

UNIVERSIDAD DE HUANUCO

ESCUELA DE POSGRADO

**PROGRAMA ACADÉMICO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ALTO
RIESGO OBSTÉTRICO**



UDH
UNIVERSIDAD DE HUANUCO
<http://www.udh.edu.pe>

TESIS

**“VALOR PREDICTIVO DEL PUNTAJE DEL FLAMM EN LA
PREDICCIÓN LA VÍA DEL PARTO DE LAS GESTANTES CON
CESÁREA PREVIA ATENDIDA EN EL ESSALUD HOSPITAL NIVEL
II HUÁNUCO, 2018”**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD EN ALTO RIESGO OBSTÉTRICO**

AUTORA: Brandy Flores, Yribegnia Yurimayde

ASESORA: Palacios Zevallos, Juana Irma

HUÁNUCO – PERÚ

2022

U

D

H



TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

- Tesis (X)
- Trabajo de Suficiencia Profesional()
- Trabajo de Investigación ()
- Trabajo Académico ()

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud pública
AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2018-2019)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

Área: Ciencias médicas, Ciencias de la salud

Sub área: Medicina clínica

Disciplina: Obstetricia, Ginecología

DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: segunda especialidad en alto riesgo obstétrico

Código del Programa: P40

Tipo de Financiamiento:

- Propio (X)
- UDH ()
- Fondos Concursables ()

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 21799767

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 22418566

Grado/Título: Doctora en ciencias de la salud

Código ORCID: 0000-0003-4163-8740

DATOS DE LOS JURADOS:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Toscano Poma, Edilberto	Doctor en ciencias de la salud	22404044	0000-0002-3883-9480
2	Luyo Marcellini, Delci Fiorella	Maestra en ciencias de la salud con mención en salud pública y docencia universitaria	40408901	0000-0001-5641-3099
3	Sinche Alejandro, Marisol	Magister en gestión pública	22489669	0000-0001-5710-8424

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco siendo las 10:00 horas del día 22 del mes de julio del año 2022, en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Títulos de la Segunda Especialidad, de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco, se reunieron el sustentante y el Jurado Calificador mediante la plataforma virtual Google meet integrado por los docentes:

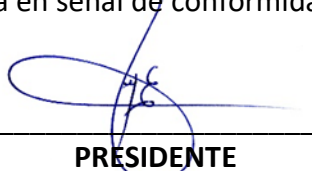
Dr. Edilberto Toscano Poma,	Presidente,
Dra. Silvia Bacilio Cruz ,	Secretaria,
Mg. Marisol Sinche Alejandro,	Vocal.
Mg. Delci Fiorella Luyo Marcellini,	Jurado Accesitaria,

Nombrados mediante RESOLUCIONES N° 1087-2022-D-FCS-UDH de fecha 12 de julio del 2022, para evaluar la Tesis intitulada: **“VALOR PREDICTIVO DEL PUNTAJE DEL FLAMM EN LA PREDICCIÓN LA VÍA DEL PARTO DE LAS GESTANTES CON CESAREA PREVIA ATENDIDA EN EL EESALUD HOSPITAL NIVEL II HUÁNUCO, 2018”**, presentado por doña: **Iribegnia Yurimayde BRANDICH FLORES**, para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional mención en Alto Riesgo Obstétrico.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: Exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del jurado.

Habiendo absuelto las interrogantes formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) **Aprobada** Por **Unanimidad** con el calificativo cuantitativo de **18** y cualitativo de **Muy Bueno**.

Siendo las 11:00 horas del día 22 de julio del año 2022, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.



PRESIDENTE

Dr. Edilberto Toscano Poma



SECRETARIA

Mg. Delci Fiorella Luyo Marcellini



VOCAL

Mg. Marisol Sinche Alejandro

DEDICATORIA

A mis queridos padres, Esther y Abraham, a mi adorada hija que constituyen la fuerza y razón que me impulsa a seguir adelante para hacer realidad los objetivos trazados.

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento está dedicado a mi familia, profesores, colegas, participantes de la investigación y a mi asesora que me guiaron y me dieron todo el apoyo para realizar esta investigación.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE	iv
ÍNDICE DE TABLAS	vi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	vii
RESUMEN	viii
SUMMARY	ix
INTRODUCCION	x
CAPÍTULO I	12
1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION	12
1.1. Descripción del problema	12
1.2. Formulación del problema	15
1.2.1. Problema general.	15
1.2.2. Problemas específicos	15
1.3. Objetivo general.....	16
1.4. Objetivos específicos.	16
1.5. Justificación de la investigación	16
1.6. Limitaciones.....	17
1.7. Viabilidad de la investigación.....	17
CAPÍTULO II.....	18
2. MARCO TEÓRICO	18
2.1. Antecedentes de la investigación	18
2.1.1. Antecedentes internacionales.	18
2.1.2. Antecedentes nacionales.	21
2.2. Bases teóricas	24
2.2.1. Cesárea.....	24
2.2.2. Epidemiología.	29
2.2.3. Puntaje de FLAMM.....	29
2.3. Definiciones conceptuales	31
2.4. Sistema de hipótesis.....	31
2.5. Sistema de variables.....	32

2.5.1. Variable independiente.....	32
2.5.2. Variable dependiente	32
2.6. Definición operacional de variables, dimensiones e indicadores	33
CAPITULO III	34
3. MARCO METODOLÓGICO	34
3.1. Tipo de investigación	34
3.1.1. Enfoque.....	34
3.1.2. Nivel de investigación.....	34
3.1.3. Diseño de la investigación.....	34
3.2. Población y muestra	35
3.2.1. Población	35
3.2.2. Muestra.	35
3.2.3. Muestreo.	36
3.3. Fuentes técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	36
3.3.1. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información... 36	
3.3.2. Análisis descriptivo.....	36
3.3.3. Análisis inferencial.....	37
CAPITULO IV.....	38
4. RESULTADOS	38
4.1. Datos Generales.....	38
4.2. Datos de la vía del parto	46
CAPITULO V.....	54
5. DISCUSION DE RESULTADOS.....	54
CONCLUSIONES	56
RECOMENDACIONES.....	57
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	58
ANEXOS	63

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Resultados de Edades	38
Tabla 2. La procedencia de la población estudiada	39
Tabla 3. Evidencia de la religion	40
Tabla 4. Estado civil:	41
Tabla 5. Índice de masa corporal.....	42
Tabla 6. Número de gestaciones	43
Tabla 7. Número de partos vaginales previo o posteriores a la cesárea	44
Tabla 8. Indicación previa de la cesárea.....	45
Tabla 9. Parto Eutócico.....	46
Tabla 10. Peso al nacimiento.....	47
Tabla 11. Indicación de cesárea previa	48
Tabla 12. Prueba de Antecedente de parto vaginal	50
Tabla 13. Prueba de parto vaginal según Multiparidad.....	51
Tabla 14. Período intergenésico	52
Tabla 15. Edad materna	53

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Gráfico 1 Resultados de Edades	38
Gráfico 2. La procedencia de la población estudiada	39
Gráfico 3. Evidencia de la religion.....	40
Gráfico 4. Estado civil	41
Gráfico 5. Índice de masa corporal	42
Gráfico 6. Número de gestaciones.....	43
Gráfico 7. Número de partos vaginales previo o posteriores a la cesárea ...	44
Gráfico 8. Indicación previa a la cesárea	45
Gráfico 9. Parto Eutócico	46
Gráfico 10. Peso al nacimiento	47
Gráfico 11. Indicación de cesárea previa	49
Gráfico 12. Prueba de Antecedente de parto vaginal	50
Gráfico 13. Prueba de parto vaginal según Multiparidad	51
Gráfico 14. Prueba de parto vaginal por periodo intergenésico	52
Gráfico 15. Prueba de parto vaginal según edad materna.....	53

RESUMEN

El presente trabajo titulado “VALOR PREDICTIVO DEL PUNTAJE DEL FLAMM EN LA PREDICCIÓN LA VÍA DEL PARTO DE LAS GESTANTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDA EN EL ESSALUD HOSPITAL NIVEL II HUÁNUCO, 2018”. Se realizó con el objetivo de Analizar el valor predictivo del puntaje del FLAMM en la predicción la vía del parto de las gestantes con cesárea previa, se tomó como muestra una población de 70 gestantes c con cesáreas previas, al concluir el estudio se encontraron los siguientes resultados: La edad que más porcentaje obtuvo, con el 42% fueron del grupo etario de 26 a 30 años. La procedencia el 97% fueron procedentes de las zonas urbanas. La religión fue la católica que con el 66%. El estado civil casadas con el 53%. IMC, el 75%, presentaron un IMC normal. El 53% del grupo estudiado presentó 2 gestaciones. El 54% tuvo dos partos. El 70% tuvieron indicaciones previas para una cesárea. El 71% no presentaron partos eutócicos previos a la cesárea anterior. Los recién nacidos, que llegaron a un 82% presentaron un peso normal. La primera indicación de la cesárea previa fue la distocia de la presentación fetal con el 13%. El 71% logro la prueba de parto vaginal exitosa, mientras que el 10% falló. Con multiparidad la prueba de parto vaginal con cesárea previa el 55% fue éxitos. Las gestantes con espacio intergenésico optimo lograron con éxito el 70% de la prueba. El 45% de las madres con dades adecuadas, presentaron éxito en la prueba de parto vaginal con anterior cesárea y el 20% de madres con edades no adecuadas también lo lograron.

Palabras claves: valor predictivo- puntaje del FLAMM- vía del parto - cesárea previa”

SUMMARY

This work entitled "PREDICTIVE VALUE OF THE FLAMM SCORE IN THE PREDICTION OF THE ROUTE OF BIRTH OF PREGNANT CESAREAN CARE AT THE ESSALUD HOSPITAL LEVEL II HUÁNUCO, 2018". It was carried out with the aim of Analyzing the predictive value of the FLAMM score in predicting the route of delivery of pregnant women with a previous cesarean section, a population of 70 pregnant women with previous cesarean sections was taken as a sample, at the end of the study the following were found Results: The age with the highest percentage, with 42% were from the age group of 26 to 30 years. The origin 97% were from urban areas. The religion was Catholic with 66%. The marital status married with 53%. BMI, 75%, had a normal BMI. 53% of the group studied had 2 pregnancies. 54% had two deliveries. 70% had previous indications for a cesarean section. 71% did not have eutocic deliveries prior to the previous cesarean section. Newborns, who reached 82%, had a normal weight. The first indication for previous cesarean section was fetal presentation dystocia with 13%. Seventy-one percent achieved successful vaginal birth trial, while 10% failed. With multiparity, the vaginal delivery test with previous cesarean section 55% were successful. The pregnant women with optimal intergenetic space successfully achieved 70% of the test. 45% of the mothers with adequate ages were successful in the vaginal delivery test with a previous cesarean section, and 20% of mothers with unsuitable ages also succeeded.

Key words: Predictive value - FLAMM score - delivery route - previous cesarean section "

INTRODUCCION

La gestación, el parto y el comienzo de la vida procesos orgánicos naturales, debido a ello es de suma importancia el que se deba de garantizar excelentes derivaciones de ello, el nacimiento de un nuevo ser es el que determina el fin de un embarazo normal, acontecimiento que se puede dar a través d dos vías, siendo estas la vía vaginal o llamado normal, que de acuerdo a la Organización mundial de la Salud, esto es de inicio de manera espontánea y representa un bajo riesgo y la otra vía es la vía alta o cesárea, que se lleva a cabo a través de una intervención quirúrgica, y tiene mayores riesgos para la madre.(1)

Desde hace mucho tiempo, aún desde las épocas de los años Ochenta y cinco del siglo pasado, las estadísticas y opiniones vertidas por e los expertos en las cesáreas han estimado, qué los porcentajes ideales de estas deben encontrarse entre el diez al quince por ciento del total de partos. Sin embargo, se han encontrado que las cesáreas van aumentando en frecuencia cada vez más a nivel de todo el mundo, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. Este tipo de parto que se produce mediante una intervención quirúrgica es una buena alternativa par evitar la morbilidad y la mortalidad de la madre y su producto, siempre y cuando esta sea debidamente justificada desde la óptica médica. Pero aún no se ha demostrado cuáles serían las ventajas de un nacimiento vía cesárea para aquellas madres e hijos a quienes se les practica esta intervención de forma innecesaria.

Cabe mencionar que esta intervención quirúrgica, como cualquier otra, está ligada a peligros sean a corto o mediano plazo que puedan afectar la salud materna por mucho tiempo luego de que se le haya realizado esta operación, ya sea en el pos parto o durante el próximo embarazo. Presentándose estos peligros mayormente en aquellas madres que no cuentan con acceso adecuado a recibir una atención obstétrica de manera integral. Durante las últimas décadas, los gobernantes y los profesionales de la salud, han manifestado su malestar e intranquilidad por el incremento del número de partos por la modalidad de la operación cesárea y las probables secuencias negativas que puedan presentarse en la salud de la madre y su producto. De igual manera, de forma más frecuente toda la comunidad

internacional viene haciendo referencia a la imperiosa necesidad de revisar los porcentajes recomendados para la presencia de las cesáreas y que no deben estas ir incrementándose por el contrario debe mantenerse o disminuir. (2)

Se tiene conocimiento, que el parto a través de una intervención quirúrgica debe estar reservada estrictamente, para aquellas situaciones donde el parto por vía vaginal pueda comprometer la salud y la vida de la embarazada o de su producto. Actualmente, se han admitido este tipo de vía de parto de manera electiva, bajo diferentes criterios y razones, lo que ha conllevado al incremento en número y frecuencia. De acuerdo a lo establecido por la Organización Mundial de la Salud el porcentaje máximo debe de ser el quince por ciento para las cesáreas primarias, puesto que los porcentajes mayores a lo señalado no van a representar la disminución en la morbilidad y la mortalidad ni de la madre ni del feto. A nivel mundial se han demostrado que los porcentajes de las cesáreas han llegado hasta un veintiuno por ciento en los países de Europa, y en nuestro país oscila entre el 30 al 36%, que representan cifras muy elevadas. (3)

La referencia de un parto por intervención quirúrgica, representa una indicación para el nacimiento de un nuevo producto fruto de una nueva gestación, incrementándose el porcentaje de las mismas, y elevándose a cifras por encima de lo establecido por la OMS. (4)

Bajo este contexto los puntajes de FLAMM Y GROBMAN pueden pronosticar la probabilidad del triunfo de un trabajo de parto en gestantes con antecedentes de cesárea previa.

Con la ejecución del presente estudio pretendemos determinar si los puntajes de FLAMM Y GROBMAN profetizan el logro con éxito de un parto vaginal en gestantes cesareadas anteriormente al embarazo actual en las gestantes que atendidas en ESSALUD HOSPITAL NIVEL II HUÁNUCO, 2021, con la indagación lograda se favorecerá a la elección conveniente de las gestantes para parto vaginal, y a la disminución de los porcentajes de cesárea, añadida a la mengua de la morbilidad y mortalidad de la madre y de su producto.

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION

1.1. Descripción del problema

La conducción de las embarazadas con cesáreas previas, ha sido frecuentemente, situaciones de mucho debate, en cuanto que expertos de salud en estos temas, de los países europeos, asiáticos y africanos defendían una prueba de trabajo de parto eutócico, en norte américa preferían la culminación del parto mediante la cesárea electiva. Consecuentemente a esta situación en el año dos mil diez se anuncia un metaanálisis comparativamente entre ensayo de trabajo de parto (TOL) y cesárea electiva (ERC). Es así que un estudio realizado con tal finalidad nos muestra que de un porcentaje de gestantes con cesáreas previas se obtuvo con éxito partos vaginales, siendo la presencia de complicaciones mínimas, demostrando que la incidencia exitosa de partos vaginales a pacientes con cesáreas previas fue alta y que evitaron los altos costos sociales y económicos que representa la cesárea, menguando el tiempo de internamiento de la paciente y la presencia de morbilidad puerperal

Por lo tanto, se debe tener en cuenta que pacientes con historias de cesáreas anteriores a la gestación actual, no representa una indicación absoluta para nuevamente realizar un parto con intervención quirúrgica.
(5)

Durante las décadas de los 80 y 90 se aumentó la notoriedad de los nacimientos a través de la vía vaginal, en las gestantes que tuvieron cesáreas previas, situación que motivó que en los estados Unidos de Norte América sea tomado en cuenta este suceso, y “El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología desde entonces manifestó que una embarazada con cesárea previa debe de ser sensibilizada para tener un parto vía vaginal” (6)

Todos estos paradigmas han ido favoreciendo al aumento de los porcentajes de los nacimientos eutócicos, así encontramos que los partos

vaginales en mujeres con cesáreas anteriores se vieron incrementados del cinco por ciento a un veintiocho, tres por ciento en la década de los noventa. Pero, se notaron el aumento considerable de la presencia de complicaciones maternas y fetales, como también la presencia en algunos casos de la rotura uterina, provocando el aumento de las intervenciones quirúrgicas. (7)

Por esas consideraciones es que el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología, realizó las recomendaciones en el sentido de que las gestantes con cesáreas previas, podrían ser sometidas a una prueba de trabajo de parto eutócico, teniendo en consideración que las tasas del éxito que habían alcanzado con el parto vaginal llegaban entre el sesenta y el ochenta por ciento, existiendo solo un riesgo del uno por ciento de que se presentara la rotura uterina. (8) (9) (10)

A partir de entonces muchos estudiosos han pretendido esclarecer los elementos que se encuentran asociados al parto por vía vaginal con éxito luego de una anterior cesárea

Tenemos a los estudiosos Eden y col. Quienes informaron una investigación metodológica en el año dos mil diez, donde se identificaron 11 estudios y hallaron 2 puntajes validados que fueron los de Flamm y Grobman, con proporciones de predicción de éxito de 88% con puntajes mayores de 6, y 78% con puntajes mayores de 60, equitativamente (10)

Los porcentajes de las cesáreas son muy variables tanto en los diferentes países y en cada una de los establecimientos de salud, así tenemos en Norte América la presencia de cesáreas es del 32,9% en el 2009, en América Latina del 29% en promedio, evidenciándose los índices más altos en los estados mexicanos, brasileros, República Dominicana y Chilenos, los cuales fluctúan entre 30 y 39%. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) los porcentajes de estas intervenciones quirúrgicas (cesáreas) no debería superar al quince por ciento, sin embargo, estos porcentajes varían a nivel del mundo, hallándose diferentes tasas en cada uno de ellas, así por ejemplo

encontramos que en países africanos el promedio de cesáreas es el cuatro por ciento, en los países asiáticos como China el promedio es el cuarenta por ciento y en Italia es el treinta y seis por ciento. Sin embargo, se encuentra la preocupación de la presencia de la principal complicación que es la rotura uterina, que solo se ha dado en un uno por ciento, que puede ser causa de morbi mortalidad materna.

Por otro lado, tenemos reportes de que hasta un 82% de las gestantes con antecedentes de cesárea previas pudieran tener un parto vaginal. (11) (12)

En nuestro país los porcentajes de parto por cesáreas se han sostenido en un veintiuno por ciento en las instituciones de salud estatales y en el sector privado estos porcentajes se han visto incrementados y acelerados desde inicios de los años dos mil hasta la fecha, alcanzando hasta un cuarenta y nueve por ciento de porcentaje de cesáreas , estos porcentajes aún son mucho mayores en caso de las gestantes que tienen seguros privados llegando a alcanzar hasta el sesenta y nueve por ciento de cesáreas. (13)

Actualmente, de acuerdo a la información proporcionada por ENDES, las tasas de los nacimientos por cesárea se hallan en un veinte por ciento a nivel Perú, teniendo en consideración además de que los nacimientos en las instituciones de salud estatales se han incrementado de un cincuenta y ocho por ciento. A un ochenta y cinco por ciento en los años 2010. (14)

Así mismo, tenemos que la OMS recomienda que las tasas de las cesáreas no deben exceder del quince por ciento, mientras que el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos recomiendan que no debe de exceder del quince, cinco por ciento. (15)

En nuestro país encontramos que el porcentaje recomendado, es superado llegando a tener la tasa de veinte por ciento de cesáreas, similares situaciones encontramos en los estados alemanes, franceses y húngaros.

En Latinoamérica, asimismo hay estados que despiertan los porcentajes establecidos; incluso, Brasil cuenta con el mayor porcentaje a nivel mundial (16).

Nuestra institución de salud, Es Salud Huánuco, se reportan casos que superan los porcentajes recomendados por la OMS y por el CAOG.(17). (18)

Es por eso que nos incentiva a realizar el presente trabajo de investigación, con el propósito de determinar si el puntaje de FLAMM y es de utilidad par lograr con éxito un parto por vía vaginal en gestantes que han tenido cesáreas previas.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general.

¿Cuál es el valor predictivo del puntaje del Flamm en la predicción la vía del parto de las gestantes con cesárea previa atendida en el EsSalud Hospital Nivel II Huánuco, 2018?

1.2.2. Problemas específicos

- ✓ ¿Cuál fue la vía del parto de las gestantes con cesárea previa atendidas en el EsSalud Hospital Nivel II Huánuco, 2018?
- ✓ ¿Cuáles son los puntajes de Flamm obtenidas por las gestantes con cesárea previa atendidas en el EsSalud Hospital Nivel II Huánuco, 2018?
- ✓ ¿Cuál es la sensibilidad del puntaje de Flamm en la predicción de la vía del parto de las gestantes con cesárea previa atendidas en el EsSalud Hospital Nivel II Huánuco, 2018?
- ✓ ¿Cuál es la especificidad del puntaje de Flamm en la predicción de la vía del parto de las gestantes con cesárea previa atendidas en el EsSalud Hospital Nivel II Huánuco, 2018?

1.3. Objetivo general.

Analizar el valor predictivo del puntaje del Flamm en la predicción la vía del parto de las gestantes con cesárea previa atendida en el EsSalud Hospital Nivel II Huánuco, 2018.

1.4. Objetivos específicos.

- ✓ Identificar la vía del parto de las gestantes con cesárea previa atendidas en el EsSalud Hospital Nivel II Huánuco, 2018.
- ✓ Determinar el puntaje de Flamm a partir del registro de parámetros en la Historia Clínica de las gestantes con cesárea previa atendidas en el EsSalud Hospital Nivel II Huánuco, 2018.
- ✓ Identificar la sensibilidad del puntaje de Flamm en la predicción de la vía del parto de las gestantes con cesárea previa en el EsSalud Hospital Nivel II Huánuco, 2018.
- ✓ Identificar la especificidad del puntaje de Flamm en la predicción de la vía del parto de las gestantes con cesárea previa en el EsSalud Hospital Nivel II Huánuco, 2018.

1.5. Justificación de la investigación

La conducta a seguir con las gestantes cesareadas previamente al embarazo actual, ha sido frecuentemente tema de debate constante, así tenemos que los países Norte americanos optaban por la cesáreas, los países europeos, asiáticos y africanos se inclinaban mayormente por realizar una prueba de trabajo de parto normal, por otro lado teniendo en consideración las recomendaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, se considera que optar por un parto vaginal es lo ideal para una embarazada.(19)

De igual forma considerando la importancia que tienen los puntajes validados de los FLAMM Y GROBMAN con porcentajes de predicciones

de éxito en parto vaginales, se considera realizar el presente estudio. (20)

1.6. Limitaciones.

- ✓ Una de las principales limitantes para el desarrollo de la presente investigación es el poco recurso económico con que contamos, como la disponibilidad de tiempo con la que tenemos es muy poco.
- ✓ Otra limitante que se pudiera presentar es la disponibilidad de recursos humanos para la recolección de los datos, o sea para la aplicación del instrumento de recolección de datos.
- ✓ El bosquejo a emplear no es el caso experimental, y solo se va a limitar a describir los hechos.

1.7. Viabilidad de la investigación

El estudio se torna viable puesto que la investigadora contará con la autorización del establecimiento de salud, para la aplicación del instrumento de recolección de datos, donde se desarrollará el estudio

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales.

MORENO SANTILLÁN, ARMANDO, Investigador que elaboró un estudio relacionado a la tasa e de éxito de un parto vía vaginal en gestantes cesareadas anteriores empleando la Escala de VBAC, cuyo propósito fue el de establecer cuál fue la tasa de éxito que alcanzaron los partos vaginales en las embarazadas con cesáreas previas, en este caso empleando la escala de VBAC. Dicha escala fue empleada usando un puntaje para cada paciente para posteriormente obtener la información de cuál fue la vía final del parto. Analizándose en forma posterior los porcentajes de éxito de la vía vaginal del parto conforme al puntaje asignado y obtenido.

Dentro de los resultados que halló el investigador tenemos: Que las edades de las gestantes estudiadas oscilaron 22 a 30 años, con una edad gestacional a término, el índice de BISHOP, con el cual se inició la prueba del trabajo del parto estuvo en valores de entre 9 a 10 y encontraron como media de la escala de VBAC entre 14 a 18. Por otro lado, encontraron también como resultado que de todas las gestantes que fueron sometidas a la prueba del trabajo del parto, el setenta y dos, punto tres por ciento alcanzaron tener su parto por la vía vaginal, 7 los veinte siete puntos siete por ciento fueron por vía cesárea.

La tasa alcanzada de partos, de acuerdo con el puntaje de la escala de VBAC fue del cincuenta por ciento.

Del mismo modo, el estudioso presenta como conclusiones de su trabajo que: La Escala de VBAC representa un instrumento de gran utilidad para realzar la evaluación en mujeres gestantes a término con antecedentes de cesáreas previas, que deseen someterse a la prueba

de un trabajo de parto. También presentó como otra conclusión, que la esta escala podría emplearse de manera rutinaria durante la consulta de la paciente al momento de la admisión, ya que esto les permitirá adquirir una información muy valiosa para el profesional que atiende y para la paciente que recibe la atención, permitiendo una mejor toma de decisión referente a logro del éxito de la prueba de trabajo de parto, logrando de esta manera disminuir los porcentajes de partos quirúrgicos a solicitud de las gestantes. (21)

SEPÚLVEDA D., MONTERREY, realizó una investigación sobre los elementos ligados al logro del éxito de un parto vaginal en embarazadas con cesáreas anteriores, con el objetivo de establecer los factores asociados a esto, dentro de los resultados obtenidos en su trabajo estuvieron: Edades de las gestantes estuvieron entre los 20 a los 24 años, el peso de los recién nacidos se halló entre los 3,000 a 3500 grs. Tanto en el grupo de gestantes del grupo de control como de las gestantes del grupo de estudio, por otro lado, lograron identificar como elementos de éxito para la presencia del parto vaginal el inicio de manera espontánea del trabajo de parto, llegando a la conclusión de que para lograr el éxito de un parto a través de la vía vaginal en embarazadas con cesáreas previas representa un factor importante el inicio espontáneo de un trabajo de parto, el antecedente de los artos anteriores, el peso del feto la edad de la madres, entre otros.(22)

ROMERO J., GUAYAQUIL, estudioso que desarrollo una investigación en el Ecuador, sobre la determinación de los elementos que favorecen a un parto vaginal luego de una cesárea en mujeres primigestas, con el propósito de determinar que las gestantes de entre 15 a 20 años que tuvieron cesáreas anteriores, poseen elementos de un pronóstico propicio para ser sometidas a un parto por vía vaginal.

Al finalizar el estudio encontraron los siguientes resultados: Las edades de la población estudiaba se hallaba entre los 19 a 20 años en el mayor porcentaje; pero también encontraron a las de diecisiete a dieciocho años con el cuarenta por ciento, el espacio intergenésico que

presentaron fue en su mayoría de más de 2 años, seguidas de las que presentaron entre uno a dos años. Así mismo hallaron que el inicio del trabajo de parto mayoritariamente fue inducido, siendo solo el quince por ciento de inicio espontáneo, Por otro lado, se determinó que el cien por ciento de las gestantes acabaron con una muy buena evolución del trabajo de parto. Sin embargo, encontraron que hubo en un quince por ciento que presentaron alguna complicación, pero que estas fueron resueltas inmediatamente. En cuanto al APGAR de los recién nacidos en su mayoría estuvieron entre el 7 a 10 y entre 4 a 6, el noventa por ciento de los recién nacidos no presentaron ningún tipo de complicación, a diferencia del diez por ciento que sí las presentaron siendo resueltas inmediatamente. Lo que equivale a concluir de que en un noventa por ciento resultó beneficioso el parto por vía vaginal, luego de una cesárea previa tanto para la madre como para el de su producto. (23)

GUILLEN DE JARAMILLO M., Estudioso que desarrolló el trabajo para establecer que el parto vaginal previas cesáreas en las embarazadas no presentaron complicaciones ni en la madre ni en el feto. El estudioso explica que el paro vaginal luego de una cesárea previa frecuentemente ha sido un tema de discusión desde hace muchas décadas atrás. Por otro lado, explica que si el espacio intergenésico es menor al año esta discusión aumenta, en relación a las probabilidades de un parto vaginal luego de un parto quirúrgico. Por otro lado, el autor establece que los resultados hallados son controversiales ya que actualmente existen discernimientos mucho más flexibles en cuanto a seleccionar a las gestantes con paros quirúrgicos para ser sometidas a partos eutócicos vía vaginal. Nos dice también, que cuando en la cesárea anterior se realizó un tipo de incisión longitudinal hay un consenso total y absoluta para la no indicación de la terminación de la gestación a través de la vía vaginal. (24)

CUERO O., Otro estudioso que elaboró una investigación sobre un parto vía vaginal posterior a un parto por cesárea, cuyo propósito fue el de establecer la presencia de un parto vía vaginal luego de una cesárea

anterior y realizar la evaluación la capacidad predictiva del puntaje del parto vaginal establecido por FLAMM.

Al concluir el estudio encontraron los resultados siguientes: Los porcentajes de partos por vía vaginal, en el grupo de embarazadas estudiadas estuvo en más de veinte por ciento, más del treinta y seis por ciento alcanzaron el puntaje de entre cuatro a siete y el ochenta y tres por ciento de las embarazadas presentó más de ocho puntos.

Como conclusión tuvieron:

La periodicidad de terminar con un parto eutócico posteriormente a las cesáreas previas de las embarazadas estudiadas que presentaron puntajes menores a cuatro fueron en un veinte por ciento de muy baja probabilidad. (25)

2.1.2. Antecedentes nacionales.

ARRUNÁTEGUI G. J., Realizó un trabajo de investigación referente a los factores que predicen la prueba de parto vaginal

De manera exitosa en embarazadas con parto quirúrgico previo, con la finalidad de establecer cuales fueron dichos elementos, al concluir el desarrollo del trabajo llegó a los siguientes resultados: De acuerdo a las variables del estudio encontraron: Los antecedentes de un parto vaginal, la multiparidad, el espacio intergenésico ideal, la edad de la madre adecuada. Elementos que le llevaron a las siguientes conclusiones: Que los antecedentes de partos vaginales previo, el espacio intergenésico ideal o adecuado, y la edad de la madre optima son los elementos predictores para realizar una prueba de parto vaginal con éxito en las embarazadas con cesáreas anteriores en el establecimiento donde realizó el estudio. (26)

FLORES J. F., Realizo un estudio relacionado sobre Efectividad materna perinatal de un parto vaginal en gestantes con cesáreas previas y con un espacio intergenésico corto, al finalizar la investigación arribó a los resultados siguientes: El gran porcentaje de la ocurrencia de partos

vaginales en las embarazadas con cesáreas previas y con un espacio intergenésico corto se dieron en aquellas que tenían edades entre los veinte seis y treinta años de edad, de igual forma eso se dieron en gestantes que tenían como estado civil conviviente, en cuanto al nivel educativo las embarazadas tuvieron el nivel secundario mayoritariamente, en cuanto a la ocupación de la población estudiada, al momento de aplicada el instrumento de recolección de datos, tenían el la ocupación de amas de casa mayoritariamente, fueron de procedencia en mayor porcentaje de la zona urbana de la ciudad, y el antecedente de embarazad con cesárea previa eran en mujeres multíparas.

Referente a complicaciones maternas que se pudieran encontrar, no se halló ningún caso de rotura uterina, no hubo complicaciones de infección puerperal ni hubo mortalidad materna, encontrando solamente dos casos de presencia de hemorragia pos parto; pese a ello se pudieron encontrar un alto porcentaje de traumas de tipo obstétrico siendo un total de once.

En cuanto a complicaciones perinatales se presentaron dos casos de mortalidad neonatal, la misma cifra encontraron de asfixia neonatal y APGAR con puntuación baja; por otro lado, encontraron la presencia de seis casos de recién nacidos con bajo peso, de dichos casos cuatro fueron muy bajo peso, así mismo, hallaron un caso de macrosomía fetal.

Cuando realizaron la asociación entre las variables encontraron:

La mortalidad neonatal se relacionaba a la asfixia fetal, como a los recién nacidos de bajo peso, y los traumas obstétricos encontrados estaban relacionados con la paridad materna. (27)

VARGAS A. T.; LÉVANO J. A. Y LAZO M., Realzaron un estudio referente a la presencia de un parto vía vaginal luego de un parto anterior por cesárea, aplicando el puntaje de FLAMM, con la finalidad de determinar si los puntajes eran de utilidad para la predicción de un parto vía vaginal en embarazadas con cesáreas anteriores.

El estudio fue realizado teniendo como población muestral: a trecientas noventa y ocho gestantes que tuvieron como antecedente una cesárea previa, y que ingresaron al servicio de emergencia con diagnóstico de trabajo de parto de inicio espontáneo, a dichas embarazadas le aplicaron la encuesta con los datos establecidos en el instrumento de recolección de datos, diseñados para tal fin, así mismo les aplicaron los puntajes de FLAMM y GROBMAN, para establecer el éxito de un parto vaginal a gestantes con cesáreas anteriores.

Realizaron la comparación del área bajo la curva de ROC, la cual con la escala de FLAMM y la escala de GROBMAN. Hecha las comparaciones encontraron que los puntajes de FLAMM fue el mejor predictor, sin embargo, se determinó que ambos puntajes son de mucha utilidad en el momento de realizar la predicción del éxito del parto vía vaginal en gestantes con cesáreas previas. Notándose la preferencia por la escala de FLAMM. (28)

MIRANDA AGUIRRE LUIS NEYER. **“Estudio predictivo del puntaje de FLAMM en la elección de la vía del parto de gestantes con cesárea previa Hospital San Juan Bautista Huaral”**. La investigación fue realizada en el Hospital “San Juan Bautista” de Huaral. Ubicado en la Calle Tacna N° 120 Urb. San Juan I Lima – Perú, con el objetivo de analizar la relación de predicción que existe entre el puntaje de FLAMM y la vía del parto de las gestantes con cesárea previa atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia en el periodo de enero a diciembre del 2015. El tipo de estudio fue descriptivo, retrospectivo y observacional, con un diseño relacional transversal. EL tipo de muestreo fue probabilístico, aleatorio simple y la muestra se implementó teniendo en cuenta el criterio de inclusión, la misma que estuvo representada por 94 gestantes con cesárea previa y trabajo de parto espontáneo. La técnica empleada fue el análisis documental y el instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos construido para obtener los puntajes de FLAMM de las gestantes con cesárea previa, el mismo que fue validado por la opinión de cinco jueces, la confiabilidad interna se obtuvo mediante

el índice Alfa de Crombach cuyo resultado fue de 0,74. Entre los principales resultados se obtuvo: la media del puntaje FLAMM fue de 6,41 en la predicción de parto vaginal, el área bajo la curva de ROC fue igual a 70%, con un punto de corte óptimo de 5 puntos de FLAMM, la probabilidad de que el parto sea vaginal utilizando el puntaje de FLAMM en su mejor corte fue de 91,5 % (sensibilidad); asimismo el valor predictivo positivo de la prueba fue de 77,8 %. Con un valor de p igual a 0.000, se concluye que el puntaje de FLAMM demostró ser útil para predecir el éxito de un parto vaginal en gestantes con cesárea previa. (29)

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Cesárea

El término cesárea es definido como el parto del feto a través de la pared abdominal (laparotomía) y de la pared uterina (histerotomía). Esta definición no incluye la extracción del feto de la cavidad abdominal en los casos de rotura uterina o en los casos de embarazo abdominal. La Organización Mundial de la Salud en su documento redactado en 1985 “Recomendaciones para la apropiada tecnología del nacimiento – Declaración de Fortaleza”, subraya que no existe justificación para una tasa de cesárea superior a un 10-15% y que se debe favorecer el parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea anterior. (30)

La cesárea es la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina. (31)

2.2.1.1. Tipos de cesárea

a) De acuerdo a los antecedentes obstétrico de la gestante.

- ✓ Primera: Cesárea realizada por vez primera
- ✓ Iterativa: Cesárea realizada a gestantes con anteriores intervenciones de dos o más

- ✓ Previa: Cesárea efectuada a la gestante con antecedente de una cesárea. (32)

b) De acuerdo a las indicaciones

- ✓ Cesárea de urgencia. – Es la que se realiza para la solución o prevención de una complicación ya sea de la madre o del producto.

Cesárea electiva. – Es aquella que se programa con fechas previamente anticipadas de acuerdo y se lleva a cabo antes del inicio del trabajo de parto.

2.2.1.2. De acuerdo a las técnicas quirúrgicas.

a) Corporal o clásica:

El corte que se efectúa en el cuerpo del útero es de forma vertical, para este tipo de corte las indicaciones más habituales son las gestaciones pretérminas, las situaciones fetales transversas, las neoplasias cervicales y uterinas invasivas,

histerorrafia corpórea anterior, situaciones adherenciales o varicosos significativos en el segmento inferior, placenta previa en cara anterior, cesárea posmortem, miomatosis uterina de grandes elementos y cuando después de la cesárea se ejecutará una histerectomía. Sus desventajas son: apertura y cierre más difícil, mayor hemorragia, adherencias más frecuentes, histerorrafia menos resistente que puede hacerse dehiscente durante un nuevo embarazo. (33)

b) Segmento corporal: (Beck)

“La incisión es vertical y se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino. Sus principales indicaciones son: embarazo pretérmino, embarazo gemelar, situación fetal transversa con dorso inferior, presentación pélvica, placenta previa en la cara anterior del útero, anillo de retracción e histerorrafias corporales previas. Las desventajas de esta técnica no difieren de la anterior”. (34)

c) Segmento arciforme o transversal: (Kerr)

“Es la técnica quirúrgica más usada por sus múltiples ventajas. Al realizarse una incisión transversal del segmento inferior tiene las ventajas de producir menos hemorragia, y permitir una fácil apertura y cierre de la pared uterina, formación de cicatriz uterina muy resistente con poca probabilidad de dehiscencia y ruptura en embarazos subsecuentes y así como pocas adherencias postoperatorias. (35)

2.2.1.3. Factores que determinan la operación cesárea

Dentro de las indicaciones para estas intervenciones quirúrgicas están muchas causas, pudiendo ser maternas, fetales y ambas. (36)

d) Dentro de las causas de origen materno tenemos:

- ✓ Pelvis no adecuado o estrecha.
- ✓ Pelvimetría con asimetría y con deformación.
- ✓ Deformaciones hereditarias.
- ✓ Presencia de tumoraciones ya sea dentro del cuerpo uterino o el segmento inferior, la vagina o el cérvix o también en la parte de la vulva que son impedimentos para que se lleve a cabo un parto vaginal.
- ✓ Intervenciones quirúrgicas, realizadas en el cuerpo uterino o el segmento inferior, incluyendo las intervenciones, circunscribiendo operaciones cesáreas anteriores.
- ✓ Operaciones anteriores en el cérvix, vagina y vulva, que van a interferir con el avance apropiado de un trabajo de parto normal. Distocias en las contracciones uterinas.
- ✓ La presencia de hemorragias originadas por una PP o por un DPP.
- ✓ Enfermedades de la madre circunscribiendo nefropatías, cardiopatías, o diabetes mellitus, etc.

- ✓ Incompatibilidad céfalo pélvica
- ✓ Enfermedades hipertensivas del embarazo.
- ✓ Gestaciones múltiples
- ✓ Corioamnionitis
- ✓ Isoinmunización materno-fetal

e) Dentro de los factores fetales tenemos:

- ✓ Macrosomía fetal que condiciona desproporción cefalopélvica.
- ✓ Variaciones de la situación, presentación o actitud fetal
- ✓ Prolapso de cordón umbilical
- ✓ Sufrimiento fetal
- ✓ Deformaciones de origen fetal con incompatibles con el parto
- ✓ Embarazos prolongados con contraindicación para parto vaginal
- ✓ Cesárea posmortem

2.2.1.4. Predicciones más acostumbradas y discernimientos para tomar las decisiones

Las primordiales predicciones de la operación cesárea son:

- ✓ Desproporción cefalopélvica
- ✓ Cesárea previa
- ✓ Sufrimiento fetal
- ✓ Ruptura prematura de membranas
- ✓ Presentación pélvica

Sin embargo, la rotura prematura de las membranas ovulares no están consideradas como fundamental indicación para realizar la cesárea, se observan frecuentemente que este tipo de complicación viene condicionando el aumento de los casos de esta operación.

El Parto vaginal posterior a una cesárea

Cesareada anterior, se denomina así, a la embarazada con antecedentes de una operación cesárea ya sea una o más veces.

Por otro lado, se denomina cesárea a la técnica de extracción del producto de la gestación con más de veinte semanas de edad gestacional, ya sea esté vivo o muerto, mediante una incisión vía abdominal y uterina. (37)

En la actualidad, se están considerando al parto vía vaginal, en las embarazadas con cesareadas anteriormente, como una de las alternativas más seguras, que no va a presentar un aumento en la morbilidad ni mortalidad de la madre y del feto, en donde prima como fundamental preocupación la rotura uterina, pese a ello se debe tener en cuenta que solamente existen en menos del uno por ciento la probabilidad de presentarse esta complicación.

Las informaciones existentes, nos reportan que las gestantes con antecedentes de cesáreas previas tienen posibilidades hasta de un ochenta y dos por ciento de tener su parto vía vaginal.

En el año del 1997 FLAMM y sus colaboradores ya presentaron un estudio en pacientes con anteriores cesáreas y que fueron sometidas a pruebas de trabajo de parto. Al término de su estudio FLAMM y sus colaboradores concluyeron que estas modalidades fueron afectadas de manera significativa por cinco variables que fueron incorporados al sistema de puntaje, siendo estas variables las siguientes: la edad de la madre que fue menor de cuarenta años, la presencia de un parto vía vagina previo, las causas de la primera cesárea, incorporación y la dilatación del cuello uterino al momento del ingreso,

Un incremento al puntaje se armonizó con más posibilidades de parto vaginal posterior o cesárea. Es así como puntaje 0 a 2 significa 49% parto vaginal, y puntaje 8 a 10, 95% parto vaginal. (38)

2.2.2. Epidemiología.

Se tienen informaciones y reportes que desde el año dos mil nueve, se ha ido incrementando sobre todo en los países norteamericanos, llegando hasta un porcentaje del treinta y uno por ciento, representando la más elevada en ese entonces, convirtiéndose este tipo de intervención más realizada de ese país. En ese mismo informe reportaron que de acuerdo a los antecedentes obstétricos de la paciente fueron las cesáreas de tipo primario las que mayor porcentaje tuvieron durante el año dos mil diez, siendo estas las que posteriormente tenían más posibilidades de tener un parto vaginal, igualmente señalaron que más de la mitad de las cesáreas electivas fueron programadas antes del inicio de trabajo de parto. (39)

En los países latinoamericanos el porcentaje promedio de cesáreas están en el veinte nueve por ciento, estando estos en cifras más elevadas en México, Brasil, Chile y República Dominicana, en dichos países están en promedios de entre treinta a treinta y nueve por ciento, así mismo, encontramos en Colombia tasas de cesáreas hasta en un veinte nueve por ciento, viéndose esta incrementada hasta el sesenta y siete por ciento en establecimientos de salud privados.

En el Perú se reportan, las cesáreas alcanzan cifras alarmantes, llegando hasta el setenta por ciento, sobre todo en Lima, considerando de que muchas de estas gestantes pudieron terminar su embarazo por parto vaginal sin ningún tipo de complicaciones. (40)

2.2.3. Puntaje de FLAMM

Ya en el año mil novecientos noventa y siete, FLAMM realizó una propuesta con el propósito de pronosticar las posibilidades de un parto vía vaginal, posterior a una cesárea.

“El puntaje es obtenido a partir de un modelo de regresión logística que determina 5 variables a tener en cuenta: la edad materna menor a 40 años, el antecedente de parto vaginal previo, la causa de la primera cesárea, el borramiento y la dilatación al momento de la admisión (tabla 1). El autor encuentra que el aumento en el puntaje se asocia linealmente con el aumento de probabilidad de parto vaginal, y ésta varía entre un 49% para puntajes de 0-3, y hasta un 97% para puntajes de 8-10.”

1	Edad menor de 40	2 puntos
2	Parto vaginal previo:	
	Antes y después de cesárea	4 puntos
	Luego de primera cesárea	2 puntos
	Antes de primera cesárea	1 puntos
	Ninguno	0 puntos
3	Razón para primera cesárea	
	Distinta a la falla en progreso de parto	1 puntos
4	Borramiento al admitirse:	
	>75%	2 puntos
	25-75%	1 puntos
	<25%	0 puntos
5	Dilatación al admitirse igual o >4	1 puntos

Del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos se tiene una recomendación, que a todas las pacientes con cesáreas previas deberían de ser sometidas al intentar parto por vía vaginal, salvoque exista algunas de las contraindicaciones siguientes:

1. La persistencia de la indicación primera.
2. Cesárea anterior clásica o desconocida
3. En casos de fetos macrosómicos, con pesos mayores de 4000 gramos
4. Contradicción absoluta de parto vaginal
5. No se pueda monitorizar el parto
6. No contar con anestesiólogo o neonatólogo. (41)

2.3. Definiciones conceptuales

Puntaje DE FLAMM: Estudioso que dio un aporte muy valioso con el propósito de realizar la predicción sobre las posibilidades de un parto vaginal posterior a una cesárea. Propone un puntaje que es obtenido a partir de una regresión logística determinada por cinco variables, que son la edad de la madre mayor de los cuarenta años, Antecedentes de un parto vaginal anterior, principal causa de la primera cesárea, la incorporación y dilatación cervical al instante del ingreso de la paciente.

Cesárea previa: Llamada así a las embarazadas que hayan tendido su parto anterior por la intervención quirúrgica llamada cesárea.

Predicción: La palabra predicción podría describir a la acción y al efecto de predecir, por lo tanto, predecir es el anunciar por revelación, por ciencia o por conjetura algo que pueda suceder.

Parto vaginal post cesárea: En la actualidad muchas embarazadas suelen presentar partos vía vaginal, posteriormente a haber tenido una cesárea, este proceso es conocido como parto vía vaginal luego de una cesárea previa.

Inducción: En obstetricia se conoce con el nombre de inducción a la estimulación que se realiza al útero grávido para iniciar el trabajo de parto.

Conducción: Llamada así a estímulo que recibe el útero en el momento del trabajo de parto para incrementar las características de las contracciones uterinas hasta lograr un patrón adecuado de trabajo de parto.(42)

2.4. Sistema de hipótesis

Ho: Existe relación de predicción entre el puntaje de Flamm y la vía del parto

Ha: No existe relación de predicción entre el puntaje Flamm y la vía del parto

2.5. Sistema de variables –

dimensiones e indicadores

2.5.1. Variable independiente

Puntaje de Flamm

Indicadores

- Edad de la embarazada
- Parto vía vaginal previo
- Causa para la realización de la primera cesárea.
- incorporación
- Dilatación

2.5.2. Variable dependiente

- Vía del parto

Indicadores:

- Porcentaje de la puntuación global de ≥ 7
- Porcentaje de la puntuación global ≤ 4

2.6. Definición operacional de variables, dimensiones e indicadores

Nombre de la variable		tipo	escala	Dimensión	Indicadores	Categoría o valor final	fuelle
Variable independiente	Puntaje de Flamm	Nominal	Categórica	Trabajo de parto	1. Edad menor de 40 años (2PTOS)	Valor predictivo (positivo/negativo). $Sensibilidad = \frac{VP}{VP + FN}$ $Especificidad = \frac{VN}{VN + FP}$	Historia clínica Ficha de recolección de datos
					2. Parto vaginal previo (2PTOS) Antes y después de cesárea (4PTOS) Luego de la primera cesárea (2PTOS) Antes de la primera cesárea (1PTO) Ninguno (0PTO)		
					3. razón para la primera cesárea diferente a falla de progresión del parto (1PTO)		
					4. borramiento al ingreso ≥ 75 % (2PTOS) 25- a 75 % (1PTO) ≤ 25 % (0PTO)		
					5. dilatación al ingreso de 4 cm o más (1PTO)		
Variable Dependiente	Vía del parto	Nominal	Catagórico	Atención del parto	Porcentaje de la puntuación global de ≥7 Porcentaje de la puntuación global ≤4	Vía del parto: Eutócico Distócico	

CAPITULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación

Nuestro estudio de acuerdo a la intervención es de tipo descriptivo, observacional, ya que se van a describir y observar los hechos que ya sucedieron.

De acuerdo a la medición de las variables es retrospectivo, ya se tomarán en cuenta solo información de hechos ya acontecidos.

De acuerdo al número de mediciones de las variables es un estudio trasversal, puesto que se aplicaron los instrumentos de recolección de datos en un solo momento, midiéndose las variables una sola vez.

De acuerdo a las cifras de las variables estudiadas fue analítica, porque el estudio se trabajó con dos variables, buscando relación bivariado.

Epidemiológico de Características Operativas. (43)

3.1.1. Enfoque

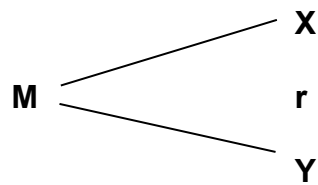
El estudio realizado tuvo un enfoque descriptivo, cuantitativo

3.1.2. Nivel de investigación

Estudio de nivel básico, Relacional porque no investigamos la raíz y la consecuencia; solamente revelamos dependencia probabilística entre eventos. Y porque nos encargamos a valorar probabilísticamente. (44)

3.1.3. Diseño de la investigación

Para fines del estudio se consideró el siguiente diseño:



Dónde:

M = Población Muestral

X =Variable Puntaje de FLAMM

y = Vía de parto

r= La relación probable entre las variables.

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

La población estuvo conformada por todas las gestantes con cesárea previa atendidos en el EsSalud Hospital Nivel II Huánuco durante los meses de enero a diciembre del 2018. Teniendo como población total de 120 embarazadas con cesáreas previas. (45)

3.2.2. Muestra.

El tamaño de la muestra fue calculado con un coeficiente de confianza al 95%, y con un error del 5%. Para ello se utilizará la siguiente formula:

$$n = \frac{N \cdot Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}{e^2(N - 1) + Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}$$

Dónde:

n = El tamaño de la muestra que queremos calcular

N = Tamaño del universo

Z = Nivel de confianza 95% -> Z=1,96

e = Es el margen de error máximo que admito (5%)

p = Probabilidad de éxito (0.5)

Q = Probabilidad de fracaso (0.5)

$$n = \frac{120 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2(120 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$115.248/1.2579$$

$$n = 70$$

3.2.3. Muestreo.

La selección de la muestra será mediante el muestreo aleatorio simple y teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

3.3. Fuentes técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnicas: observación sistemática.

Se revisaron las historias clínicas de todas las embarazadas que presentaron cesáreas previas que fueron ingresadas al servicio, durante el año 2018. (46)

Instrumento: Se utilizó como instrumento una ficha de recolección de datos previamente elaborada.

3.3.1. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información.

El proceso, involucra un procedimiento de la indagación recogida, luego de haber cuadrado los datos logrados del estudio de los instrumentos, con el propósito de estimar la conducta de las variables.

Se manejaron la estadística de análisis descriptivo e inferencial:

3.3.2. Análisis descriptivo.

Se usaron la estadística descriptiva a través de las tablas de frecuencia, proporciones, gráficos para caracterizar algunas variables. Así mismo se usaron estadísticos como medidas de tendencia central y dispersión para analizar las variables en estudio.

3.3.3. Análisis inferencial.

Se usaron estadísticos como medidas de tendencia central y dispersión para examinar las variables en estudio. Así mismo, estadística inferencial manejando como EL teorema de bayes y curva **ROC** en base a la sensibilidad y especificidad.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS

4.1. Datos Generales

Tabla 1.Resultados de Edades

Edad	N°	%
15 a 20 años	09	13
21 a 25 años	17	24
26 a 30 años	29	42
31 a 35 años	10	14
36 a más	05	07
TOTAL	70	100

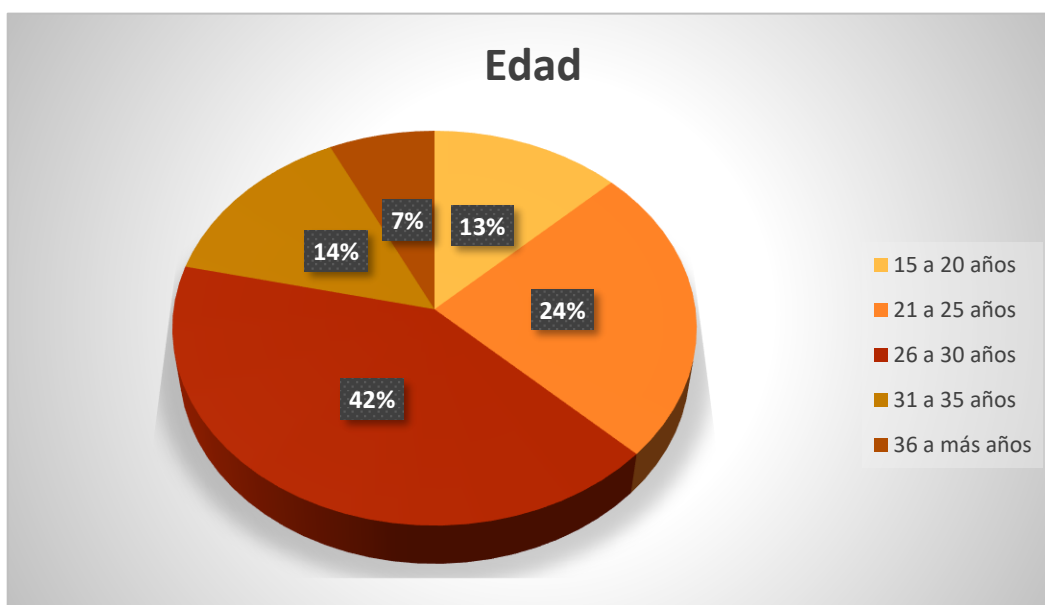


Gráfico 1.Resultados de Edades

Análisis e interpretación. – En la tabla y el gráfico, en los resultados se pueden observar que la edad que más porcentaje obtuvo, con el 42% fueron del grupo etario de 26 a 30 años.

Tabla 2. La procedencia de la población estudiada

Procedencia	N°	%
Zona urbana	68	97
Zona rural	02	03
TOTAL	70	100

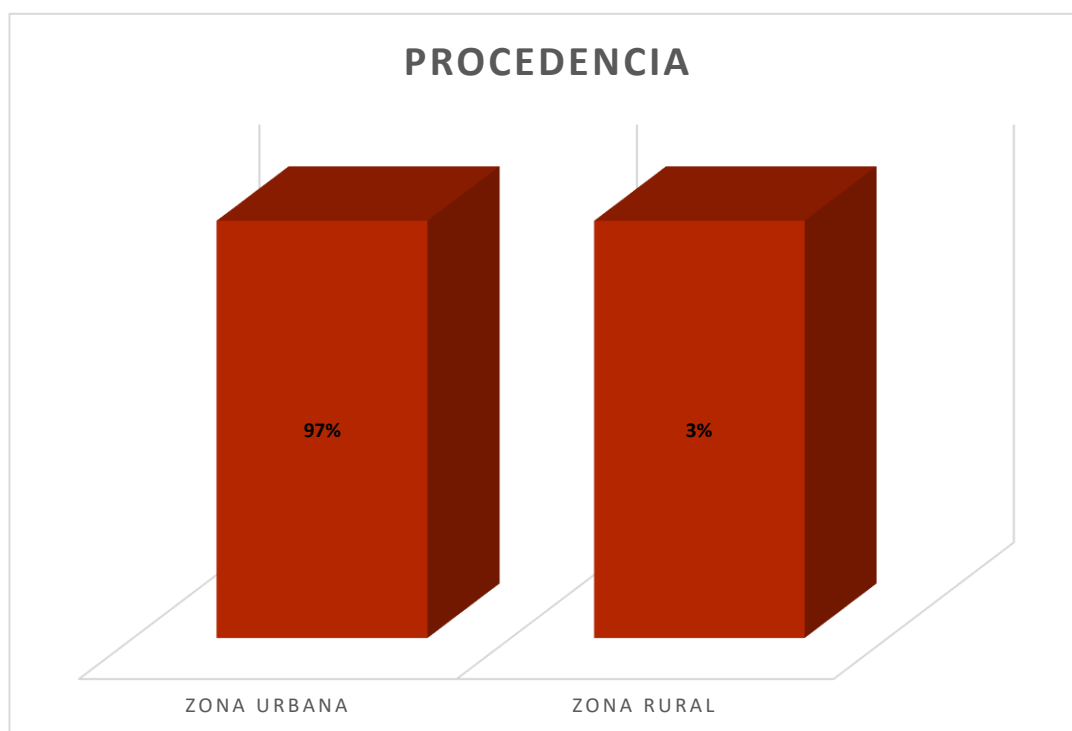


Gráfico 2. La Procedencia de la población estudiada

Análisis e interpretación. – relacionado a la procedencia de la población estudiada, los resultados nos demuestran que el 97% fueron procedentes de las zonas urbana, mientras que solamente el 03% tuvieron procedencia de la zona rural.

Tabla 3. Evidencia de la religion

Religión	N°	%
Católica	46	
Evangélica	14	
Otra	10	
TOTAL	70	100

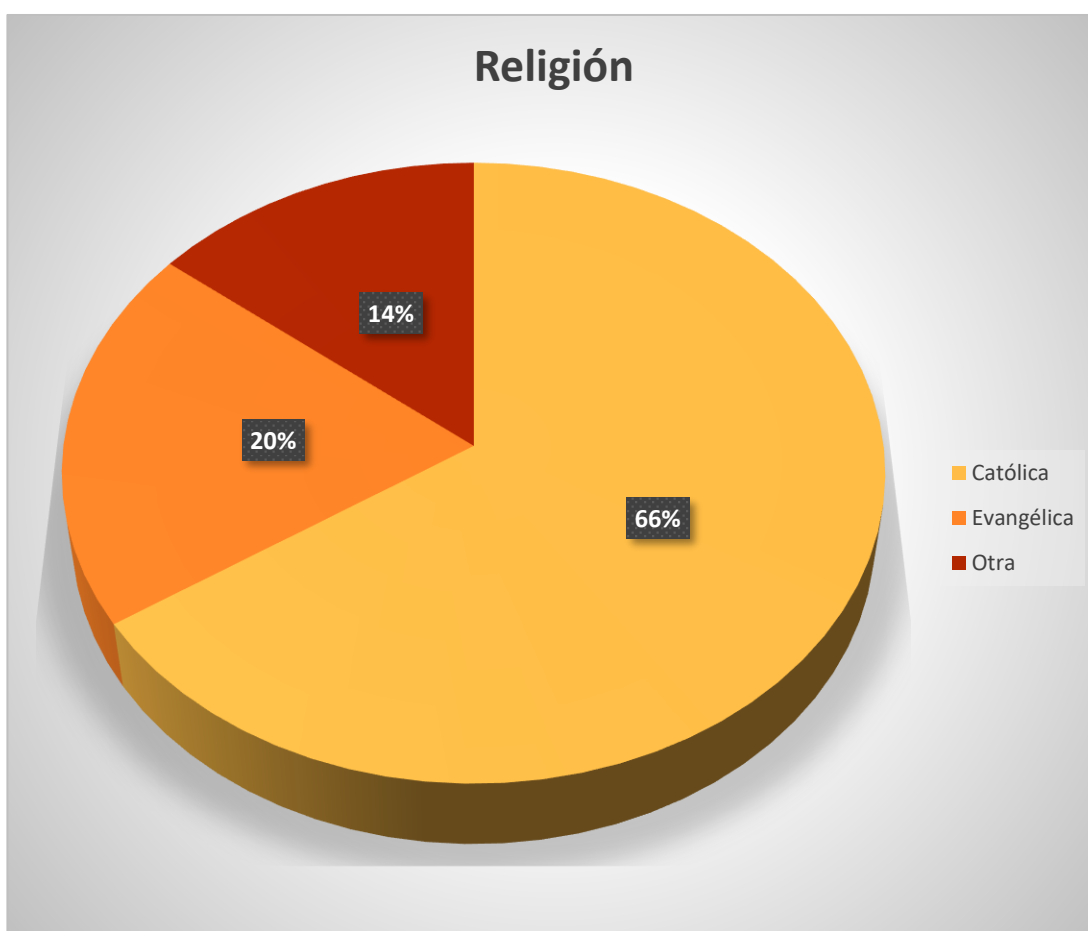


Gráfico 3. Evidencia de la religión

Análisis e interpretación. – El presente resultado evidencia que la religión del mayor porcentaje de la muestra en estudio, fue la católica que alcanzó el 66%, seguidas de la religión evangélica con el 20% y la de otras religiones el 14%.

Tabla 4.Estado civil:

Estado civil:	N°	%
Soltera	05	07
Casada	37	53
Conviviente	28	40
TOTAL	70	100

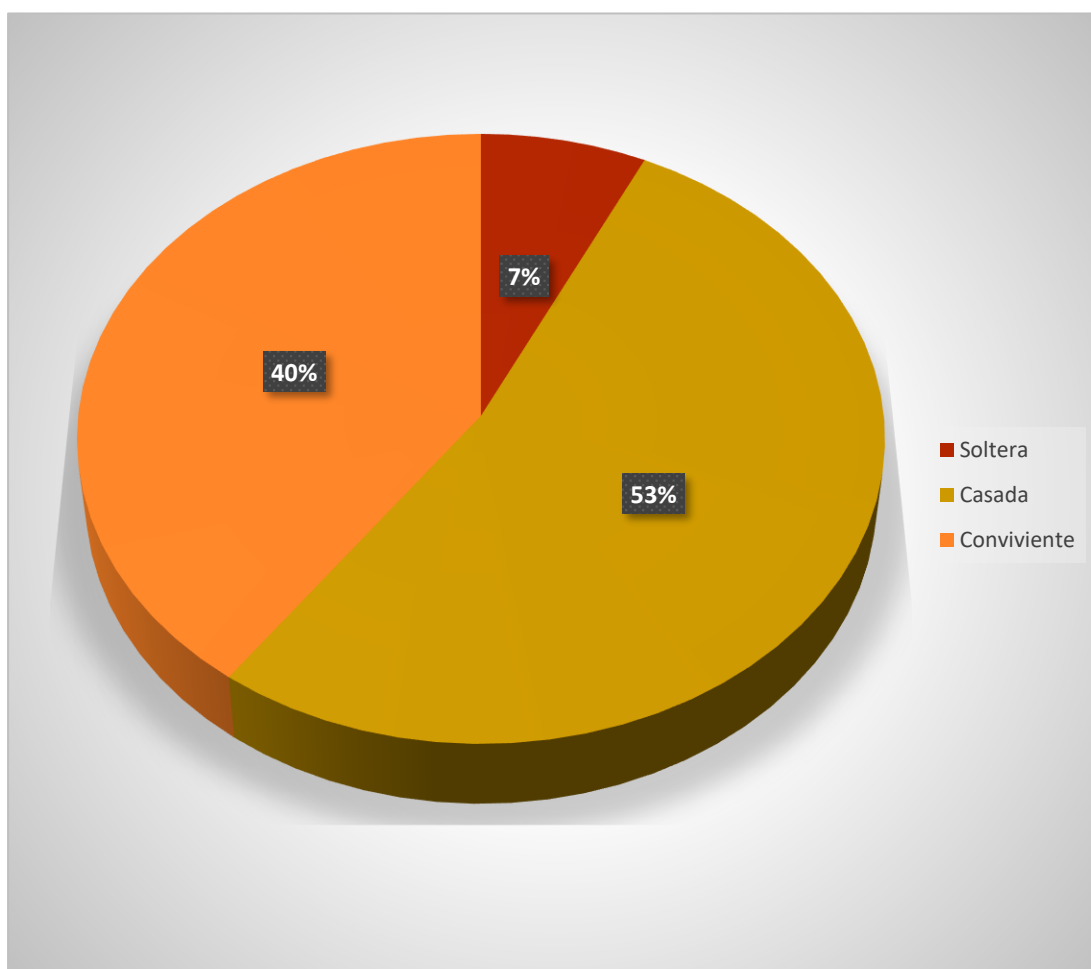


Gráfico 4. Estado civil

Análisis e interpretación. – Los resultados de la presente tabla y del gráfico evidencian que el estado civil encontrado, fueron: casadas con el 53%, conviviente el 40% y solteras con el 7%.

Tabla 5.Índice de masa corporal

Índice de masa corporal	N°	%
Normal	51	73
Anormal	19	27
TOTAL	70	100

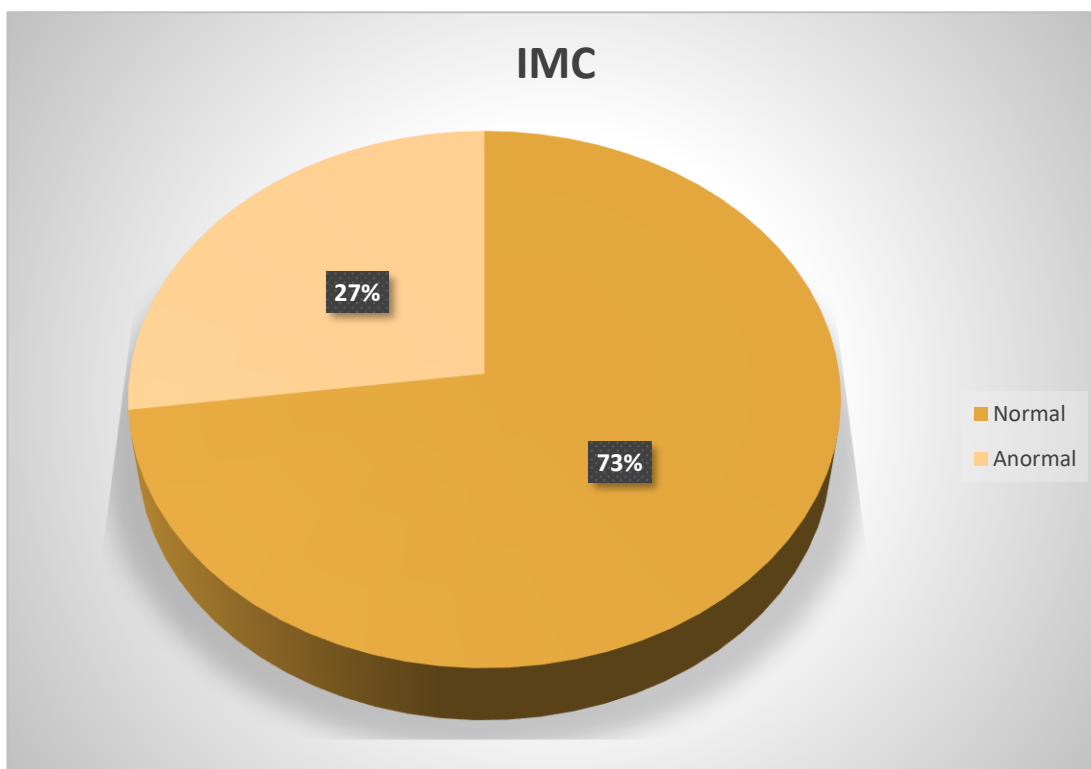


Gráfico 5. Índice de masa corporal

Análisis e interpretación. – En cuanto a los resultados que obtuvieron en referencia al IMC, se muestra que el 75%, presentaron un IMC normal, mientras que el 27%, presento anormal, lo que significa que se debe trabajar en la atención pre natal renfocada para lograr que todas las gestantes tengan un adecuado IMC.

Tabla 6. Número de gestaciones

Número de gestaciones	Nº	%
1	02	03
2	37	53
3	21	30
Más de tres	10	14
TOTAL	70	100



Gráfico 6. Número de gestaciones

Análisis e interpretación. – El presente resultado evidencia que el 53% del grupo estudiado presentó 2 gestaciones, seguidas con el 30% que tuvieron 3 gestaciones, el 14% 3 gestaciones y el 3% una sola gestación.

Tabla 7. Número de partos vaginales previo o posteriores a la cesárea

Número de partos vaginales previo o posteriores a la cesárea	N°	%
1	02	03
2	37	54
3	20	29
Más de tres	11	14
TOTAL	70	100

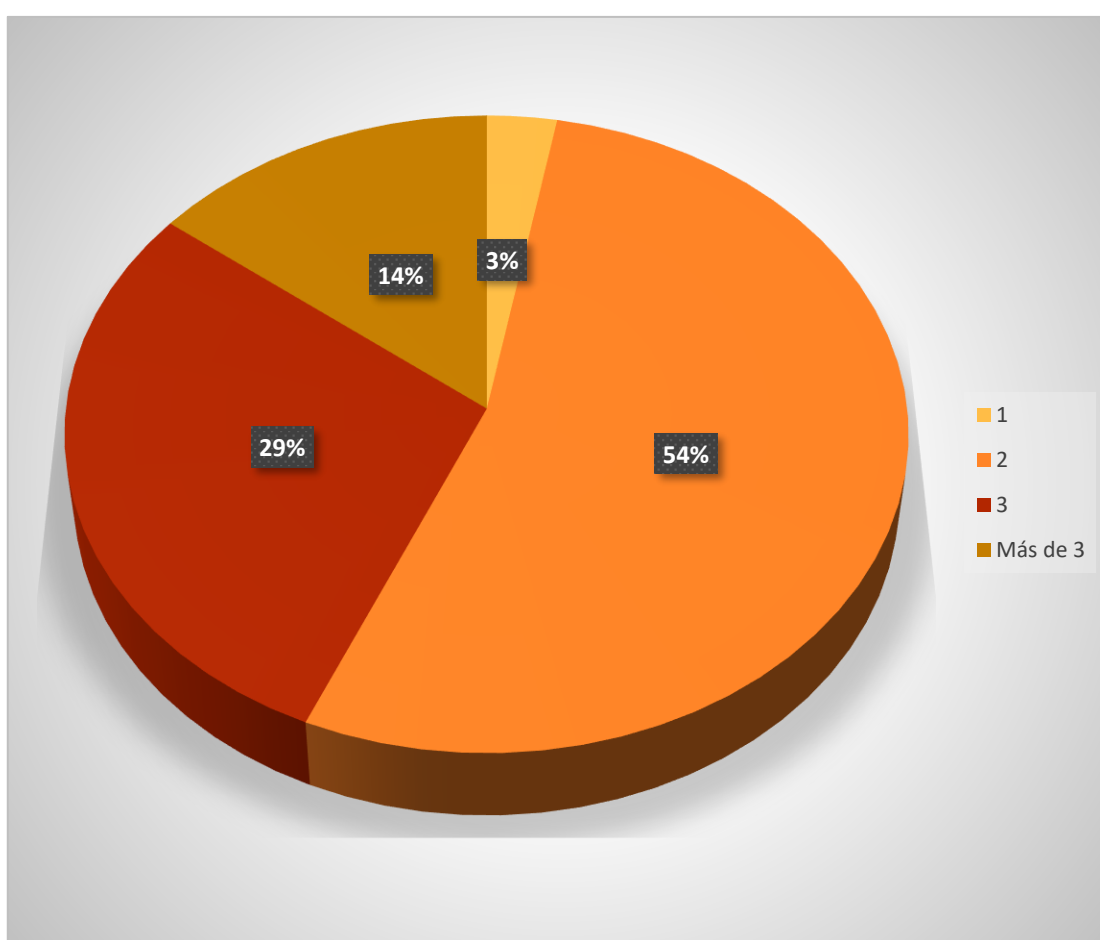


Gráfico 7. Número de partos vaginales previo o posteriores a la cesárea

Análisis e interpretación. – Los resultados evidencian que el 54% tuvo dos partos, el 29% tres, el 14% más de tres y el 3% uno.

Tabla 8. Indicación previa de la cesárea

Indicación previa de la cesárea	N°	%
Si	49	70
No	21	30
TOTAL	70	100

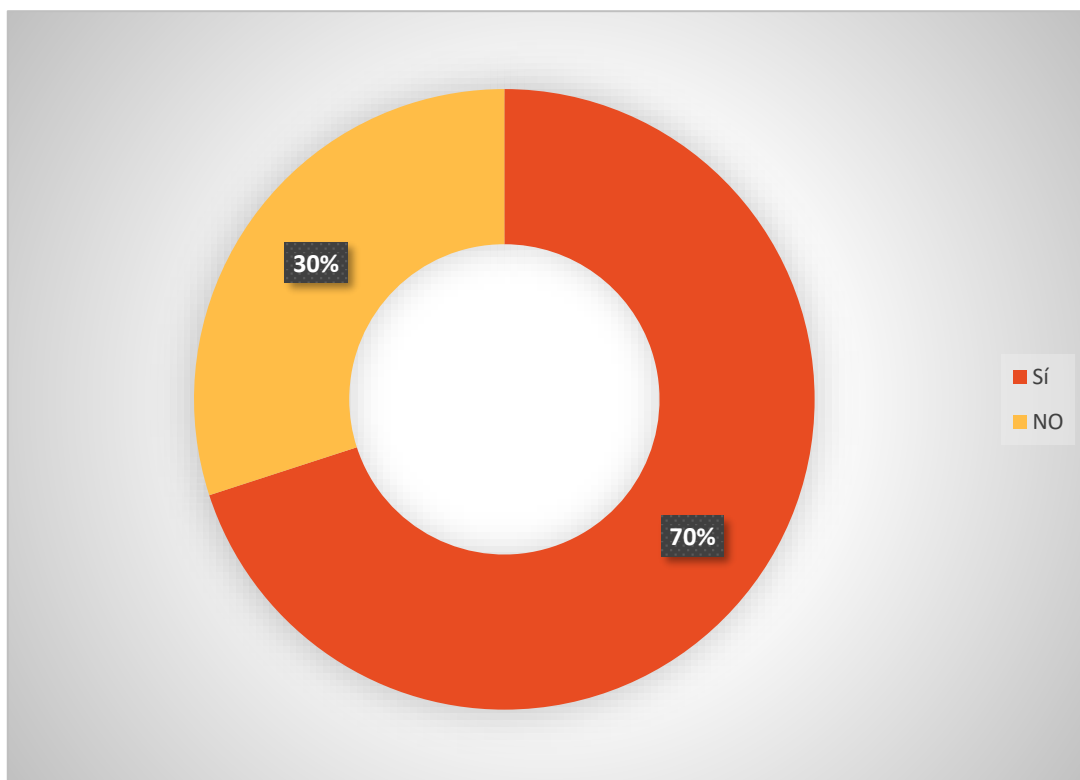


Gráfico 8. Indicación previa a la cesárea

Análisis e interpretación. – Los resultados de la tabla y el gráfico muestran que el 70% tuvieron indicaciones previas para una cesárea, mientras que el 30% no las tuvieron.

4.2. Datos de la vía del parto

Tabla 9.Parto Eutócico

Parto Eutócico	N°	%
Si	20	29
No	50	71
TOTAL	70	100

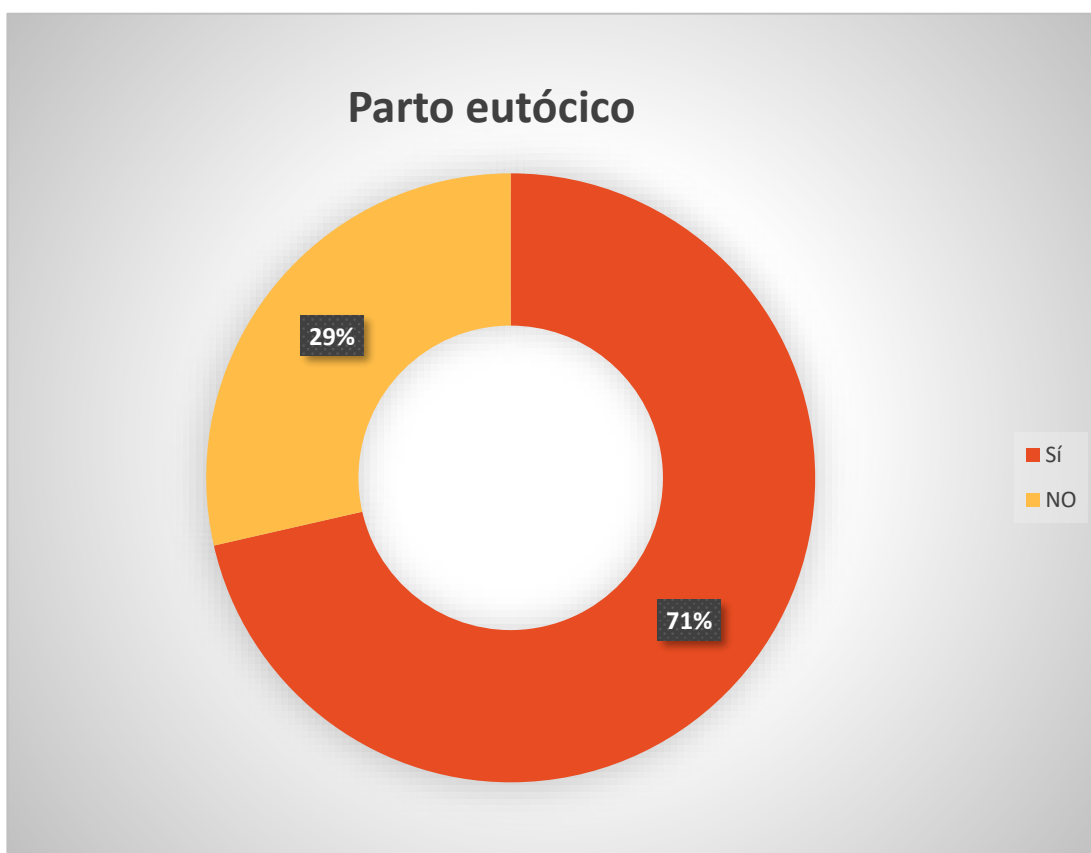


Gráfico 9. Parto Eutócico

Análisis e interpretación. – De la población estudiada el 71% no presentaron partos eutócicos previos a la cesárea anterior y solamente el 29% presentaron partos eutócicos antes de la cesárea anterior.

Tabla 10. Peso al nacimiento

Peso al nacimiento	N°	%
Normal	57	83
Anormal	13	19
TOTAL	70	100



Gráfico 10. Peso al nacimiento del RN

Análisis e interpretación. – Los resultados demuestran que el mayor porcentaje de los recién nacidos, que llegaron a un 82% presentaron un peso normal, mientras que el 19% presentó pesos inadecuados.

Tabla 11. Indicación de cesárea previa

INDICACIÓN DE CESÁREA PREVIA	N°	%
Adolescente	07	10
Condilomatosis vaginal	02	03
Distocia de dilatación	05	07
Distocia de presentación	09	13
DCP	06	09
Eclampsia	02	03
Cesárea electiva	05	07
Expulsivo prolongado	07	10
Embarazo múltiple	04	06
Macrosomía fetal	03	05
Óbito fetal	02	03
Parto pretérmino	07	10
Placenta previa	03	04
Preeclampsia con signos de severidad	04	06
RCIU	03	04
TOTAL	70	100

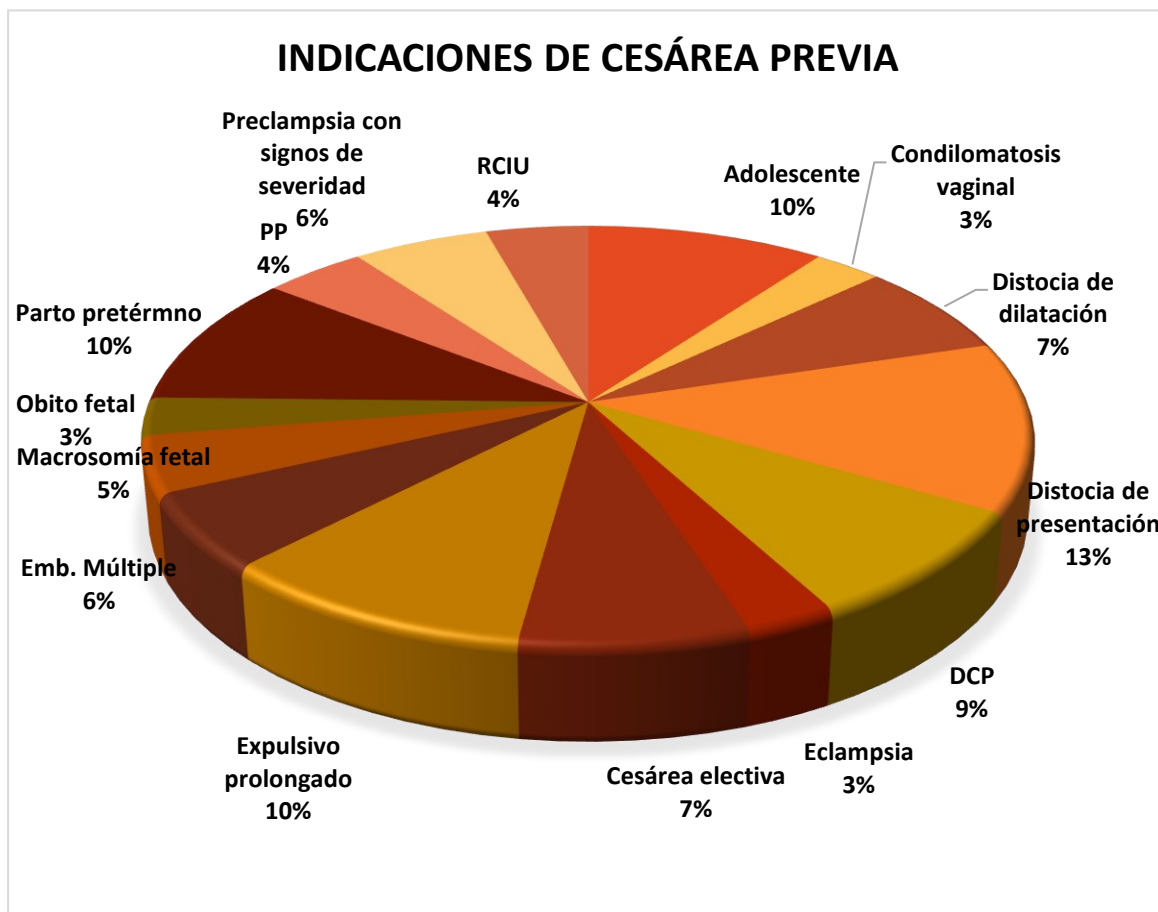


Gráfico 11. Indicación de cesárea previa

Análisis e interpretación. – El presente resultado muestra que la primera indicación de la cesárea previa fue la distocia de la presentación fetal con el 13%, seguidas con el 10% de adolescente, expulsivo prolongado y partos pretérminos respectivamente, con el 7% distocia de dilatación y cesárea electiva, con el 6% embarazos múltiples, con el 5% macrosomía fetal, con el 4% RCIU, preeclampsia con signos de severidad y el 3% Eclampsia, condilomatosis vaginal.

Tabla 12. Prueba de Antecedente de parto vaginal

Antecedente de parto vaginal	Prueba de parto vaginal		Total, n=70 (100%)
	Exitosa 59	Fallida 11	
Si	50 (71%)	07 (10%)	57 (81%)
No	09 (13%)	04 (6%)	13 (19%)

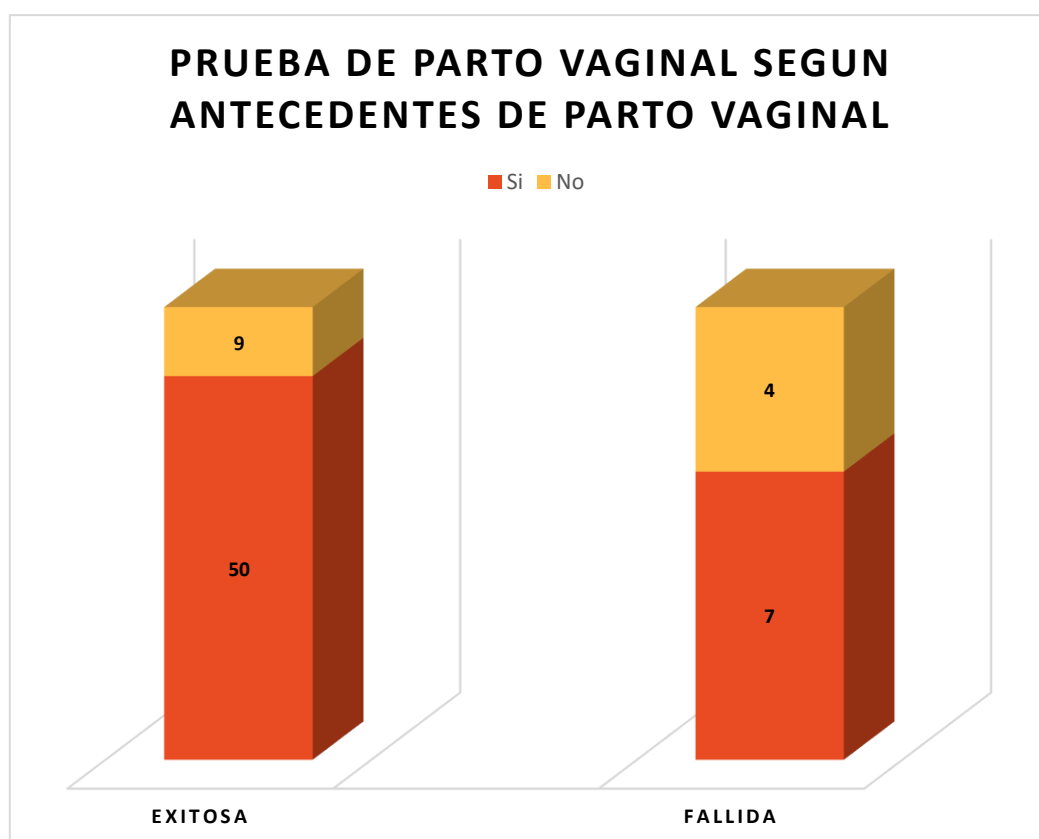


Gráfico 12. Prueba de Antecedente de parto vaginal

Análisis e interpretación. – El presente resultado demuestra que según antecedentes de parto vaginal las que tuvieron parto vaginal previo el 71% logro la prueba de parto vaginal exitosa, mientras que el 10% falló.

Y las que no tuvieron antecedentes de parto vaginal el 13% la prueba fue exitosa y en el 6% la prueba fue fallida.

Tabla 13. Prueba de parto vaginal según Multiparidad

Multiparidad	Prueba de parto vaginal		Total, n=70 (100%)
	Exitosa 59	Fallida 11	
Si	39 (55%)	06 (09%)	36 (64%)
No	20 (29%)	05 (07%)	25 (36%)

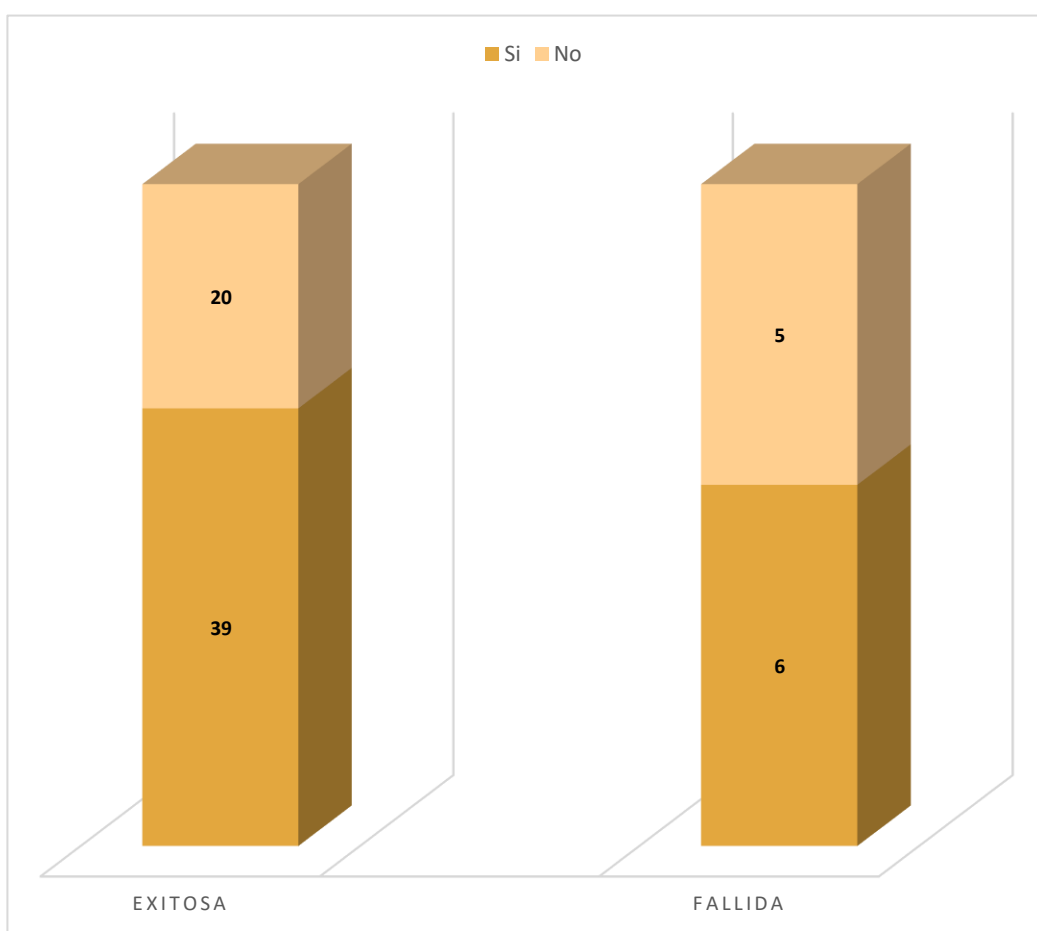


Gráfico 13. Prueba de parto vaginal según Multiparidad

Análisis e interpretación. – Los resultados nos evidencian que según multiparidad encontraron: Con multiparidad la prueba de parto vaginal con cesárea previa el 55% fue éxitos, y el 9% fue fallida, mientras que las que no tuvieron multiparidad el 29% logró éxito y el 5% fue fallida.

Tabla 14. Período intergenésico

Período intergenésico	Prueba de parto vaginal		Total, n=70 (100%)
	Exitosa 59	Fallida 11	
Optimo	49 (70%)	08 (11%)	47 (81%)
No optimo	10 (14%)	03 (05%)	14 (19%)

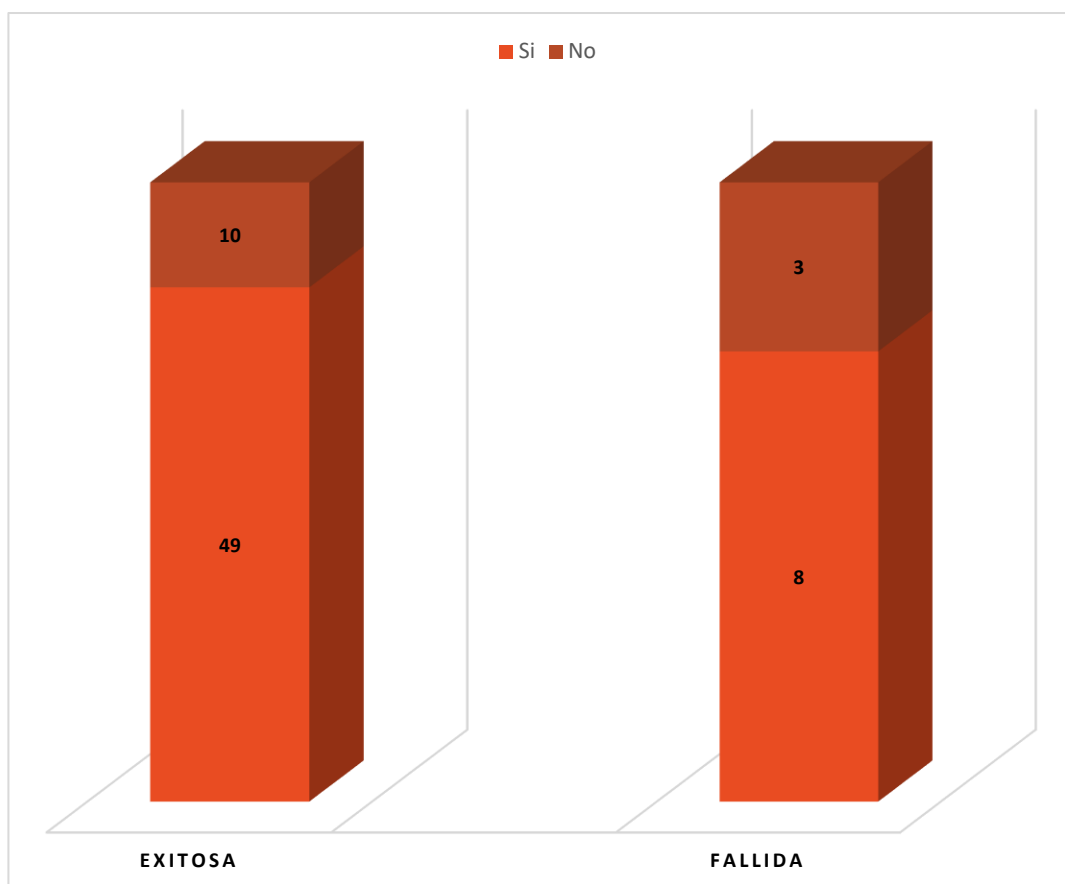


Gráfico 14. Prueba de parto vaginal por periodo intergenésico

Análisis e interpretación. – De acuerdo al período intergenésico el resultado obtenido muestra que las gestantes con espacio intergenésico optimo lograron con éxito el 70% la preaba de parto vaginal, teniendo cesárea previa, y las gestantes con espacio intergenésico no optimo logó el 14 de éxito y el 5% fue la prueba fallida.

Tabla 15. Edad materna

Edad materna	Prueba de parto vaginal		Total, n=70 (100%)
	Exitosa 59	Fallida 11	
Adecuada	45 (65%)	07 (10%)	52 (72%)
No adecuada	14 (20%)	04 (08%)	18(28%)

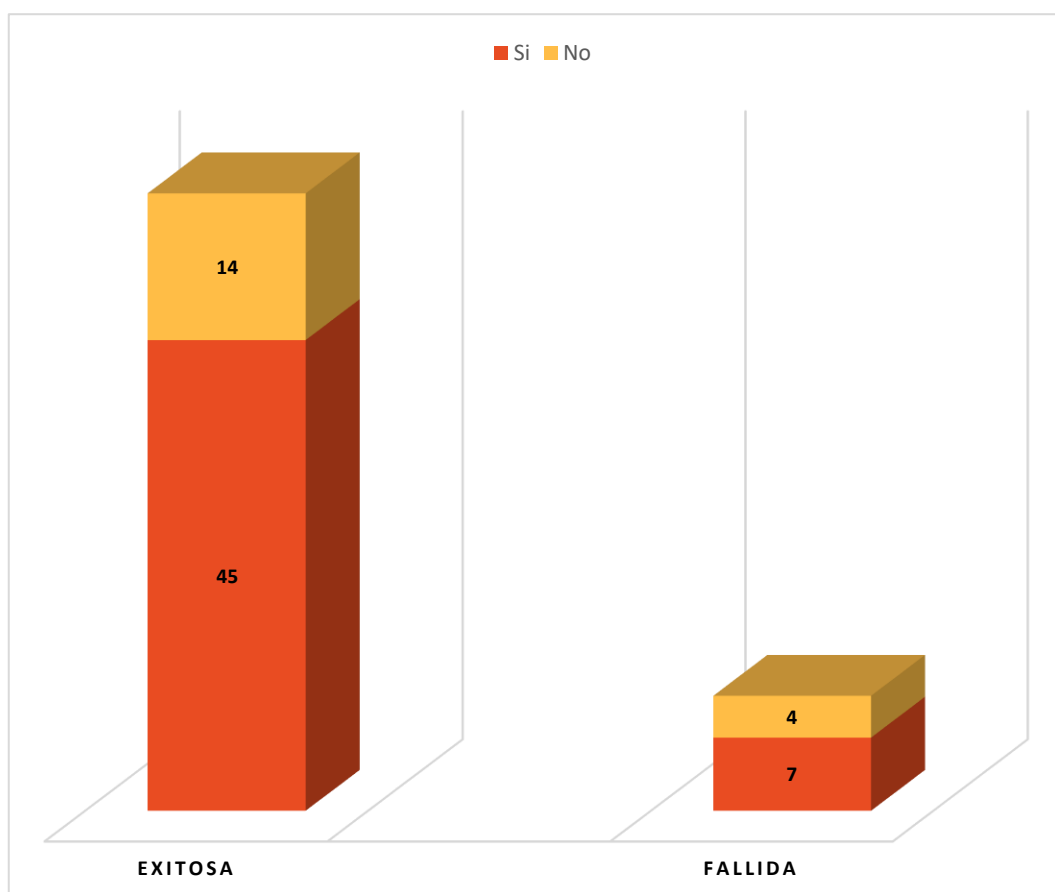


Gráfico 15. Prueba de parto vaginal según edad materna

Análisis e interpretación. – Los resultados muestran que el 45% de las madres con dades adecuadas, presentaron éxito en la prueba de parto vaginal con anterior cesárea y el 20% de madres con edades no adecuadas también lo lograron, mientras que el 10% de madres con edades adecuadas y el 8% con edades no adecuadas fueron fallidas.

CAPITULO V

5. DISCUSION DE RESULTADOS

Durante las últimas décadas la vía del parto en embarazadas con antecedentes de cesáreas previas, se ha tornado en muchas controversias, por mucho tiempo se han sostenido que las gestantes con cesáreas previas debían terminar su embarazo por cesárea, con la finalidad de evitar las complicaciones que pudiesen presentarse si no se procedía de esta manera., sobre todo para evitar la presencia de la rotura del útero, pero sin embargo, la preocupación de muchos expertos fue que se estaban generando el incremento del porcentaje de cesáreas sobre todo en aquellas mujeres con antecedentes de cesáreas previas, creándose un nuevo grupo de pacientes de las gestantes cesareadas anteriores, y hasta ese entonces se desconocía la conducta a seguir con ellas, principalmente cuál sería las precauciones que deberían de tomarse en el instante que iniciaba su trabajo de parto.

En base a estos conceptos y criterios se iniciaron a considerar el parto vaginal en gestantes con cesáreas previas, para ello utilizaron diversas escalas como la de FLAMM la escala de VBAC para evaluar el éxito así tenemos al estudioso Moreno Santillán, quien utilizó una de estas escalas para evaluar el éxito del parto vaginal en mujeres gestantes con cesáreas previas, hallando como resultado que las edades de las pacientes que estudió estaban entre los 22 a 30 años, con una edad gestacional a término, el porcentaje alcanzado con éxito fue del 50%, en el establecimiento de salud donde se realizó nuestra investigación sucede algo similar, donde las edades de nuestra población estudiada se encontraba entre los 26 a 30 años, con gestantes que presentaron edades gestacionales en su mayoría a término, y lográndose un éxito de parto vaginal en más del 50%.

Por otro lado, tenemos a Sepúlveda D. investigador que también realizó un estudio sobre éxito del parto vagina en gestantes con cesárea previa, dentro de las derivaciones conseguidas en su trabajo estuvieron: Edades de las gestantes entre los 20 a los 24 años, el peso de los recién nacidos se halló entre los 3,000 a 3500 grs. en un noventa por ciento resultó beneficioso el

parto por vía vaginal, luego de una cesárea previa tanto para la madre como para el de su producto. Resultados concordantes con el nuestro en cuanto a las edades de las embarazadas y al peso de los recién nacidos, así como en el éxito logrado de un parto vaginal luego de una cesárea.

También encontramos a Cuero O, quien realizó una investigación sobre un parto vía vaginal posterior a un parto por cesárea y realizó la evaluación la capacidad predictiva del puntaje del parto vaginal establecido por FLAMM. Logrando en sus resultados establecer, un éxito que en más del 83% presentaron un puntaje alto de la escala de FLAMM, lo que significó que el parto vaginal luego de una cesárea previa en las gestantes tuvo un éxito alto, similares resultados encontramos en nuestro estudio, de tal modo que se establece que la predicción de la vía del parto utilizando la escala de FLAMM es muy útil y de gran importancia.

CONCLUSIONES

1. Al finalizar el presente estudio se puede evidenciar que de acuerdo al puntaje Predictivo de FLAMM, se alcanzó un porcentaje de éxito para un parto por vía vaginal en las gestantes con cesáreas previas, logrando una frecuencia bastante aceptable.
2. El mayor porcentaje de ocurrencias de parto vaginal en las embarazadas con antecedentes de cesáreas anteriores, se hallaron en mujeres de edades de entre los 26 a 30 años, logrando un 42%. De acuerdo a las demás características la procedencia de la población estudiada, los resultados nos demuestran que el 97% fueron procedentes de las zonas urbana, con una religión que la mayoría profesaba fue la católica con el 66%, con un estado civil conviviente que alcanzó el 53%
3. Así mismo, fueron las mujeres que presentaron un IMC normal con el 75%, fueron las multigestas los que obtuvieron el mayor porcentaje con el 53%, de igual manera fueron las multíparas que lograron alcanzar el 54%.
4. En relación A las indicaciones previas de cesáreas el 70% si las tuvieron, también el 71% no tuvieron partos eutócicos anteriores, los recién nacidos en su mayoría tuvieron peso adecuado en el 82%, siendo la primera indicación en la cesárea previa la distocia de la presentación con el 13%
5. En referencia al éxito de parto vaginal luego de una cesárea, las que tuvieron parto vaginal previo lograron parto vaginal en el 71%, frente a las que no tuvieron parto vaginal que lograron parto vaginal exitoso en el 13%. Según la multiparidad con cesárea anterior lograron parto vaginal exitoso en un 55%, de acuerdo al espacio intergenésico lograron parto vaginal exitoso el 70% las que tuvieron espacio intergenésico óptimo, y de acuerdo a la edad materna el éxito de parto vaginal luego de una cesárea previa alcanzó el 45% en aquellas mujeres con edades adecuadas y el 20% en edades no adecuadas, logrando un total de 64% de éxito.

RECOMENDACIONES

- ✚ Ofertar intentar un parto vía vaginal a las embarazadas con cesáreas anteriores, previo descarte de contraindicaciones absolutas, previa sensibilización de las bondades de un parto vaginal.
- ✚ Educar a las gestantes cesareadas anteriormente, desde el inicio de la atención prenatal para la probabilidad de un parto vía vaginal.
- ✚ Sugerir a los responsables del manejo de este tipo de pacientes, a implementar un Programa de Parto Vaginal luego de una cesárea anterior, con todas las normas y protocolos correspondientes.
- ✚ Diseñar estrategias a nivel del Hospital de Es Salud para trabajar en las posibilidades de parto vaginal previa a una cesárea en las embarazadas que acuden a este establecimiento de salud.
- ✚ Recomendamos el uso de la escala predictiva de FLAMM en el momento de la admisión de la gestante con cesárea previa, para determinar la probabilidad de un parto vía vaginal, ofreciéndola una prueba de trabajo de parto corto.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud, 2011).
2. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre la tasa de cesáreas. Suiza. HRP; 2015 Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea 2015
3. Instituto Nacional de Estadística del Perú. Perú Encuesta demográfica y de salud familiar - ENDES 2017, Nacional y Departamental. Perú. 2017:
4. FICO (Federación internacional de ginecoobstetras). Dictamen del Comité. El parto vaginal después de un parto por cesárea anterior. Colegio americano de Obstetricia y Ginecología. Int J Obstet Bynaecol. 1995 julio; 48(1): p. 127-9.
5. ACOG (Federación internacional de ginecoobstetras). Dictamen del Comité. El parto vaginal después de un parto por cesárea anterior. Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología. Int J Obstet Bynaecol. 1999 julio; 66(22): p. 197-204.
6. Altamirano A R. Nacimiento por parto vaginal despues de una cesarea. prueba de trabajo de parto. Rev. chil. obstet. ginecol. 2010 enero; 68(6).
7. ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists). Comisión de la práctica obstétrica. Parto vaginal después de una cesárea anterior. Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología. Obstet Gynecol. 2010 julio; 116(5): p. 450-63.
8. Zweifl J GA. Parto vaginal después de una cesárea en California: antes y después de un cambio en las directrices. Ann Med Fam. 2006 junio; 4(3): p. 228-34.
9. Biswas A. Gestión de la cesárea anterior. Curr Opin Obstet Gynecol. 2003 marzo; 15(2): p. 123-9.
10. Macones G, Peipert J. Las complicaciones maternas con el parto vaginal

después de una cesárea: un estudio multicéntrico. Am J Obstet Gynecol. 2005 marzo; 193(2): p. 1656-1662.

11. Landon M, Hauth J. Instituto Nacional de Salud Infantil y Maternal-Fetal Medicine Red de Unidades de Desarrollo Humano. N Engl J Med. 2004 marzo; 351(5): p. 351: 2581.
12. McDonagh M, Denman M, Marshall N. Nuevos conocimientos sobre el parto vaginal por cesárea. ¿Puede predecirse? Obstet Gynecol. 2010 junio; 116(4): p. 967-81.
13. Newton E. Vaginal birth after cesarean prediction. A self-fulfilling prophecy? Obstet Gynecol. 2007 abril; 109(4): p. 796-7.
14. Waniez P, Wurtz B, Brustiein V. Abuse of caesarean delivery in Brazil: Geographic dimensions of a medical aberration. Santé. 2011 junio; 16(3): p. 21-31.
15. Santisteban A, Sánchez P, Leyva M. Parto vaginal después de un parto por cesárea en el hospital “Laura Esther Rodríguez Dulanto” de Supe. [Online].; 2010 [Citado el 02 de abril del 2016]. Disponible en: <http://revistas.concytec.gob.pe/pdf/as/v3n2/a11v3n2.pdf>.
16. Cunningham F, Leveno K, Bloom S. Obstetricia de Williams. 22nd ed. México: México: Mac Graw-Hill; 2009.
17. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud familiar: ENDES continúa 2010. Lima: INEI; Mayo 2011. lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática, lima; 2011.
18. Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología Nuevas guías por el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología Washington, 2013N
19. Instituto Mexicano de Seguro Social. Guía de Práctica Clínica. Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea. (C. N. Salud, Ed.) México, D.F. , México: (2014).
20. Ley N° 23346 **Ley** que reconoce la profesión de Obstetricia como

Profesión Médica.

21. Moreno Santillán, Armando Alberto. "Porcentaje de éxito de parto vaginal en pacientes con cesárea previa utilizando la escala VBAC México 2019.
22. Sepúlveda Mendoza DL. Factores asociados con éxito en el parto de mujeres con antecedente de cesárea. *Ginecol Obstet Mex.* 2015 abril; 83(5): p. 743-749.
23. Romero Pacheco J. Determinación de los factores favorables para un parto vaginal post cesárea en primigestas juveniles de 15 a 20 años en el Hospital Dra. Matilde Hidalgo de Procel. De septiembre de 2012 a febrero del 2013. 2013. Tesis para optar el grado académico de obstetra. Universidad de Guayaquil.
24. Guillen de Jaramillo ML. Parto vaginal posterior a cesárea estudio a realizarse en pacientes embarazadas que asistieron al área de gineco-obstetricia en el hospital provincial Martín Icaza de Babahoyo. 2012. Tesis para optar el grado de Obstetra. Universidad Técnica de Babahoyo.
25. Cuero Vidal OL. Parto vaginal después de una cesárea previa, hospital san juan de Dios, Cali (Colombia). Estudio de cohorte. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.* 2011 junio; 62
26. Arrunátegui Quispe GJ. Factores predictores para prueba de parto vaginal exitosa en gestantes con cesárea previa en el Hospital de Especialidades Básicas la Noria. 2015.
27. Flores Hernández JF. Efectos maternos perinatales del parto vaginal en cesareada anterior con periodo intergenésico corto; hospital regional de Loreto. Enero 2013 – diciembre 2014. 2014.
28. Vargas Juscamaita AT, Lévano Castro JA, Lazo Porras Á. Parto vaginal después de una cesárea, aplicando un puntaje al momento del ingreso en un hospital. *Rev. Perú. ginecol. obstet.* 201359 octubre; 59(4).
29. Miranda Aguirre Luis Neyer. "Estudio predictivo del puntaje de FLAMM en

la elección de la vía del parto de gestantes con cesárea previa Hospital San Juan Bautista Huaral". Lima 2016

30. Wurtz B, Brustein V. Abuse of caesarean delivery in Brazil: Geographic dimensions of a medical aberration. *Santé*. 2011 junio; 16(3).
31. Cunningham GF. Williams Obstetricia. 21st ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2008.
32. Dunn L. Cesárea y otras operaciones obstétricas. En: Tratado de Ginecología y Obstetricia de Danforth. 6th ed. Danforth: Interamericana; 2008.
33. FICO (Federación internacional de ginecoobstetras). Procedimientos en Obstetricia y Ginecología. Publicaciones del Instituto Nacional de Perinatología. 2010.
34. Aller A, Pages G. Cesárea y Parto Vaginal. En Obstetricia Moderna. 3rd ed. Caracas: Editorial Mc Graw-Hill Interamericana; 2009.
35. Grinstead J, Grobman W. Induction of labor after one prior cesarean: Predictors of vaginal delivery.. *Obstet Gynecol*. 2009 junio; 10(3).
36. Menacker F, Declercq E. Cesarean birth in the United States: epidemiology, trends, and outcomes.. *Clin Perinatol*. 2009 abril; 35(2).
37. PAHO (Pan American Health Organization). Tasas de cesáreas: análisis de los estimados regionales y nacionales. *Rev Panam Salud Pública*. 2007 abril; 21(3).
38. Flamm B, Geiger A. Vaginal birth after cesarean delivery: an admission scoring system. *Obstet Gynecol*. 1997 junio; 90(1): p. 907-10.
39. Kerr J. The technique of cesarean section with special reference to the lower uterine segment incision. *Am J Obstet Gynecol*. 1999 junio; 12(1): p. 729-731.
40. Menihan C, Malee M. Association of interpregnancy interval with uterine

scar failure in labor: a case-control study. Am J Obstet Gynecol. 2000 julio; 183(2): p. 1180-3.

41. Gómez M. Bases para la revisión crítica de artículos médicos. Rev Mex Pediatr. 2002 junio; 68(4): p. 152-159.
42. DIRESA-LIMA. Análisis de la situación de salud del Hospital De Apoyo Huaral. 2014.
43. Hernández Sampieri Roberto Metodología de la Investigación Editorial Mexicana, Reg. Núm. 736 ISBN: 978-1-4562-2396-0
44. Hanz Dieterich Steffan Nueva guía para la investigación científica. México (2011)
45. Ruiz MI. Técnicas e instrumentos de investigación investigación. [Online].; 2012 [Citado el 08 de mayo del 2016]. Disponible en: http://www.eumed.net/tesisdoctorales/2012/mirm/tecnicas_instrumentos.html.
46. Tamayo y Tamayo, Mario, El proceso de la investigación científica, México, Limusa, 2009.

ANEXOS

UNIVERSIDAD DE HUANUCO
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

DATOS GENERALES

Edad:

15 a 20 años

21 a 25 años

26 a 30 años

31 a 35 años

36 a más

Procedencia

Zona urbana

Zona rural

Religión

Católica

Evangélica

Otra

Estado civil:

a) Soltera

b) Casada

c) Conviviente

Índice de masa corporal

Normal

Anormal

número de gestaciones

1

2

3

Más de tres

número de partos vaginales previo o posteriores a la cesárea

1

2

3

Más de tres

indicación previa de la cesárea

Si.....

No

DATOS DE LA VÍA DEL PARTO

Eutócico

si

no

3.2. Distócico

si

no

PESO AL NACIMIENTO:

INDICACIÓN DE CESÁREA PREVIA

- Adolescente
- CBF
- Condilomatosis vaginal
- Distocia de dilatación
- Distocia de presentación
- DCP
- Eclampsia
- Cesárea electiva
- Expulsivo prolongado
- Gemelar
- Macrosomía fetal
- Óbito fetal
- Parto prematuro
- Placenta previa
- Preeclampsia con signos de severidad
- Prematurez
- RCIU

DATOS DEL PUNTAJE FLAMM

N°	INDICADORES	PUNTOS
a	Edad menor de 40 años	2
b	Parto vaginal previo:	
	Antes y después de cesárea	4
	Luego de primera cesárea	2
	Antes de primera cesárea	1
	Ninguno	0
c	Razones para primera cesárea	1
d	Borramiento al ingreso:	
	Mayor 75%	2
	25-a 75%	1
	Menor 25%	0
e	Dilatación al ingreso de 4 cm o mas	1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“VALOR PREDICTIVO DEL PUNTAJE DEL FLAMM EN LA PREDICCIÓN LA VÍA DEL PARTO DE LAS GESTANTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDA EN EL ESSALUD HOSPITAL NIVEL II HUÁNUCO, 2018”.

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLE	METODOLOGÍA
¿Cuál es el valor predictivo del puntaje del Flamm en la predicción la vía del parto de las gestantes con cesárea previa atendida en el EsSalud Hospital Nivel II Huánuco, 2018?	Objetivo General • Objetivos Específicos. Analizar el valor predictivo del puntaje del Flamm en la predicción la vía del parto de las gestantes con cesárea previa atendida en el EsSalud Hospital Nivel II Huánuco, 2018. Objetivos específicos -Identificar la vía del parto de las gestantes con cesárea previa atendidas en el EsSalud Hospital Nivel II Huánuco, 2018. -Determinar el puntaje de Flamm a partir del registro de parámetros en la Historia Clínica de las gestantes con cesárea previa atendidas en el EsSalud Hospital Nivel II Huánuco, 2018.	Ha. Existe una relación de predicción entre el puntaje de Flamm y la vía del parto Ho. No existe una relación de predicción entre el puntaje de Flamm y la vía del parto	Variables Independientes Puntaje de Flamm Variable Dependiente Vía del parto	Tipo de estudio Investigación corresponde al tipo básica o sustantiva, observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Diseño Descriptivo, racional Simple Población La población estará conformada por las gestantes con cesárea previa atendidos en el EsSalud Hospital Nivel II Huánuco en el periodo de enero a diciembre del 2018. Que son 120 gestantes con cesárea previa Muestra $n = 70$

	-Identificar la sensibilidad del puntaje de Flamm en la predicción de la vía del parto de las gestantes con cesárea previa en el EsSalud Hospital Nivel II Huánuco, 2018. -Identificar la especificidad del puntaje de Flamm en la predicción de la vía del parto de las gestantes con cesárea previa en el EsSalud Hospital Nivel II Huánuco, 2018.			Técnicas e instrumentos HC. observación sistemática Y el instrumento será la ficha de recolección de datos.
--	--	--	--	---

