Parto después de cesárea anterior: a propósito de un caso

López Córdoba Mónica*, Sanchez Casal Maria Irma*

**Enfermeras. Especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospitales Universitarios Regional y Virgen de la Victoria. Málaga.*

Resumen

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la tasa de cesáreas debería ser del 10-15%, sin embargo, no desciende del 20%. La OMS y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) recomiendan intentar un parto vaginal tras cesárea (PVDC).
El objetivo de este Caso Clínico es analizar la asistencia de una matrona a una gestante con cesárea anterior por presentación podálica, que acude al Hospital en trabajo de parto y desde su llegada piensa que se le va a realizar otra cesárea. Presenta un embarazo normal y el registro cardiotocográfico (RCG) realizado en el Hospital no presenta anomalías, por lo que la matrona le informa a ella y a su marido que se intentará un parto vaginal por no existir contraindicaciones para ello. A partir de aquí surgen las dudas, temores y ansiedad ante una situación nueva e inesperada.
Se ha hecho uso de la descripción de un caso clínico real para reflejar este contexto, basándose en las Evidencias Científicas.
Durante la experiencia, la matrona, como principal profesional cualificada para el cuidado integral de la mujer, interviene activamente proporcionando a la gestante y a su familia soporte físico y emocional, solucionando dudas y aportando información sobre los recursos disponibles, basados en Protocolos de Atención al Parto de Riesgo.

Palabras clave

Cesárea, parto vaginal después de cesárea, rotura uterina, trabajo de parto y nacimiento.

Abstract

According to the World Health Organization (WHO) the rate of Caesarean should be 10-15 %, nevertheless, it does not descend from 20%. The WHO and the Spanish Society of Obstetricians and Gynecologists (SEGO) recommends to try a vaginal childbirth after Caesarean (PVDC).
The aim of this Clinical Case is to analyze the assistance of one midwife to a pregnant woman with previous Caesarean for buttocks presentation, which goes to the hospital in labour and since arriving, are thinking that she will have another caesarean. Presents a normal pregnancy and cardiotocography (RCG) performed at the Hospital show no abnormalities, therefore the midwife tells her and her husband that will attempt a vaginal birth because there is no contraindications for it. From here come the doubts, fears and anxiety to a new and unexpected situation.
It has made use of the description of a real clinical case to reflect this context, based on the Scientific Evidence.
During the experience, the midwife, as principal qualified professional for the integral care of the woman, intervenes actively providing to the pregnant women and to his family, physical and emotional support, solving doubts and providing information about the available resources, based on Risk Childbirth Care Protocols.

Keywords
Caesarean, vaginal childbirth after Caesarean, uterine break, labor and birth.

Introducción

En la actualidad, las principales indicaciones de una cesárea son: sufrimiento fetal, desproporción cefalopélvica y cesárea anterior. El 25-50% de las cesáreas que se realizan son por cesárea anterior. La cesárea es una indicación relativa, ya que por sí sola no debe ser una indicación de cesárea. El constante crecimiento de la tasa de cesáreas implica que cada vez son más las mujeres que llegan al parto con una cicatriz uterina.[1]
La Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Declaración de Fortaleza establece que no puede justificarse que ningún país tenga más de un 10-15% de cesáreas, sin embargo,

los datos facilitados por el Ministerio de Sanidad establecen la práctica de cesáreas en España en un 22% en los centros públicos y alrededor de un 27% en los privados. Los países cuyas tasas de mortalidad perinatal son las más bajas del mundo tienen también las tasas de cesáreas inferiores al 10%, por lo que no hay razón que justifique un índice de cesáreas superior.[2, 3]

En el marco geográfico en el que se desarrolla este caso, Andalucía, la tasa de cesáreas es de las más bajas en comparación con otras Comunidades Autónomas, pero continúa por encima de las recomendaciones actuales. En el Sistema Sanitario Público de Andalucía, en el Proceso Asistencial Integrado del Embarazo, Parto y Puerperio se establece como indicador de calidad que la tasa de cesáreas sea inferior al 18%, y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia en el 16%.[4]

La OMS establece desde su Declaración de Fortaleza de 1985 que no hay pruebas de que después de una cesárea previa sea necesaria una nueva cesárea, sino que debe recomendarse un parto vaginal, siempre que sea posible una intervención quirúrgica de emergencia[2]. Hay escasa evidencia de que el aumento de la tasa de cesáreas se acompañe de mejores resultados perinatales.[1] Tanto la OMS como la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) recomiendan intentar el parto vaginal después de cesárea (PVDC), incluso si tiene más de una cesárea anterior.[5] Los factores que favorecen el éxito del parto vaginal tras cesárea anterior son: parto vaginal previo, intento de parto vaginal previo finalizado con éxito, cesárea anterior por presentación distinta a la cefálica y mujeres con parto de inicio espontáneo.[6]

La evidencia científica demuestra que esta política de incremento de cesáreas es perjudicial a medio y largo plazo para la salud de la madre y del neonato, además de incrementar ostensiblemente los costes de la sanidad.[7] En este sentido es necesario establecer estrategias orientadas a disminuir la tasa de cesáreas.

El objetivo de este caso clínico es describir la evolución de un parto vaginal tras cesárea previa , la complejidad de los sentimientos de la mujer y su marido, la ansiedad y el afrontamiento previos y los resultados finales tras la intervención de la matrona ,todo ello utilizando la taxonomía NANDA, los indicadores NIC Y NOC.

Presentación del caso

Secundigesta de 32 años de edad con un embarazo a término de 38+2 semanas. Acude acompañada de su pareja al servicio de Urgencias de Maternidad del Hospital.

Motivo de consulta:

Contracciones, refiere sensación de dinámica dolorosa cada 3 minutos desde hace 3 horas. No refiere pérdida de líquido ni sangre.

Historia clínica:

- Fórmula obstétrica: G2C1 (cesárea en 2009 por presentación podálica).
- No alergias medicamentosas conocidas. Ha tomado yodo y ácido fólico durante todo el embarazo y hierro oral en el último trimestre.
- Antecedentes personales: operada de apendicectomía.
- Antecedentes ginecológicos: Sin interés clínico.
- Raza: caucásica.
- Serología: Todas negativas, inmune a Rubeola. SGB (-).
- Embarazo que transcurre sin incidencias. Ecos normales y correspondientes.
- Hemograma, coagulación y orina normal de hace dos semanas.

Valoración de la matrona al ingreso:

- Tacto vaginal: 3 cm, cérvix de consistencia media en posición centrado y con un borramiento del 90 %. Se palpa presentación cefálica. No se objetiva salida de líquido amniótico.
- Registro cadiotocográfico: Patrón fetal reactivo, línea basal de 144 lpm. con presencia de ascensos transitorios y ninguna deceleración. Dinámica uterina regular, dos contracciones cada 10 minutos. Las constantes vitales de la madre (tensión arterial, frecuencia cardíaca y temperatura) son normales.
- Cesárea anterior por presentación podálica.
- Embarazo de “riesgo I o Medio” según el Proceso Asistencial Integrado de Embarazo, Parto y Puerperio de la Junta de Andalucía.[8]
- Por el curso clínico se puede considerar un parto de bajo riesgo (de baja intervención), no obstante la necesidad de una vigilancia más atenta a los riesgos específicos de un parto con este historial clínico.
- Seguido el control y valorado en su centro de Atención Primaria por médico. No asistió a clases de educación maternal.

Valoración psicosocial:

Elena y su marido Luis (nombres ficticios) llegan aparentemente tranquilos. La matrona les informa que el trabajo de parto está en curso y que no existe contraindicación inicial para el parto vaginal. Comienzan a estar nerviosos y refieren que como el anterior fue una cesárea, no tuvo dolores y todo fue bien, pensaban que el bebé iba a sufrir más por

parto vaginal y que le iban a realizar otra cesárea y empiezan a hacer preguntas. Se percibe elevada ansiedad y miedo pues estaban convencidos que se le realizaría otra cesárea.

En la consulta de urgencias obstétricas-ginecológicas:

La matrona explica a la Elena y a Luis que ha iniciado el trabajo de parto de manera espontánea y que va a ingresar en la Unidad de Partos.

La matrona comunica al Ginecólogo de Guardia que ha ingresado una mujer en Trabajo de parto y cesárea anterior.

El ginecólogo de guardia ingresa a la mujer tras la información de la matrona en el servicio de partos, dejando a la gestante a libre evolución hasta nueva valoración.

En la Unidad de Partos:

Cuando Elena y Luis están en el paritorio, la matrona y el ginecólogo se dirigen a ellos y proceden a explicarles que Elena está de parto y que se intentará realizar por vía vaginal, ya que la cesárea anterior se le realizó por presentación de nalgas y no existe indicación que justifique realizar una nueva cesárea. La matrona tranquiliza a Elena y a Luis, que en un primer momento están muy nerviosos y desconcertados pues creían que se le iba a realizar otra cesárea.

La matrona intenta tranquilizarlos explicando la situación y esclareciendo sus dudas: ¿Va sufrir más el bebé por el parto? ¿Mi mujer va a tener más dolores con un parto vaginal? ¿Qué riesgos hay en un parto después de la cesárea? ¿Se puede abrir la cicatriz?, etc…

Elena estaba nerviosa cuando tenía contracciones y no intentaba relajarse poniéndose más nerviosa. El marido ante esto gritaba "*¿Por qué esta así? ¡Con el otro bebé no tuvo dolores!"*. Se les explica que en el anterior nacimiento no inició el trabajo de parto por ser una cesárea programada por presentación de nalgas, que las contracciones son normales durante el proceso del parto y significa que el bebé se está preparando para salir. Se informa que mediante el monitor cardiotocográfico externo se vigila el bebé y en caso de algún problema se actúa. En este momento se ofrecen distintos medios de alivio del dolor: cambios posturales, masaje en zona lumbar, hidroterapia, analgesia epidural, etc., explicándoles en qué consiste cada uno. Se deciden finalmente por la analgesia epidural y firman el Consentimiento Informado. Se canaliza una vía venosa, realizando analítica de sangre (hemograma y coagulación) y se procede a la hidratación intravenosa. Se realiza la monitorización de las constantes maternas y se avisa al anestesista para colocación de catéter epidural.

El padre pregunta si apareciera algún problema, si iba a ser asistida por el médico o sólo por la matrona. Se explica que hay riesgo pero la alternativa (cesárea) también la tiene, que la matrona es la mejor preparada para atender un parto vaginal y que si fuera preciso se llamaría al médico.

El marido se mostró un poco más tranquilo ayudando a su mujer a relajarse y a seguir con el proceso de parto. Después de solventadas las dudas aceptan firmar el Consentimiento Informado para Parto Vaginal tras Cesárea Anterior.

Tras realizar monitorización cardiaca fetal continua, canalizar vía periférica y monitorizar constantes maternas, el anestesista procede a la colocación del catéter epidural.

La fase de dilatación progresa sin problemas, avanzando 1-2 cm por hora. Se produce la rotura espontánea de la bolsa amniótica a las 3 horas del ingreso en Partos y se observa la salida de líquido amniótico normal (claro), estando el feto reactivo y presentando dinámica espontánea durante toda la dilatación (4 contracciones en 10 minutos), no requiriendo administrar oxitocina para la estimulación de la dinámica uterina tras la analgesia epidural. Continúa con monitorización cardíaca fetal durante toda la dilatación. Elena refiere que nota las contracciones pero que ya no son dolorosas tras la administración de la epidural. Aún así, ambos continúan con ansiedad y miedo por el estado del bebé durante el parto y por el riesgo de rotura uterina. La matrona explica que el parto progresa con normalidad y que el riesgo de rotura uterina es muy bajo. A las 5 horas del ingreso, Elena está en dilatación completa (10 cm), encontrándose el bebé en II plano de Hodge.

Se realizan distintos cambios posturales para ayudar al descenso del bebé y se les explica a Elena y su marido que avisen si nota presión, dolor en la pelvis o ganas de empujar. El RCTG permanece normal durante todo el proceso, feto reactivo y dinámica uterina regular. A las 6 horas de su ingreso en partos, Elena avisa a la matrona por notar presión en la vagina. Tras la exploración vaginal, la matrona les explica que el bebé ha descendido por el canal del parto y está correctamente colocado (III-IV plano de Hodge, presentación occipito-ilíaca izquierda anterior) y que puede iniciar los pujos de manera espontánea, si tiene ganas. La matrona permanece con ellos durante todo el expulsivo, controlando el RCTG y el descenso del bebé ayudándoles con la respiración, pujos y tranquilizándoles. A la hora de comenzar los pujos nace el hijo de Elena y Luis mediante un

parto eutócico y Test de Apgar 9/10. El bebé se coloca piel con piel con la madre. El padre se participó en todo momento en el proceso. Después de cortar el cordón umbilical, el padre, dice que está muy contento y sorprendido porque en el anterior no pudo asistir por ser cesárea y no vio al bebé hasta que estaba vestido. La mujer refiere sentirse feliz con la experiencia y muy agradecida con los cuidados prestados.
El alumbramiento sucede a los 15 minutos del expulsivo. La placenta está completa, las membranas íntegras y el sangrado tras el alumbramiento es normal. Se administran 20 UI de oxitocina tras la salida de la placenta y comprobar la integridad del cuello uterino. Elena Presenta un desgarro de grado II en vagina y periné que se sutura sin incidencias.

Fase diagnóstica

Tras realizar un análisis de la información obtenida, la matrona emitió un juicio clínico sobre la situación sobre la que va a actuar y esto lo hace a través de los diagnósticos de enfermería. Es importante destacar que el principal diagnóstico es de **Parto en curso,** pero no está recogido en la taxonomía NANDA como diagnóstico enfermero, sino como intervención. Por tanto, las intervenciones serían:
1.6720 Parto.
2.6834 Cuidados intraparto: parto de medio riesgo.
3.6771 Monitorización fetal continua durante el parto.
Y como diagnósticos destacamos:
4. 00126 Conocimientos deficientes: parto y alumbramiento.
5. 00132 Dolor agudo.
6. 00146 Ansiedad.
7. 00148 Temor.
Se ha elaborado un plan de cuidados de enfermería con los problemas reales (diagnósticos) y en la siguiente tabla hemos desarrollado los diagnósticos enfermeros (NANDA), resultados esperados (NOC) e intervenciones orientativas (NIC), según la taxonomía enfermera utilizada en nuestro modelo de cuidados. Teniendo en cuenta la situación de la gestante, para que tenga un proceso satisfactorio.[9, 10, 11]
Diagnósticos de Enfermería: (Ver anexo tabla 1)
Ansiedad R/C la amenaza de cambio en su salud y rol M/P la propia paciente.
Ansiedad R/C dolor M/P contracciones uterinas.
Ansiedad R/C conocimientos deficientes sobre el parto y manifestada por la expresión verbal de la paciente.

Fase de planificación y evaluación

Ansiedad
Definición: Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica; sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.
r/c: Estrés del parto. Conocimientos deficientes.
m/p: Nerviosismo. Temor. Verbalización de sentimientos negativos. Dificultad para tomar decisiones. Expresión de preocupación.
La puntuación en la escala Likert que señalamos en cada indicador NOC refleja el proceso en su conjunto.
NOC para un plan de cuidados enfermeros ante la ansiedad.
(1402) Control de la ansiedad.
(1302) Superación de problemas (afrontamiento).
(1300) Aceptación: estado de salud.

Evaluación

Se evalúa la consecución de los objetivos propuestos a través de una mejora en las puntuaciones de las escalas Likert iniciales y finales.
La evaluación pre-post demostró una mejoría en los indicadores de la escala Likert y el cumplimiento de los objetivos marcado, considerándose de forma especial el control de la ansiedad (de 2 puntos antes de la intervención a 5 puntos tras realizarla).

Discusión

En embarazadas con una o más cesáreas en los antecedentes ni la cesárea electiva ni la prueba de trabajo de parto están exentas de riesgo. Estos riesgos en cuanto a la gestante son hemorragia, infección, complicaciones operatorias, tromboembolismo, histerectomía y muerte. Los riesgos aumentan cuando es necesario proceder a una cesárea después de intentar una prueba de parto vaginal. Así, en estas gestantes el parto vaginal está asociado a menor riesgo materno, en cuanto una tentativa fallada de PVDC se asocia a mayor riesgo de complicaciones.
La rotura uterina o dehiscencia de la cicatriz uterina es uno de los riesgos más importantes asociados a la prueba de trabajo de parto en mujeres con una cesárea anterior. No obstante, el riesgo de tener una rotura uterina es inferior al 1%, probablemente en torno al 0.4%. Cuando hay más de una cesárea el riesgo no es mucho mayor, alrededor del 1%, por lo que se recomienda intentar el PVDC

cuando las condiciones obstétricas sean adecuadas (presentación cefálica, no macrosomías, incisión transversa, etc.), siempre que se dispongan de los medios adecuados para poder realizar una cesárea de urgencia si fuera necesario. El riesgo de rotura uterina es 3 veces mayor en las mujeres que se quedan embarazadas en menos de 6 meses después de una cesárea, siendo ideal que ese período no sea inferior a 18 meses.[12, 13]

Según la SEGO, se debe ofrecer un intento de parto por vía vaginal a todas las mujeres con cesárea previa, una vez que se descarten las contraindicaciones y se informe a la gestante de los riesgos y beneficios del parto vaginal. Al darse la opción de la prueba de parto vaginal a las cesáreas, se conceden varias ventajas potenciales para la salud de la mujer, se evita una cirugía abdominal, lo que supone menor tasa de hemorragia e infección y un menor período de recuperación, así como la posibilidad de tener mayor número de hijos sin los riesgos que suponen las cesáreas de repetición.[7, 14, 15]

Atendiendo al caso clínico presentado, podemos ver que el médico y la matrona han seguido las recomendaciones de la SEGO y al no existir contraindicaciones, le ofrecen a la mujer intentar un parto vaginal, que se ha concluido como suceso. No obstante, hay que reflexionar sobre la falta de información de la gestante acerca de lo que podía ocurrir en su parto. Esta mujer no ha recibido Educación Maternal porque creía que se le iba a realizar una cesárea y no lo veía necesario. Por otro lado, nunca durante su embarazo le fue comunicada la posibilidad de PVDC. Esto supone un fallo del sistema y nos obliga a prestar mejor información en la atención sanitaria. Debemos destacar la importancia de la labor de la Matrona respecto a la información de la gestante y a su marido desde su llegada a urgencias, así como durante todo el trabajo de parto. Esta información y apoyo emocional ayudaron a superar la ansiedad y miedo que la pareja tenía asociada a una noticia inesperada: el parto vaginal tras cesárea frente a las expectativas que se habían creado de tener una cesárea sin trabajo de parto, por tener una cesárea anterior.

Muchas mujeres perciben la cesárea como más fácil y conveniente que el trabajo de parto y las solicitudes por parte de las pacientes de una cesárea sin indicación obstétrica son una realidad. Debemos saber que la cesárea sin cualquier motivo de salud está asociada a mayores riesgos y es considerado por la comunidad científica internacional como una práctica injustificada. Aunque el útero tiene un mayor riesgo de rotura en una mujer que ha tenido una cesárea, 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 rutinaria 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. Gran parte de los profesionales sanitarios son conscientes de esto, pero la sociedad en general todavía no está suficientemente informada.[12, 16, 17, 18]

Por ello, debemos de dotar a la mujer de recursos que mejoren su experiencia y para que su vivencia sea lo más positiva posible. El asesoramiento imparcial basado en hechos, iniciado tempranamente (idealmente antes de la semana 36 de embarazo) proporciona la mejor preparación.[7] Deben obtenerse los registros médicos de la paciente para revisar las circunstancias que rodearon la indicación de la(s) cesárea(s) previa(s) y para confirmar el tipo de incisión uterina. Después de un diálogo a fondo, el médico y la paciente pueden decidir si la repetición de la cesárea es la opción más segura y más práctica en sus circunstancias particulares. Además, la cesárea electiva en casos de cesárea anterior aumenta el riesgo de complicaciones serias en futuros embarazos. A medida que aumenta el número de cesáreas aumentan los riesgos de acretismo placentario y de lesiones quirúrgicas. Se ha sugerido que el número de embarazos futuros deseados debe incluirse como factor en el proceso de la toma de decisión, pero que las intenciones originales de tener sólo uno o dos hijos podrían cambiar por circunstancias inesperadas de la vida. Debe prevalecer el sentido común. Como en casi todas las situaciones de la vida, en la moderación está la virtud, y creemos no se pueden mantener posturas dogmáticas ni a favor del “parto medicalizado por rutina” ni el del “parto vaginal a toda costa”, como propugnan ciertos sectores muy radicalizados, sino intentar aplicar la mejor evidencia científica disponible en el momento actual e intentar cumplir los deseos de una madre adecuadamente informada y con autonomía propia.[17]

La sanidad pública deberá promover la educación maternal de una forma generalizada, por un lado, a través de la divulgación de información (folletos, carteles, etc..) y por otro a través de la formación de los profesionales que atienden a las embarazadas en los centros de atención primaria. Ya que no es posible tener matronas en todos los centros de salud, lo mínimo sería tener matronas que realizaran estas formaciones. La matrona, por la obligación que tiene de mantenerse actualizada sobre las metodologías y evidencias científicas más recientes, es el

profesional más cualificado para realizar esas formaciones. Poniéndose esto en práctica se fomenta la calidad de los cuidados, promoviendo el parto vaginal (y en particular el PVDC) ayudando a disminuir el número de cesáreas injustificadas.

Este caso clínico sirve como ejemplo para de una forma general concluir lo siguiente:

- La matrona debe estar actualizada sobre las metodologías basadas en la evidencia científica más reciente.
- La matrona debe promover el parto vaginal con baja intervención.
- La educación maternal es muy importante para preparar e informar las gestantes y promover el parto vaginal con baja intervención.
- Por su importancia, la educación maternal, deberá ser promovida por el sistema de sanidad pública.
- La matrona es la principal responsable de la valoración de la evolución clínica del trabajo de parto, la que debe detectar precozmente la desviación de la normalidad y la necesidad de un mayor nivel de intervención y que supone la implicación, por competencias, del ginecólogo.

ANEXO TABLA 1

Diagnóstico	**NOC**	**Escala likert inicio/final**	**NIC**
00146 Ansiedad R/C cambio en el estado de salud, M/P la propia paciente.	140217 Controla la respuesta de ansiedad.	2/5	5820. Disminución de la ansiedad •Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad. •Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. •Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. •Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. •Escuchar con atención.
	140204 Busca información para reducir la ansiedad.	5/5	
00148 Temor.	140403 Busca información para reducir el miedo.	5/5	5380. Potenciación de la seguridad •Disponer un ambiente no amenazador. •Permanecer con el paciente para fomentar su seguridad durante los periodos de ansiedad. •Escuchar los miedos del paciente/familia. •Explicar al paciente/familia todas las pruebas y procedimientos. 5340. Presencia •Escuchar las preocupaciones del paciente. •Mostrar una actitud de aceptación. •Permanecer con el paciente para fomentar seguridad y disminuir miedos.
	140412 Mantiene la concentración.	3/4	
	140407 Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo.	3/5	
00126 Conocimientos deficientes R/C Falta de exposición M/P Verbalización del problema.	181402 Explicación del propósito del procedimiento.	3/5	5606. Enseñanza individual •Determinar las necesidades de enseñanza del paciente. •Instruir al paciente cuando corresponda. 5618.Enseñanza: procedimiento/tratamiento •Informar al paciente/ser querido acerca de la duración esperada del procedimiento/tratamiento. •Explicar el propósito del procedimiento/tratamiento. •Explicar el procedimiento. •Enseñar al paciente cómo cooperar/participar durante el procedimiento, si procede. •Explicar la necesidad de ciertos equipos (dispositivos de monitorización) y sus funciones. •Informar al paciente sobre la forma en que puede ayudar en la recuperación. •Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes. •Incluir a la familia/ser querido, si resulta oportuno.
	181403 Descripción de los pasos del procedimiento.	2/5	
	181410 Descripción de los posibles efectos indeseables.	3/4	
	160901 Cumple las precauciones recomendadas.	2/4	

Bibliográfia

1. Fabre González E. Manual de asistencia al parto y puerperio patológicos. Zaragoza: Wyeth-Lederle. 1999.
2. OMS. Declaración de Fortaleza. Lancet. 1985; 8452 (2): 436-437.
3. Estadísticas del Parto - datos nacionales. [consultado 13 Nov 2012; actualizado 16 Abr 2012]. Disponible en: http://www.estadisticasdeparto.com/2011/01/datos-nacionales.html.
4. Junta de Andalucía Consejería de Salud y Bienestar Social. Resultados y Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía: Efectividad. Escuela Andaluza de Salud Pública - Servicio Andaluz de Salud - Consejería de Salud y Bienestar Social. 2012 [consultado 13 Nov 2012] Disponible en: http://www.calidadsaludandalucia.es/docs/efectividad.pdf.
5. Olza I, Lebrero Martínez E. ¿Nacer por cesárea? 1ª ed. Barcelona: Granica; 2005.
6. ACOG. Practice Bulletin Number 115: Vaginal birth after previous cesarean delivery. Obstet Gynecol: 2010; 116:450-463.
7. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolos Asistenciales en Obstetricia: Parto vaginal tras cesárea. SEGO. 2010.
8. Junta De Andalucía Consejería de Salud. Proceso Asistencial Integrado Embarazo, Parto y Puerperio. 2ª ed. Sevilla: Consejería de Salud; 2005
9. Herdman TH, editor. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier; 2010.
10. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
11. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, editores. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
12. Smith GC, Pell JP, Cameron AD, et al. Risk of perinatal death associated with labor after previous cesarean delivery in uncomplicated term pregnancies. JAMA; 2002; 287(20):2684-2690.
13. Goer H, Leslie MS, Romano A. The Coalition for Improving Maternity Services: Evidence basis for the ten steps of mother-friendly care. Step 6: Does not routinely employ practices, procedures unsupported by scientific evidence. J Perinat Educ. 2007; 16(Suppl.1):32S-64S.
14. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). Guidelines for vaginal birth after previous cesarean birth: No. 155. J Obstet Gynaecol Can. 2005; 27(2):164-174.
15. Cunningham FG, Bangdiwala S, Brown SS, et al. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Vaginal Birth After Cesarean: New Insights. March 8-10, 2010. Obstetrics & Gynecology. 2010; 115(6):1279–1295.
16. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 115: Vaginal birth after previous cesarean delivery. Obstet Gynecol. 2010; 116:450-463.
17. Caughey AB. Vaginal birth after cesarean delivery. Medsape [Internet]. 2010 Jun [consultado 15 Ene 2013]. Disponible en http://emedicine.medscape.com/article/272187.
18. Rossi AC, D'Addario V. Maternal morbidity following a trial of labor after cesarean section vs elective repeat cesarean delivery: a systematic review with metaanalysis. Am J Obstet Gynecol 2008; 199(3):224-231.