

## Morbilidad diferencial en las cesáreas anteriores. Elegir entre un parto vaginal y una cesárea iterativa

**Eva Mozo Valdivieso**

Universidad Complutense de Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología.  
Facultad de Medicina. Pabellón II. Planta Sótano. Avda Complutense s/n. Ciudad Universitaria. 28040  
Madrid.

[evamozo@hotmail.com](mailto:evamozo@hotmail.com)

**Tutora**  
**Consuelo Álvarez Plaza**

Universidad Complutense de Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología.  
Facultad de Medicina. Pabellón II. Planta Sótano. Avda Complutense s/n. Ciudad Universitaria. 28040  
Madrid.

[calvarezpl@yahoo.es](mailto:calvarezpl@yahoo.es)

**Resumen:** Este estudio compara la morbilidad materno-fetal asociada con el parto por cesárea en comparación con el parto vaginal en mujeres con cesárea anterior. Diseño longitudinal con una única cohorte, en la que los sujetos presentan el antecedente de cesárea anterior, dividida a su vez en dos grupos dependiendo del modo de parto que la mujer elija. El ámbito de estudio será el Hospital Universitario Fundación Alcorcón. La evaluación de la morbilidad se llevará a cabo a través de la historia clínica y de tres entrevistas: al alta hospitalaria, 15 días y 42 días posparto. Se evaluará 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.

**Palabras clave:** Cesárea. Parto.

**Abstract:** this study compares maternal and fetal morbidity associated with caesarean delivery compared with vaginal delivery in women with previous caesarean delivery. Longitudinal design with a single cohort in which subjects had a history of previous caesarean section, divided into two groups depending on the mode of delivery that women choose. The scope of study will be the Hospital Universitario Fundación Alcorcón. The assessment of morbidity will be conducted through the history and three interviews: at discharge, within 15 days and 42 days postpartum. An evaluation of the length of hospital stay, a visit to the emergency department after discharge, pain intensity by VAS, maternal satisfaction according to a likert scale and postpartum depression using the Edinburgh scale.

**Keywords:** Cesarean section. Childbirth.

## INTRODUCCIÓN

El término cesárea proviene del verbo latino *caedere* que significa cortar o efectuar una *cisura*. En la antigüedad existía una ley romana llamada *lex Caesarea* la cual indicaba este procedimiento a mujeres moribundas para salvar la vida del bebé al final del embarazo. En 1916 Edward Cragin ponderó el dogma “una cesárea, siempre una cesárea”, siendo esta la vía de nacimiento elegida por los obstetras de esta época, aumentando de esta manera el número de cesáreas considerablemente. Hasta que en el año 1985 con la declaración de fortaleza de la OMS se empieza a cuestionar la práctica excesiva e injustificada de la cesárea, investigando y dando a conocer sus efectos nocivos sobre la madre y el hijo, empezando a realizar partos vaginales después de cesárea (PVDC) y, por lo tanto, disminuyendo su práctica. Al comienzo de su utilización tenía como propósito salvar la vida del feto, pero el mejoramiento de las técnicas quirúrgicas y el descubrimiento de anestésicos y antibióticos la han transformado en una cirugía indispensable en la resolución de complicaciones surgidas durante el embarazo o el parto. Actualmente el desarrollo de la cesárea ha sido muy significativo y de gran impacto en la atención obstétrica. Por lo tanto, la cesárea se ha convertido en una de las cirugías más empleadas en el mundo.

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 (RCOG 2001), más del 40% de los partos en los Estados Unidos<sup>(1)</sup> y en el 22,5% de los partos en España<sup>(2)</sup>. 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 (PVDC) se cita variablemente entre el 56% y el 80%, aunque la proporción de mujeres que intentan un parto vaginal varía considerablemente<sup>(3,4)</sup>. 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<sup>(9)</sup>. 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 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<sup>(5)</sup>. 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<sup>(6)</sup>. 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<sup>(7)</sup>. Debido a esta falta de concordancia en la bibliografía surge el propósito de este proyecto. Tras este 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 y 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<sup>(8)</sup>. 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)<sup>(9)</sup> 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<sup>(10)</sup>.

Se define morbilidad como la capacidad de presentar unos síntomas y/o discapacidad consecuencia de una enfermedad o procedimiento<sup>(11)</sup>. 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 y el estado anímico de la madre posparto).

La rotura uterina es la complicación más grave asociada a un PVDC. Su tasa general oscila entre una 0,8%-1% de todas la cesáreas anteriores. En general, el mayor número de cesáreas anteriores aumenta las posibilidades de rotura uterina. Al contrario ocurre con los partos vaginales, ya que se trata de un factor que parece disminuir el riesgo de rotura uterina hasta un 0,2%<sup>(12)</sup>. Además, se ha comprobado que iniciar un trabajo de parto antes de la cesárea electiva disminuye el riesgo de esta urgencia obstétrica<sup>(13)</sup>. Otros factores implicados en la aparición de rotura uterina es la fiebre posparto tras la cesárea que se asocia a cicatrices más anchas y puede llegar a aumentar el riesgo hasta 3 veces, las gestantes mayores de 30 años tienen un incremento del 2,7% de padecer una rotura uterina y cicatrices en el útero el riesgo aumenta hasta el 8%<sup>(12)</sup>. A pesar de todo esto, una conducta intervencionista pura, la que defiende una cesárea tras una primera cesárea, esta totalmente desaconsejada por el reducido beneficio que se produce y el aumento de la morbilidad en las mujeres sometidas a una cesárea electiva<sup>(14)</sup>. Otro elemento a considerar es un mayor uso de transfusiones sanguíneas en mujeres a las que se realiza cesárea. 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<sup>(16)</sup>.

Se ha observado que las mujeres con una cesárea anterior presentan un riesgo aumentado de presentar anomalías de placentación en embarazos posteriores, como placenta previa (5 veces mayor) o placenta acreta (35 veces mayor). Este hecho se ha asociado con una posible causa de infertilidad postcesárea<sup>(16,18)</sup>.

La tasa de infección es similar en todos los estudios encontrados, los que también reportan que la complicación infecciosa más frecuente es la endometritis seguida de la infección de la herida quirúrgica<sup>(14)</sup>. Se ha concluido que la frecuencia de infecciones en los partos vaginales es de 1,3%, cifra que contrasta con el 13% en mujeres con cesárea<sup>(16)</sup>.

El daño accidental del aparato urinario, más concretamente de la vejiga, durante la cesárea o como consecuencia de una rotura uterina puede derivar en fístulas

vesicouterinas. En ocasiones, la gravedad de estas fístulas hace necesaria la reparación quirúrgica de la lesión, pudiendo llegar a la histerectomía en casos muy severos. La frecuencia de esta complicación aumenta conforme se realizan cesáreas de repetición<sup>(16)</sup>.

En cuanto a alteraciones o lesiones del suelo pélvico, los investigadores concluyen que, al menos durante 10 años después del nacimiento, la cesárea no está asociada con una reducción importante de la incontinencia urinaria o anal en comparación con el parto vaginal<sup>(17)</sup>.

Aunque no se ha encontrado una relación clara entre el estado emocional y el tipo de parto<sup>(19)</sup>, 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<sup>(18)</sup>. La cesárea no es solo un modo de dar a luz, sino que también es una cirugía y como toda intervención quirúrgica puede dar lugar a una serie de problemas derivados de la hospitalización<sup>(20)</sup> como la inmovilización, dolor y trastornos del sueño. 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). Del mismo modo, 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<sup>(21)</sup>.

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. Las mujeres que eligen una cesárea piensan que es un modo de parto menos doloroso, más fácil, más corto, más seguro y evita las posibles lesiones en el suelo pélvico como la episiotomía<sup>(22)</sup>. 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. 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, podrían afectar negativamente a su vivencia del parto, su relación con los profesionales sanitarios e incluso con su propio hijo<sup>(23)</sup>. Por lo tanto, se crea un conflicto ético y legal entre el derecho de las mujeres a decidir por sí 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<sup>(24)</sup> y el derecho de los profesionales sanitarios de actuar según la práctica médica más adecuada tanto para la madre como para el neonato<sup>(5)</sup>.

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<sup>(5)</sup>. La experiencia nos muestra que los partos asistidos por cesárea electiva presentan tasas más altas de presentar complicaciones respiratorias graves de hasta 7 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 3 días con aplicación de oxígeno de manera continua llegando incluso a necesitar ventilación mecánica. Todo esto influye negativamente sobre la prematuridad iatrogénica con déficit de surfactante que surge cuando la cesárea se programa antes del término del embarazo. Por lo tanto, se debe retrasar la cesárea electiva por lo menos hasta la semana 39 para evitar estos problemas<sup>(25)</sup>.

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<sup>(15)</sup>. 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 en los niños. En la bibliografía consultada hay pocos datos que comparen la tasa de sepsis neonatal en niños nacidos a través de cesárea electiva y parto vaginal planificado, indicando que esta complicación presenta un riesgo menor en las gestantes con cesárea de repetición, pero que para evitar 1 caso de infección neonatal tendrían que llevarse a cabo 76 cesáreas electivas<sup>(7)</sup>.

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 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<sup>(25)</sup>.

Se han producido cambios importantes en las últimas tres décadas 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.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Curtin SC, Kozak LJ, Gregory KD. U.S. Cesarean and VBAC rates stalled in the mid-1990s. *Birth*. 2000;27(1):54-7.
2. Gonzalo Romero A, Maris Lind S, Arce RV, Bazán CR. Incidencia y principales indicaciones de cesáreas. *Revista de Postgrado de la VIª Cátedra de Medicina*. 2004;(135):1-6.
3. Appleton B, Targett C, Rasmussen M, Readman E, Sale F, Permezel M. Vaginal birth after caesarean section: an Australian multicentre study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2000;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;14(4):340-8.
5. Foradada C. Reflexiones sobre la cesárea. *Matronas Prof*. 2006;7(1):5-13.
6. 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.
7. Signore C, Klebanoff M. Neonatal morbidity and mortality after: elective cesarean delivery. *Clin Perinatol*. 2008;35(2):361-72.
8. Dodd J, Pearce E, Crowther C. Women's experiences and preferences following Caesarean birth. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2004;44: 521-524.

9. Wagner MG. Cesárea, ¿una opción?(I y II). *Lancet*. 2000;356:1677-80.
10. Icart MT, Fuentelsanz C, Pulpón AM. Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y de una tesina. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2001.
11. European lung foundation. [Sede web] 2009. Glosario. Disponible en: [www.es.european-lung-foundation.org/index.php](http://www.es.european-lung-foundation.org/index.php)
12. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolos asistenciales en obstetricia. Parto vaginal tras cesárea. Informe de un grupo científico de la SEGO. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2002. (Serie de informes técnicos; 27).
13. Algert CS, Morris JM, Simpson JM, Ford JB, Roberts CL. Labor before a primary cesarean delivery reduced risk of uterine rupture in a subsequent trial of labor for vaginal birth after cesarean. *Obstet Gynecol*. 2008;112:1061-6.
14. Guise JM, McDonagh MS, Osterweil P, Nygren P, Chan BKS, Helfand M. Systematic review of the incidence and consequences of uterine rupture in women with previous caesarean section. *BMJ*. 2004;329:19-25.
15. Caraballo S. García Y. Nuñez A. Complicaciones infecciosas en la operación cesárea: clasificación previa y uso de antibióticos. *Rev Cubana Med Trop*. 2001;53(2):106-10.
16. Cárdenas R. Complicaciones asociadas con la cesárea: la importancia de un uso módicamente justificado. *Gac Méd Méx*. 2002;138(4):357-66.
17. Altman D, Ekstro A, Forsgren C, Nordenstam J, Zeterstro J. Symptoms of anal and urinary incontinence following cesarean section or spontaneous vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2007;197:512-519.
18. Leea YM, D'Alton ME. Cesarean delivery on maternal request: maternal and neonatal complications. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2008;20:1-5.
19. 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.
20. 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;9(4):1-7.
21. Cost F, Castells X. Diferencias del coste hospitalario del parto entre población nacional e inmigrante. Barcelona: IMAS; 2002.

22. Danso KA, Schwandt HM, Turpin CA, Seffah JD, Samba A, Hindin MJ. Preference of Ghanaian women for vaginal or caesarean delivery postpartum. *Ghana Med J.* 2009;43(1): 29-33.
23. Nilstun T, Habiba M, Lingman G, Saracci R, Da Frè M. Cesarean delivery on maternal request: Can the ethical problem be solved by the principlist approach? *BMC Med Ethics.* 2008; 9(11):1-8.
24. Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002 de 14 de Noviembre. Boletín oficial del estado, nº 274, (15-11-2002).
25. Jastrow N, Roberge S, Gauthier RJ, Laroche L, Duperron L, Brassard N. Effect of birth weight on adverse obstetric outcomes in vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2010;115:338-43.

### **HIPÓTESIS**

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

### **OBJETIVO GENERAL**

Comparar la morbilidad materno-fetal asociada con el parto por cesárea en comparación con el parto vaginal en mujeres sometidas en alguno de sus partos a una cesárea en un hospital de tercer nivel del Área 8 de la Comunidad de Madrid.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 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.
- 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.

- Conocer la frecuencia de lesiones en el perineo tras el parto vaginal.
- Comparar el nivel de dolor que existe después del parto vaginal y de la cesárea al alta hospitalaria (48-72 horas), 15 días y 40 días posparto (dolor perineal, abdominal, lumbalgia, otro tipo de dolores).
- Evaluar si existe depresión puerperal a los 40 días posparto dependiendo del modo de parto en relación con el parto y la cesárea.
- Medir la satisfacción de la mujer en relación con el parto vaginal y la cesárea.
- Conocer los motivos de elección materna del modo de parto que desean tener en cada grupo.
- 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.
- Medir la puntuación de apgar, cifra de pH y peso fetal al nacimiento en relación con el parto vaginal y la cesárea.
- Determinar el número de días promedio de hospitalización tanto materna como fetal y las veces que acuden a algún servicio de urgencias posparto.
- Redactar un nuevo consentimiento informado con el fin de mejorar la información que se le ofrece a la gestante, en el que se especifiquen los resultados más relevantes de esta investigación.

## **METODOLOGÍA Y PLAN DE TRABAJO**

### **Tipo de estudio**

Diseño longitudinal con una única cohorte, en la que los sujetos presentan el antecedente de cesárea anterior. Este grupo se dividirá 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. Dentro del grupo de las mujeres que eligen PVDC, puede surgir otro subgrupo de mujeres que pese a haber elegido un parto vaginal para el nacimiento de su hijo, se le realice 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 se decidirá, para la optimización de los resultados, si este grupo se tendrá en cuenta como independiente o si se añadirá dentro de los grupos ya definidos.

### **Población diana, método de muestreo y estimación del tamaño muestral**

Se estudiarán a todas las gestantes con antecedente de cesárea anterior que tengan 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<sup>(1)</sup>.

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 ser atendidas y que cumplan los criterios de inclusión y exclusión en un periodo de tiempo de 1 año.

#### **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.

#### **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)<sup>(2)</sup>.
- 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)<sup>(2)</sup>.
- Anomalías fetales diagnosticadas durante el embarazo.
- Crecimiento intrauterino retardado.
- Macrosomía fetal (peso fetal mayor de 4.500g)<sup>(3)</sup> y bajo peso fetal (peso fetal menor de 2.500g).
- Dificultad idiomática.

### Variables

- Tipo de parto: parto vaginal, cesárea.
- Motivos de elección materna/ 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<sup>(4)</sup> como método anticonceptivo realizando una oclusión tubárica.
- Motivos de elección materna/ parto: 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.
- Edad materna.
- Nivel socio-cultural materno: titulado universitario, formación profesional, bachillerato, graduado escolar, sin estudios.

### Morbilidad materna

- Complicaciones intraoperatorias<sup>(5)</sup>:
  - ✓ Hemorrágicas: rotura uterina, desgarros uterinos, lesión de vasos uterinos, atonía uterina (transfusiones sanguíneas), anomalías de placentación.
  - ✓ Lesiones viscerales: tracto urinario, intestino.
- Complicaciones postoperatorias<sup>(5)</sup>:
  - ✓ Infecciosas: endometritis, cicatriz y pared abdominal, tracto urinario.

- ✓ Enfermedad tromboembólica: íleo, trombosis venosa profunda, tromboflebitis.
- Presencia de lesiones en el periné tras el parto: episiotomía, desgarro I, desgarro II, desgarro III y desgarro IV.
- Nivel de dolor después del parto: dolor perineal, abdominal, lumbalgia, otro tipo de dolor<sup>(6)</sup>. Medido con la escala EVA.
- Toma de algún tipo analgesia posparto: especificar cual y el motivo de la toma.
- Depresión posparto<sup>(7)</sup>. Medida con la escala Edimburgo.
- Evaluación de la satisfacción materna<sup>(7)</sup>. Medida con una escala tipo Likert realizada por el investigador.
- Visitas posteriores a los centros sanitarios, fuera del protocolo habitual, al 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<sup>(6)</sup>.

### **Morbilidad fetal**

- Distrés respiratorio.
- Prematuridad iatrogénica provocada por la realización de la cesárea antes de las 39 semanas de gestación.
- Puntuación de apgar al minuto menor de 5 y a los 5 minutos menor de 7<sup>(6)</sup>.
- Cifras de pH al nacimiento del recién nacido menor de 7,20<sup>(6)</sup>.
- Peso al nacer.
- Ingreso en la unidad de cuidados intensivos neonatales<sup>(6)</sup>.
- Duración de la estancia hospitalaria neonatal.
- Infección sistémica confirmada tratada con antibióticos en el transcurso de las 48h de vida<sup>(7)</sup>.
- Visitas posteriores a los centros sanitarios, fuera del protocolo habitual, al alta hospitalaria y motivos por los que acude.

## MÉTODOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

### Recogida de datos

La captación de las mujeres que cumplan los criterios de inclusión se realizará en el paritorio del hospital donde se va a realizar el estudio una vez que la gestante haya decidido el tipo de parto que desea tener (parto vaginal o cesárea). Una vez en la planta de obstetricia se solicitará su participación a través del consentimiento informado previa explicación del propósito del estudio, garantizando la confidencialidad de los datos y agradeciendo su colaboración.

Se obtendrán los datos a través de la historia clínica recogida en el sistema informático SELENE y mediante la realización de tres entrevistas en las que la mujer deberá cumplimentar una serie de encuestas y escalas.

La primera entrevista se llevará a cabo al alta hospitalaria de la puerpera, dependiendo de si el parto ha sido vaginal o a través de una cesárea. Se realizará por la matrona o enfermera de obstetricia en la planta de maternidad del hospital. En primer lugar se recogerá el tipo de parto, la edad materna, el nivel socio-cultural y los motivos de elección materna (Anexo I). Se valorará si existe algún tipo de complicación como consecuencia del parto vaginal o de la cesárea tanto para la madre como para el neonato, la duración de la estancia hospitalaria de ambos, la intensidad del dolor según la escala visual análoga (teniendo en cuenta la variable analgesia)<sup>(8)</sup> y la satisfacción materna según una escala tipo likert realizada por el investigador<sup>(9)</sup> (Anexo II).

La segunda entrevista se realizará 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 evaluará de nuevo el dolor mediante EVA, teniendo en cuenta la variable analgesia y se le preguntará si ha visitado algún centro sanitario de urgencia fuera del protocolo habitual de visitas programadas, tanto ella como el recién nacido durante estos 15 días (Anexo III).

La tercera entrevista se realizará a las 6 semanas (42 días) posparto por la matrona vía telefónica. Se evaluarán los mismos criterios que en la anterior entrevista. Además se valorará la depresión posparto mediante la versión telefónica de la escala de Edimburgo (Anexo IV)<sup>(10)</sup>. De esta manera, se comparará la evolución de las puerperas con parto vaginal y con cesárea.

### Prueba piloto

Para la realización de la prueba piloto elegiremos a 15 gestantes con una cesárea previa, cuyo segundo parto tenga lugar en el Hospital Universitario Fundación de Alcorcón y que cumplan los criterios de inclusión.

La captación se llevará a cabo de manera consecutiva hasta finalizar el proceso con los 15 sujetos acordados, considerándose la duración de esta prueba en 2 meses. La recogida de información se llevará a cabo a través de la historia clínica, iniciándose en la planta del hospital donde permanecerán 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 llevarán a cabo tres entrevistas para valorar la evolución de las puérperas y comparar su progreso. La primera se realizará al alta hospitalaria, a los 15 días y 6 semanas posparto vía telefónica.

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<sup>(11)</sup>.

### **Aspectos éticos**

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 (Anexo V). 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 puérpera 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<sup>(12)</sup>.

### 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 insistirá desde la planta de maternidad de la importancia de finalizar dicho estudio y se recogerán todos los datos personales, comprobando sobre todo el número de teléfono.

### 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.

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 ( $p < 0,15$ ) entre las variables de estudio.

Para ello introduciremos todas las variables en el programa informático SPSS 15.0, 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<sup>(13)</sup>.

- Las variables cuantitativas se calcularán con las medidas de 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<sup>(1)</sup>.
- Las variables cualitativas se compararán con el test de Chi-2 si estas son independientes y aunque presenten más de dos categorías<sup>(1)</sup>.
- Se analizará 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<sup>(1)</sup>.

### PLAN DE TRABAJO: CRONOGRAMA

MESES	ACTIVIDADES				
	PERMISOS	PRUEBA PILOTO	RECOGIDA DATOS	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	COMUNICACIÓN RESULTADOS
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

### PRESUPUESTO

UD	CONCEPTO	CANTIDAD	PRECIO	TOTAL
	<b>PERSONAL</b>			
UD	COORDINADOR DEL PROYECTO	1	6.000 €	6.000 €
UD	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	1	300 €	300 €
UD	PERSONAL COLABORADOR	4	300 €	1200 €
	<b>PRUEBA PILOTO</b>			
UD	ENTREVISTAS	45	50 €	2.250 €
H	ESTUDIO DE RESULTADOS Y MODIFICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	45	30 €	1.350 €
	<b>RECOGIDA DE DATOS</b>			
H	ESTUDIO DE LA HISTORIA CLÍNICA	150	1 €	150 €
UD	ENTREVISTAS	150	10 €	1.500 €
	<b>ANÁLISIS ESTADÍSTICO</b>			
H	ESTUDIO DE RESULTADOS	100	30 €	3.000 €
	<b>COMUNICACIÓN DE RESULTADOS</b>			
H	REDACCIÓN DE INFORME DE RESULTADOS	200	30 €	6.000 €
UD	PUBLICACIÓN DEL INFORME Y RESULTADOS EN MEDIOS	5	200 €	1.000 €
	<b>EQUIPOS Y SERVICIOS</b>			
UD	ORDENADOR DE SOBREMESA	1	1.300 €	1.300 €
UD	IMPRESORA	1	120 €	120 €
UD	TELÉFONOS	2	70 €	140 €
MES	PEQUEÑO MATERIAL OFICINA, PAPEL, TINTA, LÁPICES, BOLÍGRAFOS	1	100 €	100 €
UD	TRANSPORTE	5	54 €	270 €
MES	LÍNEA TELEFÓNICA	16	60 €	960 €
	<b>TOTAL</b>			<b>25.640,00</b>

## BIBLIOGRAFÍA

1. Icart MT, Fuentelsanz C, Pulpón AM. Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y de una tesina. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2001.
2. 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.
3. Albornoz J, Salinas H, Reyes A. Morbilidad fetal asociada al parto en macrosómicos: análisis de 3981 nacimientos. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2010;70(4):218-224.
4. Danso KA, Schwandt HM, Turpin CA, Seffah JD, Samba A, Hindin MJ. Preference of ghanaiian women for vaginal or caesarean delivery postpartum. *Ghana Med J.* 2009;43(1):29-33.
5. Foradada C. Reflexiones sobre la cesárea. *Matronas Prof.* 2006;7(1):5-13.
6. 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, 2008. Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
7. 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, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
8. Aragón MC, Calderón E, Pernia A, Vidal M, Torres LM. Analgesia perioperatoria en cesárea: eficacia y seguridad del fentanilo intratecal. *Rev Soc Es. Dolor [revista en la Internet]*. 2004 Mar [citado 2010 Abr 29];11(2):30-35. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113480462004000200003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113480462004000200003&lng=es).
9. Gómez 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.

10. Farías ME, Wenk E, Jiménez F. Adaptación y validación de la escala 'Higs' para la detección de sintomatología hipomaniaca en el puerperio [tesis doctoral]. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 2007.
11. Gallardo Y, Moreno A. Módulo 3: recolección de la información. En: Martínez P, directora general. Aprende a investigar. 3ª ed. Santa Fé de Bogotá: ICFES; 1999. p.1-152.
12. Abajo FJ. La Declaración de Helsinki VI: una revisión necesaria, pero ¿suficiente?. Rev Esp Salud Pública [serial on the Internet]. 2001 Oct [cited 2010 May 01];75(5):407-420. Available from: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272001000500002&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272001000500002&lng=en). doi: 10.1590/S1135-57272001000500002.
13. Moral Peláez I. Modelos de regresión: lineal simple y regresión logística. En: Guillén Serra A, Crespo Montero R. Métodos estadísticos para enfermería nefrológica. Madrid: SEDEN; 2006. p.195-214.

## ANEXO I

### Edad materna:

### Nivel socio-cultural:

- Titulado universitario.
- Formación profesional (módulos, ciclos formativos no universitarios).
- Bachillerato (BUP/ COU).
- Graduado escolar (EBG/ ESO).
- Sin estudios.

### Tipo de parto:

- Cesárea.
- Parto vaginal.

### Motivos de elección materna: 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: 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 II

### 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
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	

### Herramientas para medir la morbilidad fetal:

	SÍ	NO
Distrés respiratorio		
Prematuridad iatrogénica		
Infección 48h.		
Ingreso en la unidad de neonatos		

Duración de la estancia neonatos	
Puntuación apgar 1 minuto	
Puntuación apgar 5 minutos	
Cifra de pH	
Peso del RN al nacimiento	

**Escala análoga visual:**

AUSENTE	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	INTENSO
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------

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"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tipo de analgésico	
Motivo de la toma	

**Satisfacción materna: escala de Likert**

<b>Señalar con una X la opción deseada</b>	<b>5</b> Muy satisfecha	<b>4</b> Satisfecha	<b>3</b> Neutral	<b>2</b> Insatisfecha	<b>1</b> 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 III**

Visitas a urgencias tras el alta de la madre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Motivo de la visita	
Visitas a urgencias tras el alta del recién nacido	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Motivo de la visita	

**ANEXO IV**  
**ESCALA DE EDIMBURGO VERSIÓN TELEFÓNICA**

Nombre: \_\_\_\_\_; Fecha de entrevista: \_\_\_\_\_

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.

Comenzar diciendo: Durante los últimos 7 días,

**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

**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

**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

**4. Me he sentido ansiosa y preocupada sin motivo:**

- a. nunca
- b. casi nunca
- c. a veces
- d. casi siempre

**5. He sentido miedo sin motivo alguno:**

- a. casi todo el tiempo
- b. algunas veces
- c. no mucho
- d. nunca

**6. Me he sentido sobrepasada por los acontecimientos:**

- a. la mayor parte del tiempo
- b. a veces
- 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

**8. Me he sentido triste y desgraciada:**

- a. la mayor parte del tiempo
- b. bastante a menudo
- c. casi nunca
- d. nunca

**9. Me he sentido tan triste que he estado llorando:**

- a. la mayor parte del tiempo
- b. a menudo
- c. sólo ocasionalmente
- d. nunca

**10. He pensado en hacerme daño a mi misma:**

- a. bastante a menudo
- b. algunas veces
- c. casi nunca
- d. nunca

## ANEXO V

### Documento de consentimiento informado

Dña: \_\_\_\_\_ con DNI/ Pasaporte  
Nº \_\_\_\_\_ con \_\_\_\_\_ años de edad, en pleno uso de mis facultades  
mentales, en calidad de paciente, manifiesto que:

Me ha sido entregado el documento de consentimiento informado por D./ Dña.  
\_\_\_\_\_, miembro del equipo investigador de  
este estudio, con las explicaciones necesarias del estudio a realizar:

#### 1. Descripción del estudio:

Usted tiene derecho a conocer el objetivo, metodología y acontecimientos relacionados con el estudio en el que va a participar, los datos incluidos son confidenciales, respetando en todo momento su privacidad.

Este documento intenta explicarle estas cuestiones; léalo atentamente y consulte con su matrona todas las dudas que se le planteen. Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá usted que firmar el consentimiento informado para poder participar en nuestro 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.

#### 2. Consentimiento:

Declaro consciente y en pleno uso de mis facultades mentales que he leído este documento, he comprendido y estoy conforme con las explicaciones del procedimiento, y doy mi consentimiento para que se proceda a su realización (Art. 10.6 Ley General de Sanidad). Asimismo estoy informado de la posibilidad de retirar el consentimiento en cualquier momento del proceso.

Y para que así conste, enterado y conforme, firmo el presente original.

Muchas gracias por su colaboración.

Firma del participante:

Firma del informador:

Recibido: 7 mayo 2011.

Aceptado: 28 agosto 2011.