del parto vaginal se describen principalmente por las mujeres y por el sistema de salud. Las mujeres tienen que enfrentarse a graves riesgos mediados por los profesionales de la salud y por la falta de información sobre los beneficios de un parto vaginal. Estos resultados pueden estar relacionados a la prestación de la atención de la maternidad con un enfoque de riesgo. En un estudio publicado en Suecia en 2012 se muestra que las mujeres que intentan un PVDC experimentan un riesgo representado por diferentes porcentajes (20 %-70 %) en relación de sus riesgos individuales(61).

En la conferencia de consenso NIH que se celebró en marzo del 2010 se determinó las siguientes estimaciones de riesgo en base a los datos obtenidos mediante una revisión sistemática:

- En un grupo hipotético de 100.000 mujeres de cualquier edad gestacional que se someten a un trabajo de parto tras una cesárea anterior, habrá 4 muertes maternas, 468 casos de rotura uterina, y 133 muertes perinatales(9).
- En un grupo hipotético de 100.000 mujeres de cualquier edad gestacional que se someten a una cesárea electiva tras cesárea anterior, habrá 13 muertes maternas, 26 roturas uterinas y 50 muertes perinatales(9).
- En términos de riesgo absoluto para una mujer que intenta un PVDC, una de cada 1.000 pruebas de trabajo de parto concluirán en la muerte neonatal o lesión neurológica del recién nacido. En concreto, uno de cada 100 ensayos darán lugar a la rotura uterina y una de cada 10 rupturas uterinas resultarán en la muerte neonatal o lesión neurológica. El riesgo absoluto de ruptura uterina con una cesárea programada es 0.026 % (IC del 95 % desde 0,009 hasta 0,082 %)(9).

Por lo tanto, las mujeres están bien informadas acerca del riesgo de rotura uterina y de sus posibles efectos adversos como son la muerte del niño, de la madre o de ambos, del riesgo de terminar en otra cesárea y de que el PVDC es una elección irresponsable y que puede poner en riesgo a su hijo. Estos resultados indican que las mujeres estaban bien informadas sobre los riesgos potenciales, pero quizás no siempre con precisión y sobre todo no son informadas sobre los beneficios de un parto vaginal(9).

Los resultados de diversos estudios muestran que el parto vaginal tiene varios efectos positivos descritos principalmente por las mujeres, ya descritos anteriormente.

El parto vaginal es percibido por las mujeres como una experiencia buena tanto para el recién nacido como para ellas mismas, además de experimentar un fortalecimiento del vínculo materno filial que se produce desde el nacimiento. Se recomienda el parto vaginal como la mejor práctica para la mayoría de las mujeres, asociado con una mortalidad materna más baja que la repetición de la cesárea y menos morbilidad general para las madres y los bebés. Sin embargo, existen pocos estudios sobre las experiencias de las mujeres que intentan un PVDC(61).

Debido al creciente ritmo de cesáreas, los estudios basados en las mujeres y profesionales de la salud que tienen que decidir el tipo de parto para los futuros embarazos también han aumentado. A fin de promover el PVDC, se necesitan más estudios de diferentes países y ámbitos de atención de la maternidad. Los profesionales de la salud deben dar a las mujeres información basada en la evidencia, no sólo en los riesgos sino también en los aspectos positivos del PVDC(61).

El gran cuerpo de la literatura actualmente disponible en relación con el parto vaginal después de una cesárea se limita a estudios de cohortes retrospectivas y prospectivas, aceptados como nivel dos y tres evidencia. No ha habido ensayos aleatorizados y la Agencia de Calidad Sanitaria e Investigación, con sede en los Estados Unidos, ha puesto de relieve las limitaciones de la literatura actualmente disponible señalando la necesidad de futuros esfuerzos de investigación a centrarse en la realización estudios metodológicamente rigurosos para proporcionar evidencia directa respecto a los beneficios y los daños relativos de un trabajo de parto y de una cesárea electiva.

En un estudio realizado en el que se preguntó a las mujeres acerca de su voluntad de participar en este tipo de investigación y en particular, que el modo de nacimiento de su hijo se determinase por una proceso de asignación al azar, tan solo el 10 % de las mujeres encuestadas manifestado su voluntad de participar en un entorno controlado aleatorizado que comparó el parto vaginal planificado después de la cesárea con la repetición de la cesárea para las mujeres con un solo parto por cesárea anterior. Aunque podría parecer que esta cifra es baja, se pone de manifiesto la dificultad de obtener información de alta calidad para informar a las mujeres con el antecedente de cesárea anterior, ya que el modo de nacimiento se relaciona a menudo con fuertes preferencias individuales(62).

Las mujeres con una cesárea anterior se enfrentan a una difícil decisión, el dilema de elegir entre un PVDC o una nueva cesárea y son los profesionales sanitarios los indicados para ayudar a la mujer a resolver ese conflicto. Se requiere una información que no se centre únicamente en los riesgos sino en los beneficios y en los aspectos positivos de un PVDC. Dar a luz por vía vaginal se describe como la mejor opción tanto para la madre como para el bebé, siendo la opción más segura, fisiológica y natural.

A fin de promover el PVDC, se necesitan más estudios basados en la evidencia que ayuden a los profesionales sanitarios a dar una mejor información a estas mujeres(62).

6.6 INFLUENCIA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

La determinación del tipo de parto tras cesárea anterior es fundamental para la práctica obstétrica. También es, con demasiada frecuencia, un punto de inflamación para los debates sobre la ética y la medicina reproductiva. Por lo menos durante treinta años, el enfoque apropiado para el nacimiento después de una cesárea anterior se ha caracterizado por cambios dramáticos en la práctica dando lugar a diferentes maneras de actuar dependiendo de cada época(63).

Los patrones y las políticas restrictivas alrededor del PVDC han sido controvertidas y muy discutidas, incluso en el contexto de la consideración de la elección de otras situaciones de nacimiento, sobre todo en torno al acceso para el parto por cesárea en ausencia de indicación médica(63).

Mientras tanto, la experiencia del paciente ha estado marcada por una considerable variación en los patrones de práctica de cada profesional sanitario y de los protocolos de cada hospital. Algunos obstetras recomiendan la cesárea iterativa en todas las mujeres con una cesárea previa, una proporción creciente de los cuales se niegan a asistir a un PVDC en cualquier circunstancia(63).

Desde el punto de vista de las gestantes, existe un amplio número de mujeres que desean participar en el proceso de toma de decisiones sobre el tipo de parto, pero a muchas de ellas les gustaría más orientación de los profesionales. Información estándar sobre los riesgos y beneficios no siempre ayuda, ya que las mujeres son incapaces de relacionarlos con sus propias circunstancias, ya que en muchas ocasiones son muy cambiantes. Existe una necesidad de las mujeres por una atención más individualizada, siendo esta información dirigida un desafío para los profesionales del cuidado en la práctica.

Un interrogatorio más exhaustivo después de la cesárea primaria puede ser útil en la prestación de las mujeres con información específica acerca de sus opciones de parto en futuros embarazos y animándoles a iniciar una reflexión sobre el tema antes de que sea una preocupación inmediata. Provocar preferencias en las mujeres al principio del embarazo posterior, proporcionará tiempo para discusiones detalladas. Además la continuidad del información tanto dentro del hospital como atención primaria podría reducir los mensajes contradictorios y reforzar un asesoramiento coherente(64).

6.7 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Durante la consulta prenatal, idealmente antes de las 36 semanas de gestación, se debe informar adecuadamente a la gestante de los riesgos y beneficios del PVDC, así como de los riesgos y beneficios de realizar una nueva cesárea(26).

El consentimiento informado, preferiblemente con documento escrito, debe ser ofrecido a todas las gestantes con el antecedente de cesárea anterior antes de la toma de decisión del tipo de parto a llevar a cabo, siendo un elemento muy importante en el plan de parto de una mujer con cesárea previa(26).

El consentimiento informado para cualquier mujer que desee un intentar un PVDC debe abordar cuatro cuestiones muy específicas(65):

- Probabilidad de tener un PVDC exitoso.
- Proporción de riesgo de presentar una rotura uterina en el caso de intentar un parto vaginal.
- La probabilidad de daño o muerte de su bebé si el útero se rompe.
- Determinación de los riesgos de someterse a un parto por cesárea de repetición.

Debido a la amplia documentación e información que se ha sido introduciendo en el consentimiento informado a lo largo de las diferentes practicas, se plantea la duda de si este documento posee la capacidad de ofrecer una visión equilibrada de los riesgos y beneficios de PVDC frente a la cesárea electiva. Por lo tanto es una cuestión a tener en cuenta a la hora de redactar un consentimiento informado, ya que puede decantar a la mujer en una dirección o en otra(4).

Las razones por las que las gestantes prefieren una cesárea antes que un parto vaginal son muy diversas y están sujetas a la susceptibilidad personal. Esta decisión podría estar condicionada por la información previa que han recibido, por sus expectativas con respecto al parto y por su nivel sociocultural. De esta manera las mujeres se convierten en demandantes activas de esta cirugía porque la falta o escasa información en torno a las posibles complicaciones favorece el que sea visto como una forma de parto más sencilla(19).

En algunos países, el marco legal que rodea la práctica de la medicina favorece el uso de esta intervención tras cesárea, lo que apoya que las usuarias elijan este camino. Por otra parte, decisiones contrarias a la

voluntad de la gestante, podría afectar negativamente a su vivencia del parto, su relación con los profesionales sanitarios e incluso con su propio hijo(66). Por lo tanto se crea un conflicto ético y legal entre el derecho de las mujeres a decidir por si mismas como dicta la ley de autonomía del paciente en la que el paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles y el derecho de los profesionales sanitarios de actuar según la práctica médica más adecuada tanto para la madre como para el neonato(19).

Pregnancy terms

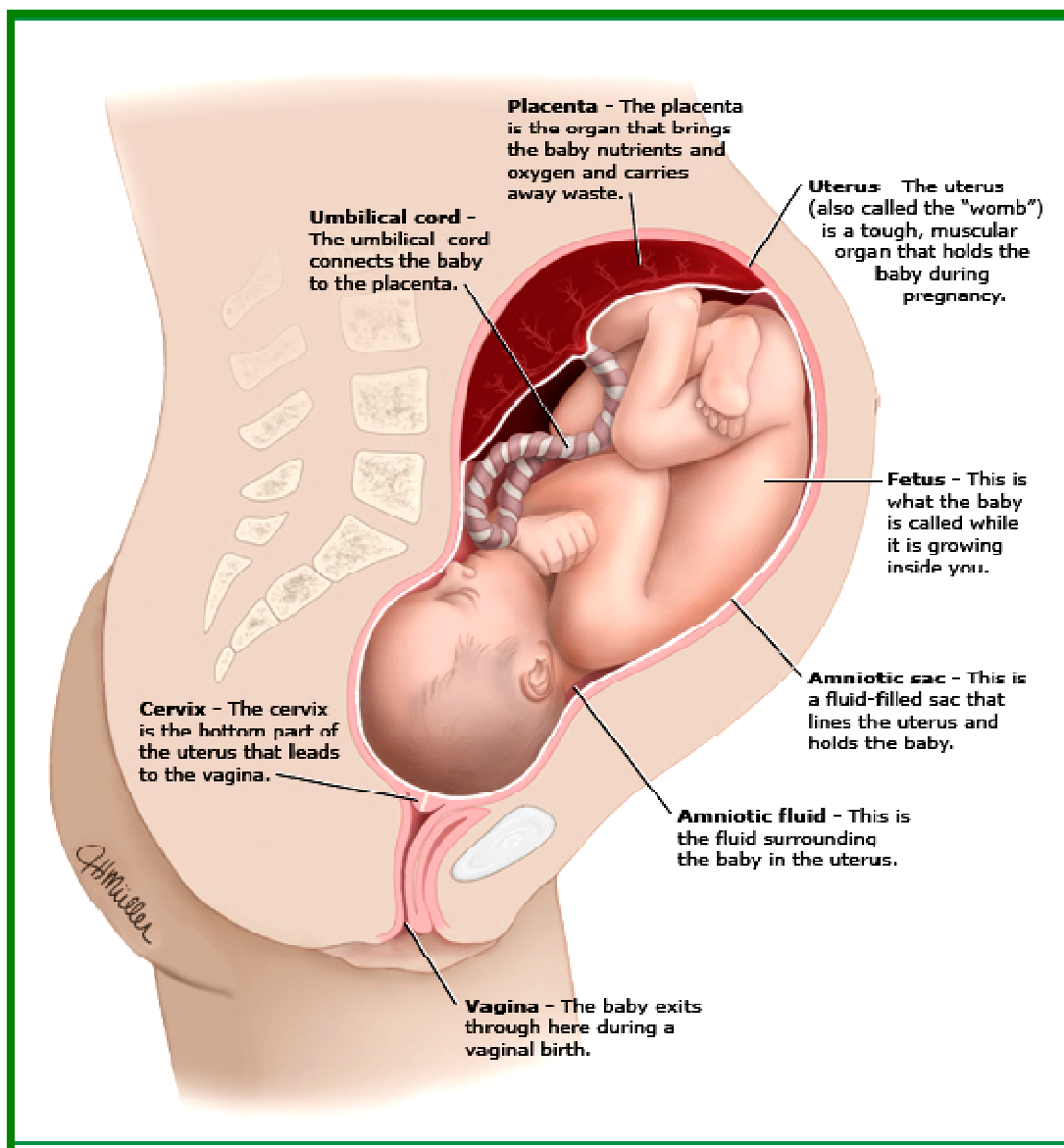


Figura 22: Modificado de términos generales del embarazo para informar a la gestante(9).

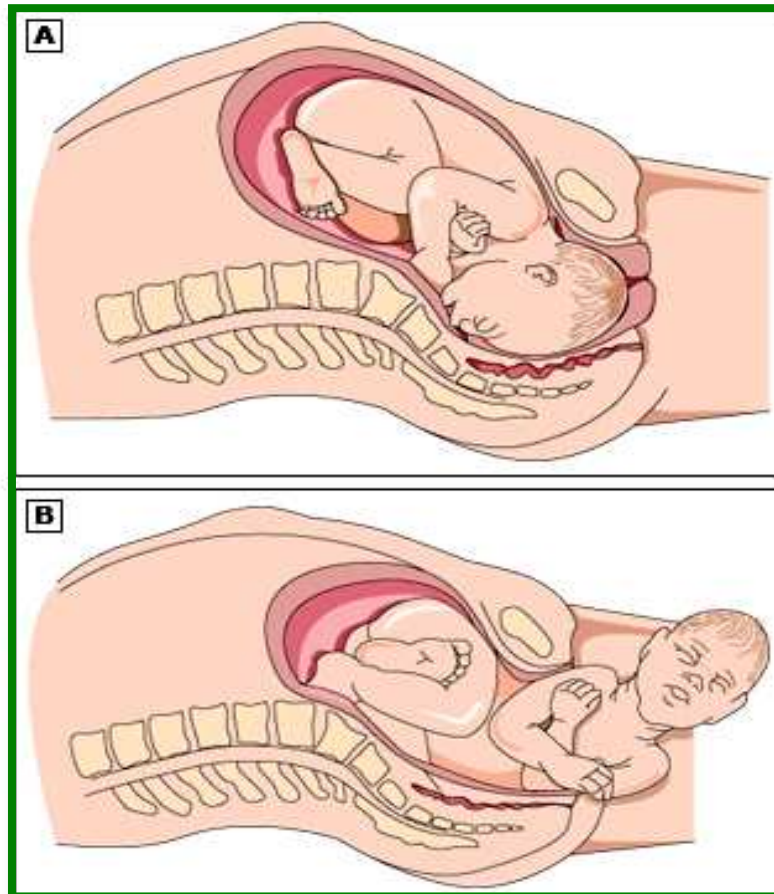


Figura 23: Modificado de gráfico para explicar a la gestante el proceso del parto(9).

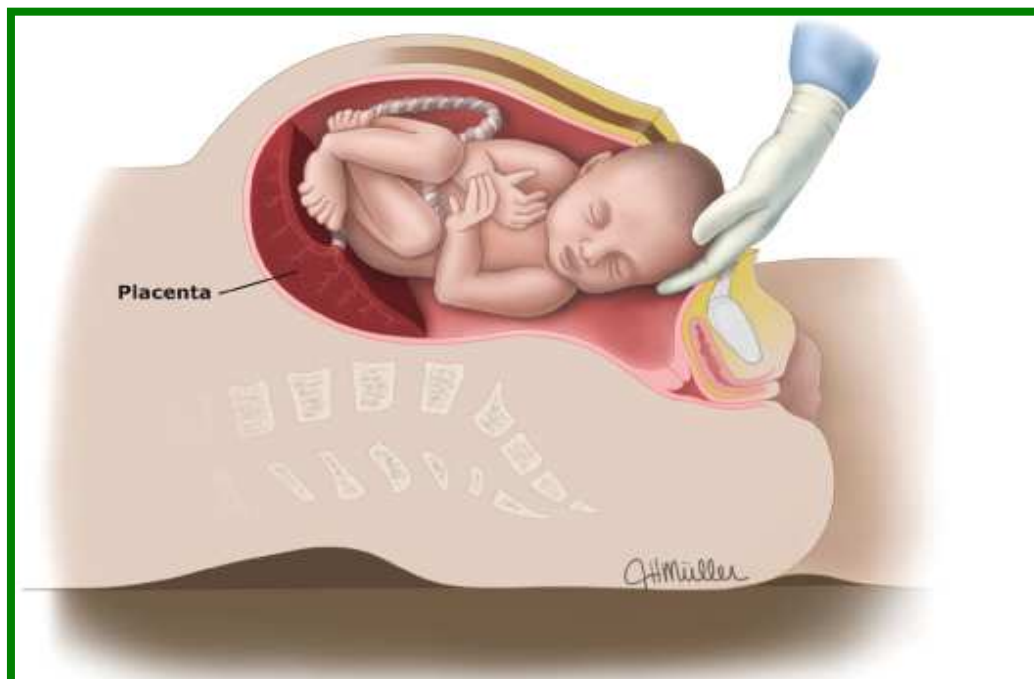


Figura 24: Modificado de gráfico para explicar a la gestante el proceso de la cesárea(9).

7. EXPERIENCIA DE LAS MUJERES

La perspectiva de las mujeres embarazadas con una cesárea anterior en relación con los riesgos del nacimiento de su hijo en un embarazo posterior no está muy bien entendida. Hay una gran cantidad de investigación sobre la base de enfoques cuantitativos sobre el PVDC pero muy pocos estudios sobre las experiencias de las mujeres. Los estudios se han centrado en la perspectiva de las mujeres con respecto a la toma de decisiones en relación con el tipo de parto para el nacimiento posterior de su hijo después de una cesárea anterior. Los estudios centrados en las experiencias de las mujeres de dar a luz por vía vaginal después de un nacimiento con cesárea anterior muestra que ellas expresan una creencia en la importancia de un parto natural, y que la dimensión psicosocial que va más allá del nacimiento, es de vital importancia para ellas(61).

Hay un número limitado de estudios que exploran las expectativas de parto de las mujeres, especialmente las mujeres que sufren una cesárea anterior. La toma de decisiones y los factores que influyen en estas decisiones siguen siendo incompletos y confusos. Algunas mujeres, después de tener una cesárea se replantean el significado del nacimiento. Estas atribuyen y reconstruyen su comprensión del nacimiento en base a sus interacciones sociales y reflexiones personales, como resultado de intentar acomodar y dar sentido a su experiencia del parto. Muchas mujeres han aprendido nuevas formas de comprender el nacimiento(67).

En busca de una experiencia satisfactoria, las mujeres se ven obligadas a centrarse exclusivamente en la producción de un bebé sano. Esto puede dominar los sentimientos emocionales intensos que acompañan la decisión de elegir el modo de nacimiento de un hijo. Los conceptos interrelacionados de miedo y seguridad se vuelven extremadamente influyentes en la toma de decisiones. Bajo la presión de algunos profesionales de la medicina, la cirugía abdominal mayor como medio de dar a luz es vista como adecuada, deseable y la opción menos arriesgada(67).

El significado y la importancia de la experiencia del parto para las mujeres, sus bebés y la sociedad se vuelven cada vez más marginados y devaluados. Conceptos como normal, natural y vaginal están en continuo debate. En el clima actual, el reconocimiento y la validación de los miedos del parto de las mujeres pueden ser una estrategia importante para disminuir el riesgo de futuras consecuencias negativas de la cesárea, tanto psicológicas como obstétricas. El apoyo individualizado que reconoce a las mujeres como

participantes activos que, individual y colectivamente, dan sentido a la maternidad es esencial(67).

Los profesionales de la salud deben reflexionar sobre el papel que desempeñan en la creación de la experiencia del parto, su impacto en las mujeres y en las decisiones que toman estas gestantes. Cuando las preocupaciones por la seguridad se exageran, la ansiedad en las mujeres y los obstetras se incrementa. Por lo tanto los temores de las mujeres no tienen que ser vistos como peticiones, sino que deben ser escuchados y en última instancia ser tratados y solucionados. La presión médica para la realización de la cesárea electiva y los temores de las mujeres por la seguridad de su parto, están influyendo negativamente en las tasas de cesárea. Muchos autores sugieren que la solución a este problema es la atención individualizada de cada mujer y propugnan que la cesárea debe de dejar de ser una “Cirugía de masas”(67).

8. CANDIDATAS IDEALES PARA UN PVDC: VARIABLES DE ÉXITO

Las mujeres que intentan PVDC tienen una tasa de éxito entre el 60 % y el 80 % aproximadamente(27). La tasa varía entre las instituciones y los profesionales sanitarios encargados de proporcionar la información a las mujeres. También se ve afectada por diversos factores preparto, intraparto y por factores no médicos. Las mayores tasas de éxito, más del 80 %, se encuentran entre las mujeres que han tenido un parto vaginal exitoso antes o después de su cesárea, que se presentan en la fase activa del trabajo de parto y aquellas mujeres que la indicación para la primera cesárea se realizó por una mala presentación fetal. Por el contrario, las mujeres que nunca han tenido un parto vaginal, necesitan iniciar el trabajo de parto con una inducción, especialmente con un cuello uterino desfavorable, tuvo una cesárea previa por falta de progreso o desproporción pélvico cefálica, tener un bebé macrosómico o tener un embarazo cronológicamente prolongado, tienen una menor probabilidad de éxito para un PVDC(9,68).

8.1 FACTORES PRENATALES

8.1.1 INDICACIÓN DE LA CESÁREA PREVIA

La tasa de éxito del PVDC por indicación de cesárea previa es de 75% para presentación fetal diferente a la cefálica, del 60 % para un patrón de

frecuencia cardiaca fetal poco tranquilizador y 54 % por la falta de progreso o desproporción céfalo-pélvica(9,68).

Sin embargo, muchas investigaciones no tienen en cuenta la indicación de la primera cesárea debido a la dificultad para validar cada motivo de cesárea. Existen varias formas de clasificación que se utilizan en varios centros o clínicas.

Como es un dato a recoger retrospectivamente, puede haber transcurrido mucho tiempo, por lo que la mujer puede no recordar o equivocarse el motivo por el que le realizaron la primera cesárea(69).

8.1.2 HISTORIA DE UN PARTO VAGINAL PREVIO

Las mujeres que han tenido un parto vaginal antes o después de su parto por cesárea anterior son significativamente más propensas a tener un PVDC exitoso que aquellas que nunca han tenido un parto vaginal (OR para PVDC con éxito con un parto vaginal previo 3,90, IC del 95 % 3,60-4,30; con anterioridad PVDC 4,76, 95 % CU 4,35-5,26)(9,70).

8.1.3 FACTORES DEMOGRÁFICOS

Las mujeres sudamericanas, africanas, árabes y asiáticas tienden a elegir con más frecuencia un PVDC, pero tienen menos probabilidades de tener un parto vaginal exitoso en comparación con las mujeres caucásicas. Las tasas de éxito para las mujeres caucásicas, las africanas y las sudamericanas son del 1 %, 0.69 %, 0.65 % respectivamente(9).

El aumento de la edad materna, estado civil soltero y menos de 12 años de escolarización también se asocian con una menor probabilidad de éxito para un PVDC(9).

Las mujeres mayores de 35 años tienen menos probabilidades de elegir la opción del parto vaginal, aquellas que intentan un PVDC son menos propensas a tener un parto vaginal exitoso y pueden desarrollar más probabilidades de sufrir complicaciones asociadas al parto vaginal en comparación a las mujeres más jóvenes(9,68).

Un intervalo entre embarazos de menos de seis meses es un factor de riesgo independiente para que se produzca una rotura uterina durante el parto, aumentando de esta manera tanto la morbilidad materna como la fetal(9).

8.1.4 ENFERMEDADES MATERNAS

Los datos sobre el efecto de la enfermedad médica materna crónica en el resultado de un PVDC son concluyentes. Varios estudios de cohortes de mujeres con enfermedad materna preexistente, como la hipertensión, la diabetes, el asma, la enfermedad renal y la enfermedad cardíaca, concluyeron que estas mujeres presentan una menor probabilidad de éxito para una PVDC. Sin embargo, en un estudio prospectivo no hubo diferencias significativas en las tasas de éxito del PVDC en mujeres con estos trastornos médicos(9).

8.2 FACTORES INTRAPARTO

8.2.1 INICIO DEL TRABAJO DE PARTO

Cuando las mujeres ingresan en la unidad de paritorio en trabajo de parto espontáneo o con una alta puntuación en el test de Bishop, mayor o igual a seis, las posibilidades de éxito para un parto vaginal son más elevada que para las mujeres cuyo trabajo de parto comienza con una inducción o tienen puntuaciones en el test de Bishop bajas, menores de 6 (RUP para el éxito del PVDC con un trabajo de parto espontáneo, inducción, el aumento de 1.0 , 0.50, 0.68 respectivamente; para su examen cervical admisión > 4 cm 2.56 , IC 95 % 2,38-2,67)(9,68,71).

Test de Bishop ^[3]				
	0	1	2	3
Dilatación	0	1-2 cm	3-4 cm	>5 cm
Borramiento	0-30%	40-50%	60-70%	80-100%
Consistencia	Firme	Interm	Blanda	
Posición	Posterior	Media	Anterior	
Encajamiento	Libre	Insinuado	1 ^{er} plano	2 ^{do} plano

Tabla 11: Modificacdo de puntuaciones test de Bishop(71).

8.2.2 MACROSOMIA FETAL

Un feto que pesa más de 4,000 gramos reduce la probabilidad de un PVDC exitoso (OR para TOLAC exitoso para el peso al nacer > 4000 g 0.55, IC 95 % 0,49-0,61)(9).

La bibliografía consultada nos indica que el peso fetal debería ser un indicador en el proceso de decisión entre una cesárea o un parto vaginal ya que pesos fetales aumentados por encima de 4000-4500 gramos están relacionados con fracaso del trabajo de parto, roturas uterinas, distocia de hombros y desgarros pélvicos de tercer y cuarto grado, que aumentan considerablemente la morbilidad tanto materna como fetal(72).

8.2.3 TIPO DE HOSPITAL

Hospitales universitarios o los afiliados a un programa de residencia de ginecología y obstetricia, tienen mayores tasas de mujeres que se decantan por intentar un parto vaginal tras una cesárea y dan a luz a su hijo a través del parto vaginal(9).

Sin embargo, las mujeres que dan a luz en un hospital privado o comarcal tienen una menor probabilidad de intento de un PVDC y si al final se intenta, se produce una disminución en la tasa de PVDC exitoso en comparación a un hospital de tercer nivel que cuente con una unidad perinatal completa. A modo de ejemplo, un estudio que comparó las tasas de PVDC en todo el ámbito hospitalario en California reportaron tasas de PVDC (ajustados por la línea de base y características médicas de la madre y el feto) eran un 14 % en los hospitales no docentes privados, el 57 % en los hospitales públicos, el 60 % en los hospitales privados con docencia y del 41 % en las organizaciones de mantenimiento de la salud públicas(9).

Varios estudios realizados en EEUU muestran que las mujeres con mayor probabilidad de que se les practique una cesárea, ya que tienden a elegir esta opción de parto tras cesárea anterior, son blancas, casadas, con póliza privada de cobertura sanitaria y parto en hospitales privados. Curiosamente, este colectivo de gestantes es el que menor riesgo tiene de que sea necesaria una cesárea, pero es un hecho mencionado, prácticamente de manera universal, en la bibliografía que en el ejercicio privado se practica mayor número de cesáreas(19).

Con todo lo dicho, aunque muchas de estas pacientes podrían ser candidatas a tener un parto vaginal exitoso, hoy día, por muchos de los

motivos comentados, es poco probable que se aplique el parto vaginal universalmente a todas las mujeres con cesárea anterior(33).

Factors associated with trial of labor after cesarean delivery

Factors resulting in an increased likelihood of successful TOLAC
<ul style="list-style-type: none"> • Prior vaginal birth • Spontaneous labor • Advanced cervical dilation on admission
Factors resulting in a decreased likelihood of successful TOLAC
<ul style="list-style-type: none"> • African American or Hispanic ethnicity • Increased maternal age • Single marital status • Less than 12 years education • Delivery at rural or private hospital • Recurrent indication for initial cesarean delivery
Non-medical factors affecting TOLAC
<ul style="list-style-type: none"> • American College of Obstetricians and Gynecologist guidelines • American Society of Anesthesiologist guidelines • Physician and hospital professional liability concerns • Physician preference • Patient preference and • Patient access to TOLAC

Figura 25: Modificado de los factores asociados con la tasa de éxito para un PVDC(9).

9. APORTACIONES Y ATENCIÓN DE LAS MATRONAS EN EL PVDC Y EN LA CESÁREA ELECTIVA

Durante los últimos 10 años se ha observado un aumento mundial de mujeres con partos por cesárea. Hay varias razones para justificar esta tendencia, incluyendo razones médicas, sociales, así como las razones psicológicas.

Cualquier mujer que cuente con una cesárea previa en sus antecedentes reproductivos, está en riesgo con respecto a su futuro embarazo, riesgo de que se vuelva a repetir una cesárea. Las opciones de parto de estas mujeres y la atención que reciben por parte de las matronas durante todo el proceso tienen características muy específicas(73).

En la Confederación Internacional de Matronas (ICM) se desarrolló en el año 2005 una nueva definición de Matrona: «Una matrona es una persona que, habiendo sido admitida para seguir un programa educativo de partería, debidamente reconocido por el Estado, ha terminado con éxito el ciclo de estudios prescritos en partería y ha obtenido las calificaciones necesarias que le permitan inscribirse en los centros oficiales y/o ejercer legalmente la práctica de la partería. La matrona está reconocida como un profesional responsable y que rinde cuentas y trabaja en asociación con las mujeres para proporcionar el apoyo, cuidados y consejos necesarios durante el embarazo, parto y puerperio; dirigir los nacimientos es responsabilidad de la matrona, así como proporcionar cuidados al neonato y al lactante. Este cuidado incluye las medidas preventivas, la promoción de un nacimiento normal, la detección de complicaciones en la madre y el niño, el acceso a cuidado médico u otra asistencia adecuada y la ejecución de medidas de emergencia. La matrona tiene una tarea importante en el asesoramiento y la educación para la salud, no sólo para la mujer, sino también en el seno de sus familias y de la comunidad. Este trabajo debe incluir la educación prenatal y preparación para la maternidad y puede extenderse a la salud de mujeres, la salud sexual o reproductiva y el cuidado de los niños. Una matrona puede ejercer en cualquier emplazamiento, incluyendo la casa, la comunidad, los hospitales, las clínicas o las unidades de salud.»(74).

Esta definición fue acogida en la Reunión del Consejo de la Confederación Internacional de Matronas, el 19 julio de 2005 en Australia. Asimismo, la ICM contempla en su código ético los siguientes aspectos: «Las matronas respetan el derecho de la mujer a tomar sus propias decisiones basadas en una información adecuada. Las matronas, junto con las mujeres, trabajan con organismos que elaboran políticas con objeto de definir las necesidades de las mujeres en relación con los servicios de salud.

Las matronas aplican sus conocimientos profesionales con el objetivo de garantizar que los procedimientos del parto sean seguros en todos los entornos y culturas.

Las matronas son garantía de que los avances en conocimientos acerca de la Matronería se basan en actividades que protegen los derechos de la mujer como persona.»(74).

La Asociación Europea de Matronas (EMA) aprobó en el año 2005 la definición de «Salud sexual y reproductiva» en la que en referencia a la asistencia al parto señala: «La Asociación Europea de Matronas reconoce que tener un niño es un acontecimiento emocional y social en el que la confianza y la autoestima de la mujer tienen todas las oportunidades de crecer y desarrollarse. Una mujer debe poder dar a luz en un ambiente que refuerce los aspectos del proceso fisiológico normal. La mujer tiene derecho a tener asistencia médica adecuada si aparecen complicaciones durante el parto.

Todas las mujeres tienen el derecho a tener acceso al cuidado de las matronas durante la etapa preconcepcional, embarazo, parto y posparto. Este cuidado debe incluir el análisis de las elecciones y opciones de la mujer respecto a todos los aspectos de la experiencia del nacimiento y debe ser sensible a sus creencias, valores y costumbres específicas.

La Asociación Europea de Matronas considera que la provisión de cuidados de maternidad que está orientada al servicio en lugar de a la mujer conduce a una medicalización innecesaria y a la subsiguiente morbilidad en el embarazo y el parto. También cree que las matronas en todos los países de Europa deben promover de forma activa su pleno papel autónomo como el profesional experto educado para cuidar a la mujer y su bebé durante el embarazo, parto y puerperio.»(74).

Después de analizar todos estos datos, la matrona como profesional sanitario, está plenamente preparada para orientar y preparar a la mujer con una cesárea anterior desde la consulta prenatal hasta la asistencia del PVDC en las salas de parto(73).

Los objetivos principales de las matronas en las consultas de atención al embarazo, es informar a la mujer gestante sobre los riesgos y beneficios tanto de intentar un PVDC como de programar una nueva cesárea, así como el aumento de la probabilidad de repetir una cesárea, es decir, acerca de las indicaciones más frecuentes para este enfoque. Además de las tareas habituales asociados con la preparación habitual para la realización de un

PVDC, las matronas en la sala de maternidad deben prestar especial atención a la intensidad y la frecuencia de las contracciones uterina, la frecuencia cardiaca fetal, la presión arterial y estado general materno. La matrona debe destacar una actitud holística en el desarrollo de sus actividades y en el desempeño de los cuidados hacia las gestantes. El apoyo psicológico del paciente y una actitud compresiva deben ser objetivos fundamentales para las matronas durante todo el acompañamiento de la mujer(73).

Por lo tanto, las parteras deben proporcionar cuidados durante toda la atención prenatal, parto y nacimiento y el período posnatal (o seis semanas después del parto)(75).

9.1 CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN DE LAS MATRONAS

La continuidad de los cuidados de las matronas permite a las mujeres desarrollar una relación con los mismos cuidadores durante todo el embarazo, parto y el período postnatal. Las mujeres que cuentan con una matrona para ellas durante el parto y el nacimiento de su hijo desarrollan una relación de confianza que puede resultar muy efectiva para el proceso del parto(75).

Las mujeres con cesárea anterior a menudo son incluidas en los ensayos de continuidad de atención de partería a pesar de que no se han estudiado específicamente a este tipo de mujeres. La continuidad de los cuidados de las matronas en sí, han sido ampliamente estudiados. Una revisión sistemática de la Cochrane Library examinó la continuidad de la atención de las matronas incluyendo 11 ensayos con un total de 12.276 mujeres. Las mujeres a las que las matronas atendían la dilatación y el parto, eran menos propensas a utilizar analgesia regional (RR 0.81 , 95 % IC 0,73 a 0,91) o tener un parto instrumental (RR 0.86 , 95 % CI 0,78-0,96), de no utilizar ningún tipo de analgesia/anestesia durante el parto (RR 1,16 , IC del 95 % 1.5 a 1.29), tuvieron una experiencia parto vaginal espontáneo (RR 1,04 , IC del 95 % 01.02 a 01.06), pudieron mantener el control durante todo el trabajo de parto (RR 1,74 , IC del 95%: 1,32 a 2,30) e iniciar una lactancia materna precozmente (RR 1,35 , IC del 95%: 1,03 a 1,76). Tres ensayos han demostrado que la continuidad de la atención de las matronas redujo significativamente la tasa de cesárea, un ensayo pequeño en Canadá y dos en Australia, el más reciente se publicó en 2012(75). En un estudio llevado a cabo en Australia en Julio del 2013 se concluyó que la tasa de intento de PVDC fue del 62,5 % con una continuidad de la atención de la matrona programa, en comparación con el 27% de las mujeres que no recibieron una

atención continuada. Además la tasa de éxito del parto vaginal fue considerablemente mayor en aquellas mujeres que habían sido atendidas por matronas (76 % y 54 % respectivamente)(75).

Estos datos, aunque parten de un pequeño número de mujeres, proporcionan algunas pruebas para apoyar la hipótesis que los cuidados continuos de la matrona durante todo el proceso incrementará la proporción de mujeres que deciden intentar un PVDC, el aumento de la tasa global de los partos vaginales y por lo tanto la reducción de la tasa de cesáreas(75).

9.2 ATENCIÓN DE LA MATRONA ANTES DEL NACIMIENTO

Durante este período, es necesario tratar a la mujer embarazada que han tenido una cesárea anteriormente como pacientes de riesgo, lo que significa que la matrona tiene unos deberes y conocimientos específicos basados en el estándar de la atención y en el diagnóstico de posibles complicaciones que puedan surgir durante el embarazo. En esta atención ambulatoria antes del nacimiento se individualiza las necesidades de la mujer. La partera adquiere información por anamnesis personal sobre este nuevo embarazo, además del embarazo, parto y posparto anterior. Ella también determina otras circunstancias que ocurren desde el momento del último parto, que podría afectar al parto previsto(73).

9.3 ATENCIÓN DE LA MATRONA DURANTE EL PARTO

Cuando una mujer ingresa en la unidad de paritorio la matrona debe realizar un resumen de los antecedentes generales de la mujer, así como recoger los datos de los antecedentes de los embarazos anteriores y de este nuevo embarazo, además de realizar un análisis secundario de la documentación de la cesárea anterior, llevada a cabo en la misma institución o en otra diferente.

Cuando se produce la hospitalización de la mujer, la matrona debe exponer un consentimiento informado en cooperación con la embarazada mujer. La partera también debe tratar de determinar el método de la realización de la última cesárea y determinar si hubo o no complicaciones en el útero o si se conocen anomalías congénitas del útero. Ella informa a la mujer de la posibilidad de la esterilización en el caso de un repetir la cesárea. Si la mujer desea la esterilización, entonces la matrona proporciona los requisitos administrativos de la solicitud, si bien respetando las condiciones legales de ese proceso. Después de eso, ella ayuda a que el médico

complete un examen detallado en el momento de la admisión, incluyendo una inspección ecográfica y el inicio del control cardiotocográfico de la dinámica uterina y de la frecuencia cardíaca fetal. Este examen al ingreso debe dar lugar a una decisión consensuada entre el médico y la gestante de si el nacimiento se llevará a cabo a través de una cesárea programada o un parto vaginal. El apoyo psicológico de la mujer también es importante en la toma de esta decisión. Si se decide un parto vaginal, entonces la partera se centrará en el control exhaustivo de la progresión del parto y el apoyo de la mujer durante todo el proceso. La matrona debe reconocer las manifestaciones de una amenaza de rotura del útero para ponerle solución antes de que pueda producir graves complicaciones para la madre o el feto. Si sucediera cualquier manifestación de patológica obstétrica durante el proceso de parto, ella debe informar inmediatamente al médico para evitar cualquier retardo de tiempo que generase mayores complicaciones. Esto puede ser de importancia decisiva para el destino del feto y la mujer en casos críticos y agudos(73).

9.4 ATENCIÓN DE LA MATRONA DURANTE EL PUERPERIO

En este período, la matrona supervisa los síntomas de la infección, sangrado en el canal del parto, la presión arterial y el pulso, mientras que lleva a cabo una evaluación del dolor de manera continua. Ella también supervisa los resultados en la pared abdominal. Por lo tanto es la encargada de evaluar la situación general de la mujer y del recién nacido tras el trabajo de parto o la cesárea iterativa(73). No sólo se ocupa de la recuperación física de la mujer sino que también se encarga del apoyo psicosocial y de favorecer le vínculo que se crea entre madre e hijo.

9.5 MATRONAS E INVESTIGACIÓN

El trabajo y la atención de las matronas destaca por su enfoque de no intervención, es un estilo de la práctica que se caracteriza por el apoyo a los procesos naturales, la atención individualizada a las necesidades de las mujeres y la inclusión de la mujer y su familia como participantes activos en la atención. Algunos estudios consultados, señalan las diferencias en los resultados observados en la atención de las parteras, los cuales son probablemente debidos a los procesos de dicha atención. La investigación que incluye el examen de los procesos de atención proporcionada por parteras contribuiría a una amplia y hasta ahora ausente discusión en torno al PVDC(4).

Hay una clara necesidad de estudios multicéntricos y estudios prospectivos de los servicios ofrecidos por las matronas en el PVDC tanto nacional como internacionalmente. La colaboración en la definición de las variables estudiadas, la elección del diseño de estudio y la recopilación de los datos ofrecerán a las matronas que investigan los grandes números necesarios para analizar los efectos de los cuidados que ofrecen y que influyen en los resultados de nacimiento de las mujeres que eligen un PVDC. Este tipo de colaboración informaría la discusión en un nivel mucho más amplio y probablemente llevarse a una mayor unión multicéntrica y la cooperación multinacional en la investigación de la partería(4).

Esta necesidad de investigar surge por la percepción nacional por parte de las matronas de las restricciones prácticas importantes para llevar a cabo un estudio del apoyo proporcionado por las matronas a las mujeres que intentan un PVDC. Los estudios posteriores deben ir encaminados a valorar la capacidad de los servicios sanitarios para ofrecer a las gestantes un PVDC, las prácticas de obstetricia y atención a las mujeres que buscan un trabajo de parto después de una cesárea previa, las causas percibidas de cambios y el efecto de estos cambios en las prácticas(4).



MATRONA

JUSTIFICACIÓN



JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La determinación del enfoque para el tipo de parto es fundamental para la práctica obstétrica. También es, con demasiada frecuencia, un punto de inflamación para los debates sobre la ética y la medicina reproductiva.

Un caso muy concreto de esta problemática es el parto después de una cesárea anterior. Por lo menos durante tres décadas, el enfoque apropiado para el nacimiento después de una cesárea anterior se ha caracterizado por cambios dramáticos en la práctica obstétrica y las políticas restrictivas cada vez más cuestionadas.

Alrededor del PVDC se han afianzado otras situaciones de nacimiento, sobre todo en torno al acceso para elegir un parto por cesárea en ausencia de indicación médica. La evaluación de los datos emergentes acerca de los perfiles de riesgo de la prueba de parto frente a la cesárea de repetición ha sido objeto de continua investigación y debate. Mientras tanto, las experiencias de las mujeres han estado marcadas por una considerable variación en los patrones de la práctica sanitaria, con un peso significativo de diferencias por región y por hospitales(63).

Ha habido una confusión sobre los papeles respectivos de la seguridad, las preferencias de los profesionales sanitarios y las gestantes y los costes que se generan y el papel que deben desempeñar en la elaboración de un enfoque centrado y basado en la evidencia para el parto, sobre cómo éticamente se acerca a la decisión entre un PVDC o una cesárea programada, desde el punto de vista de la atención clínica y de las políticas públicas(63).

Existen una serie de cuestiones que tienden a marcar el debate sobre el PVDC(63):

- La tasa de parto por cesárea.
- La seguridad de la madre y del feto.
- El acceso a las mujeres hacia el modo de parto preferido, indicando en cada caso su decisión hacia un parto vaginal o una cesárea.

Estos tres conjuntos de consideraciones dan una premisa de las complejidades que rodean el PVDC.

Abordar estas complicadas inquietudes requiere tratar un punto de vista ético, científico y social para desarrollar un marco responsable de elaboración de directrices para tratar el problema desde un punto de vista general y particular a través de los encuentros clínicos individuales(63).

1. TASA DE CESÁREAS

Tres temas han dominado los titulares sobre el PVDC. El primero y más importante es la alarmante preocupación por la alta tasa de cesáreas, que se estima recientemente en torno a un 31%. El uso decreciente del PVDC, en particular una reducción del 6% entre 2004 y 2007, ha sido citado como un factor que contribuye a agravar las altas tasas de cesáreas. Defensores del PVDC han citado este procedimiento como un medio para reducir la tasa de cesáreas en general. La preocupación por el dramático número de cesáreas ha forzado a los profesionales sanitarios y políticos a plantear soluciones para conseguir lograr ese objetivo(63).

Aunque la tasa de partos por cesárea a nivel mundial es preocupantemente alta, se debe tener cuidado para identificar y desagregar las diferentes razones por las cuales estos números no paran de elevarse. Las preocupaciones sobre la asignación de recursos, la contención de costos y las preguntas concomitantes sobre la justicia y la administración responsable de los recursos limitados para la atención de la salud, constituyen la principal preocupación para algunos. Para otros, siendo la causa más polémica, la preocupación por las altas tasas de parto por cesárea reflejan un juicio de valor acerca de la manera más correcta y segura de proceder tras una cesárea anterior, cuya noción de derecho, del obstetra, de la matrona, de la sociedad o de la mujer de tener hijos propios, debe dar forma a los objetivos de la atención(63).

Otra posible razón se refiere al acceso que tienen estas mujeres. Como las tasas de cesáreas aumentan, este hecho puede influir en los patrones de práctica y experiencia de los profesionales de salud, en este caso, los obstetras, lo que limita la disponibilidad de la mujer a su modo de parto preferido y elegido o un parto de baja intervención tras una cesárea anterior(63).

Disgregando estas razones es fundamental saber cuánto deben bajar las tasas de cesáreas en las directrices de desarrollo y si esas cuestiones deberían traducirse en el contexto de la clínica como a través de las consideraciones médicas o las preocupaciones de las propias mujeres(63).

2. SEGURIDAD DEL PVDC

El segundo tema que ha dominado la discusión de PVDC es la evaluación de su seguridad. Los esfuerzos en curso para clarificar la base de la evidencia hacia la evaluación y la comparación de los riesgos del PVDC frente a la cesárea programada han dado lugar a movimientos pendulares en las recomendaciones para práctica clínica(5).

Al sopesar los beneficios y los riesgos de parto vaginal frente a una cesárea, tenemos que saber tres cosas(5):

- Los índices de salud de los beneficios y resultados adversos después de un trabajo de parto que resulta en un PVDC exitoso.
- Los beneficios y riesgos para las mujeres que inician un trabajo de parto pero resulta en un parto por cesárea.
- Los beneficios y riesgos para las mujeres que optaron por repetir la cesárea.

Además, tenemos que conocer el número y la frecuencia de beneficios y resultados perjudiciales en cada uno de estos tres escenarios, tanto para el madre como para su hijo. Debido al valor relativo que cada mujer otorga a estos riesgos y beneficios, se debe ofrecer a las gestantes una descripción completa, clara y articulada de los beneficios frente a los riesgos con el fin de que cada mujer tome la mejor decisión por sí misma y en función de su preferencia y necesidades personales. Por lo tanto, cuando una mujer que tuvo un parto por cesárea anterior se queda embarazada, es necesario dar respuesta a las siguientes preguntas(5):

- ¿Cuál es la probabilidad de el PVDC tengan éxito en la institución donde planea dar a luz?
 - ¿Cuáles son los beneficios de trabajo de parto para la madre y el neonato?
 - ¿Cuál es el riesgo que su útero se rompa si ella decide iniciar un trabajo de parto?
 - ¿Cual es la posibilidad de que ella o su bebé muera o tenga resultados adversos de salud a largo plazo si se produce una rotura uterina en la institución donde planea dar a luz?
-

- ¿Cuáles son los beneficios y los daños asociados con la programación de una nueva cesárea?

Antes de contestar estas preguntas, hay otra consideración a tener en cuenta. El trabajo de parto que resulta en un parto vaginal es el más seguro para la madre y su bebé. Sin embargo, la comparación de los resultados del parto para las mujeres que tienen un parto vaginal en comparación con las mujeres que tienen una cesárea no es una comparación correcta. Las mujeres no pueden saber si al iniciar un trabajo de parto el resultado final será en un parto vaginal o una cesárea cuando ellas toman la decisión acerca del modo de parto que prefieren. Por lo tanto, las mujeres necesitan dejar a un lado las estadísticas de salud que son pertinente a su situación en el momento de tomar la decisión. Es importante incluir en estas estadísticas tanto los resultados de salud que incluyan a las mujeres que tuvieron un PVDC con éxito, como los resultados de aquellas mujeres que iniciaron un trabajo de parto pero su fracaso llevó a la realización de una cesárea. Esta información permite a las mujeres y a los profesionales de la salud tomar una decisión futura sobre las probabilidades de beneficios y daños de trabajo de parto(76).

El mayor problema que plantean los estudios del tema hasta la fecha se refiere a cómo los médicos y las mujeres pueden trabajar juntos para tomar, de la mejor manera posible, la decisión entre un parto vaginal o una cesárea cuando tantas preguntas están en el aire. Los resultados de las investigaciones existentes ofrecen una imagen incompleta de todo el conjunto de posibles riesgos asociados con las opciones que las mujeres y los médicos poseen. Es necesario realizar estudios que traten cuestiones relacionadas con las implicaciones no sólo para este nacimiento sino también para los nacimientos posteriores. Además es necesario realizar un seguimiento a largo plazo sobre los riesgos y beneficios derivados tanto del PVDC como de la cesárea electiva. En conjunto, estos resultados ponen de relieve la importancia de los estudios de investigación pragmáticas, con el objetivo general de mejorar la atención de futuras generaciones de madres y de sus hijos(76).

3. ACCESO DE LAS MUJERES A SU MODO DE PARTO PREFERIDO

La tercera cuestión importante que marca el debate público sobre PVDC se centra en la autonomía de la mujer. Las preocupaciones que existen han planteado el grado de adecuación que un paciente pueda tener acceso

limitado a su modo de parto preferido, ya sea una cesárea o un parto vaginal(63).

En la medida en que el aumento de la autonomía de la mujer es principalmente una cuestión de la ampliación de opciones, puede parecer que simplemente permitiendo más opciones de parto debería ser el principal medio para avanzar en la autonomía de la mujer. De hecho, esta es la presunción que guía las discusiones sobre la ética y la autonomía en muchas discusiones recientes acerca del PVDC. Una vez más, sin embargo, el tema es complicado. Aunque universalmente se está de acuerdo en que el respeto y la promoción de la autonomía es un importante principio ético, la comprensión de lo que constituye la promoción significativa de la autonomía en la medicina, sobre todo en el nacimiento, está lejos de ser una cuestión simple. Para unos, la evidencia acumulada indica que los pacientes no necesariamente deben experimentar un amplio número de opciones para mejorar su autonomía, sino que una variedad de opciones puede hacerles sentir menos seguros a la hora de tomar una buena. Por lo tanto, ayudar a los pacientes a sentirse más seguros en la toma de decisiones se puede lograr mediante la comunicación en un marco que establece valores predeterminados e incluye un compromiso respetuoso y atento por parte de los profesionales con las mujeres en el proceso de toma de decisiones(63).

Además, la expansión de elección para algunas mujeres puede, paradójicamente, disminuir sus opciones significativas. Esto ha sido de especial preocupación en las mujeres que optan por repetir la cesárea, en la medida en que el acceso abierto al parto quirúrgico en los hospitales ya orientados hacia el parto de alta intervención tiene el potencial para impulsar aún más la práctica de estos patrones de distancia de la atención del parto de baja intervención. De esta manera, directrices liberales o de “manos libres” pueden llegar a tener inesperadas implicaciones para el acceso por parte de otros grupos de mujeres a métodos preferidos de parto(63).

Hay consenso en que una mujer embarazada debe ser adecuadamente informada sobre la gestión de la prestación y las consecuencias de diferentes decisiones y este requisito se ha especificado en la descripción de los casos. El principio de respeto a la autonomía podría ser visto para asignar mayor prioridad a los deseos de una mujer embarazada en caso de desacuerdo. Sin embargo, tal conclusión se ve agravado por las opiniones contradictorias de la autonomía propia, llevando a conclusiones en función de si uno especifica la autonomía en términos de positivos o negativos derechos, es decir, el derecho de rechazar una determinada intervención o también el derecho a exigirla. Parece que hay una vista general aceptada,

apoyada por la jurisprudencia, que el deseo de la mujer de la no intervención anula otras consideraciones, pero una solicitud de intervención es más controvertida(66).

La buena práctica obstétrica exige que el médico actúe siempre hacia el mejor interés tanto de la madre como para el feto. Para este fin, la autonomía del médico y la formación médica que requieren puedan dar una buena información a la gestante y recomendar el curso de acción más apropiado para cada mujer. La enseñanza de la medicina tradicional es que una intervención quirúrgica, como la cesárea requiere justificación. Por lo tanto, en caso de desacuerdo, la autonomía del médico y la integridad profesional permite a este rechazar la petición del paciente, siempre que el paciente no se ponga en riesgo y las disposiciones oportunas se podrían transferir a la atención de otro médico(66).

4. CONSIDERACIONES ÉTICAS EN EL PVDC

El desarrollo de una ética científica y socialmente responsable alrededor de las directrices para el PVDC es un gran reto. Un reto con implicaciones potenciales para abordar un debate históricamente polémico en torno a la modalidad del parto de manera más amplia. La clave para el cuidado responsable y de alta calidad para el parto de una mujer con una cesárea anterior, es la atención no sólo a las cuestiones de seguridad y coste, sino también a las necesidades de cada mujer y la formas en que las directrices podrían interactuar con las estructuras institucionales y el acceso que estas les ofrece a estas gestantes. Además, las directrices responsables requieren una cuidadosa atención, el reconocimiento es el centro de la importancia de las preferencias de las mujeres en su decisión de cómo de dar a luz, la directriz de desarrollo responsable está en alcanzar este objetivo(63).

El principio de beneficencia, incluyendo la no maleficencia, afirma la obligación de los profesionales de la salud para reducir al mínimo el daño y maximizar los beneficios. El daño sólo puede justificarse si es inevitable y si se produce durante los intentos de lograr un bien mayor a la persona en cuestión(66).

4.1 MUJER EMBARAZADA

Las decisiones contrarias a la voluntad de la mujer embarazada, podría afectar negativamente a su experiencia de parto y su relación con los profesionales de atención de la salud e incluso con su hijo. Una cesárea de

emergencia podría ser necesaria durante el parto, dando lugar a un mayor riesgo en comparación con una cesárea electiva. Pero a pesar de su aumento en la seguridad, la cesárea sigue siendo una cirugía abdominal y un procedimiento quirúrgico no trivial, que puede dar lugar a una serie de complicaciones a corto y largo plazo. También tiene implicaciones más allá del embarazo, como el aumento de la morbilidad y la necesidad para su posterior gestación de practicar una nueva cesárea. Por otro lado, el parto vaginal produce daños y molestias en el suelo pélvico, pero la relación de causalidad con síntomas clínicamente relevantes no está concluyentemente demostrada. Evitar el dolor tras el parto vaginal también ha sido citado como un beneficio potencial materno, pero podría también ser abordado por la debida atención para una mejor recuperación posparto. Junto con los resultados médicos, el principio de beneficencia requiere consideración de los intereses no médicos que la mujer pueda tener(66).

4.2 NEONATO

Una cesárea es relativamente segura para el feto, pero conlleva una serie de riesgos como los problemas respiratorios y un aumento de la duración de la estancia hospitalaria. Estos riesgos deben sopesarse frente a la posibilidad de llevar a cabo un parto vaginal(66). Además, la lactancia materna puede verse afectada negativamente por la cesárea, ya que puede retrasar el inicio de ésta, aunque una vez comenzada, el patrón no difiere del observado en el grupo con partos vaginales. Asimismo, se observa un acortamiento de la duración de la lactancia materna y un riesgo tres veces superior de interrumpirla durante el primer mes de vida(16).

4.3 PROFESIONALES SANITARIOS

Hay una falta de acuerdo sobre si la beneficencia o daño a los médicos debe ser considerado de manera ética. Las complicaciones pueden ocurrir en casos donde se niega una cesárea iterativa y las consecuencias legales podrían repercutir sobre el obstetra. En Estados Unidos, se produce una asociación positiva entre las primas de seguros de los obstetras y las tasas de parto por cesárea, dando lugar a que los obstetras pueden llevar a cabo cesáreas por razones médicas, cuya indicación representa una defensa de posibles problemas de responsabilidad legal. En un estudio realizado en algunos países europeos, el temor a las consecuencias legales fue un factor en la toma de decisiones por parte de un gran número de obstetras en todos países, con excepción de los Países Bajos y de Suecia. Por otro lado, la cesárea no está libre de riesgo por lo que lo más lógico es que el litigio de

la mujer podría surgir en caso de resultados adversos. Por último, en algunos países y entornos los incentivos financieros también pueden trabajar a favor de una tasa de cesárea superior(66).

4.4 SOCIEDAD

En el ámbito de la salud pública las tasas de cesáreas en aumento es una tendencia común en la mayoría de los países y supone una fuente de preocupación. Mientras que una variedad de medidas contrarias tales como programas educativos a favor del PVDC, la cesárea electiva tiene el potencial de agravar la tendencia, especialmente que una primera cesárea se pueda convertir en una fuerte guía de las cesáreas subsiguientes, es decir, volver a las pautas tradicionales: “una cesárea siempre una cesárea”. También se ha argumentado que esto podría producir la pérdida de la obstétrica y los conocimientos de las matronas en la gestión del parto vaginal(66).

5. DEFINICIÓN DE MORBILIDAD

Se define morbilidad como la capacidad de presentar unos síntomas y/o discapacidad consecuencia de una enfermedad o procedimiento(77).

En este caso la morbilidad estudiada hace referencia a la capacidad de una mujer y su hijo para presentar, con una determinada frecuencia, una serie de síntomas o complicaciones con respecto al tipo de parto elegido. Las complicaciones maternas tanto para el PVDC como para la cesárea iterativa están asociadas a una serie de variables de estudio implicadas como son: rotura uterina, desgarros uterinos, lesión de vasos uterinos, atonía uterina, anomalías de placentación, lesiones viscerales tanto del tracto urinario como del intestino, endometritis, infección de la cicatriz o de la pared abdominal, infección en el tracto urinario, enfermedad tromboembólica (Íleo, trombosis venosa profunda, tromboflebitis), presencia de lesiones en el perineo tras el parto, presencia de dolor después del parto, el estado anímico de la madre posparto y la recuperación materna con la vuelta a sus actividades cotidianas y la recuperación de su calidad de vida(77).

En cuanto a la morbilidad fetal, la cesárea aumenta el riesgo en el recién nacido de padecer distrés respiratorio en niños a término y está aumentado en niños prematuros. Otro riesgo encontrado en la bibliografía es la precipitación en la realización de la cesárea con un aumento de prematuridad, siendo estos dos, prematuridad y distrés respiratorio, las

causas principales de morbilidad neonatal(19). La experiencia nos muestra que los partos asistidos por cesárea electiva presentan tasas más altas de presentar complicaciones respiratorias graves de hasta siete veces mayor en comparación con los niños nacidos por partos vaginales. El riesgo de morbilidad respiratoria en recién nacidos maduros disminuye con la edad gestacional, pasando del 10% en la semana 37 a un 1,5% en la semana 40 de gestación. Estos niños requieren tratamiento con ingresos en unidades especiales de una media de tres días con aplicación de oxígeno de manera continua llegando incluso a necesitar ventilación mecánica. (72).

6. FUNDAMENTO DEL ESTUDIO

Se han planteado muchas razones para explicar el aumento de la cesárea durante los últimos años, como el uso cada vez mayor de monitorización continua de la frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto, una reducción en la formación de los obstetras en los partos vaginales y partos con presentación de nalgas, la elección materna del tipo de parto tras una cesárea anterior y el aumento de las demandas por parte de los usuarios. La cesárea iterativa es la indicación obstétrica más frecuente para la cesárea, en el 28% de los partos en el Reino Unido, más del 40% de los partos en Estados Unidos y en el 22,5% de los partos en España(58).

Las inquietudes por el incremento en la tasa de cesárea por cesárea iterativa han dado lugar a la declaración, por parte de diversos organismos oficiales, tales como SEGO, ACOG y OMS, que el parto vaginal después de la cesárea es una opción segura y aceptable. El éxito de las tasas de parto vaginal después que la cesárea se cita variablemente entre el 56% y el 80%, aunque la proporción de mujeres que intentan un parto vaginal varía considerablemente(23,24).

A pesar de estos resultados ha habido una disminución marcada en el número de mujeres que intentan PVDC, esto es debido a que un gran número de los informes de bibliografía recientes destacan un mayor riesgo de morbilidad y de muerte perinatal asociada con el PVDC, mostrándose las usuarias reticentes a intentar parto vaginal al leer el consentimiento informado. En contrapartida, aunque todos estos organismos actualmente luchan por disminuir el índice de cesáreas todavía en sus protocolos se plantea la opción de que sea la mujer la que elija el tipo de nacimiento que desea para su hijo. Esta manera de fomentar que las mujeres puedan elegir la cesárea se apoya en la tendencia de reconocer los derechos de la mujer y de su hijo, a través del Acuerdo de Helsinki que estableció claramente las leyes internacionales que un individuo tiene el derecho a rechazar un

tratamiento médico aunque esté médicamente indicado. Pero esto no quiere decir que lo contrario sea también cierto: que un individuo tenga derecho a pedir un tratamiento que no esté médicamente indicado(78).

Para apoyar todo esto existen estudios que demuestran que existen beneficios y daños asociados tanto con el parto por cesárea electiva como con el parto vaginal después de la cesárea. Concretamente en España muchos hospitales han optado por integrar la decisión materna dentro de sus protocolos de PVDC, ya que desde el año 2005 la SEGO ha creado el consentimiento y la información que se debe dar a una mujer que ya ha tenido una cesárea, por lo que todos estos hospitales se ven respaldados por este organismo. Uno de estos hospitales es el Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA) que es donde se va a llevar a cabo este estudio.

Aunque la cesárea es vista como una técnica, no se trata de un procedimiento inocuo y presenta una serie de complicaciones que no siempre son predecibles o evitables. La incidencia de morbilidad materna grave oscila entre el 0,05 y el 1,09% según diferentes investigaciones(19). Según la bibliografía consultada se han encontrado diferencias a la hora de medir la morbilidad materna. Mientras unos estudios concluyen que las complicaciones son mayores en pacientes sometidos a una prueba de parto en comparación con los pacientes que optaron por una repetición cesárea electiva (hasta 1,5 veces mayor), otros estudios demuestran totalmente lo contrario(79). En cuanto a la morbilidad fetal, la experiencia indica que los niños que nacen a través de cesárea electiva presentan tasas más altas de complicaciones respiratorias que por vía vaginal(29).

Debido a esta falta de concordancia en la bibliografía surge el propósito de este proyecto. Tras un proceso de búsqueda, se plantean las siguientes cuestiones:

- ¿Es seguro intentar un PVDC?
- ¿Existe una mayor morbilidad materna y fetal en la cesárea electiva que en el parto vaginal después de cesárea?
- ¿Cuáles son los motivos por los que una mujer con cesárea anterior elige de nuevo este procedimiento y no un parto vaginal?
- ¿Debe elegir la mujer la vía de parto y está preparada para tomar esta decisión?

Para contestar estas preguntas se ha elegido un estudio de cohortes con dos grupos muy definidos marcados por un mismo factor común: la presencia de una cesárea anterior. Cada grupo dependerá del modo de parto que la gestante elija:

- Mujeres que desean un parto vaginal.
- Mujeres que eligen una cesárea nuevamente.

Se pretende conocer la incidencia de morbilidad en las mujeres con una cesárea previa asociada al parto vaginal y a la cesárea electiva. Toda la bibliografía consultada incide en la falta de estudios controlados aleatorios que se centren en la realización de proyectos metodológicamente rigurosos para proporcionar evidencia directa sobre la relación de los beneficios y daños del PVDC(62). Sin embargo, debido a que este tipo de diseño, en este caso, no es éticamente correcto (no se puede pedir a una mujer que forme parte arbitrariamente del grupo de cesárea programada o del grupo de parto vaginal)(78) y como en este proyecto es posible estudiar a toda la población que presenta las características de estudio, es decir, es una población finita, (la población diana coincide con la población de estudio) podremos concluir que los resultados van a ser significativos para nuestra población(80).

Se han producido cambios importantes en los últimos tiempos en relación con el tipo de parto y los resultados perinatales, mientras que se intenta reducir las altas tasas de cesárea, se incorporan otras indicaciones de cesárea como son las preferencias obstétricas de la mujer del modo de parto que desean tener. Por este motivo es importante conocer la morbilidad diferencial que existe entre la cesárea y el parto vaginal, las ventajas e inconvenientes que existen para ambos y los motivos por los que las mujeres deciden tomar esta decisión. De todo esto se deduce que existe una necesidad urgente de dar a conocer, tanto a las mujeres como a los profesionales sanitarios, la información adecuada sobre los riesgos acerca de las diferentes formas de nacimiento, con el fin de mejorar el mensaje que proporcionamos a través del consentimiento informado.

Este proyecto aportará datos que ayuden a conocer la opción más adecuada tanto para la madre como para su hijo, pudiendo ampliar de este modo la información que se les proporciona a las mujeres con sesiones informativas, charlas o anexos al consentimiento informado donde se incluyan los resultados más importantes de este estudio para orientar a las gestantes en su elección. Además se plantean una serie de cuestiones que podrían cambiar el cometido de los hospitales que han optado por integrar

la decisión materna dentro de sus protocolos de PVDC como el hospital donde se va a desarrollar el proyecto. Por lo tanto este estudio evidenciara si las mujeres están preparadas para tomar esta decisión, si quieren seguir eligiendo y si es pertinente que continúen escogiendo el modo de parto.

HIPÓTESIS



HIPÓTESIS

Las mujeres que eligen una cesárea iterativa tienen mayor morbilidad materna y neonatal que las mujeres que eligen un parto vaginal.

OBJETIVOS



OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL

- Comparar la morbilidad materna y neonatal asociada con el parto por cesárea en comparación con el parto vaginal en mujeres con el antecedente de una cesárea previa, en un hospital de tercer nivel del área única de la Comunidad de Madrid.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la frecuencia de complicaciones intraoperatorias que surgen durante el proceso, como son rotura uterina, desgarros uterinos, lesión de vasos uterinos, atonía uterina (transfusiones sanguíneas), anomalías de placentación y lesiones viscerales en el tracto urinario e intestino en relación con el parto vaginal y la cesárea.
2. Determinar la frecuencia de complicaciones infecciosas (endometritis, cicatriz, pared abdominal y tracto urinario) y la frecuencia de enfermedad tromboembólica (Íleo, trombosis venosa profunda y tromboflebitis) en relación con el parto vaginal y la cesárea.
3. Conocer la frecuencia de lesiones en el perineo tras el parto vaginal.
4. Comparar el nivel de dolor que existe después del parto vaginal y de la cesárea al alta hospitalaria (48-72 horas), 15 días y 42 días posparto (dolor perineal, abdominal, lumbalgia, otro tipo de dolores).
5. Evaluar si existe depresión puerperal a los 42 días posparto dependiendo del modo de parto en relación con el parto y la cesárea.
6. Medir la satisfacción de la mujer en relación con el parto vaginal y la cesárea al alta hospitalaria de la púérpera.
7. Medir la calidad de vida de la mujer en relación con el parto vaginal y la cesárea a los 42 días del postparto.

8. Conocer los motivos de elección materna del modo de parto que desean tener en cada grupo.
9. Determinar la frecuencia de distres respiratorio fetal, de prematuridad iatrogénica y la presencia de infecciones neonatales en relación con el parto vaginal y la cesárea.
10. Medir la puntuación de apgar, cifra de pH y peso fetal al nacimiento del neonato, en relación con el parto vaginal y la cesárea.
11. Determinar el número de días promedio de hospitalización tanto de la madre como del recién nacido.
12. Establecer las veces que la madre o el neonato acuden a algún servicio de urgencias, fuera del protocolo habitual durante toda la cuarentena.

METODOLOGÍA



METODOLOGÍA

1. TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un diseño longitudinal con una única cohorte, en la que los sujetos presentan el antecedente de cesárea anterior. Este grupo se divide a su vez en dos subgrupos dependiendo del modo de nacimiento que la mujer elija para su segundo hijo. Estos subgrupos son: mujeres que eligen PVDC y mujeres que eligen cesárea iterativa. A esta división como variable dependiente se le ha denominado “ELECCIÓN PARTO”. Una vez finalizado el alumbramiento las mujeres estudiadas han pasado a uno de los dos grupos, es decir, al de parto vaginal o cesárea. A esta variable dependiente se le ha llamado “PARTO REAL”.

Dentro del grupo de las mujeres que eligen PVDC, ha surgido otro subgrupo de mujeres que pese a haber elegido un parto vaginal para el nacimiento de su hijo, se les ha realizado una cesárea por cualquier indicación médica a lo largo del trabajo de parto. En el caso de estas mujeres y una vez recogida toda la información, para la optimización de los resultados, se ha comparado con los otros dos subgrupos, con la creación de una nueva variable dependiente llamada “TIPO DE PARTO”.

2. POBLACIÓN DIANA, ESTIMACIÓN DEL TAMAÑO MUESTRAL Y MÉTODO DE MUESTREO

Se han estudiado a todas las gestantes con el antecedente de cesárea anterior que han tenido su parto, tanto cesárea como parto vaginal, en el Hospital Universitario Fundación de Alcorcón. Como en este proyecto es posible estudiar a toda la población que presenta las características de estudio, es decir, es una población finita, no es necesario llevar a cabo ningún tipo de muestreo(80).

En la bibliografía consultada no se han encontrado estudios que cumplan las características de este estudio o que definan la morbilidad materna y fetal de la misma manera que en este proyecto, por lo tanto no se tienen los datos suficientes para calcular el tamaño muestral.

Debido a todo esto se ha decidido incluir en el estudio a todas las mujeres con el antecedente de cesárea anterior que decidan acudir al paritorio del Hospital Universitario Fundación Alcorcón para llevar a cabo el nacimiento de su hijo, que cumplan los criterios de inclusión y exclusión en un periodo

de tiempo de 18 meses. Durante estos meses acudieron 3550 gestantes al paritorio del hospital para ser asistidas en el nacimiento de su hijo. De todas estas mujeres, se fueron incluyendo en el estudio todas las gestantes secundigestas y con el antecedente de cesárea anterior, de manera consecutiva, hasta finalizar el estudio con un total de 110 madres y 110 recién nacidos.

3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres con una cesárea previa simple (incisión transversa baja).
- Gestación de un feto único, vivo y en presentación cefálica.
- Embarazo a término: 37-42 semanas de gestación.
- No presentar ninguna contraindicación para PVDC.
- Mujeres mayores de 18 años de edad.
- Deseo de la gestante de participar en el estudio.

4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Más de un parto por cesárea previo.
- Antecedente de ruptura uterina anterior.
- Anterior cirugía uterina (incluyendo miomectomía, participación de la entrada de la cavidad uterina o de la disección del miometrio excesiva)(60).
- Embarazo múltiple.
- Cualquier contraindicación para el parto vaginal (incluyendo la placenta previa, situación transversa e infección activa por herpes genital).
- Enfermedades maternas graves (diabetes gestacional mal controlada, enfermedad hipertensiva del embarazo, anemia grave y obesidad mórbida).

- Anomalías congénitas fetales con problemas mecánicos en el nacimiento (tales como edema, ascitis fetal, hidrocefalia, onfalocele o higroma quístico)(60).
- Anomalías fetales diagnosticadas durante el embarazo.
- Crecimiento intrauterino retardado.
- Macrosomía fetal (peso fetal mayor de 4500g) y bajo peso fetal (peso fetal menor de 2500g)(81).
- Dificultad idiomática.

5. VARIABLES

5.1 VARIABLES PRINCIPALES

- Tipo de parto: Son aquellas mujeres que han conseguido un parto vaginal, una cesárea o una cesárea a pesar de haber elegido un parto vaginal.
- Elección parto: Aquellas mujeres que optan por un parto vaginal o por una cesárea.
- Parto real: Grupo de mujeres con un parto vaginal o con una cesárea.

5.2 DATOS GENERALES

- Motivos de elección materna hacia una cesárea: Evitar el dolor durante el parto, porque es una técnica más sencilla, porque es una técnica más corta, porque es una técnica más segura, evitar posibles lesiones en el suelo pélvico, como método anticonceptivo realizando una oclusión tubárica(58).
- Motivos de elección materna para un parto vaginal: Es más fisiológico que la cesárea, mejor y más rápida recuperación, es un procedimiento más sencillo, más seguro, evitar la cicatriz en el abdomen y para evitar riesgos en futuros embarazos(58).
- Edad materna.

- Grupo étnico: caucásica, sudamericana, árabe, africana.
- Nivel socio-cultural materno: titulado universitario, formación profesional, bachillerato, estudios básicos.

5.3 MORBILIDAD MATERNA

- Complicaciones intraoperatorias(19):
 - Hemorrágicas: rotura uterina, desgarros uterinos, lesión de vasos uterinos, atonía uterina (transfusiones sanguíneas), anomalías de placentación.
 - Lesiones viscerales: tracto urinario, intestino.
- Complicaciones postoperatorias(19):
 - Infecciosas: endometritis, cicatriz y pared abdominal, tracto urinario.
 - Enfermedad tromboembólica: Íleo, trombosis venosa profunda, tromboflebitis.
- Presencia de lesiones en el periné tras el parto vaginal: Episiotomía, desgarro I, desgarro II, desgarro III y desgarro IV.
- Nivel de dolor después del parto o la cesárea: Intenso, moderado, leve o ausente. Medido con la Escala Analógica Visual (EVA).
- Tipo de dolor después del parto o la cesárea: dolor perineal, abdominal, lumbalgia, otro tipo de dolor(82).
- Toma de algún tipo analgesia posparto: especificar cual y el motivo de la toma.
- Depresión posparto(82). Medida con la escala Edimburgo.
- Evaluación de la satisfacción materna(83). Medida con una escala tipo Likert realizada por el investigador, con cuatro enunciados que la mujer debe puntuar de 1 (Muy insatisfecha) a 5 (Muy satisfecha) puntos dependiendo del grado de satisfacción:

-
- La satisfacción de su parto ha sido.
 - Al poder elegir entre un parto vaginal y una cesárea para el nacimiento de su hijo su ha sentido.
 - Cree que ha recibido la información suficiente para poder elegir.
 - Se ha sentido satisfecha con la atención recibida por el personal sanitario durante todo el proceso.
- Evaluación de la calidad de vida con el cuestionario SF-36(84,85).
 - Visitas posteriores a los centros sanitarios, fuera del protocolo habitual tras el alta hospitalaria y motivos por los que acude.
 - Duración de la estancia hospitalaria posnatal materna. Días para la cesárea y días para el parto vaginal(83).

5.4 MORBILIDAD NEONATAL

- Distrés respiratorio.
- Prematuridad iatrogénica provocada por la realización de la cesárea antes de las 39 semanas de gestación(82).
- Puntuación de apgar al minuto menor de 5 y a los 5 minutos menor de 7(82).
- Cifras de pH al nacimiento del recién nacido menor de 7,20(82).
- Peso al nacer.
- Ingreso en la unidad de cuidados neonatales(82).
- Duración de la estancia hospitalaria neonatal.
- Infección sistémica confirmada tratada con antibióticos en el transcurso de las 48h de vida(83).
- Visitas posteriores a los centros sanitarios, fuera del protocolo habitual tras el alta hospitalaria y motivos por los que acude.

RECOGIDA DE INFORMACIÓN

MÉTODOS RECOGIDA DE INFORMACIÓN

1. RECOGIDA DE DATOS

La captación de las mujeres que cumplen los criterios de inclusión, ha tenido lugar en el paritorio del Hospital Universitario Fundación Alcorcón, una vez que la gestante ha decidido el tipo de parto que desea tener (parto vaginal o cesárea). Cuando la mujer se encuentra en la planta de obstetricia, tras el nacimiento de su hijo, se ha solicitado su participación a través del consentimiento informado previa explicación del propósito del estudio, garantizando la confidencialidad de los datos y agradeciendo su colaboración (Anexo 9). También se ha entregado a la puerpera la primera entrevista que debe rellenar antes de realizar el alta hospitalaria.

Se han obtenido los datos a través de la historia clínica recogida en el sistema informático SELENE y mediante la realización de tres entrevistas en las que las mujeres han cumplimentado una serie de encuestas y escalas.

La primera entrevista se ha llevado a cabo al alta hospitalaria de la puerpera, dependiendo de si el parto ha sido vaginal o a través de una cesárea. Una vez cumplimentada, la mujer se la ha entregado a la matrona o enfermera de obstetricia en la planta de maternidad del hospital. En primer lugar se ha recogido el tipo de parto, la edad materna, el nivel socio-cultural y los motivos de elección materna (Anexo 1). Se ha valorado si existe algún tipo de complicación como consecuencia del parto vaginal o de la cesárea tanto para la madre como para el neonato y la duración de la estancia hospitalaria de ambos, recogidos a través de los anexos 3 y 4. Además se ha registrado la intensidad del dolor según la Escala Visual Análoga (teniendo en cuenta la variable analgesia) como se puede observar en el anexo 5 (86) y la satisfacción materna según una escala tipo likert realizada por el investigador (Anexo 2) (87).

La segunda entrevista se ha realizado a los 15 días posparto por la matrona a través de una conversación telefónica para garantizar la accesibilidad y continuidad del estudio. En ella se evalúa de nuevo el dolor mediante EVA, teniendo en cuenta la variable analgesia y se le ha preguntado si ha visitado algún centro sanitario de urgencia fuera del protocolo habitual de visitas programadas, tanto ella como el recién nacido durante estos últimos 15 días (Anexo 6).

La tercera entrevista se ha realizado a las 6 semanas (42 días) posparto por la matrona vía telefónica. Se han evaluado los mismos criterios que en la

anterior entrevista. Además se valora la depresión posparto mediante la versión telefónica de la escala de Edimburgo, recogida en el anexo 7 (88) y la calidad de vida mediante el cuestionario de salud SF-36 que se puede apreciar en el anexo 8 (93). De esta manera se ha comparado la evolución de las puérperas con un parto vaginal o una con cesárea.

2. PRUEBA PILOTO

La realización de la prueba piloto se ha llevado a cabo con 55 gestantes con el antecedente de cesárea previa, cuyo segundo parto ha tenido lugar en el Hospital Universitario Fundación de Alcorcón y que cumplen los criterios de inclusión.

La captación se ha llevado a cabo de manera consecutiva hasta finalizar el proceso con los 55 sujetos acordados, considerándose la duración de esta prueba en 8 meses. La recogida de la información se ha llevado a cabo a través de la historia clínica, iniciándose en la planta del hospital donde permanecen ingresadas tras el parto en el caso de las puérperas y en la unidad de neonatos si el recién nacido ha necesitado ser ingresado. Se han realizado las tres entrevistas definidas anteriormente, para valorar la evolución de las puérperas y comparar su progreso. La primera se realizó al alta hospitalaria, a los 15 días y 6 semanas posparto vía telefónica.

Tras la obtención de toda la información de estas 55 mujeres y el análisis estadístico de los datos, se ha decidido completar la muestra de estudio con el doble de sujetos, ya que se ha podido apreciar que con este tamaño muestral final se podrá establecer si existe una relación clínica y estadísticamente significativa entre las variables de estudio y el tipo de parto que la mujer ha decidido en cada caso.

La conveniencia de la realización de esta prueba piloto es crucial, ya que permite probar en el campo los cuestionarios y otros instrumentos de medición, así como entrenar a los entrevistadores y verificar el manejo de las operaciones de campo. Los resultados de la prueba piloto normalmente sugieren algunas modificaciones antes de realizar el estudio con el tamaño muestral establecido(89).

3. ASPECTOS ÉTICOS

Para comenzar con la captación de los sujetos de estudio se solicitó la evaluación de los aspectos éticos de la investigación al comité ético y de

investigación clínica del Hospital Universitario Fundación Alcorcón. La aprobación se obtuvo el 3 de febrero del 2012 tras la entrega del modelo de evaluación ética, informe del comité de investigación clínica con el código CEIC 11/81, que está disponible en el anexo 10 del documento.

El respeto a las personas exige que se dé a los sujetos, en la medida de sus capacidades, la oportunidad de escoger si desean o no participar en el estudio.

Por lo tanto estas personas deberán recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sus riesgos y consecuencias, ofreciendo esta oportunidad a través del consentimiento informado. En cualquier momento la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento. Por lo tanto se respeta el principio de autonomía, el cual incide sobre la revisión minuciosa y responsable del documento, considerando aspectos como la protección a la intimidad y confidencialidad de los datos.

Además se han tenido en cuenta el resto de los principios bioéticos otorgando a cada parte su responsabilidad, a los investigadores el respeto de los principios de no maleficencia y de beneficencia, a la puerpera de ejercer su autonomía y al estado de proteger el principio de justicia, y en este marco desarrollaremos nuestra investigación.

Debido a que toda investigación plantea una serie de cuestiones éticas, las cuales abordan directamente en la intimidad de las personas, se debe tener muy en cuenta la aprobación de los aspectos éticos y metodológicos de esta investigación por parte del comité ético del hospital, dando confianza y ayudando a decidir a los sujetos de estudio su participación en el proyecto.

Después de valorar los aspectos metodológicos, éticos y legales de las cuestiones a investigar, considerando el balance de riesgos y beneficios para los sujetos participantes, podemos afirmar que hemos respetado los postulados éticos vigentes en la actualidad: la Declaración de Helsinki (1964) y sus revisiones posteriores, el informe Belmont (1978) y Convenio de Oviedo (1997) que contienen los principios básicos, que deben ser respetados en la realización de la investigación con seres humanos, para la protección de los derechos y la dignidad de las personas.

Por lo tanto en esta investigación se efectúa dentro del respeto a las normas éticas y obligaciones profesionales, así como a las normas de conducta aplicables en cada caso(90).

4. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En el momento de poner en práctica este proyecto tenemos que considerar la posibilidad de que las mujeres seleccionadas para el estudio no lo finalicen por diversos motivos como son: dificultad en la localización telefónica y alta voluntaria. Intentando poner solución y disminuir así las pérdidas del estudio se insistió, desde la planta de maternidad, sobre la importancia de finalizar dicho estudio y de recoger todos los datos personales, comprobando sobre todo el número de teléfono. Gracias a este sistema, tan sólo se han producido dos pérdidas en la muestra total por la no localización telefónica al realizar la primera llamada.

Una de las limitaciones relacionadas con la transición que el recién nacido debe realizar para adaptarse a la vida extrauterina, es el uso de anestésicos generales o regionales para la realización de la cesárea. La cesárea en sí misma y el momento en el cual se realiza no son los únicos factores asociados al desarrollo de patología respiratoria y el grado de adaptación del neonato fuera del útero. El uso de anestesia regional se ha vinculado con la presentación de acidemia respiratoria aguda en niños nacidos por esta vía. Por otra parte, se han reportado peores resultados de adaptación en recién nacidos por cesárea, secundarios a la administración de anestesia general a la madre(16).

Otra limitación de este estudio es el tamaño muestral. Los resultados de un pequeño estudio de este tipo no se pueden generalizar para ayudar a todas las mujeres con el antecedente de cesárea anterior a tomar la decisión de elegir entre un PVDC o una nueva cesárea, pero la concordancia con los estudios publicados en este área sugiere que no son poco representativos(64). Además, la muestra recogida para esta investigación si engloba un conjunto representativo de la población de mujeres que acuden a realizar el nacimiento de su futuro hijo en el hospital de estudio, por lo que para estas gestantes si puede servir como guía para resolver sus dudas y poder decidir mejor entre un PVDC o programar una nueva cesárea.

5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El objetivo principal de este estudio es evaluar la relación entre una variable dependiente respecto a un conjunto de variables independientes que nos ayudarán a demostrar si la hipótesis planteada en este estudio es cierta o falsa(91).

Como la variable dependiente planteada es dicotómica (PVDC/ cesárea iterativa) se va a utilizar una regresión logística o multivariante. Al utilizar esta metodología podremos comparar la morbilidad materno-fetal asociada con el parto por cesárea en comparación con el parto vaginal en mujeres con una cesárea anterior y establecer cual de los dos grupos tiene un riesgo relativo mayor de padecer complicaciones con un intervalo de confianza del 95% y si existe una asociación clínicamente relevante o estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre las variables de estudio(91).

Para ello se han introducido todas las variables en la base de datos Excel. A continuación se han analizado con el programa informático SPSS 19.0, el cual codifica las variables originales para posteriormente realizar todas las comparaciones necesarias respecto a las categorías de la variable original, lo que nos dará información necesaria para poder interpretar los resultados obtenidos(91).

- Las variables cuantitativas se han calculado con las medidas de tendencia central como son la media, la mediana y la moda. Pero en el caso de presentar una dispersión elevada se utilizarán las medidas de dispersión como la desviación estándar y el rango. En todos los casos se comprobará la distribución de la variable frente a los modelos teóricos(80). Además se tendrán en cuenta la distribución de los sujetos a través de los cuartiles.
- Las variables cualitativas se han comparado con el test de Chi-2 y el estadístico exacto de Fisher si estas son independientes y aunque presenten más de dos categorías, con un valor representativo menor de 0,05(80).
- Se ha analizado el comportamiento de las variables cuantitativas por cada una de las variables independientes categorizadas mediante el test de la t de Student, el análisis de la variancia (ANOVA) si se trata de más de dos categorías, el test de la U de Mann-Whitney si es una variable ordinal o el test de Kruskal-Wallis en caso de que las variables cuantitativas no se ajusten a una distribución normal(80).

RESULTADOS

RESULTADOS

Del total de la muestra, es decir 110 mujeres, 42 mujeres eligieron cesárea iterativa como modo de parto preferido y 68 eligieron el parto vaginal para el nacimiento de su segundo hijo. De estas 68 mujeres, 55 consiguieron un parto vaginal exitoso y a 13 se les practicó una cesárea después de iniciar el trabajo de parto. Por lo tanto nos encontramos con una muestra de 55 mujeres a las que se les realizó una cesárea y 55 mujeres a las que se les realizó un parto vaginal.

La distribución muestral de las tres variables dependientes sería la siguiente:

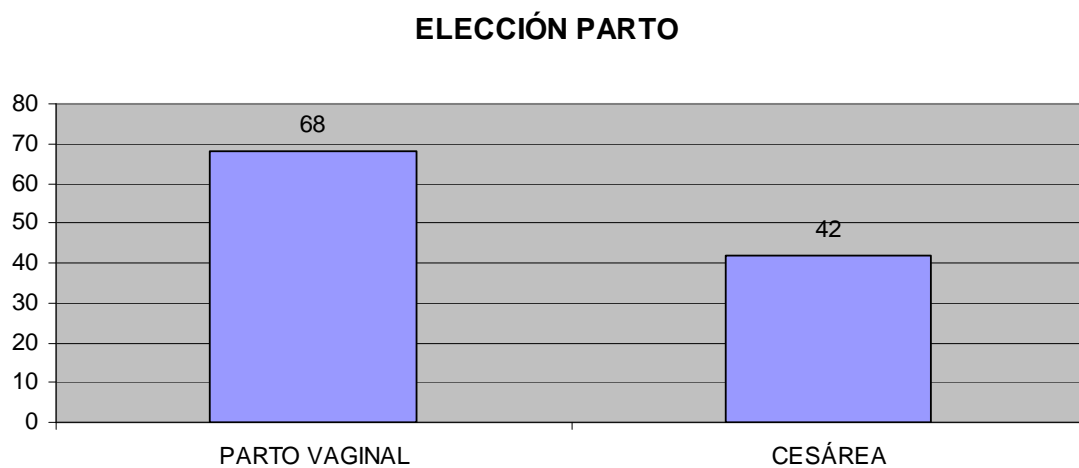


Figura 26: Número de mujeres según la elección del modo de parto.

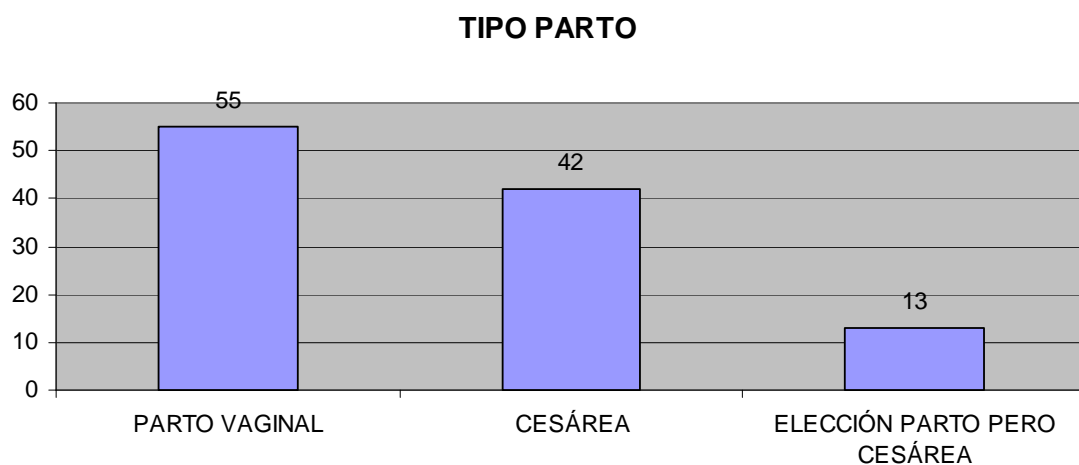


Figura 27: Número de mujeres según el tipo de parto.

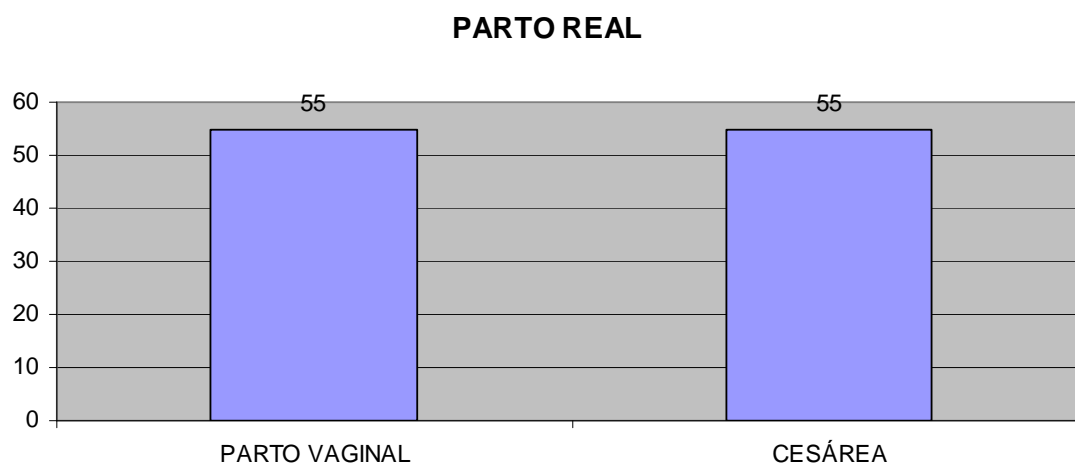


Figura 28: Número de mujeres según el parto real.

1. DATOS GENERALES

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

Durante los 18 meses que duró la investigación, fueron encuestadas un total de 110 mujeres secundíparas cuyo primer parto se realizó a través de una cesárea, junto con sus 110 hijos recién nacidos, pertenecientes a una pequeña población del área básica de salud, cuyo centro de referencia es el Hospital Universitario Fundación Alcorcón de la comunidad de Madrid.

Del total de población estudiada, el 76% (83 mujeres) pertenecen al grupo étnico caucásico, el 13 % (15 mujeres) son de etnia sudamericana, el 7 % (8 mujeres) árabe y el 4 % (4 mujeres) pertenecen al grupo de mujeres africanas. Esta disminución en el grupo de mujeres árabes y africanas se debe a que uno de los criterios de exclusión es la dificultad idiomática, por lo que las mujeres debían entender y hablar perfectamente el idioma español para poder contestar las encuestas y de esta manera participar y concluir la investigación.

La población encontrada y encuestada presenta un nivel cultural elevado con un 38 % de mujeres con una titulación universitaria (40 mujeres), un 21 % con una formación profesional (24 mujeres), el 19 % cuentan con un título de bachillerato (21 mujeres) y el 22 % con un nivel básico de estudios (25 mujeres).

Al estudiar la relación entre el grupo étnico y el nivel cultural de cada mujer nos encontramos, en el grupo de mujeres caucásicas con un 44,6 % (37mujeres) con una formación universitaria, el 27,7 % (23 mujeres) con

una formación profesional, el 14,5 % (12 mujeres) con el título de bachillerato y el 13,3 % (11 mujeres) con un nivel básico de estudios. En el grupo de mujeres sudamericanas, el 20 % (3 mujeres) presentan estudios universitarios, el 6,7 % (1 mujer) cuentan con estudios de formación profesional, el 53,3 % (8 mujeres) tienen un título de bachillerato y el 20 % (3 mujeres) presentan un nivel cultural básico. Las mujeres árabes, el 12,5 % (1 mujer) cuentan con un título de bachillerato, mientras que la mayoría, el 87,5 % (7 mujeres) presentan un nivel cultural básico. Por último, el 100 % (4 mujeres) de las mujeres africanas tienen unos estudios básicos. Por lo tanto se puede apreciar un claro aumento del nivel cultural en el grupo de mujeres caucásicas y sudamericanas.

En cuanto a la edad de las gestantes estudiadas, la edad promedio fue de 34,45 años, la edad mediana de 35 años, con una edad mínima de 23 años y una edad máxima de 44 años, por lo que se engloba un amplio rango de la edad reproductiva de la mujer.

El nacimiento de todos los neonatos estudiados ha tenido lugar dentro de las semanas de gestación consideradas como un embarazo a término, comprendido entre las 37 y 42 semanas de gestación. Los 110 niños observados han presentado una edad gestacional media, para toda la muestra, de 39 semanas y 5 días, una mediana de 39 semanas y 4 días, con un mínimo de 37 semanas de gestación y un máximo de 41 semanas de gestación.

1.2 EDAD MATERNA

La media de la edad materna de toda la muestra es de 34 años, con una desviación estándar de 4,536 años, cuyo máximo se encuentra en 44 años y el mínimo en 23 años. Como la media, 34 años y la mediana, 35 años, son casi similares, se puede considerar que la edad materna sigue una curva de distribución normal. Si realizamos la clasificación de la edad materna entre los rangos intercuartílicos, el percentil 25 se sitúa en los 31 años de edad, el percentil 50 en los 35 años y el percentil 75 en los 38 años.

La media de las mujeres, tanto que eligen parto vaginal como cesárea coincide con la media general, 34 años, sin significación estadística entre los dos grupos. La desviación estándar en el grupo de mujeres que prefieren un parto vaginal es de 4,261 años y de las mujeres que optan por otra cesárea es de 5,004 años.

Este hecho también sucede al comparar las medias de edad de las mujeres con la variable parto real, es decir, las mujeres con un parto vaginal o con una cesárea, siendo la media de los dos grupos 34 años. La desviación estándar en el grupo de mujeres con parto vaginal es de 4,436 años y del grupo de mujeres con cesárea es de 4,674 años.

En la bibliografía consultada se ha visto que las mujeres mayores de 35 años tienen menos probabilidades de elegir la opción del parto vaginal, por lo que se ha decidido comparar el grupo de mujeres mayores de esta edad con la variable de elección parto.

EDAD MATERNA	ELECCIÓN PARTO		Total
	Cesárea	Parto vaginal	
Hasta 35 años	23 39,7%	35 60,3%	58 100%
Mayor de 35 años	19 36,5%	33 63,5%	52 100%
Total	42 38,2%	68 61,8%	110 100%

Tabla 12: Resultados de la elección del modo de parto en función de la edad materna.

En este estudio, las mujeres mayores de 35 años se inclinan más a elegir el PVDC, con un 63,5 % ($p > 0,845$), aunque la diferencia con respecto al otro grupo es muy limitada. Por tanto, no se ha podido establecer una comparación estadísticamente significativa entre ambos grupos de mujeres.

1.3 GRUPO ÉTNICO

Al estudiar el grupo étnico de toda la muestra, nos encontramos con 83 mujeres caucásicas, 15 mujeres sudamericanas, 8 mujeres árabes y tan sólo 4 mujeres africanas, esta muestra tan reducida desde un punto de vista intercultural, se debe a que uno de los criterios de exclusión es la dificultad idiomática ya que representa una barrera muy importante para la realización de las entrevistas telefónicas. Por esta causa no se ha podido demostrar una comparación estadística entre el grupo étnico y el tipo de parto.

Al comparar el grupo étnico con la elección del parto, se puede decir que las mujeres que más eligen parto vaginal son las árabes y las africanas con

un 75 %, mientras que las sudamericanas son las mujeres que optan más por una nueva cesárea, con un 60 % para cesárea frente a un 40 % para el parto vaginal, $p>0,258$.

GRUPO ÉTNICO	ELECCIÓN PARTO		Total
	Cesárea	Parto vaginal	
Caucásica	30 36,1%	53 63,9%	83 100%
Sudamericana	9 60,0%	6 40,0%	15 100%
Árabe	2 25,0%	6 75,0%	8 100%
Africana	1 25,0%	3 75,0%	4 100%
Total	42 38,2%	68 61,8%	110 100%

Tabla 13: Resultados de la elección del modo de parto en función del grupo étnico de las mujeres.

En cuanto al grupo de tipo de parto, las mujeres árabes y africanas son las que más probabilidades tienen de tener un parto vaginal en comparación con el resto de mujeres, con un 75 % en cada grupo de mujeres, $p>0,359$.

GRUPO ÉTNICO	TIPO PARTO			Total
	Cesárea	Parto vaginal	Elección parto pero cesárea	
Caucásica	30 36,1%	42 50,6%	11 13,3%	83 100%
Sudamericana	9 60,0%	4 26,7%	2 13,3%	15 100%
Árabe	2 25,0%	6 75,0%	0 0%	8 100%
Africana	1 25,0%	3 75,0%	0 0%	4 100%
Total	42 38,2%	55 50,0%	13 11,8%	110 100%

Tabla 14: Resultados del tipo de parto en función del grupo étnico de las mujeres.

1.4 NIVEL CULTURAL

Del total, 40 mujeres cuentan con un título universitario, 24 mujeres están en el grupo de formación profesional, 21 mujeres tienen un nivel cultural de bachillerato y 25 mujeres tienen estudios básicos.

Se ha decidido establecer una relación entre el nivel cultural y la elección del parto. Parece ser que las mujeres con un nivel cultural más elevado tienden a preferir el parto vaginal como alternativa a la cesárea programada tras una cesárea previa, con un 70 % en el caso de tituladas universitarias y con un 70,8 % en el caso de las mujeres con formación profesional, sin embargo no se puede demostrar una relación estadísticamente significativa en este hecho ($p > 0,063$).

NIVEL CULTURAL	ELECCIÓN PARTO		Total
	Cesárea	Parto vaginal	
Título universitario	12 30,0%	28 70%	40 100%
Formación profesional	7 29,2%	17 70,8%	24 100%
Bachillerato	13 61,9%	8 38,1%	21 100%
Estudios básicos	10 40,0%	15 60,0%	25 100%
Total	42 38,2%	68 61,8%	110 100%

Tabla 15: Resultados de la elección del modo de parto en función del nivel cultural de las mujeres.

Al comparar el nivel cultural con el tipo de parto se puede apreciar que las mujeres con un nivel cultural básico tienen más probabilidades de tener un parto vaginal en comparación con el resto de mujeres, con un 60 %, seguidas de las mujeres con formación profesional con un 54,2 %, título universitario 50 % y bachillerato 33,3 %, $p < 0,044$. En contrapartida, las mujeres con un nivel de bachillerato, tienen más probabilidades de tener una cesárea con un 61,9 %, $p < 0,044$. Por lo que se establece una relación estadísticamente significativa entre estas dos variables.

NIVEL CULTURAL	TIPO PARTO			Total
	Cesárea	Parto vaginal	Elección parto pero cesárea	
Título universitario	12 30,0%	20 50,0%	8 20,0%	40 100%
Formación profesional	7 29,2%	13 54,2%	4 16,7%	24 100%
Bachillerato	13 61,9%	7 33,3%	1 4,8%	21 100%
Estudios básicos	10 40,0%	15 60,0%	0 0%	25 100%
Total	42 38,2%	55 50,0%	13 11,8%	110 100%

Tabla 16: Resultados del tipo de parto en función del nivel cultural de las mujeres.

Al encontrar este resultado, se ha decidido comparar el grupo étnico y el nivel cultural para considerar si se puede justificar este resultado y de que manera se puede interpretar. Al realizar esta comparación, las mujeres sudamericanas se encuentran mayoritariamente en el grupo de mujeres con el título de bachillerato (53,3 % $p < 0,000$), siendo este grupo el que más elige cesárea iterativa. Por lo tanto las mujeres sudamericanas y con un nivel cultural de bachillerato tienden a elegir una cesárea como modo de parto preferido y por lo tanto tienen tasa de cesárea más elevadas.

GRUPO ÉTNICO	NIVEL CULTURAL				Total
	Título universitario	Formación profesional	Bachillerato	Estudios básicos	
Caucásica	37 44,6%	23 27,7%	12 14,5%	11 13,3%	83 100%
Sudamericana	3 20,0%	1 6,7%	8 53,3%	3 20%	15 100%
Árabe	0 0%	0 0%	1 12,5%	7 87,5%	8 100%
Africana	0 0%	0 0%	0 0%	4 100%	4 100%
Total	40 36,4%	24 21,8%	21 19,1%	25 22,7%	110 100%

Tabla 17: Relación de mujeres según el grupo étnico y su nivel cultural.

1.5 MOTIVOS DE ELECCIÓN MATERNA: CESÁREA

A las mujeres que optaron por una cesárea iterativa se les preguntó los motivos por los que habían elegido ese procedimiento de parto y se les dio a elegir entre seis opciones nombradas anteriormente en las variables de estudio.

De las 42 mujeres que prefirieron una cesárea en vez de un parto vaginal, el 45,2 % lo hizo por evitar el dolor durante el parto, el 14,3 % lo hizo por evitar lesiones en el periné, el 11,9 % eligió la cesárea para poder realizar una ligadura de trompas en la misma cirugía, el 9,5 % pensó que la cesárea es una técnica más segura, el 9,5 % pensó que la cesárea es una técnica más sencilla y el 7,1 % pensó que la cesárea es una técnica más corta que el parto vaginal, $p < 0,049$.

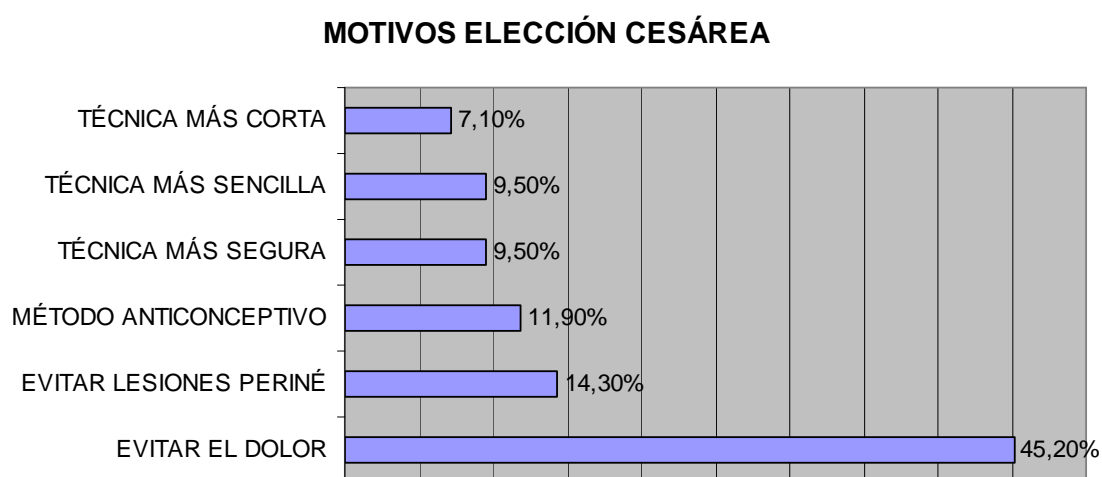


Figura 29: Resultados de los principales motivos de elección de una cesárea.

Después de analizar estos resultados se ha decidido realizar un estudio comparativo entre los motivos de elección para una cesárea y el grupo étnico.

Al comparar estos dos grupos nos encontramos que las mujeres caucásicas, árabes y africanas eligen el parto por cesárea para evitar el dolor durante el trabajo de parto con un porcentaje del 46,7 %, 100 % y 100 % respectivamente, mientras que las mujeres sudamericanas eligen la cesárea porque consideran que es una técnica más sencilla, con un porcentaje del 44,4 %, $p > 0,124$, no encontrando una relación estadística entre estos grupos, debido a que en muchas de las categorías no hay ninguna mujer.

GRUPO ÉTNICO	MOTIVOS ELECCIÓN CESÁREA						Total
	Evitar dolor	Técnica más sencilla	Técnica más corta	Técnica más segura	Evitar lesiones suelo pélvico	Método anticonceptivo-ligadura	
Caucásica	15 46,7%	0 0%	2 6,7%	4 13,3%	5 16,7%	4 13,3%	30 100%
Sudamericana	2 22,2%	4 44,4%	1 11,1%	0 0%	1 11,1%	1 11,1%	9 100%
Árabe	2 100,0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	2 100%
Africana	1 100,0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 100%
Total	20 45,2%	4 9,5%	3 7,1%	4 9,5%	6 14,3%	5 11,9%	42 100%

Tabla 18: Resultado de los motivos de elección de una cesárea en función del grupo étnico de las mujeres.

También se ha realizado el análisis entre el nivel cultural de las mujeres y los motivos de elección materna hacia la cesárea.

Las mujeres con un alto nivel cultural, con el título universitario y las mujeres con un bajo nivel cultural, estudios básicos, tienden a elegir la cesárea por los mismos motivos, para evitar el dolor durante el parto, con un porcentaje de 50 % y 60 %, respectivamente, $p > 0,920$.

Del mismo modo, se puede observar una amplia mayoría de mujeres que deciden realizar una cesárea para evitar el dolor durante el parto, eligiendo esta opción 20 mujeres de las 42 que han elegido la cesárea como modo de parto preferido para dar a luz a su segundo hijo, pertenecientes a todos los grupos de nivel cultural.

NIVEL CULTURAL	MOTIVOS ELECCIÓN CESÁREA						Total
	Evitar dolor	Técnica más sencilla	Técnica más corta	Técnica más segura	Evitar lesiones suelo pélvico	Método anticonceptivo-ligadura	
Título universitario	6 50,0%	2 16,7%	1 8,3%	0 0%	2 16,7%	1 8,3%	12 100%
Formación profesional	2 28,6%	0 0%	1 14,3%	1 14,3%	1 14,3%	2 28,6%	7 100%
Bachillerato	5 38,5%	1 7,7%	1 7,7%	2 15,4%	2 15,4%	2 15,4%	13 100%
Estudios básicos	7 60,0%	1 10%	0 0%	1 10,0%	1 10%	0 0%	10 100%
Total	20 45,2%	4 9,5%	3 7,1%	4 9,5%	6 14,3%	5 11,9%	42 100%

Tabla 19: Resultado de los motivos de elección de una cesárea en función del nivel cultural de las mujeres.

1.6 MOTIVOS DE ELECCIÓN MATERNA: PARTO VAGINAL

Del mismo modo que en la variable anterior, a las mujeres que optaron por un parto vaginal se les preguntó los motivos por los que habían elegido ese procedimiento de parto y se les dio a elegir entre seis opciones nombradas anteriormente en las variables de estudio.

De las 68 mujeres que prefirieron un parto vaginal en vez de una nueva cesárea, el 60,3 % lo hizo porque consideran que el parto vaginal es un procedimiento más fisiológico, el 30,9 % lo hizo porque el parto vaginal tiene mejor y más rápida recuperación y el 7,4 % eligió el parto vaginal para tener menores riesgos en embarazos futuros, $p < 0,050$.

El resto de opciones, las tres restantes, no fueron marcadas por ninguna de las mujeres (el parto vaginal es más sencillo que la cesárea, el parto vaginal es más seguro que la cesárea y evitar la cicatriz en el abdomen).

MOTIVOS ELECCIÓN PARTO VAGINAL

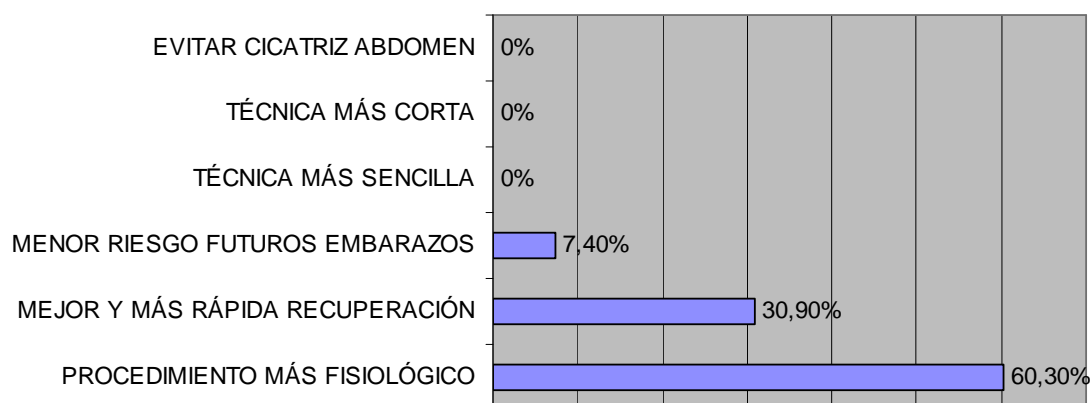


Figura 30: Resultados de los principales motivos de elección de un parto vaginal.

Al igual que el grupo de cesárea, se ha decidido realizar un estudio comparativo entre los motivos de elección para un parto vaginal y el grupo étnico. Al comparar estos dos grupos nos encontramos que las mujeres caucásicas, árabes y africanas eligen el parto vaginal porque la consideran la opción más fisiológica con un porcentaje del 56,6 %, 100 % y 100 % respectivamente, mientras que las mujeres sudamericanas eligen el parto vaginal porque consideran que tiene una mejor y más rápida recuperación con un porcentaje del 66,7 %, $p > 0,314$.

GRUPO ÉTNICO	MOTIVOS ELECCIÓN PARTO			TOTAL
	Más fisiológico	Mejor y más rápida recuperación	Menor riesgo en futuros embarazos	
Caucásica	30 56,6%	17 32,1%	5 9,4%	53 100%
Sudamericana	2 33,3%	4 66,7%	0 0%	6 100%
Árabe	6 100,0%	0 0%	0 0%	6 100%
Africana	3 100,0%	0 0%	0 0%	3 100%
Total	41 60,3%	21 30,9%	5 7,4%	68 100%

Tabla 20: Resultado de los motivos de elección de un parto vaginal en función del grupo étnico de las mujeres.

También se ha realizado el análisis entre el nivel cultural de las mujeres y los motivos de elección materna hacia el parto vaginal, encontrando una ligera significación estadística.

Las mujeres con alto nivel cultural, con el título universitario y las mujeres con un bajo nivel cultural, estudios básicos, tienden a elegir el parto vaginal por los mismos motivos, porque consideran el parto vaginal es más fisiológico que la cesárea, con un porcentaje de 71,4 % y 73,3 %, respectivamente ($p>0,068$). Mientras que las mujeres con un nivel cultural de formación profesional y bachillerato eligen el parto vaginal porque consideran que tiene una mejor y más rápida recuperación, con un 52,9 % y un 50 %, respectivamente ($p>0,068$).

Debido a esta relación, en este estudio, las mujeres que se encuentran en los extremos del grupo, con una titulación universitaria o con estudios básicos, coinciden a la hora de elegir su modo de parto y en los motivos que las llevan a tomar esa decisión.

NIVEL CULTURAL	MOTIVOS ELECCIÓN PARTO			
	Más fisiológico	Mejor y más rápida recuperación	Menor riesgo en futuros embarazos	Total
Título universitario	20 71,4%	5 17,9%	3 10,7%	28 100%
Formación profesional	7 41,2%	9 52,9%	1 5,9%	17 100%
Bachillerato	3 37,5%	4 50,0%	1 12,5%	8 100%
Estudios básicos	11 73,3%	3 20,0%	0 0%	15 100%
Total	41 60,3%	21 30,9%	5 7,4%	68 100%

Tabla 21: Resultado de los motivos de elección de un parto vaginal en función del nivel cultural de las mujeres.

2. MORBILIDAD MATERNA

2.1 COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS

2.1.1 HEMORRÁGICAS

Las complicaciones hemorrágicas se han definido como la presencia de cualquiera de estas patologías: rotura uterina, desgarros uterinos o dehiscencia uterina, lesión de vasos uterinos, atonía uterina con el consiguiente riesgo de hemorragia medido con la administración de transfusiones sanguíneas y anomalías de placentación.

En la población estudiada se han dado tan sólo siete casos de complicaciones hemorrágicas. Cinco casos en el grupo de cesáreas y dos en el grupo de parto vaginal.

En el grupo de cesárea se han producido dos roturas uterinas, dos desgarros uterinos y una atonía uterina. En este grupo hay que especificar que las dos roturas uterinas y uno de los desgarros uterinos se han desarrollado en el grupo de mujeres que han iniciado un trabajo de parto y al final se les ha realizado una cesárea.

Por lo tanto si se comparan las complicaciones hemorrágicas únicamente en el grupo de parto real, podemos concluir que las cesáreas tienen más probabilidades de tener estos problemas, con una frecuencia del 9 % para este grupo en comparación con el 3,6 % para el grupo de parto vaginal, aunque no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,271$).

Sin embargo, si estos inconvenientes se comparan con el tipo de parto, es decir, incluyendo el grupo de mujeres que inician el trabajo de parto pero se les acaba realizando una cesárea, la frecuencia de aparición de estas patologías cambia y se aprecia una significación estadística. En este caso, el grupo de cesáreas tiene una probabilidad de aparición de complicaciones hemorrágicas del 4.8 %, el parto vaginal del 3,6 % y el grupo de elección parto pero cesárea del 23.1 %, $p < 0,014$.

Si observamos los porcentajes totales, el riesgo global de rotura uterina es del 1,8 %, de desgarro uterino del 1,8 % y de atonía uterina del 2,7 % ($p < 0,014$).

COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS: PARTO REAL

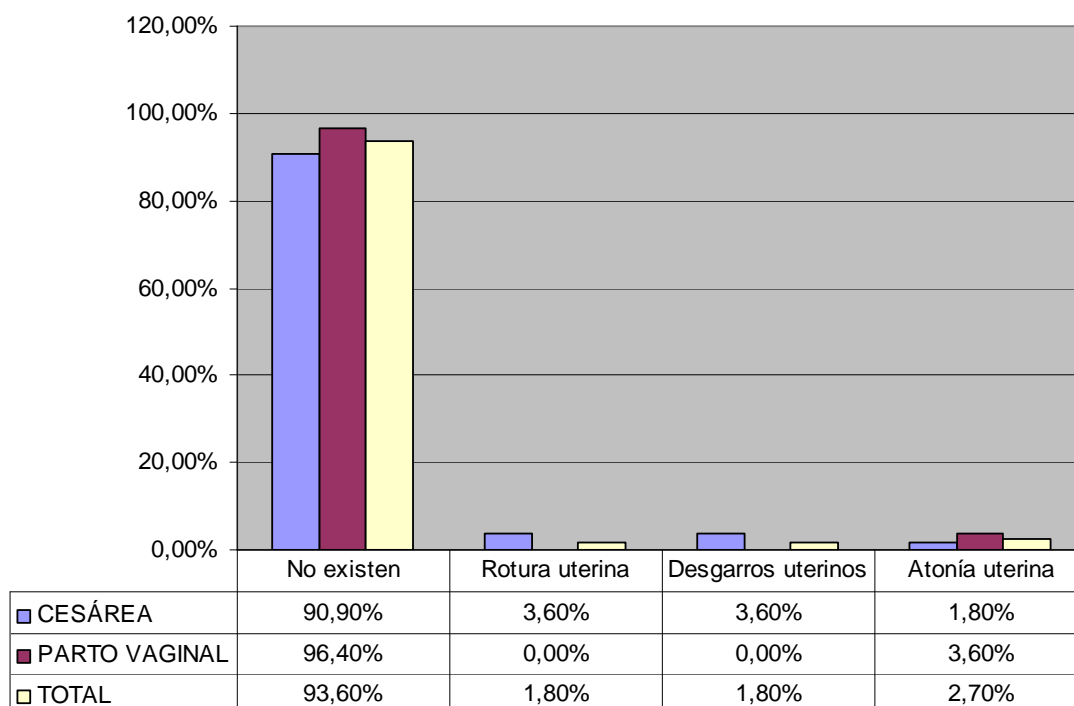


Figura 31: Resultado de las complicaciones hemorrágicas en función del parto real.

COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS: TIPO DE PARTO

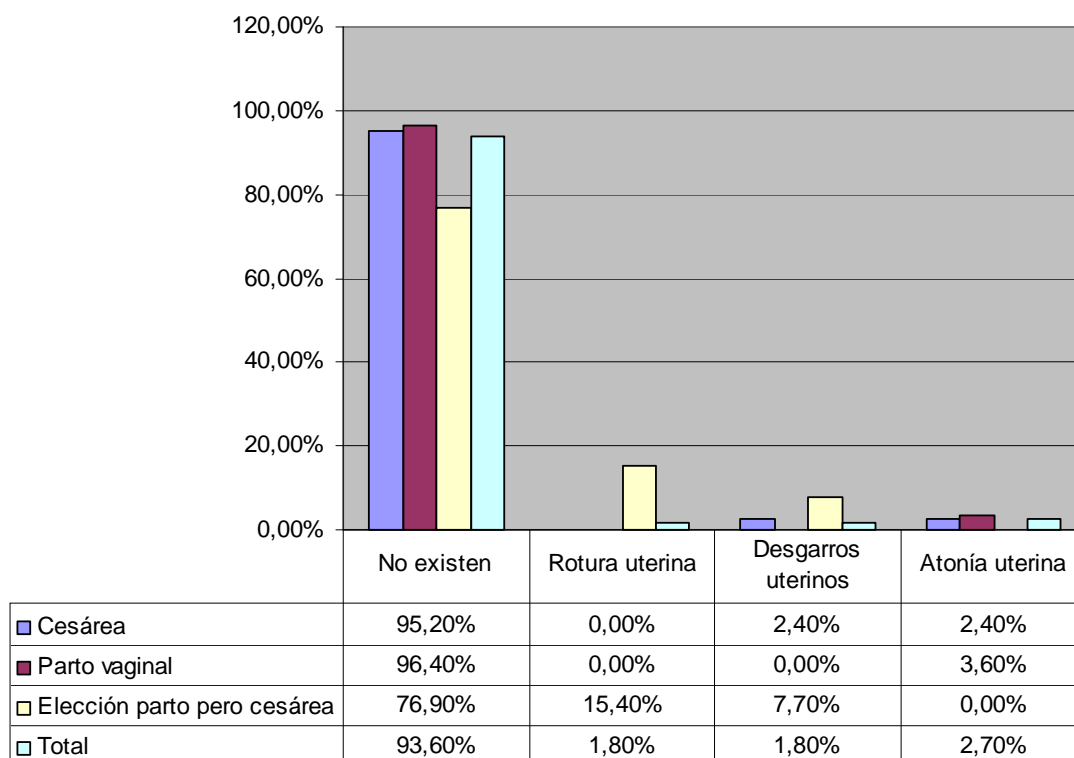


Figura 32: Resultado de las complicaciones hemorrágicas en función del tipo de parto.

2.1.2 LESIONES VISCERALES

En este estudio se han dividido las lesiones viscerales en tracto urinario e intestinal. Con respecto a las lesiones intestinales, no se ha observado ningún caso en alguna de las mujeres estudiadas. Sin embargo, se han observado cuatro lesiones vesicales en el grupo de cesárea y ninguna en el grupo del parto vaginal, quedando una frecuencia del 7,3 % del total de cesáreas, pero sin encontrar una significación estadística.

PARTO REAL	VESICALES		Total
	No existen	Tracto urinario	
Cesárea	51 92,7%	4 7,3%	55 100%
Parto vaginal	55 100,0%	0 0%	55 100%
Total	106 96,4%	4 3,6%	110 100%

Tabla 22: Resultado de las lesiones vesicales en función del parto real.

Hay que destacar que estas cuatro lesiones se han producido en las cesáreas que se han realizado tras comenzar el trabajo de parto. Por lo tanto al comparar estas lesiones entre las tres categorías de tipo de parto las probabilidades cambian al 30,8 % para el grupo de PVDC fallido, con una frecuencia total del 3,6 %, con un significación estadística del 0,000.

TIPO PARTO	VESICALES		Total
	No existen	Tracto urinario	
Cesárea	42 100%	0 0%	42 100%
Parto vaginal	55 100%	0 0%	55 100%
Elección parto pero cesárea	9 69,2%	4 30,8%	13 100%
Total	106 96,4%	4 3,6%	110 100%

Tabla 23: Resultado de las lesiones vesicales en función del tipo de parto.

2.2 COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

2.2.1 INFECCIOSAS

Una de las variables de estudio que se ha observado son las complicaciones infecciosas de la cicatriz tanto abdominal como perineal, del tracto urinario y del endometrio (endometritis).

Tan sólo se ha encontrado un caso de infección de la cicatriz abdominal y se ha encontrado en el grupo de mujeres que han elegido cesárea. Como sólo se ha observado un caso no se ha podido ver una significación estadística entre los dos grupos de parto real, ni entre los tres grupos de tipo de parto.

2.2.2 TROMBOEMBÓLICAS

No se han observado ningún caso de trombosis venosa profunda, tromboflebitis o íleo después del parto o de la cesárea, por lo que no se ha podido establecer una comparación entre los grupos, ni una frecuencia de aparición.

2.3 RESUMEN COMPLICACIONES MATERNAS

Se ha realizado una comparación de todas las complicaciones anteriores con el parto real y el tipo de parto.

De toda la muestra estudiada, tan sólo 10 mujeres han desarrollado algún tipo de problema durante el parto vaginal o la cesárea. De todas ellas, 8 mujeres se encuentran en el grupo de cesárea y 2 en el grupo de parto vaginal, por lo que el riesgo de desarrollar algún tipo de problema durante el parto es mayor en el caso de las mujeres que optan por un nueva cesárea, aunque el número es demasiado pequeño para poder establecer una diferencia estadísticamente significativa. (14,5 % frente 3,6 % $p>0,093$).

Sin embargo, cuando observamos la presencia de estas complicaciones en el tipo de parto, la distribución cambia a 3 mujeres en el grupo de cesárea, 2 en el grupo de parto vaginal y 5 en el grupo de PVDC fallido. En este punto se nos presenta que el grupo con más riesgo de desarrollar problemas durante el proceso de alumbramiento es el de mujeres que eligen un parto vaginal pero por diversas circunstancias se les acaba realizando una

cesárea, estableciendo esta comparación con una amplia significación estadística. (7,1 %, 3,6 % y 38,5 % respectivamente $p < 0,002$).

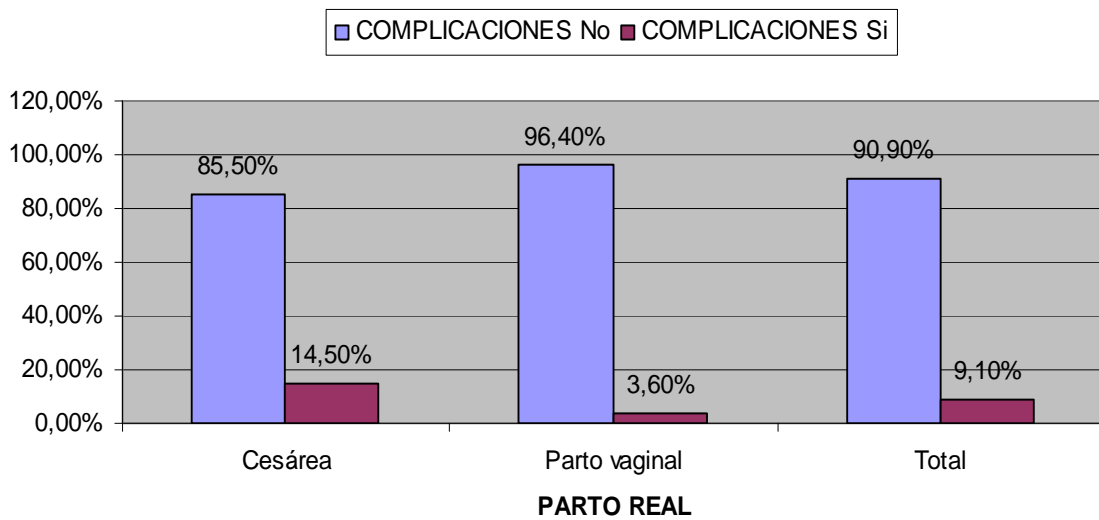


Figura 33: Resumen de los resultados de las complicaciones maternas en función del parto real.

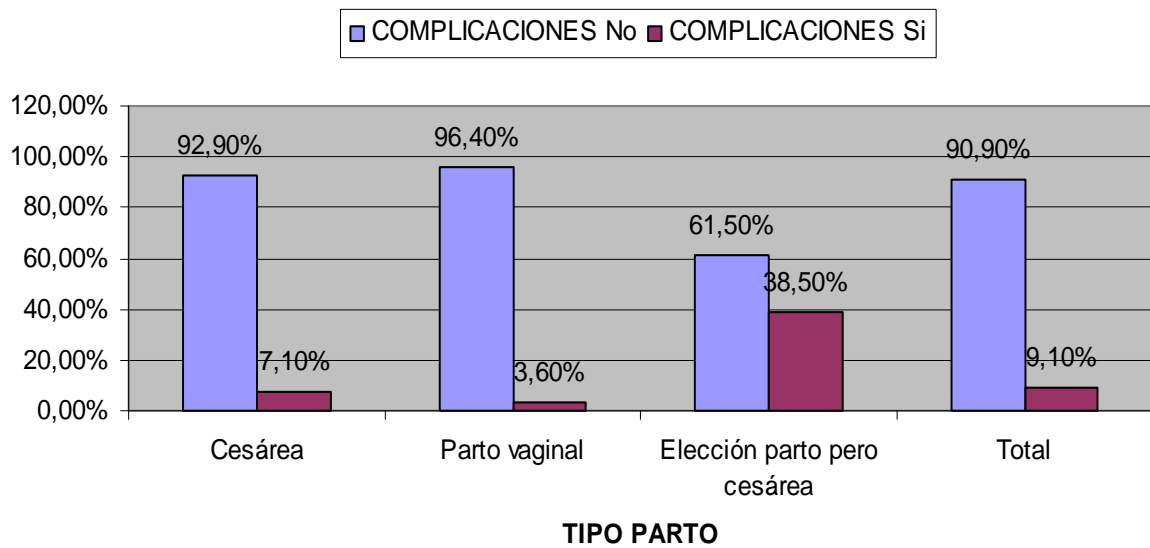


Figura 34: Resumen de los resultados de las complicaciones maternas en función del tipo de parto.

Para poder representar estos resultados en el total de la muestra, la posibilidad de padecer alguna complicación materna tras el parto vaginal o la cesárea tras cesárea anterior, se muestra con unos porcentajes globales del 2,7 % para las cesáreas, del 1,8 % para el parto vaginal y de un 4,5 % para el PVDC fallido ($p < 0,002$).

2.4 LESIONES DEL PERINÉ

Esta variable sólo se ha medido en el grupo de mujeres que han tenido un parto vaginal, es decir, en 55 mujeres.

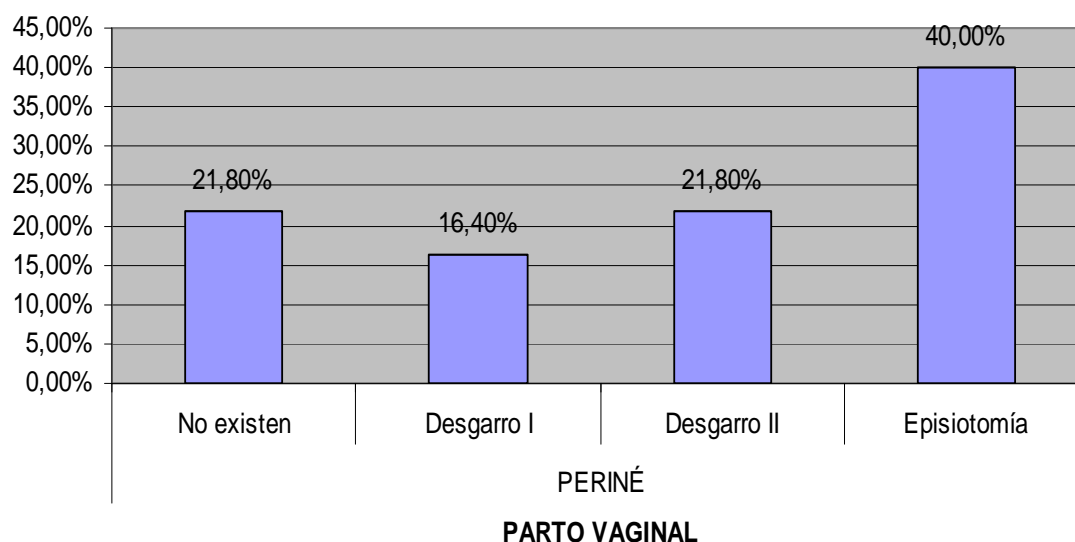


Figura 35: Incidencia de las lesiones del periné en las mujeres con un parto vaginal.

Por lo tanto se puede concluir con un nivel estadístico de $p < 0,000$, que las mujeres con un PVDC exitoso tienen una frecuencia de que se les realice una episiotomía del 40 % y de tener un periné íntegro del 21,8 %. No se han producido ninguna lesión grave del suelo pélvico (desgarro de III y IV grado).

2.5 DURACIÓN DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA

La media de la estancia hospitalaria de toda la muestra, se decir de las 110 mujeres, ha sido de 3,21 días, con una desviación estándar de 1,22, con un mínimo de 2 días y un máximo de 7 días. Distribuida entre los cuartiles la estancia media se distribuye en el percentil 25 con 2 días, el percentil 50 con 3,5 días y el percentil 75 con 4 días.

De todas ellas, 46 mujeres han estado ingresadas 2 días, 9 mujeres han estado ingresadas 3 días, 49 mujeres han estado ingresadas 4 días, 2 mujeres 5 días y cuatro mujeres 7 días.

Si comparamos la media de los días promedio de la estancia hospitalaria que ha tenido una mujer con un parto vaginal y una cesárea nos encontramos que las cesáreas están ingresadas durante dos días más que los

partos vaginales. Por lo tanto la media de ingreso de una mujer con un parto vaginal es de 2,29 días con una desviación estándar de 0,685 y la de una mujer con una cesárea es de 4,13 días con una desviación estándar de 0,904. Al comprobar estos dos resultados para intentar buscar una significación estadística, se ha realizado la prueba T para la igualdad de medias, con un resultado para $p < 0,000$.

ESTANCIA HOSPITALARIA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	2	46	41,8	41,8	41,8
	3	9	8,2	8,2	50,0
	4	49	44,5	44,5	94,5
	5	2	1,8	1,8	96,4
	7	4	3,6	3,6	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Tabla 24: Frecuencia de las mujeres según los días de hospitalización materna.

2.6 VISITAS POSTERIORES A URGENCIAS

Para valorar la recuperación del parto vaginal en comparación a la cesárea y la aparición de alguna complicación en el puerperio en esta muestra, se ha estudiado las visitas que las madres deben realizar a algún servicio de urgencias tras el alta hospitalaria, fuera del protocolo habitual de visitas y revisiones, además de los motivos por los que los visitan.

Para ello se ha decidido observarlo en dos momentos puntuales que, después de consultar la bibliografía disponible, se consideran claves para la recuperación de la puerpera. El primero a los 15 días del parto o la cesárea y a los 42 días del parto o la cesárea.

A los 15 días postparto, nos encontramos que 22 mujeres han tenido que acudir a urgencias tras el alta hospitalaria. A 14 de estas mujeres se les había practicado una cesárea y 8 mujeres habían tenido un parto vaginal ($p > 0,233$).

PARTO REAL	URGENCIA MADRE 15		Total
	No	Si	
Cesárea	41 74,5%	14 25,5%	55 100%
Parto vaginal	47 85,5%	8 14,5%	55 100%
Total	88 80,0%	22 20,0%	110 100%

Tabla 25: Visitas posteriores a urgencias de las mujeres a los 15 días del alta hospitalaria.

Con respecto a los motivos por los que las madres se han visto obligadas a acudir a urgencias, el 100 % de las mujeres con una cesárea lo hicieron por una complicación relacionada con la cirugía, mientras que el 75 % de las mujeres con un parto vaginal lo hizo por un problema derivado del parto ($p>0,121$).

PARTO REAL	MOTIVO MADRE 15		Total
	Relacionado con el parto vaginal/cesárea	No relacionado con el parto vaginal/cesárea	
Cesárea	14 100%	0 0%	14 100%
Parto vaginal	6 75%	2 25%	8 100%
Total	20 90,9%	2 9,1%	22 100%

Tabla 26: Resultados de los motivos de las visitas a urgencias de las madres a los 15 días del posparto.

Al realizar la misma observación, pero a los 42 días del puerperio, nos encontramos con que tan sólo 4 mujeres han tenido que acudir a urgencias durante ese período, 3 pertenecían al grupo de cesárea y 1 al grupo de parto vaginal ($p>0,618$).

PARTO REAL	URGENCIA MADRE 42		Total
	No	Si	
Cesárea	52 94,5%	3 5,5%	55 100%
Parto vaginal	54 98,2%	1 1,8%	55 100%
Total	106 96,4%	4 3,6%	110 100%

Tabla 27: Visitas posteriores a urgencias de las mujeres a los 42 días del alta hospitalaria.

De estas 4 mujeres el 100 % visitó el servicio de urgencias por motivos relacionados con el parto vaginal o la cesárea.

PARTO REAL	MOTIVO MADRE 42	Total
	Relacionado con el parto vaginal/cesárea	
Cesárea	3 100%	3 100%
Parto vaginal	1 100%	1 100%
Total	4 100%	4 100%

Tabla 28: Resultados de los motivos de las visitas a urgencias de las madres a los 42 días del posparto.

Valorando estas proporciones se puede apreciar, aunque sin ninguna significación estadística, que las mujeres que presentan un parto vaginal tienen una recuperación mejor y más corta que las mujeres con una cesárea, debido a que acuden menos a los servicios de urgencia tras el alta hospitalaria.

2.7 DOLOR

Para estimar el grado de dolor y como va evolucionando a lo largo del puerperio tras la realización de un parto vaginal y una cesárea se ha realizado a cada una de las mujeres, una escala visual analógica (EVA) para determinar el nivel de dolor, al alta hospitalaria, a los 15 días y a los 42 días del posparto. Esta escala está comprendida entre 0 que representa la ausencia de dolor y el 10 que es el dolor más intenso padecido. La mujer debe elegir un número comprendido entre esos valores en función del dolor que padezca en ese momento.

Para valorar mejor el grado de dolor, se ha decidido agrupar los diferentes resultados finales en cuatro categorías según su grado:

- AUSENTE: 0
- LEVE: 1, 2, 3 y 4
- MODERADO: 5, 6 y 7
- INTENSO: 8, 9 y 10

En la EVA1 realizada al alta hospitalaria, nos encontramos que las mujeres con una cesárea tienen un grado de dolor mayor que las mujeres con un parto vaginal en las categorías de dolor moderado e intenso. Mientras que las mujeres con un parto vaginal tienen un grado de dolor mayor que las mujeres con una cesárea en las categorías de dolor ausente y leve. Esta afirmación cuenta con una significación estadística del 0,001.

EVA1: PARTO REAL

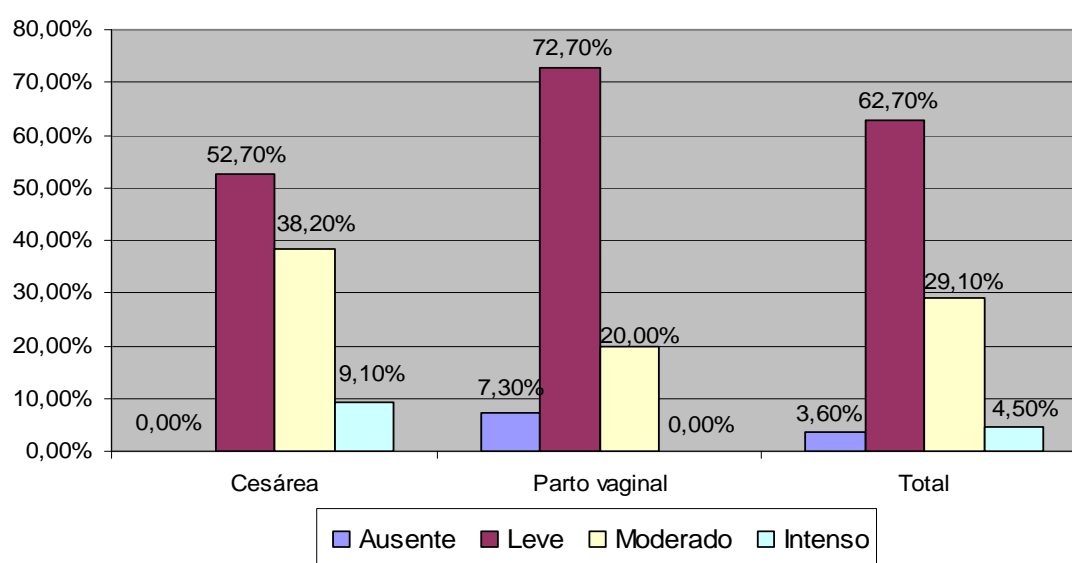


Figura 36: Resultados del grado de dolor al alta hospitalaria en función del parto real: EVA1.

En la EVA2 realizada a 15 días del puerperio, podemos realizar la misma afirmación que ocurre en la EVA1, con un nivel estadístico del 0,000.

EVA2: PARTO REAL

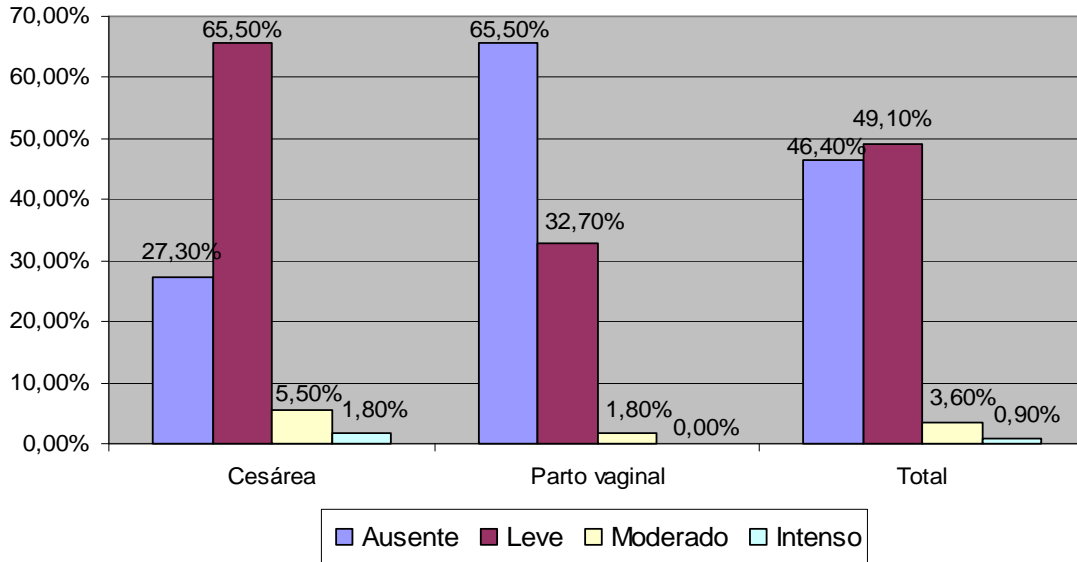


Figura 37: Resultados del grado de dolor a los 15 días del posparto en función del parto real: EVA2.

En la EVA3 realizada a los 42 días del posparto, ninguna mujer presenta un grado de dolor intenso, mientras que en el resto de categorías se sigue apreciando una clara manifestación de dolor más elevada en el grupo de mujeres con cesárea, con una p 0,000.

EVA3: PARTO REAL

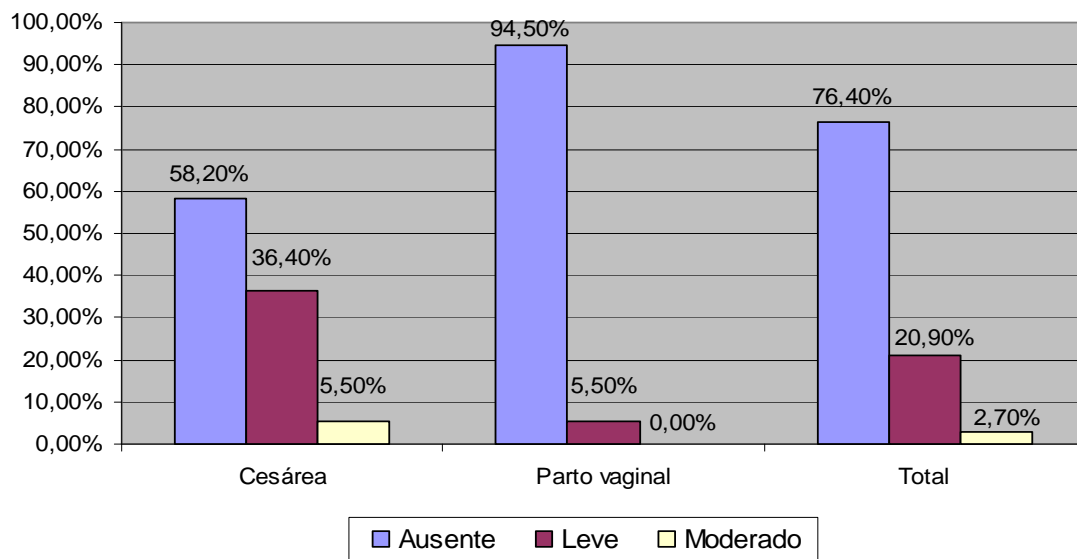


Figura 38: Resultados del grado de dolor a los 42 días del posparto en función del parto real: EVA3.

Por lo tanto, al estudiar la evolución y el grado de dolor en el tiempo de recuperación, se puede afirmar con significación estadística, que las mujeres que optan por un parto vaginal presentan menos dolor durante menos tiempo que las mujeres que eligen una cesárea iterativa.

2.8 TIPO DE DOLOR

Para estudiar mejor el tipo de dolor, se ha clasificado en perineal, abdominal, lumbar y otros. Además del grado de dolor, se preguntó a cada mujer el tipo de dolor que padecía al alta hospitalaria, a los 15 días y a los 42 días postparto.

Al alta hospitalaria el 83,6 % de las mujeres a las que se les había practicado una cesárea tenían un dolor predominantemente abdominal y el 70,9 % de las mujeres que habían conseguido un parto vaginal contaban un dolor perineal ($p < 0,000$).

Otro dato a tener en cuenta es que un 5,5 % de mujeres con un parto vaginal no tenían ningún tipo de dolor al alta hospitalaria, mientras que todas las mujeres con cesárea padecían algún tipo de dolor ($p < 0,000$).

PARTO REAL	TIPO DOLOR ALTA					Total
	No dolor	Perineal	Abdominal	Lumbar	Otros tipos	
Cesárea	0 0%	4 7,3%	46 83,6%	4 7,3%	1 1,8%	55 100%
Parto vaginal	3 5,5%	39 70,9%	7 12,7%	3 5,5%	3 5,5%	55 100%
Total	3 2,7%	43 39,1%	53 48,2%	7 6,4%	4 3,6%	110 100%

Tabla 29: Resultados del tipo de dolor al alta hospitalaria.

A los 15 días del puerperio, el 63,6 % de las mujeres con una cesárea continuaban teniendo dolor abdominal, mientras que el 67,3 % de las mujeres con un parto vaginal ya no tenían ningún tipo de dolor. De este último grupo el dolor más frecuente seguía siendo el perineal, pero con tan sólo un 14,5 % ($p < 0,000$).

PARTO REAL	TIPO DOLOR 15					Total
	No dolor	Perineal	Abdominal	Lumbar	Otros tipos	
Cesárea	16 29,1%	2 3,6%	35 63,6%	1 1,8%	1 1,8%	55 100%
Parto vaginal	37 67,3%	8 14,5%	4 7,3%	1 1,8%	5 9,1%	55 100%
Total	53 48,2%	10 9,1%	39 35,5%	2 1,8%	6 5,5%	110 100%

Tabla 30: Resultados del tipo de dolor a los 15 días del puerperio.

A los 42 días del posparto, las mujeres en el grupo de cesárea seguían teniendo algún tipo de dolor en el 39,9 % de los casos, siendo el más predominante el abdominal con un 34,5 %. En contrapartida, el 94,5 % de las mujeres con un parto vaginal en este período ya no manifestaban ningún tipo de dolor ($p < 0,000$).

PARTO REAL	TIPO DOLOR 42					Total
	No dolor	Perineal	Abdominal	Lumbar	Otros tipos	
Cesárea	33 60%	0 0%	19 34,5%	2 3,6%	1 1,8%	55 100%
Parto vaginal	52 94,5%	1 1,8%	1 1,8%	1 1,8%	0 0%	55 100%
Total	85 77,3%	1 ,9%	20 18,2%	3 2,7%	1 ,9%	110 100%

Tabla 31: Resultados del tipo de dolor a los 42 días del puerperio.

2.9 TOMA DE ANALGESIA

Se preguntó a las mujeres de ambos grupos si habían tomado algún tipo de analgesia durante su ingreso hospitalario, valorando de nuevo a los 15 y 42 días del posparto, su continuidad en la toma de medicación para aliviar las molestias resultantes del proceso de parto o cesárea.

Al alta hospitalaria, el 94,5 % de las mujeres con cesárea tomaban aún algún tipo de analgesia, mientras las mujeres pertenecientes al grupo de parto vaginal lo necesitaban en un 83,6 % ($p > 0,124$).

PARTO REAL	TOMA ANALGESIA ALTA		Total
	No	Si	
Cesárea	3 5,5%	52 94,5%	55 100%
Parto vaginal	9 16,4%	46 83,6%	55 100%
Total	12 10,9%	98 89,1%	110 100%

Tabla 32: Relación de mujeres que toman analgesia al alta hospitalaria.

Al encuestar a las mujeres a los 15 días del puerperio, la diferencia entre los dos grupos se hace muy patente, encontrándose una significación estadística muy amplia ($p < 0,000$). En este caso, tan sólo el 27,3 % de las mujeres con un parto vaginal necesitaban seguir tomando algún tipo de calmante en comparación con el 63,6 % de las mujeres con una cesárea. Más del doble de las mujeres con cesárea necesitan la toma de algún tipo de analgesia para paliar el dolor de la cirugía.

PARTO REAL	TOMA ANALGESIA 15		Total
	No	Si	
Cesárea	20 36,4%	35 63,6%	55 100%
Parto vaginal	40 72,7%	15 27,3%	55 100%
Total	60 54,5%	50 45,5%	110 100%

Tabla 33: Relación de mujeres que toman analgesia a los 15 días del puerperio.

Al final de la cuarentena, tan sólo un 3,6 % de las mujeres con parto vaginal necesitaban tomar analgesia, en comparación con el 32,7 % de las mujeres con una cesárea ($p < 0,000$).

PARTO REAL	TOMA ANALGESIA 42		Total
	No	Si	
Cesárea	37 65,5%	18 32,7%	55 100%
Parto vaginal	53 96,4%	2 3,6%	55 100%
Total	89 80,9%	20 18,2%	110 100%

Tabla 34: Relación de mujeres que toman analgesia a los 42 días del puerperio.

Al evaluar la toma de analgesia a lo largo del puerperio, se puede decir, con significación estadística, que las mujeres con un PVDC tienen menos necesidad de analgesia a los 15 y 42 días del postparto, en comparación con las mujeres con una cesárea iterativa. Siendo esta diferencia de más del doble entre los dos grupos ($p < 0,000$).

2.10 TIPO DE ANALGESIA

A las mujeres que decían tener dolor se les pregunto sobre el analgésico que estaban tomando o si combinaban varios, en el alta hospitalaria, a los 15 y a los 42 días de la cuarentena.

Al alta hospitalaria, 98 mujeres tomaban analgésicos. De estas, 52 pertenecen al grupo de cesárea y 46 al grupo de parto vaginal. En el grupo de cesárea el 73,1 % de las mujeres necesitan la combinación de dos analgésicos (metamizol junto con paracetamol) para calmar el dolor, mientras que en el grupo de mujeres con parto vaginal el 54,3 % de estas necesitan de la combinación de metamizol junto con paracetamol para controlar el dolor, con una $p < 0,045$.

A los 15 días del puerperio, al igual que con otras variables relacionadas con el dolor, se les pregunto por el tipo de analgesia que estaban tomando en ese momento. En el grupo de cesárea 35 mujeres seguían tomando algún tipo de fármaco, siendo lo más frecuente la combinación de metamizol junto con paracetamol con un 40 %. Sin embargo, en el grupo de parto vaginal sólo 15 mujeres continuaban necesitando analgesia, siendo el más predominante la toma única de paracetamol con un 60 % ($p > 0,180$).

ANALGESIA AL ALTA

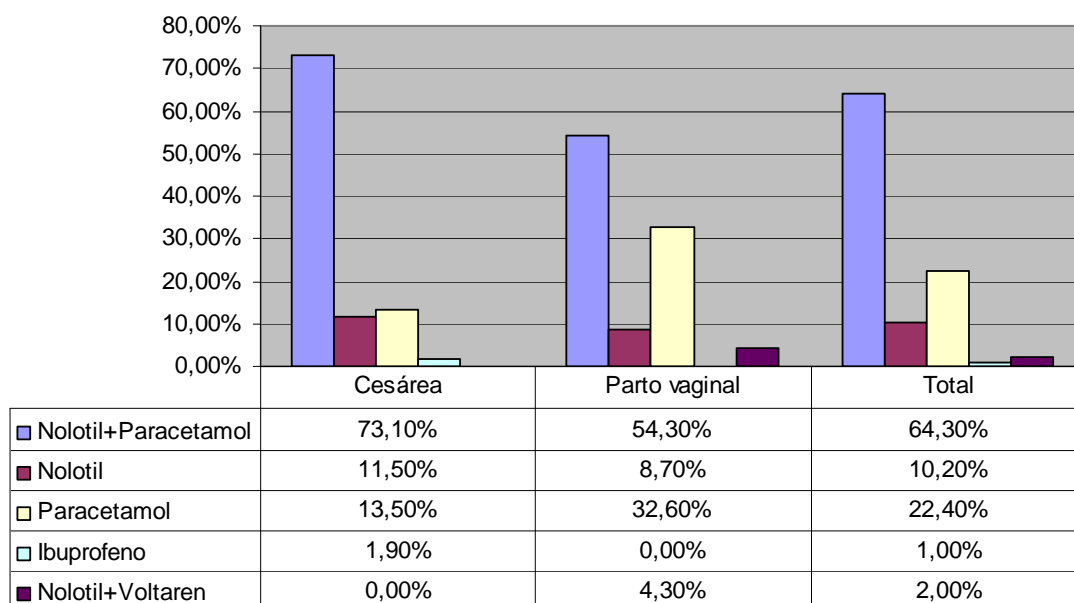


Figura 39: Relación del tipo de analgesia en función del parto real al alta hospitalaria.

ANALGESIA 15 DÍAS

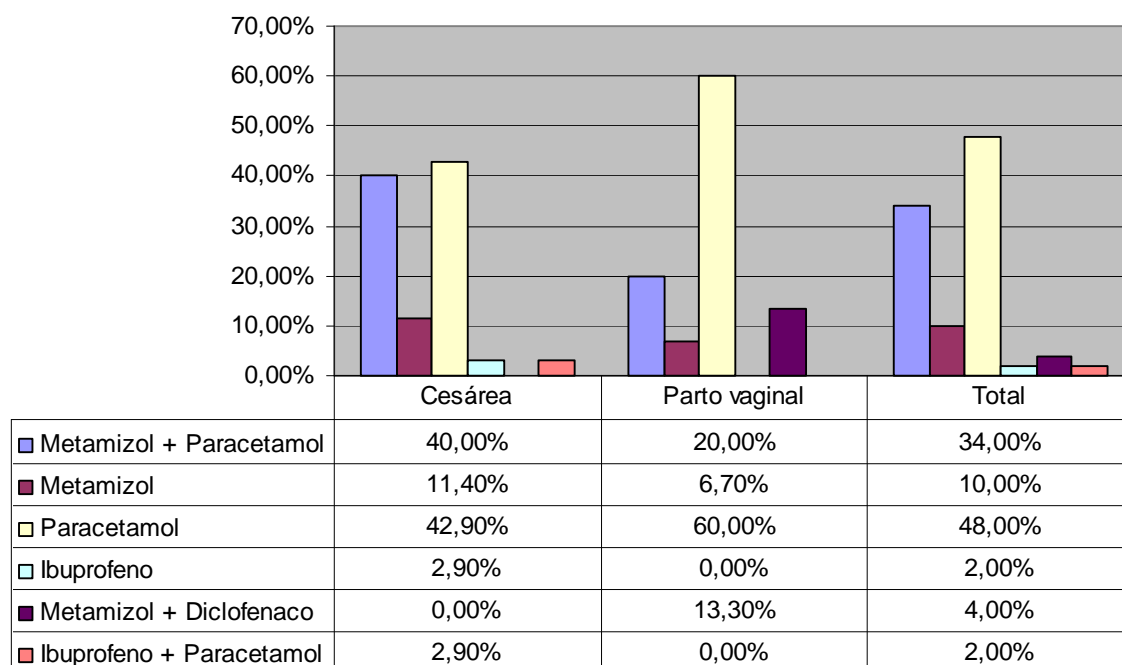


Figura 40: Relación del tipo de analgesia en función del parto real a los 15 días del puerperio.

A los 42 días posparto, 19 mujeres seguían tomando calmantes para paliar el dolor de la cirugía, pero no necesitaban la combinación de dos analgésicos, siendo el más administrado paracetamol en un 57,9 %. En el grupo de parto vaginal tan sólo 2 mujeres seguían tomando paracetamol, $p < 0,05$.

ANALGESIA 42 DIAS

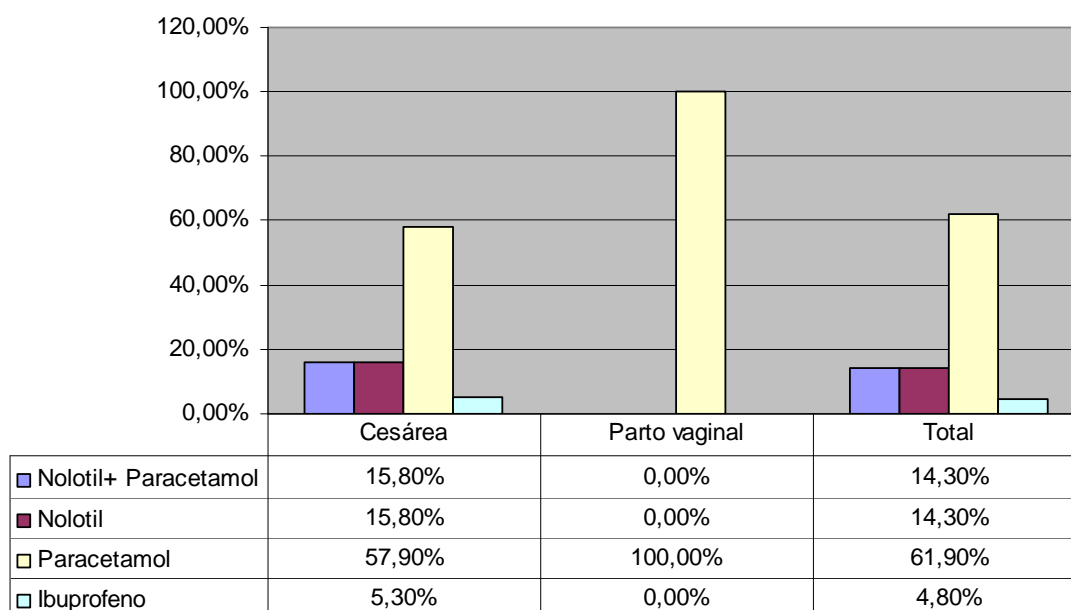


Figura 41: Relación del tipo de analgesia en función del parto real a los 42 días del puerperio.

Al estudiar el tipo de analgesia requerida, el grupo de mujeres con una cesárea necesitan la combinación de dos analgésicos durante más tiempo que con un parto vaginal, sin encontrar significación estadística para realizar este balance. Sin embargo, si podemos afirmar con un nivel estadístico $p < 0,05$, que las mujeres con un cesárea necesitan la combinación de dos analgésicos para disminuir el dolor producido por la cirugía, en comparación con las mujeres con un parto vaginal que tan sólo necesitan de un analgésico para calmar el dolor.

2.11 MOTIVO DE LA TOMA DE ANALGESIA

Para valorar cual era el motivo por el que las puérperas tomaban la analgesia, se les preguntó si los motivos de la toma de fármacos para reducir el dolor estaban relacionados con el parto vaginal, con la cesárea o eran por otras causas ajenas.

Al alta hospitalaria, la mayoría de mujeres argumentaba que los motivos de la toma de medicación estaban relacionados con el parto vaginal y la cesárea. El 96,2 % para las mujeres con cesárea y el 95,7 %. Por lo tanto no se ha visto ninguna diferencia estadísticamente significativa.

PARTO REAL	MOTIVO ANALGESIA ALTA		
	Relacionado con el parto vaginal/cesárea	No relacionado con el parto vaginal/cesárea	Total
Cesárea	51 96,2%	1 1,9%	52 100%
Parto vaginal	44 95,7%	2 4,3%	46 100%
Total	94 95,9%	3 3,1%	98 100%

Tabla 35: Resultados del motivo de la toma analgesia al alta hospitalaria.

A los 15 días posparto, si se aprecia una clara diferencia en el grupo de las cesáreas con respecto al grupo de parto vaginal. El 97,1 % de las mujeres con cesárea tomaba analgesia por causas relacionadas con la cirugía, mientras que el 73,3 % de las mujeres con parto vaginal tomaban medicación por problemas relacionados con el parto. Esta comparación se puede hacer con una significación estadística de $p < 0,024$.

PARTO REAL	MOTIVO ANALGESIA 15		Total
	Relacionado con el parto vaginal/cesárea	No relacionado con el parto vaginal/cesárea	
Cesárea	34 97,1%	1 2,9%	35 100%
Parto vaginal	11 73,3%	4 26,7%	15 100%
Total	45 90,0%	5 10,0%	50 100%

Tabla 36: Resultados del motivo de la toma analgesia a los 15 días del posparto.

A los 42 días del puerperio, 17 mujeres del grupo de cesárea tomaban analgesia por motivos relacionados con la cirugía y en el grupo de mujeres con un parto vaginal lo hacían tan sólo 2 mujeres. Esto nos lleva a pensar que el 87,5 % de las cesáreas y el 100 % de los partos vaginales toman analgesia a los 42 días del postparto por problemas relacionados con el nacimiento de su hijo, por lo que no se puede realizar una comparación estadísticamente significativa.

PARTO REAL	MOTIVO ANALGESIA 42		
	Relacionado con el parto vaginal/cesárea	No relacionado con el parto vaginal/cesárea	Total
Cesárea	17 87,5%	1 5,3%	18 100%
Parto vaginal	2 100%	0 0%	2 100%
Total	19 90,5%	1 4,8%	20 100%

Tabla 37: Resultados del motivo de la toma analgesia a los 42 días del posparto.

Tras realizar esta valoración, podemos decir que las puérperas que pertenecen al grupo de cesáreas precisan tomar más analgésicos por problemas relacionados con la cirugía a los 15 días del puerperio, en comparación con las mujeres con un parto vaginal, $p < 0,05$.

2.12 SATISFACCIÓN MATERNA

Para poder contestar a las cuestiones de si las mujeres quieren tomar una decisión con respecto a su modo de parto preferido y si están bien informadas, se ha decidido medir la satisfacción materna creando un cuestionario tipo Likert con cuatro enunciados. Las mujeres deben puntuar del 1 (Muy insatisfecha) al 5 (Muy satisfecha) cada pregunta del cuestionario antes del alta hospitalaria. Estas preguntas con las siguientes:

- La satisfacción de su parto ha sido.
- Al poder elegir entre un parto vaginal y una cesárea para el nacimiento de su hijo su ha sentido.
- Cree que ha recibido la información suficiente para poder elegir.

- Se ha sentido satisfecha con la atención recibida por el personal sanitario durante todo el proceso.

Una vez obtenidos los resultados de cada sección, se ha realizado el sumatorio de todas ellas, creando una nueva variable a la que hemos denominado satisfacción global. Esta nueva satisfacción está puntuada de 5 a 20. Al estudiar las medias estadísticas de cada sección y de la satisfacción global, se pueden observar cifras muy elevadas.

SATISFACCIÓN PARTO	SATISFACCIÓN ELEGIR	SATISFACCIÓN INFORMACIÓN	SATISFACCIÓN SANITARIOS	SATISFACCIÓN GLOBAL
4,32	4,42	4,35	4,68	17,73

Tabla 38: Resultados de las puntuaciones totales de la satisfacción materna.

La distribución de las mujeres que han puntuado cada sección se organiza en las siguientes tablas de frecuencias.

SATISFACCIÓN PARTO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	2	1,8	1,8	1,8
	3	8	7,3	7,3	9,1
	4	51	46,4	46,4	55,5
	5	49	44,5	44,5	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Tabla 39: Frecuencia de las mujeres según la cifra de satisfacción de su parto

SATISFACCIÓN ELEGIR

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	2	2	1,8	1,8	1,8
	3	11	10,0	10,0	11,8
	4	36	32,7	32,7	44,5
	5	61	55,5	55,5	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Tabla 40: Frecuencia de las mujeres según la cifra de satisfacción al poder elegir el modo de parto preferido.

SATISFACCIÓN INFORMACIÓN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	2	1,8	1,8	1,8
	2	3	2,7	2,7	4,5
	3	8	7,3	7,3	11,8
	4	38	34,5	34,5	46,4
	5	59	53,6	53,6	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Tabla 41: Frecuencia de las mujeres según la cifra de satisfacción de la información recibida para elegir.

SATISFACCIÓN PERSONAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	2	1,8	1,8	1,8
	4	28	25,5	25,5	27,3
	5	79	71,8	71,8	99,1
	6	1	0,9	0,9	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Tabla 42: Frecuencia de las mujeres según las cifras de satisfacción de la atención recibida por el personal sanitario durante todo el proceso.

SATISFACCIÓN GLOBAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	10	1	0,9	0,9	0,9
	11	2	1,8	1,8	2,7
	12	1	0,9	0,9	3,6
	13	3	2,7	2,7	6,4
	14	5	4,5	4,5	10,9
	15	5	4,5	4,5	15,5
	16	16	14,5	14,5	30,0
	17	12	10,9	10,9	40,9
	18	12	10,9	10,9	51,8
	19	14	12,7	12,7	64,5
	20	39	35,5	35,5	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Tabla 43: Frecuencia de las mujeres según las cifras de satisfacción global.

Al medir la satisfacción en la variable tipo de parto, es decir, entre la mujeres a las que se les ha realizado una cesárea programada, las que han tenido un PVDC y las mueres que tras comenzar con el trabajo de parto se les ha realizado una nueva cesárea, nos encontramos con las siguientes medias estadísticas:

TIPO PARTO	CESÁREA	PARTO VAGINAL	ELECCIÓN PARTO PERO CESÁREA
SATISFACCIÓN PARTO	4,36	4,45	3,62
SATISFACCIÓN ELEGIR	4,29	4,55	4,31
SATISFACCIÓN INFORMACIÓN	4,19	4,45	4,46
SATISFACCIÓN SANITARIOS	4,69	4,69	4,62
SATISFACCIÓN GLOBAL	17,43	18,13	17

Tabla 44: Resultados totales de las satisfacciones en función del tipo de parto.

En estos resultados se observan diferencias muy reducidas entre unas cifras y otras por lo que se realizó un contraste de comparaciones múltiples a posterior con los valores no paramétricos a través de la prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes con tres categorías, para intentar demostrar que esta diferenciación se basa en una significación estadística.

PRUEBA KRUSKAL-WALLIS:

SATISFACCIÓN PARTO

Muestra1-Muestra2	Prueba estadística	Error típico	Desv. Prueba estadística	Sig.	Sig. adj.
Elección parto pero cesárea-Cesárea	19,206	9,121	2,106	,035	,106
Elección parto pero cesárea-Parto vaginal	24,103	8,862	2,720	,007	,020
Cesárea-Parto vaginal	-4,897	5,889	-,832	,406	1,000

Tabla 45: Prueba kruskal-wallis de la satisfacción del parto en función del tipo de parto.

En la única sección que se demostró una diferenciación con un nivel de significancia $p < 0,05$ ha sido en la satisfacción del parto. Por lo que las mujeres que se encuentran en el grupo de parto vaginal están más satisfechas que las mujeres que se encuentran en el grupo que han elegido un parto vaginal pero se les ha realizado una cesárea.

En el resto, se observan cifras más altas de satisfacción en el grupo de mujeres con un parto vaginal, pero la diferencia es tan pequeña que no se puede establecer una significación estadística.

Al medir la satisfacción en la variable parto real, es decir entre las mujeres con un parto vaginal o con una cesárea, nos encontramos con las siguientes medias estadísticas:

PARTO REAL	CESÁREA	PARTO VAGINAL
SATISFACCIÓN PARTO	4,18	4,45
SATISFACCIÓN ELEGIR	4,29	4,55
SATISFACCIÓN INFORMACIÓN	4,25	4,45
SATISFACCIÓN SANITARIOS	4,67	4,69
SATISFACCIÓN GLOBAL	17,33	18,13

Tabla 46: Resultados totales de las satisfacciones en función del parto real.

Al observar estos resultados, se aprecia claramente números de satisfacción más elevadas en las mujeres que se encuentran en el grupo de parto vaginal, por lo que se realizó un contraste de comparaciones múltiples a posterior con los valores no paramétricos a través de la prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes con dos categorías, para intentar demostrar que esta diferenciación está basada o no en una evidencia estadística.

PRUEBA U DE MANN-WHITNEY:

Tras la realización de esta prueba se puede concluir que ninguna de las satisfacciones tienen un nivel de significancia $p < 0,05$. Tan sólo la satisfacción en el parto y la satisfacción global se han quedado con puntuaciones cercanas a la significación estadística ($p > 0,085$ y $p > 0,090$ respectivamente).

Tras analizar cada una de las secciones en las que se han dividido la satisfacción de las mujeres, con una cesárea anterior, podemos afirmar que las mujeres están preparadas para elegir entre un parto vaginal y una cesárea, distinguen el modo de parto preferido para esta ocasión y están bien informadas para ello. Además, las mujeres que han optado por un parto vaginal, pero durante el proceso de parto se les ha practicado una cesárea, presentan cifras de satisfacción más reducidas que el resto de mujeres.

2.13 DEPRESIÓN PUERPERAL

Para valorar la existencia de depresión puerperal tras el alumbramiento y si esa depresión podría estar condicionada por el tipo de parto o por las expectativas de las mujeres sobre su modo de parto elegido, se realizó a cada puerpera la escala de Edimburgo en versión telefónica a los 42 días del posparto. Se decidió su realización en ese momento porque según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Versión (DSM-IV), el cuadro debe aparecer dentro de las cuatro primeras semanas del postparto(92).

La escala de Edimburgo es ampliamente utilizada en la investigación perinatal y ha demostrado ser útil en la identificación de la depresión puerperal prenatal y postnatal. Por lo tanto es una de las escalas de depresión de mayor uso en la investigación en entornos clínicos(92).

Esta escala está compuesta por 10 ítems, cada uno de los cuales posee cuatro alternativas de respuesta y puntajes asignables de 0 a 3 de acuerdo al grado creciente de severidad de los síntomas. El puntaje total de la prueba se calcula sumando los obtenidos en cada ítem, pudiendo ir desde 0 a 30 puntos. Tras sumar el resultado de los 10 ítems, podemos hablar de depresión posparto con puntuaciones iguales o mayores de 12(92).

Al comparar las puntuaciones de la escala Edimburgo con la variable tipo de parto, sólo se encontró una mujer en el grupo de cesárea que cumplía los criterios de depresión, por lo que con la muestra obtenida, el tipo de parto no influye sobre el desarrollo de esta patología.

Para averiguar si esta mujer pertenecía al grupo de mujeres que eligen parto vaginal pero se les acaba realizando una cesárea, se comparó la escala con la variable parto real, demostrando que esta mujer pertenece al grupo de mujeres que eligen cesárea.

TIPO PARTO	EDIMBURGO		Total
	No depresión	Depresión	
Cesárea	41	1	42
	97,6%	2,4%	100%
Parto vaginal	55	0	55
	100%	0%	100%
Elección parto pero cesárea	13	0	13
	100%	0%	100,0%
Total	109	1	110
	99,1%	0,9%	100%

Tabla 47: Puntuaciones totales en la escala de Edimburgo en función del tipo de parto.

Al no encontrar una significación estadística entre la aparición de depresión puerperal y el tipo de parto o el parto real en este estudio, se decidió comparar las medias de las puntuaciones en la escala entre las variables tipo de parto y parto real. La media general de toda la muestra en las puntuaciones de la escala fue de 3,09, con una desviación estándar del 2,684 cuyo mínimo es de 0 y un máximo de 14. Repartida entre los percentiles 25 que corresponde al 0, percentil 50 que corresponde al 3 y percentil 75 que corresponde al 5.

EDIMBURGO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	33	30,0	30,0	30,0
	1	3	2,7	2,7	32,7
	2	8	7,3	7,3	40,0
	3	19	17,3	17,3	57,3
	4	13	11,8	11,8	69,1
	5	13	11,8	11,8	80,9
	6	12	10,9	10,9	91,8
	7	4	3,6	3,6	95,5
	8	3	2,7	2,7	98,2
	9	1	,9	,9	99,1
	14	1	,9	,9	100,0
Total		110	100,0	100,0	

Tabla 48: Frecuencia de mujeres en función de los resultados en la escala de Edimburgo.

En la variable tipo de parto las medias de las puntuaciones en la escala de Edimburgo quedaron en 3,83 para el grupo de mujeres que presentan una cesárea, con una desviación estándar de 3,115 (mínimo de 0 y máximo de 14), de 2,53 para el grupo de mujeres con un parto vaginal, cuya desviación estándar es de 2,340 (mínimo de 0 y máximo de 7) y de 3,08 para el grupo de mujeres que eligieron un parto vaginal pero se les practicó una cesárea, con una desviación estándar de 2,060 (mínimo de 0 y máximo de 6).

Al encontrar una mayor puntuación en el grupo de mujeres con cesárea se realizó un contraste de comparaciones múltiples a posterior con los valores no paramétricos a través de la prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes con tres categorías, para intentar consolidar esta afirmación.

Sin embargo, el resultado de la prueba fue $p > 0,136$, por lo que no se pudo realizar esta afirmación desde un punto de vista estadísticamente significativo.

En la variable parto real las medias generales de las puntuaciones en la escala quedaron en 3,65 para el grupo de mujeres con una cesárea, cuya desviación estándar es de 2,901 y de 2,53 para el grupo de mujeres con un parto vaginal, desviación estándar de 2,340.

Al igual que con la variable anterior se observó que las mujeres con una cesárea tienen cifras mayores que las mujeres con un parto vaginal, por lo que se realizó un contraste de comparaciones múltiples a posterior con los valores no paramétricos a través de la prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes con dos categorías, para comprobar si se puede verificar esta afirmación con significación estadística.

En este caso el resultado es de $p > 0,057$, por lo que no se puede realizar una comparación estadística.

Sin embargo, si aplicamos la prueba T para la igualdad de medias en los valores paramétricos, el resultado obtenido si es estadísticamente significativo con una $p < 0,027$.

En conclusión, tras este análisis estadístico, las mujeres con una cesárea iterativa presentan puntuaciones en la escala de Edimburgo más elevadas que las mujeres con un PVDC con un nivel de significancia estadística, pero sin llegar a desarrollar patología psiquiátrica, como la depresión puerperal.

2.14 CALIDAD DE VIDA

Para valorar la calidad de vida entre el grupo de mujeres que optan por un PVDC o por una cesárea iterativa, se ha elegido el cuestionario de salud SF-36, este cuestionario valora dos componentes de salud, el componente de salud física y el componente de salud mental. A su vez dentro de cada componente se miden ocho conceptos relacionados con la salud: funcionamiento físico, limitación de roles debido a problemas físicos, dolor corporal, percepción de salud general, vitalidad, funcionamiento social, limitación de roles debido a problemas emocionales y la percepción de la salud mental. Además de estos dos componentes se valora la salud notificada por cada individuo.

El SF-36 de calidad de vida es una encuesta de salud diseñada por el Health Institute New England Medical Center, de Boston Massachusetts, que a partir de 36 preguntas pretende medir ocho conceptos genéricos sobre la salud, esto es, conceptos que no son específicos de una patología, grupo de tratamiento o edad, detectando tanto estados positivos como negativos de la salud física y estado emocional(93).

Las puntuaciones de cada subescala comprenden un rango de 0 a 100, puntuaciones más altas indican una mejor condición de calidad de vida. Esta encuesta se realizó a los 42 días posparto junto con la escala de Edimburgo.

DIMENSIÓN	SIGNIFICADO
Función Física	Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas y realizar esfuerzos moderados e intensos.
Rol Físico	Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.
Dolor Corporal	Medida de la intensidad de dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.
Salud General	Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perceptivas futuras y la resistencia a enfermar.
Vitalidad	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de desánimo y cansancio.

Función Social	Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.
Rol Emocional	Grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo y otras actividades cotidianas, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y esmero en el trabajo.
Salud Mental	Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, la ansiedad, autocontrol y bienestar general.

Tabla 49: Modificado de: Los ocho conceptos de salud (dimensiones) determinados en este cuestionario se resumen en la siguiente tabla(93).

Tras realizar a todas las mujeres el cuestionario de salud SF-36, se encontró una media del Componente de Salud Física de 88,57, del Componente de Salud Mental del 83,79 y de la Salud Notificada 55,59. Dentro de estos componentes las medias generales desglosadas quedaron de la siguiente manera: Función Física 95,14, Rol Físico 90,36, Dolor Corporal 83,50, salud General 85,57, Vitalidad 83,63, Función Social 83,63, Rol Emocional 96,36, Salud Mental 83. Al realizar una comparación de los diferentes resultados en el cuestionario de salud SF-36 con la variable tipo de parto para intentar descubrir la calidad de vida de cada mujer, nos encontramos con las siguientes medias:

SF-36	CESÁREA	PARTO VAGINAL	ELECCIÓN PARTO PERO CESÁREA
COMPONENTE DE SALUD FÍSICA	84,99	93,30	80,12
COMPONENTE DE SALUD MENTAL	80,81	87,32	78,54
SALUD NOTIFICADA	51,55	61,36	44,23
FUNCIÓN FÍSICA	90,60	98,91	93,85
ROL FÍSICO	87,50	95,91	76,15
DOLOR CORPORAL	77,80	91,23	69,23
SALUD GENERAL	83,81	87,59	82,69

VITALIDAD	72,43	77,30	71,92
FUNCIÓN SOCIAL	79,46	89,41	72,69
ROL EMOCIONAL	95,24	98,18	92,31
SALUD MENTAL	78,35	86,75	82,15

Tabla 50: Resultados totales del cuestionario SF-36 en función del tipo de parto.

Al encontrar una clara diferenciación en las puntuaciones entre los tres grupos de mujeres, se realizó un contraste de comparaciones múltiples a posterior con los valores no paramétricos a través de la prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes con tres categorías, para intentar establecer algún resultado estadísticamente significativo.

PRUEBA DE KRUSKAL-WALIS:

FUNCIÓN FÍSICA

Muestra1-Muestra2	Prueba estadística	Error típico	Desv. Prueba estadística	Sig.	Sig. adj.
Elección parto pero cesárea-Cesárea	,685	7,927	,086	,931	1,000
Elección parto pero cesárea-Parto vaginal	26,323	7,702	3,418	,001	,002
Cesárea-Parto vaginal	-25,638	5,118	-5,010	,000	,000

Tabla 51: Resultados prueba de kruskal-walis del componente de función física según el tipo de parto.

Se observó que el grupo de mujeres que eligen un parto vaginal pero se les realiza una cesárea tienen valores menores en la función física que las mujeres que se encuentran en el grupo de parto vaginal.

Además las mujeres que se encuentran en el grupo de cesáreas tienen valores mucho más bajos que las mujeres con un parto vaginal. Nivel de significancia $p < 0,05$.

ROL FÍSICO

Muestra1-Muestra2	Prueba estadística	Error típico	Desv. Prueba estadística	Sig.	Sig. ady.
Elección parto pero cesárea-Cesárea	8,879	5,669	1,566	,117	,352
Elección parto pero cesárea-Parto vaginal	13,835	5,508	2,512	,012	,036
Cesárea-Parto vaginal	-4,956	3,660	-1,354	,176	,527

Tabla 52: Resultados prueba de kruskal-walis del componente de rol físico según el tipo de parto.

En esta subcategoría se encontró una significación estadística entre las mujeres que eligen un parto vaginal pero se les realiza una cesárea y las mujeres que se encuentran en el grupo de parto vaginal. Por lo tanto, las mujeres con un parto vaginal presentan cifras de Rol Físico mayores que las mujeres que inician un trabajo de parto y se les realiza una cesárea.

DOLOR CORPORAL

Muestra1-Muestra2	Prueba estadística	Error típico	Desv. Prueba estadística	Sig.	Sig. ady.
Elección parto pero cesárea-Cesárea	12,572	9,646	1,303	,192	,577
Elección parto pero cesárea-Parto vaginal	38,092	9,373	4,064	,000	,000
Cesárea-Parto vaginal	-25,519	6,228	-4,097	,000	,000

Tabla 53: Resultados prueba de kruskal-walis del componente de dolor corporal según el tipo de parto.

En el caso del dolor corporal, se observa que el grupo de mujeres con parto vaginal tienen cifras mayores que el resto de categorías, seguidas del grupo de mujeres con una cesárea y del grupo de mujeres con un fracaso en el PVDC.

Por lo tanto, las mujeres con un parto vaginal presentan menos dolor que el resto de candidatas. Nivel de significancia $p < 0,05$.

VITALIDAD

Muestra1-Muestra2	Prueba estadística	Error típico	Desv. Prueba estadística	Sig.	Sig. ady.
Elección parto pero cesárea-Cesárea	3,708	9,803	,378	,705	1,000
Elección parto pero cesárea-Parto vaginal	19,322	9,525	2,029	,042	,127
Cesárea-Parto vaginal	-15,615	6,329	-2,467	,014	,041

Tabla 54: Resultados prueba de kruskal-walis del componente de vitalidad según el tipo de parto.

Este cuadro nos indica que las mujeres que se encuentran en el grupo de cesárea tienen peores cifras de vitalidad que las mujeres que se encuentran en el grupo de parto vaginal. Nivel de significancia $p < 0,05$.

FUNCIÓN SOCIAL

Muestra1-Muestra2	Prueba estadística	Error típico	Desv. Prueba estadística	Sig.	Sig. ady.
Elección parto pero cesárea-Cesárea	8,160	9,802	,833	,405	1,000
Elección parto pero cesárea-Parto vaginal	30,922	9,524	3,247	,001	,004
Cesárea-Parto vaginal	-22,762	6,328	-3,597	,000	,001

Tabla 55: Resultados prueba de kruskal-walis del componente de función social según el tipo de parto.

Se ha observado una mejor función social en las mujeres en el grupo de parto vaginal, seguidas de las mujeres con una cesárea y por último en las mujeres con un PVDC que ha terminado en una cesárea.

Por lo tanto las mujeres con parto vaginal mejoran más rápido su función social. Nivel de significancia $p < 0,05$.

SALUD MENTAL

Muestra1-Muestra2	Prueba estadística	Error típico	Desv. Prueba estadística	Sig.	Sig. ady.
Cesárea-Elección parto pero cesárea	-9,876	10,008	-,987	,324	,971
Cesárea-Parto vaginal	-26,880	6,462	-4,160	,000	,000
Elección parto pero cesárea-Parto vaginal	17,003	9,724	1,749	,080	,241

Tabla 56: Resultados prueba de kruskal-walis del componente de salud mental según el tipo de parto.

Al observar este resultado se puede apreciar que las mujeres con un parto vaginal presentan una mejor salud mental que las mujeres que optan por repetir una nueva cesárea. Nivel de significancia $p < 0,05$.

COMPONENTE DE SALUD FÍSICA

Al observar este resultado se puede concluir que las mujeres con un parto vaginal presentan una mejor y más rápida recuperación, además de una calidad de vida desde el punto de vista físico más elevada que las mujeres que optan por repetir una nueva cesárea.

Muestra1-Muestra2	Prueba estadística	Error típico	Desv. Prueba estadística	Sig.	Sig. ady.
Elección parto pero cesárea-Cesárea	9,197	10,078	,913	,361	1,000
Elección parto pero cesárea-Parto vaginal	34,823	9,792	3,556	,000	,001
Cesárea-Parto vaginal	-25,626	6,507	-3,938	,000	,000

Tabla 57: Resultados prueba de kruskal-walis del componente de salud física según el tipo de parto.

Sin embargo, las mujeres que eligen un parto vaginal pero se le realiza una cesárea tienen cifras menores de Componente de Salud Física y por lo tanto una peor calidad de vida que las mujeres con un PVDC exitoso.

COMPONENTE DE SALUD MENTAL

Muestra1-Muestra2	Prueba estadística	Error típico	Desv. Prueba estadística	Sig.	Sig. adj.
Elección parto pero cesárea-Cesárea	,821	10,121	,081	,935	1,000
Elección parto pero cesárea-Parto vaginal	29,373	9,834	2,987	,003	,008
Cesárea-Parto vaginal	-28,551	6,535	-4,369	,000	,000

Tabla 58: Resultados prueba de kruskal-walis del componente de salud mental según el tipo de parto.

Al observar este gráfico se aprecia el mismo resultado que con el Componente de Salud Física. Las mujeres con un parto vaginal exitoso, tienen una calidad de vida desde un punto de vista mental más elevada que el grupo de mujeres con una cesárea sea cual sea su indicación. Nivel de significancia $p < 0,05$.

SALUD NOTIFICADA

Para valorar la salud notificada de cada mujer, en la pregunta número 2 del cuestionario SF-36, se les pregunta a la mujer como percibe su salud actual comparada con la de hace un año. Por lo tanto las mujeres con un parto vaginal perciben su salud actual mejor que las mujeres con una cesárea o con un intento de PVDC que acaba en una cesárea. Nivel de significancia $p < 0,05$.

Muestra1-Muestra2	Prueba estadística	Error típico	Desv. Prueba estadística	Sig.	Sig. adj.
Elección parto pero cesárea-Cesárea	12,630	8,732	1,446	,148	,444
Elección parto pero cesárea-Parto vaginal	29,663	8,485	3,496	,000	,001
Cesárea-Parto vaginal	-17,033	5,638	-3,021	,003	,008

Tabla 59: Resultados prueba de kruskal-walis del componente de salud notificada según el tipo de parto.

En la variable parto real las medias estadísticas generales de las puntuaciones que se obtienen son:

SF-36	CESÁREA	PARTO VAGINAL
COMPONENTE DE SALUD FÍSICA	83,84	93,30
COMPONENTE DE SALUD MENTAL	80,27	87,32
SALUD NOTIFICADA	49,82	61,36
FUNCIÓN FÍSICA	91,36	98,91
ROL FÍSICO	84,82	95,91
DOLOR CORPORAL	75,77	91,23
SALUD GENERAL	83,55	87,59
VITALIDAD	72,31	77,30
FUNCIÓN SOCIAL	77,86	89,41
ROL EMOCIONAL	94,55	98,18
SALUD MENTAL	79,25	86,75

Tabla 60: Resultados totales del cuestionario SF-36 en función del parto real.

Como se observa una clara diferenciación en las puntuaciones entre los dos grupos de mujeres, se realizó un contraste de comparaciones múltiples a posterior con los valores no paramétricos a través de la prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes con dos categorías, para intentar obtener a alguna conclusión estadísticamente significativa.

PRUEBA U DE MANN-WHITNEY:***FUNCIÓN FÍSICA***

Las mujeres con un parto vaginal tienen cifras de función física mayores que las mujeres a las que se les practico una cesárea, con un nivel de significación de $p < 0,000$.

ROL FÍSICO

Se ha demostrado que las mujeres del grupo de cesárea tienen una limitación de roles por causas físicas mayores que las mujeres del grupo de parto vaginal. Nivel de significación de $p < 0,038$.

DOLOR CORPORAL

Se puede decir con un nivel de significación del 0,000, que las mujeres que se encuentran en el grupo de cesárea sufren más dolor durante más tiempo que las mujeres que se encuentran en el grupo de parto vaginal.

VITALIDAD

Al estudiar el grado de vitalidad, las mujeres con un parto vaginal tienen cifras de vitalidad más elevadas que las mujeres con una cesárea. Nivel de significación $p < 0,05$.

FUNCIÓN SOCIAL

Al igual que en las categorías anteriores las mujeres con un PVDC tienen una capacidad de función social menos limitada que las mujeres a las que se les ha repetido la cesárea. Nivel de significación de $p < 0,000$.

SALUD MENTAL

Se puede concluir con un nivel de significación del 0,000, que las mujeres que se encuentran en el grupo de cesárea padecen una peor salud mental que las mujeres que se encuentran en el grupo de parto vaginal.

COMPONENTE SALUD FÍSICA Y MENTAL

Al resumir ambos componentes, se puede observar que las mujeres que se encuentran en el grupo de parto vaginal tienen una recuperación tanto física como mental, medida a través del cuestionario SF-36, mucho más rápida

que las mujeres que pertenecen al grupo de cesárea. Nivel de significación de $p < 0,000$.

SALUD NOTIFICADA

Las mujeres con un PVDC tienen una percepción personal de salud general mejor y más elevada que las mujeres que se les realiza una cesárea iterativa, con cifras de hasta 20 puntos de diferencia entre ambos grupos.

Con la muestra obtenida, se puede afirmar que el parto vaginal ofrece cifras mayores en general con respecto a la cesárea y con un nivel de significancia muy elevado, excepto en dos de los ocho conceptos en los que se dividen el Componente de Salud Física y Mental, la Salud General y el Rol Emocional, que aunque proporcionan cifras más altas no ofrecen un nivel estadístico significativo.

3. MORBILIDAD NEONATAL

3.1 DISTRÉS RESPIRATORIO

Para intentar establecer una relación estadística entre la aparición de patología respiratoria del recién nacido, siendo su principal manifestación el distrés respiratorio tras el nacimiento, y el modo de alumbramiento con independencia de si se había iniciado trabajo de parto, se registró cuantos neonatos presentaron esta complicación.

En la población estudiada tan sólo hubo un niño que presentó signos de esta patología, nacido a través de un parto vaginal, por lo que con este estudio no se puede establecer una relación directa entre estos dos sucesos.

3.2 PREMATURIDAD IATROGÉNICA

Uno de los objetivos del estudio es establecer el riesgo de prematuridad iatrogénica que puede surgir en el neonato al realizar la cesárea antes de las 39 semanas de gestación.

Para ello se contabilizaron el número de cesáreas que se han efectuado antes de esta fecha gestacional establecida y cuantos recién nacidos presentaron algún tipo de complicaciones en el nacimiento.

De las 55 cesáreas realizadas en el estudio tan sólo 11 se realizaron antes de las 39 semanas de gestación y de estas 11 sólo 2 niños presentaron patología relacionada con la prematuridad iatrogénica en el momento del nacimiento.

Esto nos indica que en el hospital donde se ha realizado el estudio se intenta programar las cesáreas iterativas una vez cumplidas las 39 semanas de gestación, tal y como marcan las recomendaciones actuales.

COMPLICACIONES RECIEN NACIDO

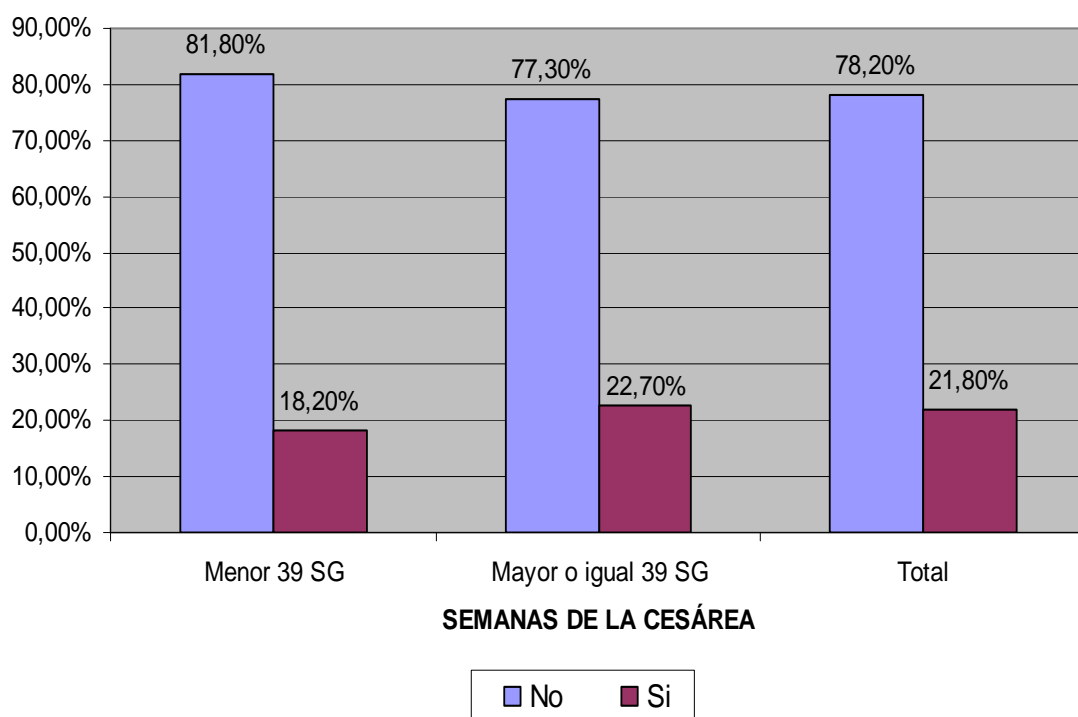


Figura 42: Incidencia de complicaciones del recién nacido en función de la edad gestacional en la que se realiza la cesárea.

3.3 INGRESO EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA

De todos los recién nacidos estudiados únicamente necesitaron ingreso en la unidad neonatal 9 niños del total de toda la muestra.

De estos, 4 nacieron a través de una cesárea y 5 de un parto vaginal, por lo que con la muestra obtenida, no se pudo establecer una relación estadística entre el modo de parto y el riesgo de ingreso posterior del recién nacido.

INGRESO RECIEN NACIDO

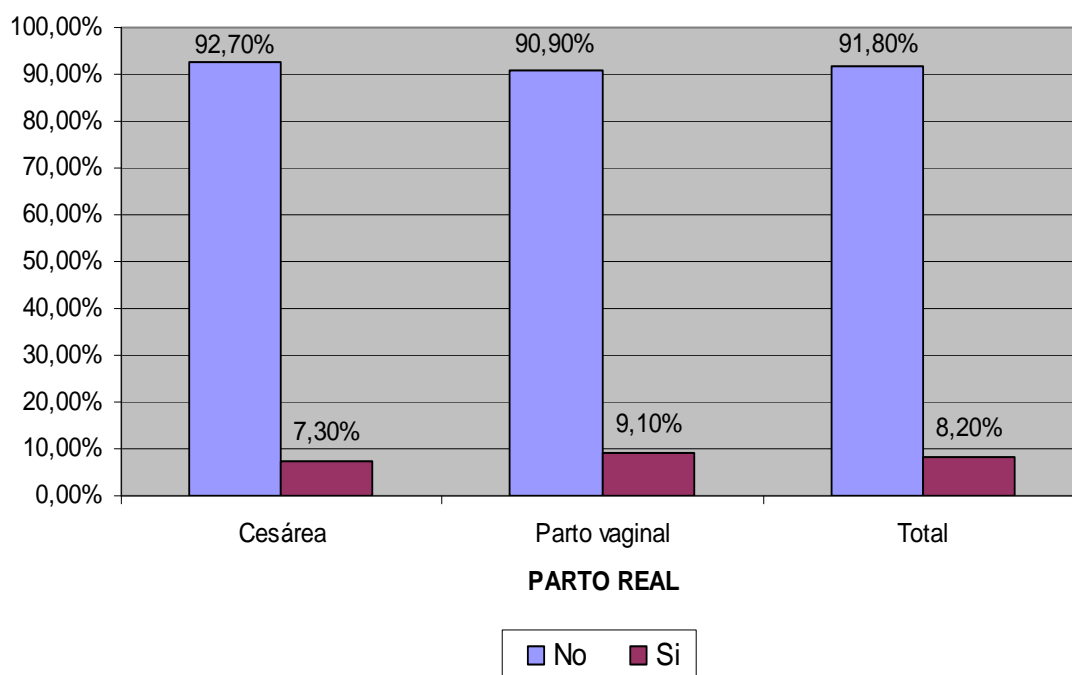


Figura 43: Incidencia de los neonatos ingresados tras el nacimiento.

3.4 ESTANCIA HOSPITALARIA EN LA UNIDAD NEONATAL

De los 9 neonatos que necesitaron un ingreso en la unidad de neonatología, su media de estancia fue de 2,4 días, distribuidos con la siguiente periodicidad:

ESTANCIA HOSPITALARIA RN				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	101	91,8	91,8
	1	2	1,8	1,8
	2	3	2,7	2,7
	3	3	2,7	2,7
	5	1	,9	,9
Total	110	100,0	100,0	

Tabla 61: Frecuencias en días de los neonatos ingresados.

Si comparamos la media de ingreso entre los niños que nacieron a través de una cesárea y los que nacieron a través de un parto vaginal se puede observar que los neonatos con un parto vaginal necesitan más días de estancia hospitalaria que los niños que nacen con una cesárea, con una diferencia de un día entre los dos grupos.

PARTO REAL	DÍAS PROMEDIO INGRESO
PARTO VAGINAL	3
CESÁREA	2

Tabla 62: Media de los días de ingreso del recién nacido en función del parto real.

3.5 RIESGO DE INFECCIÓN

El riesgo de infección que existe entre la realización de un parto vaginal y una cesárea tampoco se ha visto presente desde un punto de vista estadístico, ya que tan sólo hubo 3 neonatos que desarrollaron infección tras su nacimiento a través de un parto vaginal.

3.6 VISITAS POSTERIORES A URGENCIAS

En la entrevista de los 15 días, se preguntó a cada mujer si habían tenido que acudir a urgencias con su hijo y las causas de cada visita.

Al contabilizar este número nos encontramos con que 14 niños acudieron a urgencias junto a sus madres, 10 pertenecían al grupo de cesárea y 4 al grupo de parto vaginal, por lo que se aprecia una clara diferencia a favor del parto vaginal. (18,2 % para el grupo de cesárea y 7,3 % para el grupo de parto vaginal, $p > 0,151$).

PARTO REAL	URGENCIA RN 15		Total
	No	Si	
Cesárea	45 81,8%	10 18,2%	55 100%
Parto vaginal	51 92,7%	4 7,3%	55 100%
Total	96 87,3%	14 12,7%	110 100,0%

Tabla 63: Visitas posteriores a urgencias del recién nacido a los 15 días del puerperio.

Al estudiar a fondo los motivos que habían impulsado a las madres a llevar a sus hijos a urgencias se puede observar que los 10 neonatos que acudieron a urgencias que se encuentran en el grupo de cesárea lo hicieron por problemas relacionados con la cesárea, mientras que el 50 %, es decir, 2 de los niños pertenecientes al grupo de parto vaginal lo hicieron por alguna complicación del parto vaginal. Esta diferenciación presenta casi una significación estadística $p < 0,066$.

PARTO REAL	MOTIVO RN 15		Total
	Relacionado con parto vaginal/cesárea	No relacionado con parto vaginal/cesárea	
Cesárea	10 100%	0 0%	10 100%
Parto vaginal	2 50%	2 50%	4 100%
Total	12 85,7 %	2 14,3 %	14 100%

Tabla 64: Resultados de los motivos de las visitas a urgencias del recién nacido a los 15 días del posparto.

Se repitió la misma pregunta a cada mujer en la entrevista de los 42 días, cuantas madres habían tenido que acudir a urgencias con sus hijos.

En este caso se ha observado un total de 8 recién nacidos atendidos en algún servicio de urgencia fuera del protocolo habitual, 6 pertenecientes al grupo de cesárea y 2 al grupo de parto vaginal. ($p 0,271$).

PARTO REAL	URGENCIA RN 42		Total
	No	Si	
Cesárea	49 89,1%	6 10,9%	55 100%
Parto vaginal	53 96,4%	2 3,6%	55 100%
Total	102 92,7%	8 7,3%	110 100%

Tabla 65: Visitas posteriores a urgencias del recién nacido a los 42 días del puerperio.

Al analizar los motivos para asistir a urgencias, se vuelve a repetir el mismo patrón que en el caso de los 15 días. El 100 % de los niños que nacieron a través de una cesárea lo hicieron por el desarrollo de alguna complicación relacionada con la cesárea, mientras que el 50 % de los niños del grupo de parto vaginal, es decir 1, lo hicieron por problemas relacionados con el parto vaginal ($p>0,250$).

PARTO REAL	MOTIVO RN 42		Total
	Relacionado con parto vaginal/cesárea	No relacionado con parto vaginal/cesárea	
Cesárea	6 100%	0 0%	6 100%
Parto vaginal	1 50,0%	1 50,0%	2 100%
Total	7 87,5 %	1 12,5 %	8 100%

Tabla 66: Resultados de los motivos de las visitas a urgencias del recién nacido a los 42 días del posparto.

Por tanto, los niños nacidos a través de una cesárea tienen un riesgo aumentado de acudir a urgencias durante el puerperio por motivos relacionados con la cirugía en comparación con los niños que nacen a través de un parto vaginal. Aunque debido al reducido número de niños que presentan algún problema después del nacimiento, no se ha podido establecer una significación estadística para refutar esta afirmación.

3.7 APGAR AL MINUTO DE VIDA

De los 110 recién nacidos estudiados, la media general del apgar al minuto de vida ha sido de 8,46 con una mediana de 9, una desviación estándar de 1,578, un mínimo de 2 y un máximo de 10.

Si comparamos las cifras de apgar al minuto del grupo de parto real, nos encontramos que los recién nacidos por cesárea presentan una media de 8,44, con una desviación estándar de 1,782, un mínimo de 2 y un máximo de 10, con un percentil 25, 50 y 75 de 9 puntos. Los nacidos por parto vaginal presentan una cifra ligeramente más alta que los nacidos a través de una cesárea, siendo de 8,49, con una desviación estándar de 1,359, un mínimo de 3 y un máximo de 10, con un percentil 25, 50 y 75 de 9 puntos.

En contrapartida, si comparamos las cifras de apgar al minuto con la variable tipo de parto, la media es de 8,55 para el grupo de niños nacidos por cesárea con una desviación estándar de 1,956, un mínimo de 2 y un máximo de 10, con un percentil 25 de 8, un percentil 50 de 9 y un percentil 75 de 9. Una media de 8,44 para los nacidos por parto vaginal, con una desviación estándar de 1,359, un mínimo de 3 y un máximo de 10, con un percentil 25, 50 y 75 de 9. Por último la media de 8,08 para el grupo de madres que eligieron un parto vaginal pero se les realizó una cesárea, con una desviación estándar de 2,326, un mínimo de 2 y un máximo de 10, con un percentil 25 de 8, un percentil 50 de 9 y un percentil 75 de 9. En este caso la media más alta se encuentra en el grupo de niños nacidos por cesárea.

Para valorar el grado de adaptación a la vida extrauterina de los neonatos nacidos a través de una cesárea o de un parto vaginal se ha decidido dividir a los recién nacidos en dos grupos, aquellos con cifras inferiores a 5, es decir, con una peor o más dificultosa adaptación y los que cuentan con cifras iguales o superiores a 5 y por tanto con una mejor adaptación.

Al hacer esta comparación en el grupo de tipo de parto nos encontramos tan sólo con 4 niños con cifras por debajo de 5, uno perteneciente al grupo de cesárea, otro al de parto vaginal y los dos restantes al grupo de mujeres que eligen parto pero se les realiza una cesárea, quedando los porcentajes en 2,4 %, 1,8 % y 15,4 % respectivamente.

Por tanto el grupo de niños que nacen a través de una cesárea tras iniciarse el trabajo de parto tienen peor adaptación al minuto de vida, pero esta afirmación no se puede realizar con una significación estadística por el pequeño tamaño muestral ($p > 0,114$).

TIPO PARTO	APGAR 1 MIN		Total
	<5	>=5	
Cesárea	1	41	42
	2,4%	97,6%	100%
Parto vaginal	1	54	55
	1,8%	98,2%	100%
Elección parto pero cesárea	2	11	13
	15,4%	84,6%	100%
Total	4	106	110
	3,6%	96,4%	100%

Tabla 67: Apgar al minuto de vida del neonato en función del tipo de parto.

Al realizar la misma comparación con la variable parto real nos encontramos con 3 niños nacidos por cesárea con un apgar al minuto por debajo de 5 y con tan sólo un niño nacido por parto vaginal, quedando los porcentajes en 5,5 % y 1,8 % respectivamente ($p>0,618$).

PARTO REAL	APGAR 1 MIN		Total
	<5	>=5	
Cesárea	3	52	55
	5,5%	94,5%	100%
Parto vaginal	1	54	55
	1,8%	98,2%	100%
Total	4	106	110
	3,6%	96,4%	100%

Tabla 68: Apgar al minuto de vida del neonato en función del parto real.

En consecuencia, los niños nacidos por cesárea tienen cifras de apgar al minuto menores de 5, en comparación con los niños nacidos por parto vaginal. Sin embargo esta afirmación no tiene significación estadística ya que tan sólo 4 de los neonatos totales presentaron cifras de apgar al minuto inferior a 5 puntos.

3.8 APGAR A LOS CINCO MINUTOS DE VIDA

De los 110 recién nacidos estudiados, la media general del apgar a los 5 minutos de vida ha sido de 9,72 con una mediana de 10, desviación estándar de 0,744, un mínimo de 4 y un máximo de 10.

Si comparamos las cifras de apgar a los 5 minutos con la variable parto real, nos encontramos que los recién nacidos por cesárea presentan una media de 9,67, con una desviación estándar de 0,904, un mínimo de 4 y un máximo 10, con un percentil 25, 50 y 75 de 10. Los nacidos por parto vaginal presentan una cifra ligeramente más alta que los nacidos a través de una cesárea, siendo a media de 9,76, con una desviación estándar de 0,543, un mínimo de 8 y un máximo de 10, con un percentil 25, 50 y 75 de 10 puntos.

En contrapartida, si comparamos las cifras de apgar al minuto con la variable tipo de parto, la media es de 9,74 para el grupo de niños nacidos por cesárea, con una desviación estándar de 0,497, con un mínimo de 8 y un máximo de 10, con percentil 25 de 9, percentil 50 de 10 y percentil 75 de 10. La media es de 9,76 para los nacidos por parto vaginal, con una desviación estándar de 0,543, con un mínimo de 8 y un máximo de 10, con percentil 25, 50 y 75 de 10. Por último la media es de 9,46 para el grupo de madres que eligieron un parto vaginal pero se les realizó una cesárea, con una desviación estándar de 1,664, con un mínimo de 4 y un máximo de 10, con percentil 25, 50 y 75 de 10 puntos. En este caso la media más alta se encuentra en el grupo de parto vaginal.

Al igual que en el apartado anterior se ha utilizado el apgar a los 5 minutos de vida del recién nacido menor de 7 para valorar el grado de adaptación a la vida extrauterina de los neonatos nacidos a través de una cesárea o de un parto vaginal. Sin embargo tan sólo un niño de los 110 estudiados ha presentado una cifra por debajo de 7 por lo que no se ha podido establecer una relación estadística entre el tipo de parto y el apgar a los 5 minutos de vida.

3.9 PH ARTERIAL AL NACIMIENTO

Otro parámetro que se ha utilizado para valorar el estado del recién nacido al nacimiento es la cifra de pH y si existe algún tipo de relación con el tipo de parto.

La media general de la muestra estudiada es de 7,26, con una desviación estándar de 0,082, un mínimo de 6,82 y un máximo de 7,42, con un percentil 25 de 7,23, percentil 50 de 7,28 y un percentil 75 de 7,32.

Si medimos las cifras de pH en la variable parto real, la media es de 7,26 para el grupo de cesárea, con una desviación estándar de 0,093, con un mínimo de 6,82 y un máximo de 7,42, con percentil 25 de 7,25, percentil 50 de 7,28 y percentil 75 de 7,32. La media es de 7,27 para el grupo de parto vaginal, con una desviación estándar de 0,070, con un mínimo de 7,06 y un máximo de 7,40, con percentil 25 de 7,22, percentil 50 de 7,28 y percentil 75 de 7,33.

Si comparamos la cifra de pH en la variable tipo de parto, la sección de cesárea tiene una media de 7,28, con una desviación estándar de 0,071, con un mínimo de 7,05 y un máximo de 7,42, con un percentil 25 de 7,25, percentil 50 de 7,29 y percentil 75 de 7,32. La media es de 7,27 para los neonatos nacidos por un parto vaginal, con una desviación estándar de 0,070, con un mínimo de 7,06 y un máximo de 7,40, con un percentil 25 de 7,22, percentil 50 de 7,28 y percentil 75 de 7,33. La media es de 7,21 para el grupo de PVDC fallido, con una desviación estándar de 0,132, con un mínimo de 6,82 y un máximo de 7,34, con un percentil 25 de 7,18, percentil 50 de 7,27 y percentil 75 de 7,29.

El punto de corte que se ha establecido para comparar el pH con el tipo de parto corresponde a los datos encontrados en la bibliografía consultada. Esta cifra es de 7,20. Al estudiar los niños que al nacimiento presentaron cifras de pH menores de 7,20 en la variable parto real, nos encontramos con 14 niños que cumplan esta característica, 6 pertenecen a los nacidos a través de una cesárea y 8 a los nacidos a través de un parto vaginal (10, 9 % frente 14,5 % respectivamente $p>0,776$).

PARTO REAL	PH		Total
	<7.20	>=7.20	
Cesárea	6 10,9%	49 89,1%	55 100%
Parto vaginal	8 14,5%	47 85,5%	55 100%
Total	14 12,7%	96 87,3%	110 100%

Tabla 69: Cifras de pH al nacimiento del recién nacido en función del parto real.

Sin embargo, al comparar este parámetro con la variable tipo de parto, nos encontramos que las divisiones cambian con 2 neonatos en el grupo de cesárea, 8 en el grupo de parto vaginal y 4 en el grupo de PVDC fallido (4,8 %, 14,5 % y 30,5 % $p < 0,037$). En este caso si se encuentra evidencia estadística.

TIPO PARTO	PH		Total
	<7.20	>=7.20	
Cesárea	2 4,8%	40 95,2%	42 100%
Parto vaginal	8 14,5%	47 85,5%	55 100%
Elección parto pero cesárea	4 30,8%	9 69,2%	13 100%
Total	14 12,7%	96 87,3%	110 100%

Tabla 70: Cifras de pH al nacimiento del recién nacido en función del tipo de parto.

Por la tanto, los niños nacidos con una cesárea tras iniciarse el trabajo de parto tienen más posibilidades de tener una cifra de pH inferior a 7,20 al nacimiento.

3.10 REANIMACIÓN NEONATAL

Al valorar los neonatos que han necesitado algún tipo de reanimación y si existe alguna conexión con el tipo de parto, nos encontramos que la gran mayoría de niños no han necesitado ningún soporte de reanimación. Por tanto 91 recién nacidos no han necesitado ser reanimados en el nacimiento, el 82,7 % del total.

Entre los neonatos que han necesitado reanimación nos encontramos con 9 que han necesitado una reanimación leve-moderada (REA 1 y 2) y 10 que han necesitado una reanimación más intensa (REA 3 y 4). En este caso no se ha encontrado una relación clara entre la necesidad de reanimación y el parto real. ($p > 0,868$).

PARTO REAL	REANIMACIÓN			Total
	0	1-2	3-4	
Cesárea	45	4	6	55
	81,8%	7,3%	10,9%	100%
Parto vaginal	46	5	4	55
	83,6%	9,1%	7,3%	100%
Total	91	9	10	110
	82,7%	8,2%	9,1%	100%

Tabla 71: Tipo de reanimación en función del parto real.

Se ha intentado establecer una relación entre el nivel de reanimación y el tipo de parto sin poder llegar a una significación estadística ($p > 0,884$). En este caso nos encontramos en el grupo de REA 1-2, 3 niños que han nacido por cesárea, 5 por parto vaginal y 1 por PVDC fallido. En el grupo de REA 3-4 nos encontramos con 4 niños nacidos por cesárea, 4 por parto vaginal y 2 por PVDC fallido.

No se ha podido demostrar una relación entre el tipo de parto y la necesidad de reanimación del recién nacido debido a los pocos niños que han necesitado algún tipo de maniobra, tan sólo el 17,3 % del total.

TIPO PARTO	REANIMACIÓN			Total
	0	1-2	3-4	
Cesárea	35	3	4	42
	83,3%	7,1%	9,5%	100%
Parto vaginal	46	5	4	55
	83,6%	9,1%	7,3%	100%
Elección parto pero cesárea	10	1	2	13
	76,9%	7,7%	15,4%	100%
Total	91	9	10	110
	82,7%	8,2%	9,1%	100%

Tabla 72: Tipo de reanimación en función del tipo de parto.

3.11 PESO DEL RECIÉN NACIDO

La media total del peso fetal de toda la muestra es de 3353 gramos de peso, con una desviación estándar de 412 gramos de peso, un mínimo de 2510 y un máximo de 4400, con un percentil 25 de 3047, un percentil 50 de 3420 y un percentil 75 de 3632.

Cuando se compara el peso fetal con la variable parto real, no encontramos con los siguientes estadísticos descriptivos. Para el grupo de cesárea el peso medio fetal es de 3465 gramos, con una desviación estándar de 341 gramos, un mínimo de 2680 gramos y un máximo de 4400 gramos, con percentil 25 de 3230 gramos, percentil 50 de 3490 gramos y percentil 75 de 3680 gramos. En el grupo de parto vaginal la media de peso fetal es de 3241 gramos, con una desviación estándar de 447 gramos, un mínimo de 2510 gramos y un máximo de 4320 gramos, con percentil 25 de 2855 gramos, percentil 50 de 3160 gramos y percentil 75 de 3550 gramos.

Para intentar establecer una relación entre el peso fetal y la variable parto real y explicar la distribución de los pesos fetales en ambos grupos, se ha realizado la prueba T para la igualdad de medias. En este caso, los recién nacidos a través de una cesárea tienen un peso mayor que los nacidos con un parto vaginal, con un diferencia de 224,5 gramos ($p < 0,004$ IC 95% 73,9-375,1).

Cuando medimos los valores de los estadísticos descriptivos en la variable tipo de parto, la media del peso fetal en el grupo de cesárea programada es de 3457 gramos, con una desviación estándar de 329 gramos, un mínimo de 2680 gramos y un máximo de 4400 gramos, con percentil 25 de 3245 gramos, percentil 50 de 3475 gramos y percentil 75 de 3610 gramos. La media del grupo de PVDC es de 3241 gramos de peso, con una desviación estándar de 447 gramos, un mínimo de 2510 gramos y un máximo de 4330 gramos, con percentil 25 de 2855 gramos, percentil 50 de 3160 gramos y percentil 75 de 3550 gramos. Por último, la media del grupo de PVDC fallido es de 3491 gramos de peso, con una desviación estándar de 391 gramos, un mínimo de 2860 gramos y un máximo de 4000 gramos, con percentil 25 de 3105 gramos, percentil 50 de 3680 gramos y percentil 75 de 3832 gramos.

Al igual que en la variable parto real, se ha intentado explicar la distribución de los pesos fetales al nacimiento de los nacidos a través de una cesárea, con un parto vaginal y con un PVDC fallido. En este caso se ha aplicado la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis de muestras independientes. Se ha encontrado una diferencia estadísticamente

significativa entre el peso de los niños del grupo de madres con un parto vaginal tras cesárea previa y los niños del grupo de madres con una cesárea iterativa ($p < 0,035$). La media de los pesos fetales de los neonatos nacidos a través de una cesárea es más elevada que la de los niños nacidos por parto vaginal, con una diferencia de 216,5 gramos ($p < 0,05$ IC 95 % 24,6-408,3).

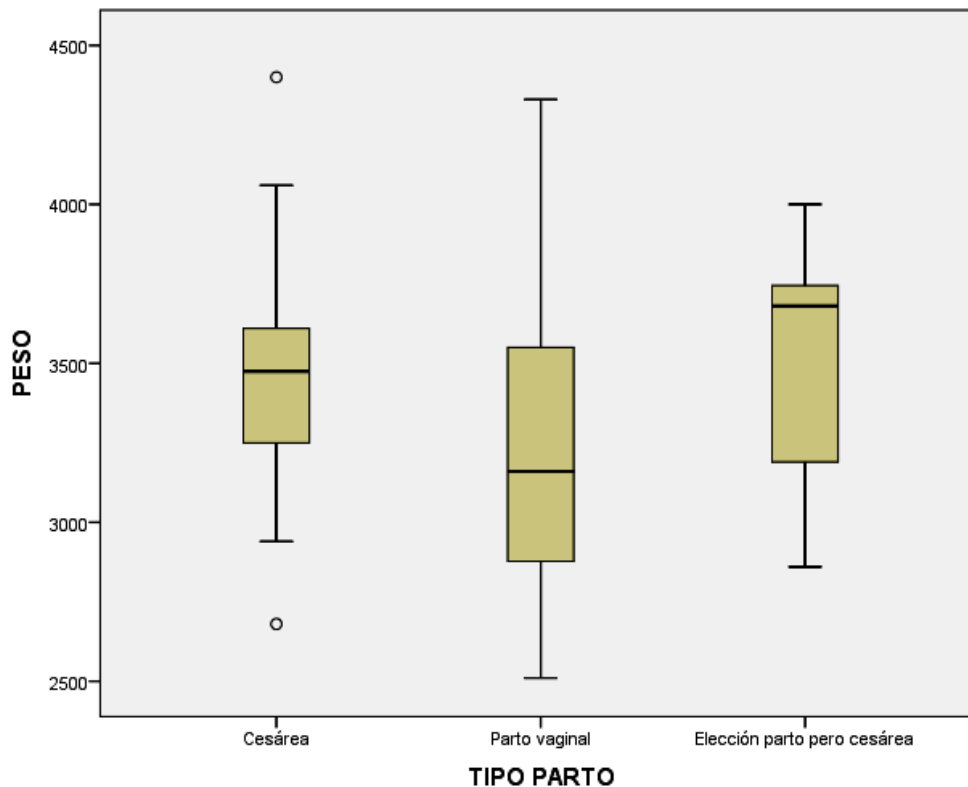


Figura 44: Relación del peso fetal en la variable tipo de parto.

Cada nodo muestra el rango de media de muestras de TIPO PARTO.

Muestra1-Muestra2	Prueba estadística	Error típico	Desv. Prueba estadística	Sig.	Sig. ady.
Parto vaginal-Cesárea	16,474	6,536	2,521	,012	,035
Parto vaginal-Elección parto pero cesárea	-20,392	9,836	-2,073	,038	,114
Cesárea-Elección parto pero cesárea	-3,918	10,123	-,387	,699	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula que las distribuciones de la Muestra 1 y la Muestra 2 son las mismas. Se muestran las significancias asintóticas (pruebas de 2 caras). El nivel de significancia es ,05.

Tabla 73: Resultados de la prueba Kruskal-Wallis sobre la distribución de los pesos fetales en la variable tipo de parto.

Como ya se comentó anteriormente, en la bibliografía consultada se indica que el peso fetal debería ser un indicador en el proceso de decisión entre una cesárea o un parto vaginal ya que pesos fetales por encima de 4000 gramos están relacionados con fracaso del trabajo de parto.

En la población estudiada tan sólo se han registrado 6 neonatos con un peso al nacer igual o superior a 4000 gramos por lo que no se ha podido demostrar que la macrosomía fetal pueda influir en el fracaso del trabajo de parto.

TIPO PARTO	Peso		Total
	<4000	>=4000	
Cesárea	39 92,9%	3 7,1%	42 100%
Parto vaginal	53 96,4%	2 3,6%	55 100%
Elección parto pero cesárea	12 92,3%	1 7,7%	13 100%
Total	104 94,5%	6 5,5%	110 100%

Tabla 74: Peso del recién nacido en función del tipo de parto.

4. MORBILIDADES GENERALES

Tras analizar una a una cada variable de estudio se ha decidido agrupar cada variable en dos grupos, morbilidad general materna y morbilidad general neonatal, para poder establecer un porcentaje global de cada grupo y de esta manera intentar establecer una comparación entre el PVDC y la cesárea iterativa.

4.1 MORBILIDAD GENERAL MATERNA

La morbilidad materna general se ha estudiado a través de la agrupación de las siguientes variables:

- Presencia de complicaciones hemorrágicas.
- Presencia de lesiones viscerales.
- Presencia de infección durante el proceso.
- Estancia hospitalaria mayor de dos días para el parto vaginal y de cuatro días para la cesárea.
- Dolor y toma de analgesia al alta hospitalaria.
- Dolor y toma de analgesia a los 15 días.
- Dolor y toma de analgesia a los 42 días.

Al estudiar las mujeres que han presentado algún tipo de complicación durante todo el proceso y su capacidad de recuperación ante tales adversidades, observamos que 30 mujeres han tenido problemas.

De todas ellas, 19 se encuentran en el grupo de cesárea y 11 en el grupo de parto vaginal, por lo que las mujeres que optan por una cesárea iterativa tienen un riesgo mayor de tener algún tipo de morbilidad que las mujeres que eligen un PVDC (34,5 % frente al 20 % $p > 0,133$), pero sin establecer una diferenciación estadística.

MORBILIDAD MATERNA: PARTO REAL

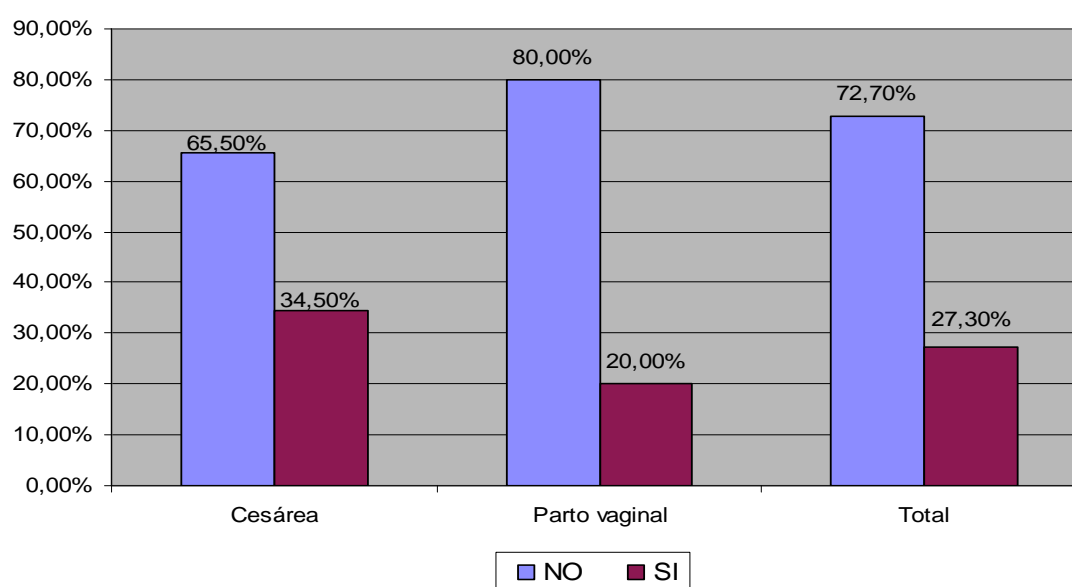


Figura 45: Morbilidad materna en función del parto real.

La realidad cambia cuando se añade el grupo de mujeres que han elegido parto vaginal y se les realiza una cesárea.

En este caso, de las 30 mujeres con complicaciones, a 11 mujeres se les realizó una cesárea, a 11 se les realizó un parto vaginal y a 8 a pesar de haber elegido un parto vaginal se les tubo que realizar una cesárea, por lo que se observa una clara diferenciación de las mujeres con un PVDC fallido. (26,2 %, 20 %, 61,5 % respectivamente $p < 0,015$).

MORBILIDAD MATERNA: TIPO PARTO

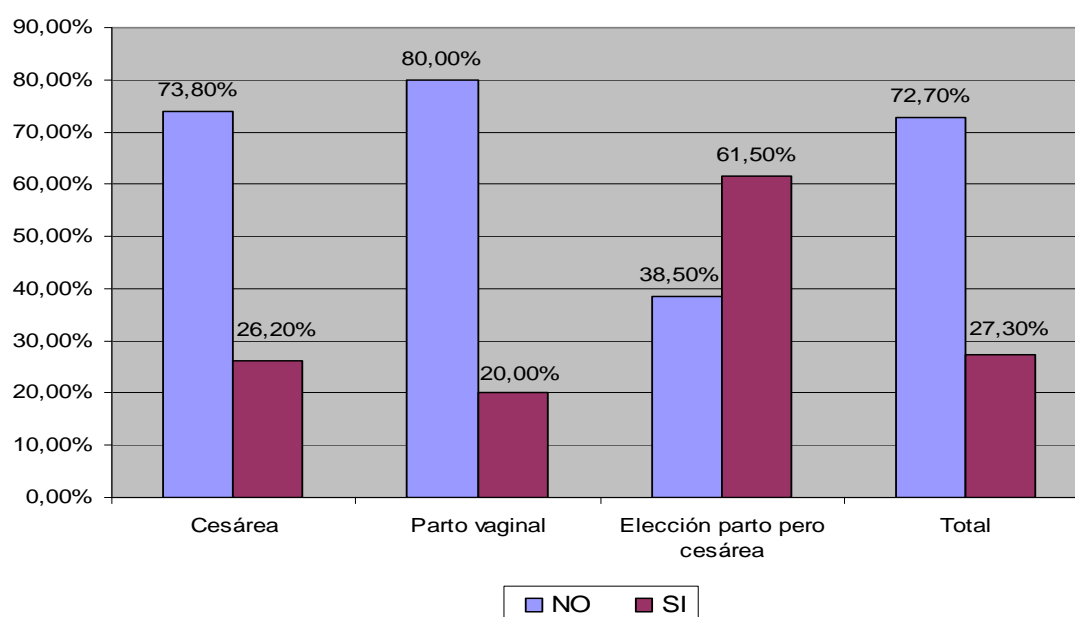


Figura 46: Morbilidad materna en función del tipo de parto.

En conclusión las mujeres que inician un parto vaginal pero por diversas circunstancias es necesario la realización de una cesárea tienen un riesgo mayor de padecer complicaciones, con una recuperación más lenta y dolorosa. Nivel de significancia $p < 0,05$.

4.2 MORBILIDAD GENERAL NEONATAL

La morbilidad neonatal general se ha estudiado a través de la agrupación de las siguientes variables:

- Presencia de distrés respiratorio al nacimiento.
- Presencia de algún tipo de infección neonatal durante las primeras 48 horas de vida.
- Ingreso del recién nacido en la unidad de neonatología.

- Apgar al minuto de vida menor de 5 puntos.
- Apgar a los cinco minutos de vida menor de 7 puntos.
- pH arterial al nacimiento menor de 7,20.
- Necesidad de reanimación neonatal con puntuación de III y IV.

Al comparar estas variables con el parto real, nos encontramos con que 27 niños han presentado estas complicaciones, 12 pertenecientes al grupo de cesárea y 15 al grupo de parto vaginal sin poder establecer una diferenciación estadísticamente significativa entre ambos grupos. (21,8 % y 27,3 % respectivamente $p > 0,658$).

Sin embargo la situación cambia cuando comparamos la morbilidad neonatal general con el tipo de parto. De los 27 niños que presentan problemas en el nacimiento 6 pertenecen al grupo de cesárea, 15 al grupo de parto vaginal y 6 al grupo PVDC fallido (14,3 %, 27,3 %, 46,2 % respectivamente $p > 0,059$).

En conclusión las madres que inician un trabajo de parto pero se les realiza una nueva cesárea, tienen un porcentaje mayor de que sus hijos presenten algún tipo de morbilidad neonatal con una diferenciación clara respecto a los otros dos grupos.

MORBILIDAD NEONATAL: PARTO REAL

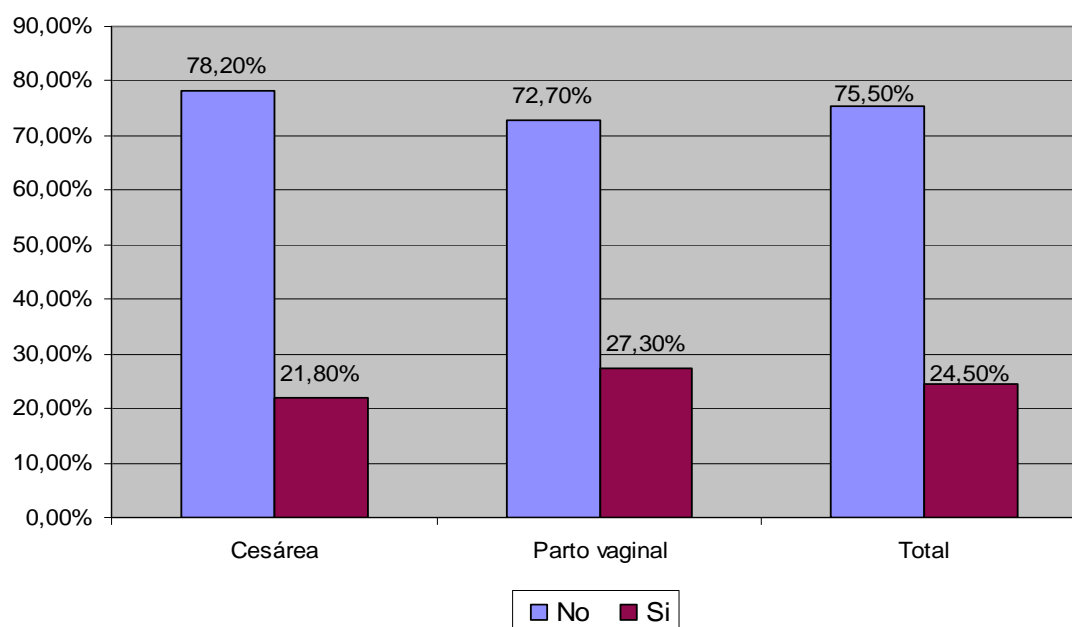


Figura 47: Morbilidad neonatal en función del parto real.

MORBILIDAD NEONATAL: TIPO PARTO

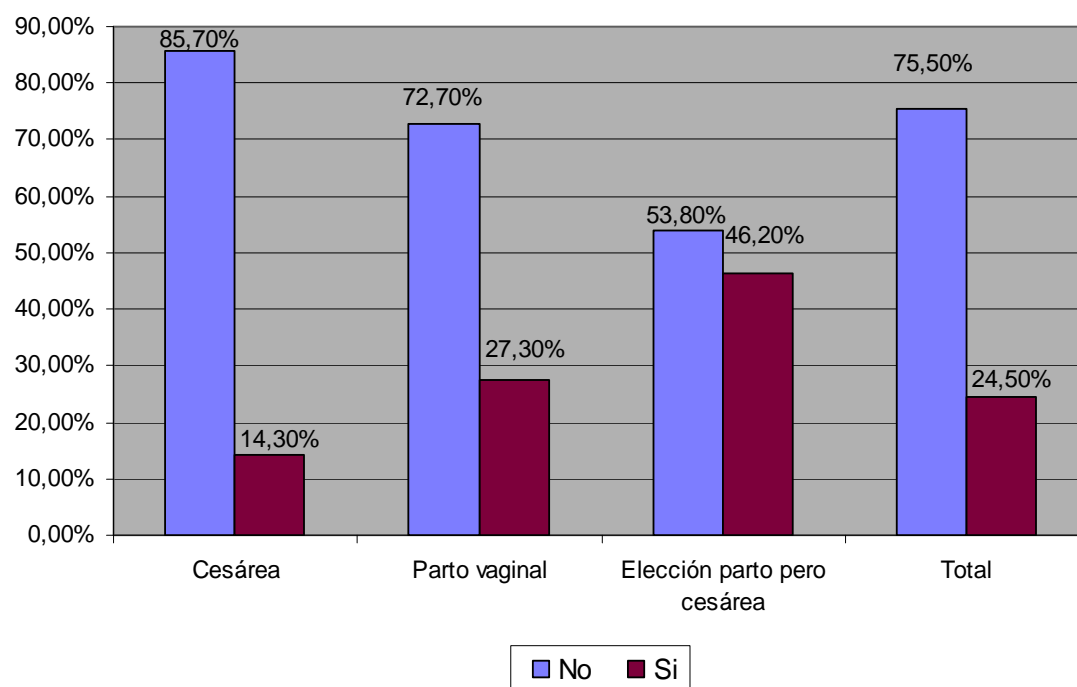


Figura 48: Morbilidad neonatal en función del tipo de parto.

DISCUSIÓN



DISCUSIÓN

Decidir entre un trabajo de parto y una cesárea programada después de una cesárea previa es un problema complejo porque ambas opciones tienen ventajas y desventajas. La decisión implica dos pacientes, la madre y el bebé, por lo se puede producir un conflicto de salud importante.

La morbilidad asociada con el PVDC frente a la cesárea de repetición se debe discutir con las mujeres que consideran un PVDC. Varios estudios han comparado la tasa de morbilidad materna y neonatal en las mujeres que deciden intentar un PVDC con las mujeres cuya elección es una cesárea de repetición.

Según la bibliografía consultada, las mujeres con un parto vaginal exitoso tienen mejores resultados que aquellas que deciden someterse a una cesárea iterativa. Por tanto es importante conocer el porcentaje de mujeres que intentan un parto vaginal y lo consiguen. En un estudio realizado por Mezt TD en 2012 se estima esta proporción entre el 60% y el 80 % (94). En una revisión de la literatura publicada en Uptodate y actualizada en septiembre del 2013 por Cunningham FG, se considera que el 60%-80% de las mujeres que intentan un trabajo de parto después de una cesárea tendrán un parto vaginal exitoso (27). Crowther CA escribe en su artículo publicado en marzo del 2012 que para las mujeres que intentan un parto vaginal, la posibilidad de lograr el parto vaginal se ha informado de forma variable entre el 56% y 80% (95). En nuestro estudio, de las 110 mujeres observadas 68 mujeres optaron por un parto vaginal, de estas 55 consiguieron tener un PVDC satisfactorio con una tasa de éxito del 80,88 %, un porcentaje un poco más elevado que la bibliografía consultada.

FRECUENCIA ÉXITO PVDC	
Mezt TD, 2012	60 % - 80 %
Cunningham FG, 2013	60 % - 80 %
Crowther CA, 2012	56 % - 80 %
Mozo EG, 2014	80,88 %

Tabla 75: Frecuencia de éxito del PVDC entre las mujeres que optaron por un parto vaginal.

1. MORBILIDAD MATERNA

Para que las mujeres tengan una visión amplia a la hora de elegir entre un parto vaginal o una nueva cesárea es importante que conozcan los riesgos y beneficios de ambas opciones y la evolución de su recuperación en el tiempo. En este estudio además de observar las complicaciones derivadas de cada intervención, se ha seguido en el tiempo la recuperación de cada mujer durante el puerperio, con dos entrevistas a los 15 y 42 días postparto.

Uno de los objetivos principales de esta investigación es ofrecer a las mujeres un enfoque diferente sobre todas sus opciones, de la aparición de complicaciones tanto físicas como psicológicas posteriores y de cómo estos problemas evolucionan en el tiempo. En este estudio la morbilidad materna se ha definido como la suma de varios factores, no sólo como el estudio de las complicaciones físicas que surgen ante una opción u otra. Los factores añadidos por esta investigación, presentados en pocos documentos consultados en la bibliografía reciente y que no se han encontrado en ningún artículo estudiados en su conjunto son:

- Los días de hospitalización y las visitas posteriores a algún servicio de urgencia fuera del protocolo habitual.
- La presencia de dolor durante todo el proceso, el motivo por el que se presenta el dolor y el tratamiento que han recibido las mujeres en cada caso.
- El grado de satisfacción materna durante todo el proceso y de la información que han recibido para tomar su decisión por parte de los profesionales sanitarios de nuestro hospital.
- Si la decisión de elegir entre un PVDC o una cesárea iterativa puede ser el desencadenante del inicio de una depresión puerperal.
- El grado de calidad de vida y de recuperación postparto entre las mujeres con un parto vaginal frente a una nueva cesárea.

Con respecto a las complicaciones físicas que surgen tras una cesárea anterior, en este estudio se ha observado una tasa de rotura uterina de 1,8 %, de dehiscencia uterina de 1,8 % y de atonía uterina del 2,7 %.

Si comparamos estos datos con un estudio realizado en Italia en 2012 se puede observar ligeras diferencias en los porcentajes, siendo en este caso la

tasa de rotura uterina del 0,6 %, la de dehiscencia uterina del 2,3 % y la de atonía uterina del 1,7 % (14).

	Mozo EG, 2014	Fruscalzo A, 2012
ROTURA UTERINA	1,8 %	0,6 %
DEHISCENCIA UTERINA	1,8 %	2,3 %
ATONÍA UTERINA	2,7 %	1,7 %

Tabla 76: Comparación entre estudios de las complicaciones hemorrágicas.

Uno de los objetivos más destacado de cualquier investigación de la morbilidad de un PVDC, es determinar la frecuencia de rotura uterina, ya que se desconoce la frecuencia exacta de esta patología después del parto por cesárea. En estudios y revisiones consultadas, la tasa de rotura uterina durante el trabajo de parto después de una cesárea se establece en torno a un 1 % aproximadamente (35). En un metanálisis realizado en la base de datos Uptodate en septiembre del 2013 por Lang CT, se establece la incidencia global de rotura uterina en mujeres con un parto por cesárea previo entre un 0,3 % a 1 % (32). En un estudio prospectivo observacional realizado por Rozenberg et al., realizado en 1996, la frecuencia de rotura uterina después del parto por cesárea fue de 2,3 % y la de dehiscencia uterina del 1,6 %, con una frecuencia total de “defecto uterino” del 3,9% (35). Los datos obtenidos en este estudio son similares a los aportados por la literatura consultada.

	ROTURA UTERINA	DEHISCENCIA UTERINA
Lang CT, 2013	0,3 % - 1 %	-
Rozenberg et al, 1996	2,3 %	1,6 %
Valentin L, 2013	1 %	-
Mozo EG, 2014	1,8 %	1,8 %

Tabla 77: Comparación entre estudios de la incidencia de rotura y dehiscencia uterina.

Otro dato a tener en cuenta es la posibilidad de lesión de vejiga que se produce al realizar una nueva cesárea. En este estudio se han encontrado cuatro casos de lesión vesical en cuatro mujeres que experimentaron un PVDC fallido, con lo que la tasa de riesgo de accidente vesical en esta investigación es de 3,6 %. La incidencia de lesión vesical que se impuso en una cohorte de 14.757 cesáreas realizadas en una gran centro académico en Rhode Island en un Período de siete años, fue del 0,28 %(48). Silver et al, también encontró que la tasa de aumento de cistotomía con el número de repetición de cesáreas, de 0,13 % para la cesárea primaria a 0.28 % en la segunda cesárea(48). La diferencia encontrada en la bibliografía es bastante amplia con respecto a los resultados obtenidos en este estudio.

<i>LESIÓN VESICAL</i>	
Lyell DJ, 2011	0,28 %
Mozo EG, 2014	3,6 %

Tabla 78: Comparación entre estudios de la incidencia de lesión vesical.

Tras revisar la literatura disponible se plantearon varios temas que no trataba ningún estudio y que como matrona encontraba importantes para el cuidado y la atención continuada de las mujeres. Se decidió realizar una valoración del dolor, su evolución a lo largo de la cuarentena y las veces que las madres y sus hijos visitaban algún servicio de urgencia, junto con los motivos que les habían llevado a acudir de nuevo al hospital o centro de salud. Como se ha podido ver en los resultados obtenidos, las madres que eligen un parto vaginal en vez de una cesárea sufren menos dolor con una evolución más corta y necesitan tomar menos analgésicos para paliar el dolor. Además acuden menos a los servicios de urgencias por problemas relacionados con el parto vaginal, por lo que su recuperación es más adecuada y sufren menos complicaciones.

Junto con todos estos datos, en esta investigación se ha encontrado una clara diferenciación entre los días que permanece ingresada una mujer tras un PVDC y una cesárea de repetición. En el caso de la cesárea la estancia media es de 4,13 días y del parto vaginal es de 2,29 días. En un estudio publicado en España en 2002 por Cost F, se cita como días de

hospitalización media de 2,9 para el parto vaginal y de 5,5 para la cesárea(42). En el último informe publicado por el ministerio de sanidad, se establece una media de ingreso para la cesárea de 4,6 días y para el parto vaginal de 2,75 días, datos muy similares a los obtenidos en esta investigación(20)

<i>DÍAS HOSPITALIZACIÓN</i>	<i>Cesárea</i>	<i>Parto vaginal</i>
Cost F, 2002	5,5	2,9
Ministerio Sanidad 2013	4,6	2,75
Mozo EG, 2014	4,13	2,29

Tabla 79: Comparación entre estudios de los días promedio de hospitalización materna.

En otro artículo consultado y publicado en 2011 por Lyell DJ, se estima que el 2,8 % de las mujeres que optan por una cesárea de repetición después de una cesárea anterior necesitarán más de cinco días de hospitalización para su recuperación tras la intervención(48).

En nuestro estudio el 2,7 % de las cesáreas necesitaron una hospitalización mayor de cinco días por problemas derivados de la cirugía, cifra que coincide con la bibliografía consultada.

<i>CESÁREA</i>	<i>Más de 5 días de hospitalización</i>
Lyell DJ, 2011	2,8 %
Mozo EG, 2014	2,7 %

Tabla 80: Comparación entre estudios de los días promedio de hospitalización en las cesáreas.

También se han comparado los datos obtenidos en esta investigación sobre la presencia de dolor tras el parto vaginal o la cesárea, con un estudio realizado en 2005 por Dunn. En este artículo la mayoría de las mujeres se mostraron satisfechas con su alivio del dolor. Sin embargo, casi la mitad de las mujeres del grupo de cesárea programada encontró su dolor postquirúrgico más intenso, mientras que sólo 6 % de las mujeres del grupo de PVDC considera su dolor más leve después del parto vaginal(45). En nuestro estudio, el 47,3 % de las mujeres con una cesárea iterativa identifican su dolor con un grado más intenso y el 7,3 % de las mujeres con un PVDC lo hacen de una manera más leve, por lo que nuestros resultados coinciden con los encontrados por Dunn en el 2005. Sin embargo, no se ha encontrado ningún artículo que valore este dolor más allá del tiempo de hospitalización de la puérpera, por lo que este estudio ofrece una visión más amplia sobre la evolución de dolor tras un PVDC o una cesárea iterativa.

<i>DOLOR</i>	<i>Cesárea</i>	<i>Parto vaginal</i>
Dunn S, 2005	50%	6 %
Mozo EG, 2014	47,3 %	7,3 %

Tabla 81: Comparación entre estudios del dolor tras el PVDC o la cesárea electiva.

Pocas investigaciones han valorado la satisfacción de las mujeres con el antecedente de cesárea anterior que han elegido un parto vaginal o una cesárea de repetición, pero todos los estudios consultados coinciden en que las mujeres que optan por un parto vaginal en vez de por una cesárea experimentan mayor grado de satisfacción(44,45). En otro estudio publicado en España en el 2013 por matronas de un hospital de Madrid se remarca que existe una menor satisfacción del parto en el caso de nacimiento por cesárea, además se ha visto que la satisfacción de las mujeres disminuye en cesáreas no planificadas, como ocurre en el PVDC fallido(96).

También se remarca en esta investigación, la importancia de la valoración de la satisfacción materna tras el parto como una de las partes de la atención continuada que presta la matrona a la mujer(96).

En nuestro estudio queda patente un ligero aumento de la satisfacción en general de las mujeres que presentan un parto vaginal sobre las que tienen una cesárea. No sólo se ha medido la satisfacción global de cada mujer, sino que se ha llevado a cabo un estudio pormenorizado de cada factor que influye sobre la experiencia materna. Estos resultados sugieren que la valoración de la satisfacción puede ser un método adecuado para estimar si las gestantes están satisfechas con su modo de parto, si la información que se les aporta es suficiente y adecuada para poder tomar una decisión lo más personalizada posible y si han tenido una atención sanitaria apropiada durante todo el proceso. Asimismo, la matrona puede ser el personal sanitario adecuado para detectar y valorar aquellos aspectos en los que la experiencia de la mujer ha sido más negativa, con el fin de iniciar una actuación multidisciplinar para evaluar o corregir aquellas circunstancias que han sido más relevantes durante todo el proceso, disminuir la repercusión sobre el bienestar de la nueva madre y prevenir posibles alteraciones en el estado de ánimo de la puérpera, con el objetivo de mejorar la atención continuada, orientando a futuras gestantes con el antecedente de una cesárea anterior hacia un parto vaginal o una cesárea(44).

Un aspecto importante de esta investigación es la valoración de la calidad de vida y de la recuperación tanto física como mental de las mujeres después del PVDC o de la cesárea electiva a través del cuestionario SF-36. Realizar esta valoración se planteó debido a la existencia de muchos estudios que evalúan diferentes problemas físicos resultantes de un parto vaginal normal y de una cesárea, pero pocos artículos que centren su investigación en la salud integral de las mujeres, como por ejemplo la calidad de vida. Los resultados de este estudio, aunque limitados, podrían contribuir a una mejor comprensión de la salud materna posterior al parto(85).

Según la bibliografía consultada se pueden apreciar diferencias entre la salud relacionados con la calidad de vida entre las mujeres después del parto vaginal y la cesárea. En este estudio, en la evaluación llevada a cabo en la tercera entrevista a las 6 semanas después del parto, las mujeres con un parto vaginal obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en las escalas del componente de salud física y en las subescalas de salud mental y vitalidad, en comparación con las madres después de la cesárea(85).

Estos resultados podrían indicar que el parto vaginal a corto plazo podría ser un factor protector de la depresión postparto. Hay una amplia franja de prevalencia de la depresión postparto en las mujeres de diferentes países.

Una revisión de 143 estudios procedentes de 40 países demostró que la prevalencia reportada para la depresión posnatal puede oscilar desde casi el 0 % al 60 %. La depresión postparto se asocia con problemas en la relación materno-filial, que a su vez puede tener un efecto adverso sobre el desarrollo del niño, tanto a nivel cognitivo como emocional. La evidencia reciente indica que existen diferencias significativas en la depresión postparto entre las mujeres que tuvieron un parto vaginal o una cesárea. Además de por el tipo de parto, la depresión puerperal puede verse influida por otros factores como los relacionados con la madre (cantidad de pérdida de sangre durante el alumbramiento, la duración de la gestación, si es la primera gestación o la presencia de condiciones comórbidas) y del recién nacido (su estado de salud, el género y el peso)(85).

Sin embargo, con la muestra obtenida en este estudio, no se han apreciado diferencias significativas entre el tipo de parto y el desarrollo de depresión puerperal, pero si se han apreciado cifras más altas en la escala de detección de esta patología en las madres que optaron por una cesárea de repetición.

Se han comparado los resultados de esta investigación con un estudio realizado en 2009 por matronas de Irán donde se compara la calidad de vida de las mujeres con un PVDC o con una cesárea iterativa, a través del cuestionario SF-36 en la semana 6-8 del postparto(85).

Mozo EG, 2014	CESÁREA	PARTO VAGINAL
FUNCIÓN FÍSICA	91,36	98,91
ROL FÍSICO	84,82	95,91
DOLOR CORPORAL	75,77	91,23
SALUD GENERAL	83,55	87,59
VITALIDAD	72,31	77,30
FUNCIÓN SOCIAL	77,86	89,41
ROL EMOCIONAL	94,55	98,18
SALUD MENTAL	79,25	86,75

Tabla 82: Resultados cuestionario SF-36 en función del parto real.

Torkan B, 2009	CESÁREA	PARTO VAGINAL
FUNCIÓN FÍSICA	77,2	79,5
ROL FÍSICO	33	42,5
DOLOR CORPORAL	62,1	62,8
SALUD GENERAL	77,8	73,1
VITALIDAD	54,4	62,9
FUNCIÓN SOCIAL	63,2	68,2
ROL EMOCIONAL	38	50,6
SALUD MENTAL	66,7	75,1

Tabla 83: Resultados cuestionario SF-36 en el estudio realizado por Torkan B(85).

En estas dos gráficas se puede observar las medias de las subescalas de ambos estudios. Aunque existe una diferenciación en cuanto a las puntuaciones, siendo claramente más altas en nuestro estudio, se observa una clara tendencia a deducir que el grupo de parto vaginal ofrece cifras de calidad de vida mayores que el grupo de cesárea(85).

Otro dato importante, es la percepción de las mujeres por su salud en el momento en el que se las realizó la escala SF-36. Este parámetro se mide a través de la subescala salud notificada. En este estudio se demuestra que las mujeres pertenecientes al grupo de parto vaginal consideran que su salud actual es mejor o igual que la de hace un año, mientras que las mujeres con una cesárea de repetición consideran que su salud actual comparada con la de hace un año es peor.

Se argumenta que las madres después del parto experimentan ciertos problemas de salud físicos que pueden afectar su calidad de la vida, el futuro de su propia salud y la salud de sus hijos. Sin embargo, la salud física de la madre después del parto es relativamente descuidada tanto en la investigación como en la práctica, existiendo pocos estudios que realicen un seguimiento de la recuperación de las mujeres tras el parto. En esta investigación se ha realizado un seguimiento de las mujeres durante el puerperio a través de dos entrevistas, mostrándose un significativo mayor funcionamiento físico después del parto vaginal que de la cesárea. Por

tanto, a las 6 semanas del postparto las mujeres que optaron por un parto vaginal presentan una recuperación mejor y más rápida que las mujeres que eligieron una cesárea de repetición. Estos resultados coinciden con los hallazgos recientes de otros investigadores, donde en un estudio de 141 madres se ha demostrado que el período promedio de llegar a la recuperación física total fue de 3 semanas para el parto vaginal y de 6 semanas para la cesárea electiva(85).

La cesárea no es simplemente un modo de dar a luz, es también una operación y al igual que cualquier otro tipo de cirugía puede causar problemas de salud. Además aumenta la incidencia de complicaciones quirúrgicas y problemas derivados de la hospitalización. También produce un problema financiero sobre la familia y sobre la sociedad en general. En un estudio llevado a cabo en el 2007 por enfermeras norteamericanas, que comparó el sueño y el cansancio posparto temprano en madres después de una cesárea o un parto vaginal, se concluyó que las madres con parto vaginal tenían menos hospitalizaciones y un tiempo total de sueño más elevado. En este estudio también encontraron que las madres que optaron por un parto vaginal tuvieron una mejor calidad de vida relacionada con la salud con puntuaciones más altas en el cuestionario SF- 36(85).

2. MORBILIDAD NEONATAL

Cuando una mujer con una cesárea anterior tiene que tomar la decisión de elegir entre un PVDC o una nueva cesárea se enfrenta a una difícil decisión ya que además de estar en juego su propia salud, también lo está la de su futuro hijo.

La mayoría de las mujeres que inician un trabajo de parto tendrán un parto vaginal exitoso y sus hijos serán sanos. Sin embargo, una minoría de las mujeres sufre graves consecuencias negativas debido a un trabajo de parto que acaba en una cesárea o por el hecho de repetir la cesárea. Aunque tanto el PVDC fallido como el parto por cesárea se asocian con riesgos maternos, las tendencias de aumento de los partos por cesárea están impulsadas en parte, por el temor al riesgo que el PVDC tiene para el feto. La complicación más preocupante del PVDC en la madre es rotura uterina, que se ha asociado con la muerte fetal o una sustancial morbilidad neonatal. Por la tanto es difícil determinar los riesgos y beneficios tanto del PVDC como de la cesárea electiva para el neonato. Con esta investigación se pretende valorar los resultados neonatales tras un PVDC o una cesárea iterativa, enfatizando la información que las gestantes necesitan para tomar decisiones con respecto al modo de parto después de una cesárea previa y

buscar áreas donde los estudios futuros podrían proporcionar importantes conocimientos(41).

En una revisión realizada en 2008 se afirma que no existen datos suficientes sobre los que basar conclusiones en relación con las tasas de morbilidad neonatal entre cesárea electiva planificada y el parto vaginal planificado. Sin embargo, los datos existentes indican que el parto por cesárea electiva se asocia con un mayor riesgo de recién nacidos con problemas respiratorios y potencialmente la disminución del riesgo de sepsis neonatal, hemorragia intracraneal y asfixia intraparto(29). En otra revisión realizada en 2011 se establece que aunque los estudios observacionales que existen indican un mayor riesgo de morbilidad perinatal y neonatal, se aconseja realizar nuevas investigaciones sobre los resultados a corto plazo relacionados con el PVDC y la cesárea electiva, tales como ingresos a la unidad neonatal y la morbilidad respiratoria que sirvan como guía a los profesionales sanitarios y a las gestantes en la elección del método óptimo de nacimiento(41).

En otra revisión realizada en 2013 se determina que hay poca o ninguna evidencia en los resultados neonatales a corto y largo plazo después del PVDC frente a la cesárea iterativa. La mayor parte de la evidencia disponible documenta diferencias comparando el modo real en lugar del tipo de parto elegido en un primer momento y es de baja calidad debido a las medidas de resultado inconsistentes e imprecisas(9). También resume que no hay diferencias significativas en las puntuaciones de Apgar a los cinco minutos o en el ingreso en la unidad de cuidados intensivos neonatales tras el nacimiento del recién nacido por PVDC comparado con la cesárea electiva(9).

Una de las limitaciones de este estudio ha sido el escaso número de neonatos que han presentado complicaciones tras el nacimiento, tanto por parto vaginal como por cesárea, no pudiendo establecer una relación directa entre el modo de parto y el desarrollo de complicaciones respiratorias. Si se ha podido establecer, aunque sin una evidencia estadística, un ligero aumento del riesgo de infección en los recién nacidos a través del parto vaginal, con el consiguiente ingreso en la unidad de neonatología, por lo que los neonatos con un parto vaginal necesitan más días de estancia hospitalaria que los niños que nacen con una cesárea, con una diferencia de un día entre los dos grupos.

La admisión en las unidades neonatales, es una medida a corto plazo con frecuencia utilizada como indicador de morbilidad grave. Sin embargo, la importancia del ingreso en esta unidad puede variar según la configuración

del hospital, la experiencia del profesional, la disponibilidad del hospital y los criterios preestablecidos de ingreso neonatal. En un estudio publicado por Kamath y colegas en 2009 encontraron que la mayor probabilidad de ingreso era para niños a término que no experimentan trabajo de parto y nacieron por cesárea programada(41). Además, analizaron la duración de la estancia hospitalaria y se encontraron que los neonatos nacidos por parto vaginal estaban alojados en la unidad durante 3 días de promedio en comparación con 4 días para la cesárea iterativa(41). Estos datos contrastan con los resultados de este estudio, debido posiblemente a las diferencias en los criterios de ingreso que pueden haber surgido entre las investigaciones comparadas. Hay una necesidad para futuros estudios que incluyan una descripción más precisa de los criterios de admisión en neonatología, el motivo de ingreso y el nivel de apoyo proporcionado al bebé(41).

<i>DÍAS HOSPITALIZACIÓN</i>	<i>Cesárea</i>	<i>Parto vaginal</i>
Kamath EA, 2009	4	3
Mozo EG, 2014	2	3

Tabla 84: Comparación entre estudios de los días de hospitalización del recién nacido.

Un dato nuevo que aporta esta investigación es la valoración de cuantos niños tienen que acudir a urgencia por algún problema relacionado con el modo de nacimiento tras su alta hospitalaria. Los niños nacidos a través de una cesárea tienen una probabilidad mayor de acudir a urgencias durante el puerperio por motivos relacionados con la cesárea que los niños que nacen a través de un parto vaginal.

En cuanto a las medidas de adaptación del recién nacido a la vida extrauterina tras el nacimiento, que incluyen el apgar al minuto de vida menor de 5 puntos, el apgar a los cinco minutos de vida menor de 7 puntos y la cifra de pH por debajo de 7,20, se ha podido observar una ligera diferencia entre los niños nacidos a través de un parto vaginal y una cesárea. En esta investigación, los niños nacidos por cesárea presentan cifras de apgar al minuto menores de 5, en comparación con los niños nacidos por parto vaginal, aunque no se ha podido establecer una significación estadística en esta comparación. Sin embargo, si se ha podido establecer una relación estadística entre el tipo de parto y la cifra de pH al

nacimiento, por lo que los niños nacidos con una cesárea tras iniciarse el trabajo de parto presentan más posibilidades de tener una cifra de pH inferior a 7,20 al nacimiento.

En cuatro estudios de cohortes realizados en 1997, 2002, 2003 y 2005, encontrados en la bibliografía consultada, no se informó diferencias significativas en las puntuaciones de Apgar de 5 minutos entre el PVDC y la cesárea de repetición(41). En otro estudio realizado por Richardson y colegas en 2005 reportaron una ligera disminución, que no fue clínicamente significativa, en la cifra media de pH del cordón en las mujeres con un PVDC frente a las mujeres que tenían una cesárea iterativa sin iniciar el trabajo de parto. No hubo diferencias significativas en los lactantes con umbilical pH arterial inferior a 7,00 en los 2 grupos(41). Esta investigación aporta nuevos datos a la bibliografía existente ya que se ha incluido en los resultados neonatales a los neonatos nacidos a través de cesáreas realizadas porque el trabajo de parto ha fracasado.

La primera indicación de un recién nacido de bienestar se basa en su capacidad de hacer la transición en el momento del nacimiento. Por lo tanto, la necesidad de ventilación con presión positiva (VPP) y las puntuaciones de Apgar a menudo se han utilizado como sustitutos de los resultados de morbilidad perinatal.

Tres estudios de 1997, 2003 y 2009 han comparado la frecuencia de reanimación de grado 3 y 4 en el neonato cuando las mujeres se sometieron a PVDC en comparación con la cesárea programada. En el estudio de Kamath y sus colegas realizado en 2009, 19 neonatos nacidos por cesárea programada necesitaron más esfuerzos de leves a moderados de resucitación (41,5% con cesárea frente al 23.2 % con PVDC, $P < 0,01$), mientras que los nacidos por cesárea después de un intento de PVDC fallido eran más propensos a necesitar VPP y la intubación en el sala de partos (reanimación grado 3 y 4). El número total de neonatos que nacieron a través de un PVDC y necesitaron reanimación grado 3 y 4 fue de 54 por 1.000 (IC del 95 % 35 a 76 por 1.000), en comparación con 25 por 1.000 (IC del 95 % 16 a 36 por 1000) para la repetición de la cesárea electiva(41).

Estos datos son similares a los resultados de esta investigación(41). En este caso el 9,5 % de los neonatos nacidos a través de una cesárea electiva han requerido reanimaciones grado 3 y 4 frente al 7,3 % de los recién nacidos a través de un PVDC. Sin embargo, los neonatos que más necesidad de reanimación han presentado, son los nacidos a través de una cesárea con un trabajo de parto previo, con un 15,4 % probabilidad de reanimación grado 3-4.

<i>REAMINACIÓN 1-2</i>	<i>CESÁREA</i>	<i>PARTO VAGINAL</i>
Kamath EA, 2009	41,5 %	23,2 %
Mozo EG, 2014	9,1 %	7,3 %

Tabla 85: Comparación entre estudios del tipo de reanimación del recién nacido.

Hay una brecha en la evaluación de la morbilidad infantil y en el neurodesarrollo del niño durante este periodo después del PVDC, por lo que son necesarios estudios comparando las diferentes modalidades de nacimiento tras una cesárea anterior que evalúen al recién nacido más allá del período inmediatamente posterior al parto, para poder definir sus efectos sobre el niño a largo plazo(41).

3. MORBILIDADES GENERALES

Aunque hay riesgos y beneficios tanto para el parto por cesárea repetida electiva como para el parto vaginal después de la cesárea, las fuentes actuales de información se limitan a los estudios de cohorte, que son en gran parte de naturaleza retrospectiva. Además, la calidad de la información disponible es limitada por la ausencia de comparabilidad entre grupos, así como por la falta de valoración de la progresión de estos grupos a lo largo del tiempo. Por lo tanto surge la necesidad de realizar estudios metodológicamente rigurosos para aportar pruebas directas acerca de los beneficios y daños relativos del parto por cesárea repetida electiva y del parto vaginal después de la cesárea para los resultados de salud tanto a corto como a largo plazo para las mujeres y sus neonatos. Este estudio, a través de su naturaleza prospectiva, ha intentado definir la morbilidad tanto materna como fetal entre los dos grupos, así como la evolución de la recuperación materna y de la adaptación del recién nacido tras su nacimiento.

Esta investigación valora no sólo las complicaciones derivadas del parto real realizado a cada mujer, sino que también pone de manifiesto la morbilidad surgida de un tercer grupo de mujeres que a pesar de elegir e intentar un parto vaginal se les acaba realizando una cesárea.

Por este motivo se ha definido la morbilidad materna y neonatal del parto real y la mortalidad materna y neonatal del tipo de parto. Además se ha realizado una valoración de esta a lo largo del tiempo, a través de dos cortes trasversales a los 15 y 42 días del puerperio.

3.1 MORBILIDAD GENERAL MATERNA:

Para realizar el cálculo de la morbilidad general materna, se ha tenido en cuenta a todas las mujeres que cumplían los criterios de morbilidad materna realizados para esta investigación. De las 110 mujeres estudiadas, 30 han presentado complicaciones a lo largo del puerperio, siendo el porcentaje total de morbilidad materna del 27,3 %.

3.2 MORBILIDAD GENERAL NEONATAL:

Para realizar el cálculo de la morbilidad general neonatal, se ha tenido en cuenta a todos los recién nacidos que cumplían los criterios de morbilidad neonatal realizados para esta investigación. De los 110 niños estudiados, 27 han presentado complicaciones a lo largo de la etapa postnatal, siendo el porcentaje total de morbilidad materna del 24,5 %.

4. CONSIDERACIONES FINALES

La cesárea electiva en mujeres con una cesárea anterior es uno de los mayores contribuyentes a la tasa general de cesárea. En este estudio, se ha evidenciado los resultados de la morbilidad tanto materna como neonatal, así como su evolución a lo largo de todo el puerperio y las tasas de éxito del parto vaginal en las mujeres con una cesárea previa. Esta es la primera investigación centrada exclusivamente en las mujeres que han tenido una cesárea anterior que define la morbilidad no sólo desde un punto de vista físico sino también ahonda en la problemática social y psicológica de las mujeres estudiadas. Muchos estudios han probado que el alto nivel de conocimiento de las gestantes sobre el desarrollo de complicaciones posteriores al parto tras cesárea anterior, aumenta el sentimiento de control sobre la toma de decisiones, por lo tanto, tras analizar nuestros resultados, un mayor control sobre las complicaciones posteriores tendrá un impacto en la toma de decisiones y aumentarán los intentos de parto vaginal.

El embarazo, el parto y el puerperio precoz son experiencias de vida importantes que afectan directamente a muchas familias en España cada

año. En la actualidad existe una creciente tasa de cesáreas de interés nacional e internacional, con un objetivo común, la reducción de la tasa de nacimientos por cesárea en todo el mundo. Esta reducción se ha convertido en un complejo y difícil problema que se debe abordar en varios frentes usando múltiples estrategias. Muchas veces las altas tasas de cesáreas son a menudo agravadas por la falta de apoyo a los partos vaginales después de cesárea. Con este estudio se proporciona evidencia de que el parto vaginal ofrece mejores resultados que la cesárea electiva con el fin de aumentar el PVDC. Esta será la primera prueba nacional que ha puesto a estudio la continuidad de la morbilidad materna y neonatal como una ayuda para aumentar las tasas de parto vaginal en mujeres que han tenido una cesárea anterior y de esta manera comenzar el descenso de la tasa de cesárea que tanto preocupa. Este estudio se puede utilizar para mejorar los resultados maternos mientras se mantiene la seguridad de las madres y sus hijos.

Con esta investigación, se ha podido demostrar que el parto vaginal ofrece una mejor y más rápida vuelta a las actividades cotidianas, siendo una guía para todas esas mujeres que dudan a la hora de elegir su modo de parto preferido. Además, los estudios futuros podrían considerar las variables relacionadas con el entorno social y cultural de la investigación, donde se plasmen las experiencias y los sentimientos tanto de las mujeres como de sus familias. Estos estudios potenciales podrían combinar tanto las cifras a través de la investigación cuantitativa, como las percepciones a través de la investigación cualitativa, siendo realizadas por los profesionales sanitarios que acompañan a las mujeres durante todo el proceso: MATRONAS.

Para poder aumentar el tamaño muestral de este estudio, con el objetivo que los resultados puedan ser representativos sobre un conjunto de mujeres más amplio de la población, sería conveniente ampliar el muestreo de esta investigación a todas las áreas sanitarias de la Comunidad de Madrid, por lo que sería deseable para futuras investigaciones, se tuvieran en cuenta la posibilidad de comparar más hospitales que concedan la posibilidad de elegir a las mujeres con un cesárea previa sobre el modo de parto preferido, incluyendo, tanto centros públicos como privados en todas las zonas sanitarias y de esta manera poder valorar las diferentes formas de actuar ante estas gestantes.

Al proporcionar nuevas pruebas sobre el tema, se puede esperar que este y otros estudios futuros faciliten el asesoramiento a las mujeres y sus parejas sobre el modo de parto más adecuado después de una cesárea, desde una visión más personal y satisfactoria para cada mujer.

CONCLUSIONES



CONCLUSIONES

Las principales conclusiones del estudio de las 110 mujeres con el antecedente de cesárea anterior son:

1. La tasa de éxito de las mujeres que intentan un PVDC es del 80,88 % ($p < 0,05$). La morbilidad total materna es del 27,3 % ($p < 0,015$) y la morbilidad total neonatal se sitúa en el 24,5 % ($p > 0,059$).
2. Las gestantes que optan por una cesárea iterativa tienen un riesgo mayor de tener algún tipo de morbilidad que las mujeres que eligen un PVDC (26,2 % frente a un 20 % $p < 0,015$). Pero las mujeres con un PVDC fallido tienen un riesgo mayor de padecer complicaciones, con una recuperación más lenta y dolorosa (61,5 % $p < 0,015$).
3. Los niños nacidos a través de una cesárea tienen menor riesgo de desarrollar algún tipo de morbilidad que los niños nacidos a través de un parto vaginal. (14,3 % y 27,8 % respectivamente $p > 0,059$). Pero los neonatos nacidos con un PVDC fallido tienen un riesgo mayor de padecer alguna complicación, con una peor adaptación a la vida fuera del útero (46,2 % $p > 0,059$).
4. La probabilidad de aparición de complicaciones hemorrágicas tras una cesárea anterior es del 1,8 % para la rotura uterina, del 1,8 % para el desgarro uterino y del 2,7 % para la atonía uterina ($p < 0,014$).
5. Las mujeres que optan por una cesárea tienen una estancia hospitalaria más larga que las mujeres que eligen un parto vaginal, con una diferencia de dos días más de ingreso ($p < 0,000$).
6. Al estudiar la evolución y el grado de dolor en el tiempo de recuperación, se puede concluir que las mujeres con un parto vaginal sufren menos dolor durante menos tiempo, con menos necesidad de analgesia ($p < 0,000$).
7. Las mujeres que han optado por un parto vaginal, pero durante el proceso de parto se les ha practicado una cesárea, presentan cifras de satisfacción más reducidas que el resto de mujeres ($p < 0,05$).
8. Las mujeres con el antecedente de una cesárea anterior y que optan por un parto vaginal tienen una calidad de vida y un nivel de salud

percibida más elevado que las mujeres con una cesárea iterativa ($p < 0,05$).

9. Los niños nacidos con una cesárea tras iniciarse el trabajo de parto tienen más posibilidades de tener una cifra de pH inferior a 7,20 al nacimiento ($p < 0,03$).

BIBLIOGRAFIA



BIBLIOGRAFIA

- (1) Sachs BP. Vaginal birth after cesarean: a health policy perspective. *Clin Obstet Gynecol* 2001 Sep;44(3):553-60.
- (2) Cohen B, Atkins M. Brief history of vaginal birth after cesarean section. *Clin Obstet Gynecol* 2001 Sep;44(3):604-8.
- (3) Aceituno L, Segura M.H., Quesada J, Rodríguez-Zarauz R, Ruiz-Martínez E, Barqueros AI, et al. Resultados de la aplicación de un protocolo para disminuir la tasa de cesáreas. *Prog Obstet Ginecol* 2003 Sep. 2003;46(10):430-40.
- (4) Carr CA, Burkhardt P, Avery M. Vaginal birth after cesarean birth: a national survey of U.S. midwifery practice. *J Midwifery Womens Health* 2002 Sep-Oct;47(5):347-52.
- (5) King TL. First do no harm: the case for vaginal birth after cesarean. *J Midwifery Womens Health* 2010 May-Jun;55(3):202-5.
- (6) Caughey AB. Informed consent for a vaginal birth after previous cesarean delivery. *J Midwifery Womens Health* 2009 May-Jun;54(3):249-53.
- (7) Carr CA, Burkhardt P, Avery M. Vaginal birth after cesarean birth: a national survey of U.S. Midwifery practice. *J Midwifery Womens Health* 2002 Sep-Oct;47(5):347-52.
- (8) King TL. First do no harm: the case for vaginal birth after cesarean. *J Midwifery Womens Health* 2010 May-Jun;55(3):202-5.
- (9) Wells CE, Gary Cunningham FG. Choosing the route of delivery after cesarean birth. *Uptodate: Wolters Kluwer* 2013;1-17.
- (10) Scott JR. Vaginal birth after cesarean delivery: a common-sense approach. *Obstet Gynecol* 2011 Aug;118(2 Pt 1):342-50.
- (11) Grobman WA, Lai Y, Landon MB, Spong CY, Rouse DJ, Varner MW, et al. The change in the rate of vaginal birth after caesarean section. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2011 Jan;25(1):37-43.
- (12) Lowe NK. The overuse of cesarean delivery. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2013 Mar-Apr;42(2):135-6.

- (13) Niino Y. The increasing cesarean rate globally and what we can do about it. *Biosci Trends* 2011 Aug;5(4):139-50.
- (14) Fruscalzo A, Salmeri MG, Cendron A, Londero AP, Zanni G. Introducing routine trial of labour after caesarean section in a second level hospital setting. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2012 Aug;25(8):1442-6.
- (15) Paleari L, Gibbons L, Chacon S, Ramil V, Belizan JM. Rates of caesarean sections in two types of private hospitals: restricted-access and open-access. *Ginecol Obstet Mex* 2012 Apr;80(4):263-9.
- (16) Cardenas R. Cesarean-associated complications: the importance of a scarcely justified use. *Gac Med Mex* 2002 Jul-Aug;138(4):357-66.
- (17) Munoz-Enciso JM, Rosales-Aujang E, Dominguez-Ponce G, Serrano-Diaz CL. Cesarean birth: justifying indication or justified concern? *Ginecol Obstet Mex* 2011 Feb;79(2):67-74.
- (18) Ezquerro V, Santa Bárbara S.M. Parir después de una cesárea. *Anales de Ciencia de la Salud* 2007;(10):125-32.
- (19) Foradada C. Reflexiones sobre la cesárea. *Matronas Prof* 2006;7(1):5-13.
- (20) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Evolución de la tasa de cesáreas en los hospitales generales SNS años 2001-2011 2013; Available at: <http://www.icmbd.es>. Accessed 26/08/2013, 2013.
- (21) Armendariz I. Estadísticas de parto. 2011; Available at: www.estadisticasdeparto.com. Accessed 03/04/2011, 2011.
- (22) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. R. Estadísticas de centros de atención especializada. Hospitales. Resultados año 2011. 2013; Available at: <http://www.msssi.gob.es>. Accessed 10/2013.
- (23) Appleton B, Targett C, Rasmussen M, Readman E, Sale F, Permezel M. Vaginal birth after Caesarean section: an Australian multicentre study. VBAC Study Group. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2000 Feb;40(1):87-91.
- (24) Stone C, Halliday J, Lumley J, Brennecke S. Vaginal births after Caesarean (VBAC): a population study. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2000 Oct;14(4):340-8.

- (25) Hill JB, Ammons A, Chauhan SP. Vaginal birth after cesarean delivery: comparison of ACOG practice bulletin with other national guidelines. *Clin Obstet Gynecol* 2012 Dec;55(4):969-77.
- (26) Sociedad española de ginecología y obstetricia. Protocolos asistenciales en obstetricia. Parto vaginal tras cesárea. Informe de un grupo científico de la SEGO. *SEGO* 2010 Junio 2010:534-44.
- (27) Cunningham FG, Wells CE. Patient information: Vaginal birth after cesarean delivery (VBAC) (Beyond the Basics). *Uptodate: Wolter Kluwer* 2013;1-4.
- (28) Sharma PS, Eden KB, Guise JM, Jimison HB, Dolan JG. Subjective risk vs. objective risk can lead to different post-cesarean birth decisions based on multiattribute modeling. *J Clin Epidemiol* 2011 Jan;64(1):67-78.
- (29) Signore C, Klebanoff M. Neonatal morbidity and mortality after elective cesarean delivery. *Clin Perinatol* 2008 Jun;35(2):361-71.
- (30) Rozen G, Ugoni AM, Sheehan PM. A new perspective on VBAC: a retrospective cohort study. *Women Birth* 2011 Mar;24(1):3-9.
- (31) Zelop CM. Uterine rupture during a trial of labor after previous cesarean delivery. *Clin Perinatol* 2011 Jun;38(2):277-84.
- (32) Lang CT, Landon M.B. Uterine dehiscence and rupture after previous cesarean delivery. *Uptodate: Wolter kluwer* 2013;1-13.
- (33) Rodríguez-Vega E, Escudero A, Gaité M, Suárez M. Vía de parto tras cesárea anterior: factores asociados. *Progresos de Obstetricia y Ginecología* 2003;46(6):250-6.
- (34) Ho SY, Chang SD, Liang CC. Simultaneous uterine and urinary bladder rupture in an otherwise successful vaginal birth after cesarean delivery. *J Chin Med Assoc* 2010 Dec;73(12):655-9.
- (35) Valentin L. Prediction of scar integrity and vaginal birth after caesarean delivery. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2013 Apr;27(2):285-95.
- (36) Barger MK, Weiss J, Nannini A, Werler M, Heeren T, Stubblefield PG. Risk factors for uterine rupture among women who attempt a vaginal birth after a previous cesarean: a case-control study. *J Reprod Med* 2011 Jul-Aug;56(7-8):313-20.

(37) Guise JM, McDonagh MS, Osterweil P, Nygren P, Chan BK, Helfand M. Systematic review of the incidence and consequences of uterine rupture in women with previous caesarean section. *BMJ* 2004 Jul 3;(329):1-7.

(38) Goumalatsos G. Vaginal birth after Caesarean section: a practical evidence-based approach. *OBSTETRICS, GYNAECOLOGY AND REPRODUCTIVE MEDICINE* 2009;19(7):178-86.

(39) Cheng YW, Eden KB, Marshall N, Pereira L, Caughey AB, Guise JM. Delivery after prior cesarean: maternal morbidity and mortality. *Clin Perinatol* 2011 Jun;38(2):297-309.

(40) Harper LM, Macones GA. Predicting success and reducing the risks when attempting vaginal birth after cesarean. *Obstet Gynecol Surv* 2008 Aug;63(8):538-45.

(41) Go MD, Emeis C, Guise JM, Schelonka RL. Fetal and neonatal morbidity and mortality following delivery after previous cesarean. *Clin Perinatol* 2011 Jun;38(2):311-9.

(42) Cost F, Castells X. Diferencias del coste hospitalario del parto entre población nacional e inmigrante. *Barcelona* 2002;16(5):376-84.

(43) Leea Y.M., D'Alton M.E. Cesarean delivery on maternal request: maternal and neonatal complications. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2008;20(1):5.

(44) Cleary-Goldman J, Cornelisse K, Simpson LL, Robinson JN. Previous cesarean delivery: understanding and satisfaction with mode of delivery in a subsequent pregnancy in patients participating in a formal vaginal birth after cesarean counseling program. *Am J Perinatol* 2005 May;22(4):217-21.

(45) Dunn EA, O'Herlihy C. Comparison of maternal satisfaction following vaginal delivery after caesarean section and caesarean section after previous vaginal delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005 Jul 1;121(1):56-60.

(46) Berghella V. Patient information: C-section (cesarean delivery) (Beyond the Basics). *Uptodate: Wolter Kluwer* 2013;1-9.

(47) Chen MM, Hancock H. Women's knowledge of options for birth after Caesarean Section. *Women Birth* 2012 Sep;25(3):e19-26.

- (48) Lyell DJ. Adhesions and perioperative complications of repeat cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2011 Dec;205(6 Suppl):S11-8.
- (49) Mi Lee Y, D'Alton M.E. Cesarean delivery on maternal request: maternal and neonatal complications. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2008;20:1-5.
- (50) Solheim KN, Esakoff TF, Little SE, Cheng YW, Sparks TN, Caughey AB. The effect of cesarean delivery rates on the future incidence of placenta previa, placenta accreta, and maternal mortality. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2011 Nov;24(11):1341-6.
- (51) Marshall NE, Fu R, Guise JM. Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2011 Sep;205(3):1-8.
- (52) Berghella V. Repeat cesarean delivery. Uptodate: Wolter Kluwer 2013;1-12.
- (53) Altman D, Ekstrom A, Forsgren C, Nordenstam J, Zetterstrom J. Symptoms of anal and urinary incontinence following cesarean section or spontaneous vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2007 Nov;197(5):1-7.
- (54) Norwitz ER. Cesarean delivery on maternal request. Uptodate: Wolter Kluwer 2013;1-8.
- (55) Cunningham FG, Bangdiwala SI, Brown SS, Dean TM, Frederiksen M, Rowland Hogue CJ, et al. NIH consensus development conference draft statement on vaginal birth after cesarean: new insights. *NIH Consens State Sci Statements* 2010 Mar 10;27(3):1-42.
- (56) Escudero A, Rodríguez-Vega E, Suárez MT, Gaité M. Vía de parto tras cesárea anterior: Factores asociados. *Progresos de obstetricia y ginecología* 2003;46(6):250-256.
- (57) McGrath P, Phillips E, Vaughan G. Speaking out! Qualitative insights on the experience of mothers who wanted a vaginal birth after a birth by cesarean section. *Patient* 2010 Mar 1;3(1):25-32.
- (58) Danso K, Schwandt H, Turpin C, Seffah J, Samba A, Hindin M. Preference of ghanaiian women for vaginal or caesarean delivery postpartum. *Ghana Med J* 2009 Mar;43(1):29-33.

(59) McGrath P., Phillips E., Vaughan G. Speaking Out! Qualitative Insights on the Experience of Mothers Who Wanted a Vaginal Birth after a Birth by Cesarean Section. *Patient* 2010;3(1):25-32.

(60) Dodd JM., Crowther CA., Hiller JE., Haslam RR., Robinson JS. Birth after caesarean study – planned vaginal birth or planned elective repeat caesarean for women at term with a single previous caesarean birth: protocol for a patient preference study and randomised trial. *BMC Pregnancy Childbirth* 2007;7(17):1-9.

(61) Lundgren I, Begley C, Gross MM, Bondas T. 'Groping through the fog': a metasynthesis of women's experiences on VBAC (Vaginal birth after Caesarean section). *BMC Pregnancy Childbirth* 2012;12(85):12-85.

(62) Dodd J, Pearce E, Crowther C. Women's experiences and preferences following Caesarean birth. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2004 Dec;44(6):521-4.

(63) Drapkin A., Little MO. Toward an Ethically Responsible. Approach to Vaginal Birth After Cesarean. *Semin Perinatol* 2010;34:337-344.

(64) Moffat MA, JS Bell JS, Porter MA, Lawton S, Hundley V, Danielian P, et al. Decision making about mode of delivery among pregnant women who have previously had a caesarean section: a qualitative study. *BJOG* 2007;114:86-93.

(65) Caughey AB. Informed consent for a vaginal birth after previous caesarean delivery. *J Midwifery Womens Health* 2009;54(3):249-53.

(66) Nilstun T, Habiba M, Lingman G, Saracci R, Da Fre M, Cuttini M, et al. Cesarean delivery on maternal request: can the ethical problem be solved by the principlist approach? *BMC Med Ethics* 2008;(9):9-11.

(67) Fenwick J, Gamble J, Hauck Y. Reframing birth: a consequence of caesarean section. *J Adv Nurs* 2006 Oct;56(2):121-30.

(68) Castillo Núñez M, Arenas Ramírez J, Muñoz Oreña P, Santos Santos M, López Cañal P, Castaño Montón L. Factores relacionados con la vía de parto tras cesárea anterior. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia* 2009;36(4):122-6.

(69) Fagerberg MC, Marsal K, Ekstrom P, Kallen K. Indications for first caesarean and delivery mode in subsequent trial of labour. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2013 Jan;27(1):72-80.

(70) Metz TD, Stoddard GJ, Henry E, Jackson M, Holmgren C, Esplin S. How do good candidates for trial of labor after cesarean (TOLAC) who undergo elective repeat cesarean differ from those who choose TOLAC? *Am J Obstet Gynecol* 2013 Jun;208(6):1-6.

(71) Bishop EH. Pelvic scoring for elective induction. *Obstet Gynecol* 1964 Aug;24:266-8.

(72) Jastrow N, Roberge S, Gauthier RJ, Laroche L, Duperron L, Brassard N, et al. Effect of birth weight on adverse obstetric outcomes in vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2010 Feb;115(2):338-43.

(73) Veleminsky M, Veleminsky M, Piskorzova M, Baskova M, Tothova V, Stransky P. Birth after cesarean section. *Med Sci Monit* 2011 Feb;17(2):97-103.

(74) FAME. Iniciativa parto normal. Documento de consenso. Madrid: Observatorio de salud de la mujer; 2007.

(75) Homer CS, Besley K, Bell J, Davis D, Adams J, Porteous A, et al. Does continuity of care impact decision making in the next birth after a caesarean section (VBAC)? A randomised controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013 Jul 2;13(140):1-6.

(76) PLoS Medicine Editors. New research on childbirth has the potential to empower women's decision making, but more is needed. *PLoS Med* 2012;9(3):1-6.

(77) European lung foundation. Glosario. 2009; Available at: <http://www.es.european-lung-foundation.org/index.php>, 2009.

(78) Wagner MG. Cesárea, ¿Una opción? (I -II). *Lancet* 2000;356:1677-80.

(79) Lorie M, Harper MD, George A, Macones MD. Predicting Success and Reducing the Risks When Attempting Vaginal Birth After Cesarean. *Obstretical and gynaecological* 2008;63(8):538-45.

(80) Icart M, Fuentelsanz C, Pulpón AM. Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y de una tesina. Barcelona: Edicions universitat de Barcelona; 2001.

(81) Albornoz J, Salinas H, Reyes A. Morbilidad fetal asociada al parto en macrosómicos: análisis de 3981 nacimientos. *Rev chil obstet ginecol* 2010;70(4):218-24.

-
- (82) Lavender T, Hofmeyr GJ, Neilson JP, Kingdon C, Gyte GML. Cesárea por razones no médicas para el embarazo a término (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library). Oxford 2008.
- (83) Dodd JM., Crowther CA. Repetición de cesárea electiva versus inducción del trabajo de parto para mujeres con un parto por cesárea anterior (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library). Oxford 2008.
- (84) Jansen AJ, Essink-Bot ML, Duvekot JJ, van Rhenen DJ. Psychometric evaluation of health-related quality of life measures in women after different types of delivery. *J Psychosom Res* 2007 Sep;63(3):275-81.
- (85) Torkan B, Parsay S, Lamyian M, Kazemnejad A, Montazeri A. Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section. *BMC Pregnancy Childbirth* 2009 Jan 30;9:4-9.
- (86) Aragón MC., Calderón E., Pernia A., Vidal M., Torres L M. Analgesia perioperatoria en cesárea: eficacia y seguridad del fentanilo intratecal. *Rev Soc Es Dolor* 2004;11(2):30-5.
- (87) Gomez ME., Morales F., Aldana E., Gaviño F. Estado emocional de la mujer en relación con el parto o cesárea. *Ginecol Obstet Mex* 2008;76(7):365-72.
- (88) Farías ME, Wenk E, Jimenez F. Adaptación y validación de la escala 'Highs' para la detección de sintomatología hipomaníaca en el puerperio. Chile: Universidad de Chile; 2007.
- (89) Gallardo Y, Moreno A. Recolección de la información. In: Martínez P, editor. *Aprende a investigar*. 3ª Ed. Santa Fe de Bogota: ICFES; 1999.1-152.
- (90) Abajo FJ. La Declaración de Helsinki VI: una revisión necesaria, pero ¿suficiente?. *Rev Esp Salud Publica* 2001;75(5):407-20.
- (91) Moral Peláez I. Modelos de regresión: lineal simple y regresión logística. Guillén A, Crespo R. Editors. *Métodos estadísticos para enfermería nefrológica*. Madrid: SEDEN; 2006.195-214.
-

- (92) Law LW, Pang MW, Chung TK, Lao TT, Lee DT, Leung TY, et al. Randomised trial of assigned mode of delivery after a previous cesarean section--impact on maternal psychological dynamics. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2010 Oct;23(10):1106-13.
- (93) Molinero LM. Cuestionarios de salud. 2006; Available at: <http://www.seh-lelha.org/cucadevi.htm#TIPOS>. Accessed Febrero 1998.
- (94) Metz TD, Scott JR. Contemporary management of VBAC. *Clin Obstet Gynecol* 2012 Dec;55(4):1026-1032.
- (95) Crowther CA, Dodd JM, Hiller JE, Haslam RR, Robinson JS, Birth After Caesarean Study Group. Planned vaginal birth or elective repeat caesarean: patient preference restricted cohort with nested randomised trial. *PLoS Med* 2012;9(3):1-9.
- (96) Marín D, Toro S, Carmona FJ. Diferencias en la satisfacción de la madre con el nacimiento de su hijo en función de variables sociodemográficas y clínicas. *NURE Inv* 2013;10(63):1-6.

FIGURAS Y TABLAS

RELACIÓN DE FIGURAS Y TABLAS

1. FIGURAS

Figura 1: Modificado de tasa de parto por cesárea de 1970-2009.....	38
Figura 2: Modificado de Tasa de cesáreas 1997-2008 en 22 países desarrollados	39
Figura 3: Modificado de tasa de cesáreas en 22 países desarrollados	40
Figura 4: Modificado de indicación de cesárea por frecuencia	41
Figura 5: Modificado de tasas de parto por cesárea en total (1998-2009), partos por cesárea primaria (1998-2007), y partos vaginales después de una cesárea (PVDC) (1998 a 2007).....	42
Figura 6: Modificado de diagrama de flujo de un ejemplo que ilustra la gestión para el parto vaginal después de una cesárea	43
Figura 7: Modificado de tasa de cesáreas de 1997 a 2009	47
Figura 8: Modificado de tasa de cesáreas de 2005 a 2009	48
Figura 9: Modificado de gráficos comparativos de la tasa de cesárea y parto vaginal de los hospitales públicos y privados de España.....	49
Figura 10: Modificado de resumen recomendaciones colegios internacionales	52
Figura 11: Modificado de factores a considerar al decidir sobre el tipo de parto después de una cesárea.....	54
Figura 12: Modificado de interrupción completa de la cicatriz uterina y salida de la mano fetal por defecto uterino.....	56
Figura 13: Modificado de factores de riesgo para una ruptura uterina.....	60
Figura 14: Modificado de factores de riesgo para una rotura uterina.....	61
Figura 15: Modificado de resumen bibliografía sobre rotura uterina.....	61
Figura 16: Modificado de evaluación de la incidencia de los problemas relacionados con la herida quirúrgica.....	69
Figura 17: Modificado de fotografía de adherencias densas en el útero	71
Figura 18: Modificado de asesoramiento a las mujeres con un parto por cesárea anterior	84
Figura 19: Modificado de motivos maternos para elegir un parto vaginal.....	87
Figura 20: Modificado de motivos maternos para elegir una cesárea	88
Figura 21: Modificado de factores positivos y negativos de la cesárea desde la perspectiva de las madres que han dado a luz por cesárea	89

Figura 22: Modificado de términos generales del embarazo para informar a la gestante	95
Figura 23: Modificado de gráfico para explicar a la gestante el proceso del parto.....	96
Figura 24: Modificado de gráfico para explicar a la gestante el proceso de la cesárea..	96
Figura 25: Modificado de los factores asociados con la tasa de éxito para un PVDC .	102
Figura 26: Número de mujeres según la elección del modo de parto.....	149
Figura 27: Número de mujeres según el tipo de parto.....	149
Figura 28: Número de mujeres según el parto real.....	150
Figura 29: Resultados de los principales motivos de elección de una cesárea.....	156
Figura 30: Resultados de los principales motivos de elección de un parto vaginal	159
Figura 31: Resultado de las complicaciones hemorrágicas en función del parto real..	162
Figura 32: Resultado de las complicaciones hemorrágicas en función del tipo de parto	162
Figura 33: Resumen de los resultados de las complicaciones maternas en función del parto real.....	165
Figura 34: Resumen de los resultados de las complicaciones maternas en función del tipo de parto.....	165
Figura 35: Incidencia de las lesiones del periné en las mujeres con un parto vaginal .	166
Figura 36: Resultados del grado de dolor al alta hospitalaria en función del parto real: EVA1.....	170
Figura 37: Resultados del grado de dolor a los 15 días del posparto en función del parto real: EVA2.....	171
Figura 38: Resultados del grado de dolor a los 42 días del posparto en función del parto real: EVA3.....	171
Figura 39: Relación del tipo de analgesia en función del parto real al alta hospitalaria	176
Figura 40: Relación del tipo de analgesia en función del parto real a los 15 días del puerperio.....	176
Figura 41: Relación del tipo de analgesia en función del parto real a los 42 días del puerperio.....	177
Figura 42: Incidencia de complicaciones del recién nacido en función de la edad gestacional en la que se realiza la cesárea	198
Figura 43: Incidencia de los neonatos ingresados tras el nacimiento.....	199
Figura 44: Relación del peso fetal en la variable tipo de parto.	210

Figura 45: Morbilidad materna en función del parto real.....	212
Figura 46: Morbilidad materna en función del tipo de parto.....	213
Figura 47: Morbilidad neonatal en función del parto real.....	214
Figura 48: Morbilidad neonatal en función del tipo de parto.....	215

2. TABLAS

Tabla 1: Modificado de tasa de cesárea por comunidades	44
Tabla 2: Modificado de cálculo del indicador: porcentaje que supone el número de procedimientos realizados de parto por cesárea sobre el total de partos atendidos en la red de hospitales del SNS	45
Tabla 3: Modificado de evolución días promedio según el GRD	45
Tabla 4: Modificado de principales indicaciones de cesárea en España.....	46
Tabla 5: Modificado de tasa de cesárea de la Comunidad de Madrid en el sector público	48
Tabla 6: Modificado de tasa de cesárea de la Comunidad de Madrid en el sector privado	48
Tabla 7: Modificado de comparativa de la actividad obstétrica en los hospitales españoles del año 2009 y 2011	49
Tabla 8: Modificado de riesgos y beneficios según recomendaciones SEGO(26).....	53
Tabla 9: Modificado de incidencia de la morbilidad con múltiples cesáreas anteriores	75
Tabla 10: Modificado de resumen resultados maternos del PVDC frente a la cesárea iterativa.....	82
Tabla 11: Modificacdo de puntuaciones test de Bishop.....	100
Tabla 12: Resultados de la elección del modo de parto en función de la edad materna.	152
Tabla 13: Resultados de la elección del modo de parto en función del grupo étnico de las mujeres	153
GRUPO ÉTNICO.....	153
Tabla 14: Resultados del tipo de parto en función del grupo étnico de las mujeres	153
Tabla 15: Resultados de la elección del modo de parto en función del nivel cultural de las mujeres.	154
Tabla 16: Resultados del tipo de parto en función del nivel cultural de las mujeres ...	155

Tabla 17: Relación de mujeres según el grupo étnico y su nivel cultural	155
Tabla 18: Resultado de los motivos de elección de una cesárea en función del grupo étnico de las mujeres.....	157
Tabla 19: Resultado de los motivos de elección de una cesárea en función del nivel cultural de las mujeres	158
Tabla 20: Resultado de los motivos de elección de un parto vaginal en función del grupo étnico de las mujeres.....	159
Tabla 21: Resultado de los motivos de elección de un parto vaginal en función del nivel cultural de las mujeres	160
Tabla 22: Resultado de las lesiones vesicales en función del parto real	163
Tabla 23: Resultado de las lesiones vesicales en función del tipo de parto	163
Tabla 24: Frecuencia de las mujeres según los días de hospitalización materna	167
Tabla 25: Visitas posteriores a urgencias de las mujeres a los 15 días del alta hospitalaria	168
Tabla 26: Resultados de los motivos de las visitas a urgencias de las madres a los 15 días del posparto	168
Tabla 27: Visitas posteriores a urgencias de las mujeres a los 42 días del alta hospitalaria	169
Tabla 28: Resultados de los motivos de las visitas a urgencias de las madres a los 42 días del posparto	169
Tabla 29: Resultados del tipo de dolor al alta hospitalaria.....	172
Tabla 30: Resultados del tipo de dolor a los 15 días del puerperio	173
Tabla 31: Resultados del tipo de dolor a los 42 días del puerperio	173
Tabla 32: Relación de mujeres que toman analgesia al alta hospitalaria	174
Tabla 33: Relación de mujeres que toman analgesia a los 15 días del puerperio.....	174
Tabla 34: Relación de mujeres que toman analgesia a los 42 días del puerperio.....	175
Tabla 35: Resultados del motivo de la toma analgesia al alta hospitalaria	178
Tabla 36: Resultados del motivo de la toma analgesia a los 15 días del posparto	178
Tabla 37: Resultados del motivo de la toma analgesia a los 42 días del posparto	179
Tabla 38: Resultados de las puntuaciones totales de la satisfacción materna	180
Tabla 39: Frecuencia de las mujeres según la cifra de satisfacción de su parto.....	180
Tabla 40: Frecuencia de las mujeres según la cifra de satisfacción al poder elegir el modo de parto preferido	180

Tabla 41: Frecuencia de las mujeres según la cifra de satisfacción de la información recibida para elegir	181
Tabla 42: Frecuencia de las mujeres según las cifras de satisfacción de la atención recibida por el personal sanitario durante todo el proceso	181
Tabla 43: Frecuencia de las mujeres según las cifras de satisfacción global	181
Tabla 44: Resultados totales de las satisfacciones en función del tipo de parto	182
Tabla 45: Prueba kruskal-wallis de la satisfacción del parto en función del tipo de parto	183
Tabla 46: Resultados totales de las satisfacciones en función del parto real	184
Tabla 47: Puntuaciones totales en la escala de Edimburgo en función del tipo de parto	186
Tabla 48: Frecuencia de mujeres en función de los resultados en la escala de Edimburgo	186
Tabla 49: Modificado de: Los ocho conceptos de salud (dimensiones) determinados en este cuestionario se resumen en la siguiente tabla.....	189
Tabla 50: Resultados totales del cuestionario SF-36 en función del tipo de parto.....	190
Tabla 51: Resultados prueba de kruskal-walis del componente de función física según el tipo de parto	190
Tabla 52: Resultados prueba de kruskal-walis del componente de rol físico según el tipo de parto	191
Tabla 53: Resultados prueba de kruskal-walis del componente de dolor corporal según el tipo de parto	191
Tabla 54: Resultados prueba de kruskal-walis del componente de vitalidad según el tipo de parto	192
Tabla 55: Resultados prueba de kruskal-walis del componente de función social según el tipo de parto	192
Tabla 56: Resultados prueba de kruskal-walis del componente de salud mental según el tipo de parto	193
Tabla 57: Resultados prueba de kruskal-walis del componente de salud física según el tipo de parto	193
Tabla 58: Resultados prueba de kruskal-walis del componente de salud mental según el tipo de parto	194
Tabla 59: Resultados prueba de kruskal-walis del componente de salud notificada según el tipo de parto	194

Tabla 60: Resultados totales del cuestionario SF-36 en función del parto real.....	195
Tabla 61: Frecuencias en días de los neonatos ingresados.....	199
Tabla 62: Media de los días de ingreso del recién nacido en función del parto real....	200
Tabla 63: Visitas posteriores a urgencias del recién nacido a los 15 días del puerperio.	201
Tabla 64: Resultados de los motivos de las visitas a urgencias del recién nacido a los 15 días del posparto	201
Tabla 65: Visitas posteriores a urgencias del recién nacido a los 42 días del puerperio	202
Tabla 66: Resultados de los motivos de las visitas a urgencias del recién nacido a los 42 días del posparto	202
Tabla 67: Apgar al minuto de vida del neonato en función del tipo de parto	204
Tabla 68: Apgar al minuto de vida del neonato en función del parto real	204
Tabla 69: Cifras de pH al nacimiento del recién nacido en función del parto real	206
Tabla 70: Cifras de pH al nacimiento del recién nacido en función del tipo de parto	207
Tabla 71: Tipo de reanimación en función del parto real.....	208
Tabla 72: Tipo de reanimación en función del tipo de parto.....	208
Tabla 73: Resultados de la prueba Kruskal-Wallis sobre la distribución de los pesos fetales en la variable tipo de parto.	210
Tabla 74: Peso del recién nacido en función del tipo de parto.....	211
Tabla 75: Frecuencia de éxito del PVDC entre las mujeres que optaron por un parto vaginal	219
Tabla 76: Comparación entre estudios de las complicaciones hemorrágicas.....	221
Tabla 77: Comparación entre estudios de la incidencia de rotura y dehiscencia uterina	221
Tabla 78: Comparación entre estudios de la incidencia de lesión vesical.....	222
Tabla 79: Comparación entre estudios de los días promedio de hospitalización materna	223
Tabla 80: Comparación entre estudios de los días promedio de hospitalización en las cesáreas.....	223
Tabla 81: Comparación entre estudios del dolor tras el PVDC o la cesárea electiva...	224
Tabla 82: Resultados cuestionario SF-36 en función del parto real	226
Tabla 83: Resultados cuestionario SF-36 en el estudio realizado por Torkan B(85)...	227

Tabla 84: Comparación entre estudios de los días de hospitalización del recién nacido
..... 230

Tabla 85: Comparación entre estudios del tipo de reanimación del recién nacido 232

ABREVIATURAS



RELACIÓN DE ABREVIATURAS

ACOG: Colegio americano de obstetricia y ginecología.

CEIC: Comité ético y de investigación clínica

EAM: Asociación de matronas europeas.

EVA: Escala analógica visual para la valoración del dolor.

FAME: Federación de asociaciones de matronas españolas.

FIGO: Federación internacional de ginecología y obstetricia.

HUFA: Hospital universitario Fundación de Alcorcón.

ICM: Conferencia internacional de matronas.

MFMV: Unidades de medicina materno-fetal de Estados Unidos.

NIH: Instituto nacional de salud de Estados Unidos.

OMS: Organización mundial de la salud.

OR: Odd ratio.

PVDC: Parto vaginal después de cesárea.

RCOG: Real colegio de ginecología y obstetricia del Reino Unido.

SEGO: Sociedad española de ginecología y obstetricia.

SOGC: Sociedad de obstetricia y ginecología canadiense.

TPDC: Trabajo de parto después de cesárea.

TVP: Trombosis venosa profunda.

VBAC: Vaginal Birth after cesarean.

VPP: Ventilación con presión positiva.

ANEXOS



ANEXOS

ANEXO 1: DATOS GENERALES

EDAD MATERNA:

GRUPO ÉTNICO:

NIVEL SOCIO-CULTURAL:

- Titulado universitario.
- Formación profesional (Módulos, ciclos formativos no universitarios).
- Bachillerato (BUP/COU).
- Estudios básicos.

TIPO DE PARTO:

- Cesárea
- Parto vaginal.

MOTIVOS DE ELECCIÓN MATERNA PARA UNA CESÁREA

- Evitar el dolor durante el parto.
- La cesárea es una técnica más sencilla que el parto vaginal.
- La cesárea es una técnica más corta que el parto vaginal.
- La cesárea es una técnica más segura que el parto vaginal.
- Evitar posibles lesiones en el suelo pélvico.
- Como método anticonceptivo realizando una ligadura de trompas.

MOTIVOS DE ELECCIÓN MATERNA PARA UN PARTO VAGINAL

- El parto vaginal es más fisiológico que la cesárea.
- Mejor y más rápida recuperación que la cesárea.
- El parto vaginal es un procedimiento más sencillo que la cesárea.
- El parto vaginal es un procedimiento más seguro que la cesárea.
- Evitar la cicatriz en el abdomen.
- Menos riesgos para futuros embarazos.

ANEXO 2: ESCALA LIKERT DE SATISFACCIÓN

Marque con una X la opción que corresponda en cada situación:

Señalar con una X la opción deseada	5 MUY SATISFECHA	4 SATISFECHA	3 NEUTRAL	2 INSATISFECHA	1 MUY INSATISFECHA
La satisfacción de su parto ha sido					
Al poder elegir entre un parto vaginal y una cesárea para el nacimiento de su hijo se ha sentido					
Cree que ha recibido la información suficiente para poder elegir					
Se ha sentido satisfecha con la atención recibida por el personal sanitario durante todo el proceso					

ANEXO 3: MORBILIDAD MATERNA

Herramientas para medir la morbilidad materna.

COMPLICACIONES	Señalar con una X
HEMORRÁGICAS	<input type="checkbox"/> Rotura uterina <input type="checkbox"/> Desgarros uterinos <input type="checkbox"/> Lesión de vasos uterinos <input type="checkbox"/> Atonía uterina <input type="checkbox"/> Anomalías de placentación
LESIONES VISCERALES	<input type="checkbox"/> Tracto uterino <input type="checkbox"/> Intestino
INFECCIOSAS	<input type="checkbox"/> Cicatriz <input type="checkbox"/> Pared abdominal <input type="checkbox"/> Tracto urinario <input type="checkbox"/> Endometritis <input type="checkbox"/> Episiotomía <input type="checkbox"/> Desgarro periné
TROMBOEMBÓLICAS	<input type="checkbox"/> Íleo <input type="checkbox"/> Trombosis venosa profunda <input type="checkbox"/> Tromboflebitis
LESIONES PERINÉ	<input type="checkbox"/> Desgarro I <input type="checkbox"/> Desgarro II <input type="checkbox"/> Desgarro III <input type="checkbox"/> Desgarro IV <input type="checkbox"/> Episiotomía
DURACIÓN DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA	

ANEXO 4: MORBILIDAD NEONATAL

Herramientas para medir la morbilidad materna.

	Si	No
Distrés respiratorio		
Infección 48h.		
Ingreso en la unidad de neonatos		

Duración en la estancia en neonatos	
Puntuación apgar 1 minuto	
Puntuación apgar 5 minuto	
Cifra de PH	
Peso del RN al nacimiento	
Tipo de reanimación	
Edad gestacional	

ANEXO 5: VALORACIÓN DEL DOLOR

Escala Visual Analógica EVA.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin dolor										Máximo dolor

Registro tipo de dolor, analgesia y motivo de la toma.

TIPO DE DOLOR	<input type="checkbox"/> Perineal <input type="checkbox"/> Abdominal <input type="checkbox"/> Lumbar <input type="checkbox"/> Otros tipos
TOMA DE ANALGESIA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
TIPO DE ANALGÉSICO	
MOTIVO DE LA TOMA	

ANEXO 6: VALORACIÓN VISITAS A URGENCIAS

Visitas a urgencias tras el alta de la madre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Motivo de la visita	
Visitas a urgencias tras el alta del recién nacido	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Motivo de la visita	

ANEXO 7: ESCALA EDIMBURGO

INSTRUCCIONES: Como usted tuvo un recién nacido hace 3 (ó 6) semanas (léase de acuerdo al momento de aplicación), nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo.

Le voy a leer 10 afirmaciones. Cada una de ellas tiene 4 alternativas de respuesta. Ud. debe elegir cuál de las alternativas se acerca más a cómo se ha sentido durante los últimos 7 días, no solamente hoy.

1. Me he podido reír y ver el lado positivo de las cosas: a. tanto como siempre b. no tanto ahora c. mucho menos d. no he podido	6. Me he sentido sobrepasada por los acontecimientos: a. la mayor parte del tiempo b. a veces c. casi nunca d. nunca
2. Cuando he pensado en el futuro, me he sentido optimista: a. tanto como siempre b. algo menos de lo que solía hacer c. casi nunca d. nunca	7. Me he sentido tan desdichada, que he tenido dificultades para dormir: a. casi siempre b. a veces c. no muy a menudo d. nunca
3. Me he sentido culpable cuando las cosas no han salido bien: a. la mayor parte del tiempo b. algunas veces c. casi nunca d. nunca	8. Me he sentido triste y desgraciada: a. la mayor parte del tiempo b. bastante a menudo c. casi nunca d. nunca
4. Me he sentido ansiosa y preocupada sin motivo: a. nunca b. casi nunca c. a veces d. casi siempre	9. Me he sentido tan triste que he estado llorando: a. la mayor parte del tiempo b. a menudo c. sólo ocasionalmente d. nunca
5. He sentido miedo sin motivo alguno: a. casi todo el tiempo b. algunas veces c. no mucho d. nunca	10. He pensado en hacerme daño a mí misma: a. bastante a menudo b. algunas veces c. casi nunca d. nunca

ANEXO 8: CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA SF-36

INSTRUCCIONES:

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- Mucho mejor ahora que hace un año
- Algo mejor ahora que hace un año
- Más o menos igual que hace un año
- Algo peor ahora que hace un año
- Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

-
-
7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?
- Sí, me limita mucho
 - Sí, me limita un poco
 - No, no me limita nada
8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?
- Sí, me limita mucho
 - Sí, me limita un poco
 - No, no me limita nada
9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?
- Sí, me limita mucho
 - Sí, me limita un poco
 - No, no me limita nada
10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?
- Sí, me limita mucho
 - Sí, me limita un poco
 - No, no me limita nada
11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?
- Sí, me limita mucho
 - Sí, me limita un poco
 - No, no me limita nada
12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?
- Sí, me limita mucho
 - Sí, me limita un poco
 - No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
- Sí
 - No
14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?
- Sí
 - No
15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
- Sí
 - No
16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?
- Sí
 - No
-
-

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- Sí
- No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- Sí
- No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- Sí
- No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- Nada
- Un poco
- Regular
- Bastante
- Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- No, ninguno
- Sí, muy poco
- Sí, un poco
- Sí, moderado
- Sí, mucho
- Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- Nada
- Un poco
- Regular
- Bastante
- Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- Siempre
 - Casi siempre
 - Muchas veces
 - Algunas veces
 - Sólo alguna vez
-
-

Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- Siempre
 Casi siempre
 Muchas veces
 Algunas veces
 Sólo alguna vez
 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- Siempre
 Casi siempre
 Muchas veces
 Algunas veces
 Sólo alguna vez
 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- Siempre
 Casi siempre
 Muchas veces
 Algunas veces
 Sólo alguna vez
 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- Siempre
 Casi siempre
 Muchas veces
 Algunas veces
 Sólo alguna vez
 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- Siempre
 Casi siempre
 Muchas veces
 Algunas veces
 Sólo alguna vez
 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- Siempre
 Casi siempre
 Muchas veces
 Algunas veces
 Sólo alguna vez
 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- Siempre
 Casi siempre
-

-
- Muchas veces
 - Algunas veces
 - Sólo alguna vez
 - Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- Totalmente cierta
- Bastante cierta
- No lo sé
- Bastante falsa
- Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- Totalmente cierta
- Bastante cierta
- No lo sé
- Bastante falsa
- Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- Totalmente cierta
- Bastante cierta
- No lo sé
- Bastante falsa
- Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

- Totalmente cierta
 - Bastante cierta
 - No lo sé
 - Bastante falsa
 - Totalmente falsa
-

ANEXO 9: CONSENTIMIENTO INFORMADO

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

Apreciada Sra.,

Se le invita a participar en un estudio para valorar la morbilidad materno-fetal asociada con el parto por cesárea en comparación con el parto vaginal en mujeres con cesárea anterior. Es importante que entienda en qué consiste. Por favor, lea detenidamente este documento y haga a su matrona todas las preguntas que le puedan surgir.

Objetivo del estudio

El Objetivo del estudio es comparar los resultados asociados con el parto por cesárea en comparación con el parto vaginal en mujeres sometidas en su primer parto a una cesárea. La recogida de la información se llevará a cabo mediante la historia clínica y con tres entrevistas para valorar la evolución de las mujeres tras el parto y comparar su progreso. La primera se realizará al alta hospitalaria (48-72h), la segunda a los 15 días vía telefónica y la tercera a los 42 días posparto, también a través de una llamada telefónica.

Este estudio pretende mejorar la calidad de la asistencia al parto después de una cesárea anterior.

Participación voluntaria

Su participación es totalmente voluntaria. Es usted libre de aceptar o no la posibilidad de colaborar en este estudio sin que por ello se vea afectada su futura atención médica.

Procedimientos del estudio

Si usted accede a colaborar en este estudio, debe saber que serán utilizados algunos datos sobre su salud. Además deberá responder a una serie de cuestionarios que recogerán datos de su parto y calidad de vida. Sus documentos médicos podrían ser revisados por personas dependientes de las Autoridades Sanitarias, miembros de comités éticos independientes y otras personas designadas por ley para comprobar que el estudio se está llevando a cabo correctamente. Dada la naturaleza del este estudio, no va a ser sometido a ninguna prueba, con lo que no comporta riesgos.

Confidencialidad

Toda su información será tratada de forma estrictamente confidencial. Su identificación se realizará solamente por un número. El tratamiento de los datos de carácter personal requeridos en este estudio se rige por la Ley Orgánica 15/1999,

teniendo usted los derechos que la citada ley les reconoce. La información obtenida de este estudio no podrá ser revelada a ninguna persona sin su consentimiento por escrito, excepto a su matrona o sus colaboradores, al promotor del estudio o sus representantes, a los Comités Éticos de Investigación Clínica de los hospitales dónde se está realizando el estudio y, en el caso que lo requieran, a las autoridades competentes de las Comunidades Autónomas.

En la práctica, la transmisión de la información se hará de forma que no permita identificarle. Sus datos serán objeto de un tratamiento codificado, de modo que la información que se obtenga no pueda asociarse a persona identificada o identificable. Todos sus datos se mantendrán estrictamente confidenciales y exclusivamente su personal sanitario conocerá su identidad. Ningún dato personal que permita su identificación será accesible a ninguna persona que no sea su matrona, ni podrán ser divulgados por ningún medio, conservando en todo momento la confidencialidad médico-paciente.

Los resultados obtenidos en este estudio se usarán para presentaciones o publicaciones científicas.

En el caso de los resultados de este estudio se publicasen, su nombre no será nunca mencionado. En dichas publicaciones o presentaciones se mantendrá la confidencialidad de los datos, de acuerdo con la Ley Orgánica de protección de datos de carácter personal 15/1999 de 13 de diciembre.

Debe saber que este estudio ha sido aprobado por el Comité Ético y que se realizará cumpliendo la legislación europea y española vigente para este tipo de estudios

Si desea hacer alguna pregunta o aclarar algún tema relacionado con el estudio, o si precisa ayuda por cualquier problema de salud relacionado con este estudio, por favor, no dude en ponerse en contacto con:

Matrona.: ...EVA MOZO VALDIVIESO.....

El investigador le agradece su inestimable colaboración.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACION EN EL ESTUDIO

TITULO: MORBILIDAD DIFERENCIAL EN LAS CESÁREAS ANTERIORES: ELEGIR ENTRE UN PARTO VAGINAL Y UNA CESÁREA ITERATIVA

Nombre del paciente
Nombre del matron/a que informa:
Fecha:

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que:
El/la matron/a. me ha explicado de forma satisfactoria el objetivo del estudio titulado: TITULO

-He recibido información clara y a mi plena satisfacción sobre el proyecto en el que decido libremente participar y sobre como se mantendrá la confidencialidad. Sé que el estudio se realiza con fines de investigación y que soy libre de retirar este consentimiento en cualquier momento sin repercusión alguna sobre mi tratamiento

Estoy satisfecho con la información recibida, pudiendo formular todas las preguntas que he creído convenientes, siendo aclaradas todas mis dudas.

En consecuencia, presto voluntariamente mi consentimiento para la participación en el estudio, pudiendo revocarlo en cualquier momento.

Firma del paciente,

Firma de la matrona,

ANEXO 10: APROBACIÓN COMITÉ ÉTICO



11/81
Hospital Universitario
Fundación Alcorcón

Comunidad de Madrid

MODELO DE EVALUACIÓN ÉTICA. INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Dña. María Velasco Arribas, Secretaria del Comité Etico de Investigación Clínica del Hospital Universitario Fundación Alcorcón,

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado la propuesta para que se realice el Proyecto de Investigación titulado "**Morbilidad diferencial en las cesáreas anteriores: elegir entre un parto vaginal y una cesárea**" y considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.

La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado

El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.

El Investigador se compromete a responder a los informes de seguimiento que desde el CEIC se les requiera

Y que este Comité acepta que dicho proyecto sea realizado en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón por **Dña. Eva Mozo Valdivieso** como investigadora principal.

Lo que firmo en Alcorcón, a 3 de febrero de 2012.

Fdo.: Dra. María Velasco Arribas
Secretaria del CEIC del HUFA