



**UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ
GALLO**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POST GRADO**



**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA**

**“UTILIDAD DEL PUNTAJE DE FLAMM PARA PARTO VAGINAL EN
CESAREADA ANTERIOR SERVICIO DE GINECOBSTRICIA DEL
HRDLM-CHICLAYO. JUNIO 2020-MAYO 2021.”**

AUTORA: LAURA ISABEL VIRGINIA ROJAS PECSÉN

ASESOR: JULIO PATAZCA ULFE

LAMBAYEQUE, MAYO 2021

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POST GRADO

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**“UTILIDAD DEL PUNTAJE DE FLAMM PARA PARTO VAGINAL EN
CESAREADA ANTERIOR SERVICIO DE GINECOBSTETRICIA DEL
HRDLM-CHICLAYO. JUNIO 2020-MAYO 2021.”**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

LAURA ISABEL VIRGINIA ROJAS PECSÉN
AUTORA

JULIO ENRIQUE PATAZCA ULFE
ASESOR

DEDICATORIA

A Dios.

Por ser mi guía y por demostrarme que sus tiempos son perfectos.

A mis Padres.

Por su amor y apoyo incondicional, su esfuerzo, su cariño inmenso hacia mí y mis hermanos: Sarah y Miguel. Gracias por haberme inculcado valores y estar conmigo en las buenas y malas. Por haber creído en mí. Por la confianza depositada, espero no haberles defraudado y quiero que se sientan orgullosos de este logro. Por enseñarme a nunca rendirme. Les debo todo lo que soy. Gracias MARIA PECSÉN DE ROJAS Y SEGUNDO ROJAS FERNANDEZ.

A mis Abuelas y Bisabuela

Fui afortunada de tenerlas, dejaron huellas hermosas en mi vida. Gracias por siempre haber estado pendientes de mí: ESTHER FERNANDEZ DE ROJAS, MATILDE PEREZ DE PECSÉN Y CARMEN PEREZ DE PECSÉN.

A mi Madrina.

Por su cariño, comprensión, apoyo y amor incondicional. Gracias IVONNE PECSÉN PEREZ

En el camino he conocido a personas extraordinarias que han aportado positivamente en mi carrera con sus consejos, sus valores, su apoyo y sobre todo su paciencia. Personas que son ejemplo de admiración y respeto. Me enseñaron que no basta con ser un buen profesional sino hay que ser grandes seres humanos. Ser profesionales por vocación. Gracias a todos ellos he podido concluir exitosamente mi especialidad.

Laura Isabel Virginia Rojas Pecsén

**“UTILIDAD DEL PUNTAJE DE FLAMM PARA PARTO VAGINAL EN
CESAREADA ANTERIOR SERVICIO DE GINECOBSTETRICIA DEL
HRDLM–CHICLAYO. JUNIO 2020-MAYO 2021.”**

INDICE

I.- INFORMACION GENERAL.....	6
1.1- Título:	6
1.2.- Autor:	6
1.3.- Asesor Metodológico:	6
1.4.- Línea de Investigación:	6
1.5.- Lugar de Ejecución:	6
1.6.- Duración aproximada del proyecto:	6
- Fecha de Inicio:	6
- Fecha de Término:	6
II.- PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	8
2.1.- Síntesis de la situación problemática.....	8
2.2.- Formulación del Problema.....	9
2.3.- Hipótesis	10
2.4.- Objetivos.....	10
III.- SINTESIS DEL DISEÑO TEORICO	12

3.1.- Antecedentes	12
3.2. - Bases Teóricas	13
3.3.- Definición y operalización de variables	17
IV.- DISEÑO METODOLOGICO	18
4.1.- Diseño de contrastación de hipótesis	18
4.2.- Población, muestra y muestreo	18
4.3.- Criterios de Inclusión y Exclusión	18
4.4.- Técnicas: Procedimiento	19
4.5.- Instrumento de recolección de datos	19
4.6.- Análisis Estadístico	20
4.7.- Aspectos éticos	20
V.- ACTIVIDADES Y RECURSOS	
5.1.- Cronograma	21
5.2.- Presupuestos	23
5.3.- Financiamiento	24
VI.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	25
VII .- ANEXOS	33

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

I.- INFORMACIÓN GENERAL.

1. **Título:** “UTILIDAD DEL PUNTAJE DE FLAMM PARA PARTO VAGINAL EN CESAREADA ANTERIOR SERVICIO DE GINECOBSTETRICIA DEL HRDLM–CHICLAYO. JUNIO 2020-MAYO 2021”.
2. **Autora:** Laura Isabel Virginia Rojas Pecsén.
3. **Línea de Investigación:** Salud Materno Perinatal (181-2018-FMH-D)
4. **Lugar:** Hospital Regional Docente las Mercedes. Chiclayo.
5. **Duración estimada del proyecto:** 1 año
 - Fecha de inicio: Junio 2020
 - Fecha de término: Mayo 2021

RESUMEN:

En el Hospital Regional Docente las Mercedes (HRDLM), es una institución estatal administrada por el Ministerio de Salud (MINSU), financiando la atención de salud con presupuesto estatal y recursos directamente recaudados.

La mayor parte de atenciones del parto en mujeres gestantes condicionan un alto gasto para la institución y el estado, en tal sentido se da prioridad a la atención de parto vaginal o eutócico por la menor tasa de complicaciones, menor tiempo hospitalario y menor gasto en insumos médicos y quirúrgicos.

El Puntaje de Flamm para parto vaginal en cesareada anterior, permite evaluar el porcentaje de éxito a la hora de definir la vía de parto, y evitar las posibles complicaciones como rotura uterina, dehiscencia de histerorrafia, morbilidad y mortalidad materna y fetal, es importante aplicar el puntaje de Flamm de forma rutinaria como parte de la evaluación clínica realizada a cada gestante que acude en trabajo de parto y que tiene el antecedente de cesárea previa, en el servicio de ginecoobstetricia HRDLM, permitiendo de este modo disminución de cesáreas y de gasto secundarios.

La condición precaria de las pacientes que acuden al HRDLM para atender el proceso del parto hace que la mejor elección sea la vía vaginal ya que si son sometidas a cesárea deben comprar ciertos insumos que no cuenta el HRDLM y muchas veces complican su evolución, ya que el costo de una cesárea difiere grandemente con los gastos de un parto vaginal, independientemente de lo que cada paciente gaste de los insumos con los que no cuenta el SIS.

II.- PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION.

1. SÍNTESIS DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.

En el Hospital Regional Docente las Mercedes (HRDLM), es una institución estatal administrada por el Ministerio de Salud (MINSA), financiando la atención de salud con presupuesto estatal y recursos directamente recaudados.

La mayor parte de la población no asegurada se atiende en este nosocomio, que atiende una capa compleja de especialidades categorizándolo en Hospital Nivel II en la región Lambayeque y administrada por el Gobierno Regional.

La mayor parte de atenciones del parto en mujeres gestantes condicionan un alto gasto para la institución y el estado, en tal sentido se da prioridad a la atención de parto vaginal o eutócico por la menor tasa de complicaciones, menor tiempo hospitalario y menor gasto en insumos médicos y quirúrgicos.

El Puntaje de Flamm para parto vaginal en cesareada anterior, permite evaluar el porcentaje de éxito a la hora de definir la vía de parto, y evitar las posibles complicaciones como rotura uterina, dehiscencia de histerorrafia, morbilidad y mortalidad materna y fetal.

Es importante aplicar el puntaje de Flamm de forma rutinaria como parte de la evaluación clínica realizada a cada gestante que acude en trabajo de parto y que tiene el antecedente de cesárea previa, en el servicio de ginecoobstetricia HRDLM, permitiendo de este modo disminución de cesáreas y de gasto secundarios.

La condición precaria de las pacientes que acuden al HRDLM para atender el proceso del parto hace que la mejor elección sea la vía

vaginal ya que si son sometidas a cesárea deben comprar ciertos insumos que no cuenta el HRDLM y muchas veces complican su evolución, ya que el costo de una cesárea difiere grandemente con los gastos de un parto vaginal, independientemente de lo que cada paciente gaste de los insumos con los que no cuente el SIS.

2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Teniendo como base estudios realizados en diferentes países respecto al puntaje de flamm aplicados a gestantes en trabajo de parto y son cesareadas anteriores, es que planteo este proyecto para valorar la utilidad en este tipo de pacientes antes descritas y de esta forma sea un examen de rutina o parte de la evaluación clínica que sería de gran utilidad para definir la vía de parto en el HRDLM – MINSA Chiclayo.

En vista que en el HRDLM no existe un criterio claro que apoye la decisión de realizar el parto por vía vaginal en la paciente con antecedente de cesareada anterior y una evaluación rutinaria que aplique el puntaje de Flamm a sus gestantes para facilitar a través de criterios científicos y guías validadas se pueda definir la vía de parto en emergencia, de esta manera disminuir las complicaciones posteriores, incrementar las tasas de éxito en la atención del parto y disminuir los gastos secundarios que se asocian.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA :

¿Cuán útil es el Puntaje de Flamm para decidir el parto vaginal en cesareada anterior del servicio de Ginecobstetricia del HRDLM – Chiclayo entre Junio 2020 a Mayo 2021.?

3. HIPÓTESIS.

El puntaje de Flamm es útil para decidir el parto vaginal en cesareadas anterior y evitar complicaciones posibles

4. OBJETIVOS.

Objetivo general:

- Evaluar la utilidad de aplicar Puntaje de Flamm para decidir el parto vaginal en cesareada anterior del servicio de Ginecobstetricia del HRDLM de Chiclayo entre Junio 2020 a Mayo 2021.

Objetivos específicos:

- Aplicar puntaje de Flamm a las gestante atendidas en trabajo de parto y con antecedente de cesareada anterior para evaluar el éxito de someterla a un parto vaginal.
- Valorar la utilidad del puntaje de Flamm en gestantes en trabajo de parto y con antecedente de cesareada anterior en la predicción de complicaciones.

III.- SINTESIS DEL DISEÑO TEORICO

1. Antecedentes.

La incidencia de cesáreas varía en todo el mundo, oscilando entre el 15% y el 40%. Según informes, en los Estados Unidos, la tasa de cesáreas aumentó significativamente de 5,5% en 1965 a 27% en 1997. En América Latina, Chile tiene la tasa más alta de cesáreas es del 40%, Haití es menos del 15% y la tasa de cesáreas es la más baja, pero en el último caso, también se encontró que más del 20% de la población no recibió atención durante el parto. (1)

Según la Organización Mundial de la Salud, la mejor tasa de cesáreas está entre el 10% y el 15%, pero esta tasa generalmente no es inferior al 20% en todo el mundo. (2)

(Cuero Vidal & Clavijo Prado, s.f.) En Colombia, la frecuencia de parto vaginal después de una cesárea es del 20%. Las mujeres embarazadas con un puntaje Flamm por debajo de 4 tienen menos probabilidades de dar un parto normal. (3)

En Perú, la tasa de cesáreas varía según el centro de salud, la tasa de cesáreas hospitalarias es del 54%, la razón más común es que la cesárea se realizó durante el último parto. Existen informes estadísticos de principales Hospitales maternos perinatales donde se consignan tasas no menores al 20% tanto del Ministerio de Salud y ESSALUD, Los hospitales de referencia como Lima Maternidad y Edgardo Rebagliatti tienen una incidencia de entre el 20% y el 38%, mientras que el estudio del Hospital San Bartolomé reporta una incidencia del 18% (4,5)

En el HRDLM – Minsa, Chiclayo; la incidencia de cesáreas varia hasta un 40 %, pero no existe la aplicación rutinaria del puntaje de Flamm

para definir la vía de parto; para de esta forma poder disminuir el número de cesáreas así como sus complicaciones.(6)

Varias encuestas en varios continentes pueden decir que cuando los factores de parto vaginal son favorables, la prueba de parto de pacientes con antecedentes de cesárea puede aumentar el parto vaginal sin complicaciones graves. (7, 8).

En la actualidad los Gineco-obstetras saben que toda gestante que ha tenido un parto por cesárea puede tener lo que se llama parto vaginal después de un parto por cesárea y que se puede hacer una evaluación más precisa aplicando el puntaje de Flamm. La prueba de trabajo de parto después de una cesárea tiene una probabilidad de éxito entre 65 y 80 % con escasa complicación materna o neonatal. En la última década los ginecólogos se han abocado a esta tarea de dar oportunidad a los pacientes con cesárea previa a tener parto vaginal cuidando las posibles complicaciones (9).

“De por si la vía natural ofrece ventajas tanto para la madre como para el feto, relacionadas con una menor morbilidad, evolución más fisiológica, menor incidencia de infecciones, menor necesidad de transfusiones sanguíneas y menor estadía hospitalaria, lo que mejora el establecimiento del vínculo madre-recién nacido” (10).

En nuestro medio no se cuenta con uniformidad de criterios y/o factores de riesgo que nos permitan definir la vía de parto de la gestante en trabajo de parto con una cesárea previa.

(Ybaseta Soto, Ybaseta Soto, & Quinjandria Tataje, s.f.), concluyen que el parto vaginal después de una cesárea sin contraindicaciones tiene una alta tasa de éxito perinatal materno y el menor riesgo de complicaciones graves, pero es necesario un estricto control obstétrico y la intervención se realiza principalmente antes de la rotura

uterina. del intento de emergencia contra la vida y el embarazo de la madre. (11,12)

2. Bases teóricas

DEFINICIÓN: PUNTAJE DE FLAMM

(Flamm, 1997), publicó una investigación donde desarrolló un sistema de puntuación para predecir la probabilidad de Parto vaginal en pacientes sometidas a una prueba de parto después de una cesárea utilizando factores conocidos al momento del ingreso al hospital.

Este puntaje valora ciertos parámetros tales como:

- Edad menor de 40 años
- Parto vaginal previo
- Razón para la primera cesárea
- Borramiento al ingreso
- Dilatación al ingreso de 4 cm

Con base en estos parámetros, se obtiene la puntuación final que predice el éxito del parto vaginal después de la cesárea. La puntuación se describe a continuación.

(13)

PUNTAJE TOTAL SEGÚN ESCALA DE FLAMM	PORCENTAJE DE EXITO	UTILIDAD
0 A 2	49%	No es útil
3	60%	No es útil
4	67%	No es útil
5	77%	Es útil
6	88%	Es útil
7	93%	Es útil
8 A 10	95%	Es útil

MAYOR PUNTUACIÓN ⇒ MAYOR PROBABILIDAD DE ÉXITO EN PORCENTAJE DESPUES DE UNA CESAREA PREVIA. DEMOSTRANDO LA UTILIDAD DEL PUNTAJE DE FLAMM (14)

FACTORES QUE INFLUYEN NEGATIVAMENTE EN EL ÉXITO DE UN PARTO VAGINAL DESPUES DE UNA CESAREA

- Edad Materna avanzada
- Peso Materno Incrementado (usando IMC)
- No tener Partos vaginales previos a la Cesárea
- Peso fetal excesivo o macrosomía fetal

Se indicó una cesárea previa debido a un cambio en la segunda etapa del trabajo de parto. El RCOG de 2015 estipula que la mayoría de las mujeres con embarazo único, presentación de la cabeza y edad gestacional ≥ 37 semanas son aptas para el parto vaginal después de una cesárea, independientemente de si tienen antecedentes de parto vaginal. (15, 16)

CONTRAINDICACIONES

- Antecedente de Rotura Uterina
- Antecedente de cesárea NO segmentaria (incisión uterina corporal o clásica, ampliación en “T” invertida)
- Cirugía uterina previa con entrada en cavidad endometrial (miomectomía) o exéresis de mioma >5 cm.
- Otras contraindicaciones absolutas para PV (placenta previa, presentación no cefálica, etc.) (17)

FACTORES QUE POTENCIALMENTE INCREMENTAN EL RIESGO DE ROTURA UTERINA

- Periodo Inter-genésico Corto
- Obesidad
- Puntuación de Bishop desfavorable
- Macrosomía Fetal

CONSIDERACIONES ESPECIALES

En este apartado, se ponen a consideración casos especiales para saber que conducta adoptar en una embarazada con cesárea anterior:

- **Embarazo pretérmino.** En comparación con las mujeres embarazadas a término, las mujeres embarazadas menores de 37 semanas de gestación y sometidas a un parto de prueba después de una cesárea no tuvieron diferencias significativas en la tasa de éxito (72,8 frente a 73,3). En comparación con el embarazo a término, este grupo de recién nacidos prematuros tuvo una tasa más baja de rotura uterina (0,34 frente a 0,74%, $p = 0,03$) y resultados perinatales similares. El estudio NICHD refiere estas

proporciones y recomienda la Prueba de parto después de una cesárea.

- **Embarazo gemelar.** En este grupo se observa que la tasa de rotura uterina es similar a la de la gestación única. En presentaciones cefálica/cefálica se podría intentar una Prueba de parto después de una cesárea, pero este consenso NO LO RECOMIENDA.
- **Macrosomía Fetal.** La sospecha de macrosomía fetal (peso fetal estimado ≥ 4000 gr) no contraindica el intento de un Parto vaginal después de una cesárea, aunque estas pacientes presentan un mayor riesgo de sufrir una rotura uterina (3.6%). De acuerdo a esto, se deben considerar los antecedentes obstétricos, semiología obstétrica y el peso fetal estimado para una correcta evaluación del riesgo de Parto vaginal después de una cesárea.
- **Diabetes Gestacional.** La diabetes gestacional reduce la tasa de parto vaginal después de una cesárea previa. Sin embargo, las morbilidades materna y fetal son comparables a menos que se trate de un feto macrosómico (18).

Definición de términos operacionales:

- **Utilidad:** Término que se refiere a la verosimilitud de que una prueba, al provocar una intervención, conlleve mejores resultados de salud. La utilidad refleja beneficios para la salud relacionados con las intervenciones que se ofrecen a las personas con resultados positivos para dichas pruebas. (19)
- **Puntaje de Flamm:** Sistema de puntuación para predecir la probabilidad de Parto vaginal en pacientes sometidas a una prueba de parto después de una cesárea utilizando factores conocidos al momento del ingreso al hospital (13)

- **Cesareada anterior:** La cesárea es un tipo de cirugía obstétrica en la que el producto de la concepción se extrae cortando la pared abdominal y el útero. (20,21)
- **Parto vaginal:** Se define al parto como el proceso por el cual el feto sale del útero. Además, el parto requiere contracciones regulares y efectivas, lo que lleva a la dilatación y al borramiento del cuello uterino. (22,23)

3. Definición y Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	INDICE	ESCALA
V1 UTILIDAD DEL PUNTAJE DE FLAMM	Valorar la utilidad del puntaje de Flamm.	No es útil	0 a 4	Ordinal
		Es útil	5 a 10	Ordinal
V2 ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS		Edad	18 a 23 24 a 29 30 a 35 36 a <40	De relación
		Sexo	Femenino	Nominal
		Raza	Blanca mestiza	Nominal Nominal
		Grado de instrucción	Analfabeta Primaria Secundaria Superior	Nominal Nominal Nominal Nominal

		N° de cesáreas	1	Ordinal
			2	Ordinal
			3	Ordinal

IV.- DISEÑO METODOLÓGICO.

1. Diseño de contrastación de hipótesis

Investigación descriptiva, observacional y retrospectiva.

En el plazo de 1 año, el formulario de recopilación de datos de antecedentes médicos se utilizará para las mujeres embarazadas que se someterán a un parto vaginal después de una cesárea. Estas pacientes acuden al HRDLM

2. Población, muestra y muestreo.

- **Población:** Se tomarán todas aquellas pacientes que llegaron para parto durante el periodo de Junio 2020 – Mayo 2021. HRDLM Chiclayo.
- **Muestra:** Todas las pacientes que fueron sometidas a parto cesárea con antecedente de cesareada anterior que acudieron en el periodo de Junio 2020 – Mayo 2021. HRDLM. Chiclayo.

3. Criterios de inclusión y exclusión

CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes de 18 a 40 años
- Pacientes con antecedente de una cesárea previa

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes menores de 18 años.
- Paciente con antecedentes de haber tenido solamente partos vaginales

4. Técnica:

Se contratará a una persona con conocimientos en salud y con la respectiva capacitación (mantener la ceguera del investigador), para realizar dicha recolección de datos mediante una ficha diseñada para tal propósito, se proseguirá a realizar lo siguiente:

- a) Se ingresará al área de estadística del HRDLM y se solicitará las Historias Clínicas de Ginecoobstetricia.
- b) Se seleccionará a pacientes que fueron sometidas parto cesárea durante el periodo antes mencionado.
- c) Luego de la revisión de la Historia Clínica se procederá al llenado de la Ficha de Recolección de Datos.
- d) Después del llenado correcto de la Ficha de recolección de datos se entrega al investigador en sobre cerrado.
- e) Se contratará los servicios de un estadista para la evaluación correspondiente manteniendo la confidencialidad y la ceguera del investigador.
- f) Se recopilará los resultados estadísticos para su interpretación con el software propuesto.

5. Instrumentos de recolección de datos:

- a) Basado en variables de estudio
- b) Se realizo la evaluación de expertos por ginecólogos que laboran en el HRDLM y que conocen la realidad de dicho

nosocomio: Dr. Carlos Miguel Herrera Ríos y Dra. Patricia Urquiza Sánchez.

Anexo 1, 2, 3

6. Análisis estadístico:

Los datos serán incorporados en la base de datos para cada puntaje, las variables categóricas se analizarán en proporciones y porcentajes.

Las variables continuas se analizarán en promedios y rangos. Para el análisis de esas variables y su representación gráfica, se hará uso del software informático especializado en estadística SPSS v.27.

V.- ACTIVIDADES Y RECURSOS.

1. Cronograma.

Diagrama Gantt

Fase de Planeamiento	DICIEMBRE 2020	ENERO 2021	FEBRERO 2021	MARZO 2021	ABRIL 2021	MAYO 2021
1.Revisión bibliográfica	X	X				
2.Elaboración del Proyecto-	X	X				
3.Presentación Proyecto y Obtención permisos.		X	X			
Fase Ejecución.			X			
4.-Registro de Datos.			X	X		
5.-Análisis Estadístico de datos.				X		
6. Interpretación de datos .				X		
Fase de Comunicación				X	X	
7.-Elaboración de Informe					X	X
8.- Presentación de Informe					X	X
9.-Publicación						X

2. Presupuesto

Especifica/ subespecífica COSTO TOTAL	Especifica de gastos	Cantidad	Descripción	Costo Unitario (soles)	Total (Soles)
	Alimentos y bebidas para consumo, refrigerios, menus	20	unidad	10. 00	200. 00
	Vestuarios, prendas diversas: chaqueta color Chaqueta blanca	2	Unidad	50.00	100.00
	Combustibles y carburantes	5	Unidad	50. 00	250. 00
	Respuestos y accesorios de oficina: USB	1	Unidad	40. 00	40.00
	Papeleria en general útiles y materiales de escritorio: Hojas bon A4 Lapiceros corrector	2 12 2	Millar Unidad Unidad	15.00 3.00 3.00	30. 00 36.00 6.00
	Material medico para bioseguridad: Guantes o manoplas (caja 50 unidades)	2	Caja	50.00	100. 00
	Viajes domésticos y gastos de transporte: Movilidad local	10	Unidad	50.00	50.00
	Servicio de impresión: Impresión Fotocopia Anillado Empastado	2 2 2 2	Unidad Unidad Unidad Unidad	30.00 15.00 5.00 70.00	60.00 30.00 10.00 140.00
	Servicio de procesamiento de datos	1	Unidad	150. 00	150. 00
TOTAL					1202. 00

3. **Financiamiento.** Propio

VI.- BIBLIOGRAFÍA.

1. Cuero-Vidal, Olga lucía; Clavijo-prado, Carlos Andrés. Parto vaginal después de una cesárea previa, Hospital San Juan de Dios, Cali (Colombia). Estudio de cohorte. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2015;62(2): 148-154. <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/231>
2. Cobo E. Tasa de cesárea Fundación Clínica Valle del Lili. ¿Es posible reducirla? Colomb Med 1998;29:53-61.
3. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, Martin DP. Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. N Engl J Med 2001;345:3-8.
4. Arrunátegui Quispe Grecia. Factores predictores para prueba de parto vaginal exitosa en gestantes con cesárea previa en el Hospital de Especialidades Básicas la Noria. (Tesis Para optar el Título profesional de Médico Cirujano) Trujillo-Perú. Universidad Privada Antenor Orrego 2015.
5. Mejía LC. Prevalencia de cesáreas en gestantes atendidas en el Hospital Es salud II-Cañete durante el periodo de enero a diciembre del 2014. (Tesis Para optar el Título profesional de Licenciado en Obstetricia) Lima-Perú. Universidad Ricardo Palma 2016.
6. Información proporcionada del área de estadística del HRDLM. CHICLAYO
7. Huertas-Huertas E, Pocco Hinostraza D. Prueba de trabajo de parto en cesareada anterior. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2010; 56 (4): 284-285. <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/212/191>
8. Carlos Quesnel García-Benítez, Miguel de Jesús López-Rioja, Diana Elena Monzalbo-Núñez. Parto después de cesárea ¿una opción segura? Ginecol Obstet Mex2015; 83:69-87 <http://www.mediagraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom152b.pdf>
9. Ceriani Cernadas, José M. et al. Nacimiento por cesárea al término en embarazos de bajo riesgo: efectos sobre la morbilidad neonatal. Arch. argent. pediatr., Buenos Aires, 2010; 108(1): 23-33 Disponible en . accedido en 21 nov. 2015.

10. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics, Society for Maternal-Fetal Medicine. Practice Bulletin No. 169: Multifetal Gestations: Twin, Triplet, and Higher-Order Multifetal Pregnancies. *Obstet Gynecol* 2016; 128:e131. Reaffirmed 2019.
11. Marco Ticona Diego. Factores asociados con el éxito de prueba de trabajo de parto en mujeres con cesárea previa en el Hospital Edgardo Reblagliatti Martins en el año 2017. [Tesis para optar el Título de Médico Cirujano] Tacna-Perú. Universidad Jorge Basadre Grohmann 2019. http://www.tesis.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/3637/1534_2019_marca_ticona_df_facs_medicina.pdf?f?sequence=1&isAllowed=y
12. Leal-Mateos Manrique, Giacomini-Carmioli Loretta, Moya-Sibaja Rafael Ángel. Resultados obstétricos y neonatales de pacientes secundigestas con antecedente de cesárea, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, 2006-2007. *Obstetric and Neonatal Outcome in Second-Pregnancy Patients with One Prior Cesarean Section at a Cost Rican Hospital. Acta méd. costarric [Internet].* 2010 Mar [cited 2020 Jan 31] ; 52(1): 30-34. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022010000100007&lng=en.
13. Flamm, B. Vaginal Birth after Cesarean; a prenatal scoring tool. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 90 (6) 907 – 10
14. Flamm BL, Goings JR, Fuelberth NJ, Fischermann E, Jones C, Hersh E. Oxytocin during labor after previous cesarean section: results of a multicenter study. *Obstet Gynecol* 1987;70:709–12.
15. González Vanegas O, Rodríguez García I, Arévalo Reyes E. Parto después de cesárea. UGC Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid. (2018)
16. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Birth After Previous Caesarean Birth. Green-top Guideline No. 45. London: RCOG; October 2015.

17. Hibbard JU, Gilbert S, Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, et al. Trial of labor or repeat cesarean delivery in women with morbid obesity and previous cesarean delivery. National Institute of Child Health and Human Development Maternal–Fetal Medicine Units Network. *Obstet Gynecol* 2006;108:125–33.
18. Hibbard JU, Gilbert S, Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, et al. Trial of labor or repeat cesarean delivery in women with morbid obesity and previous cesarean delivery. National Institute of Child Health and Human Development Maternal–Fetal Medicine Units Network. *Obstet Gynecol* 2006;108:125–33
19. Anand, Paul. *Foundations of Rational Choice Under Risk* Oxford, Oxford University Press. 1993 reprinted 1995, 2002
20. Matthews TG, Crowley P, Chong A, McKenna P, McGarvey C, O'Regan M. Rising caesarean section rates: a cause for concern? *BJOG*. 2003;110(4):346- 349.
21. Robson M. Can we reduce the caesarean section rate? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2001;15:179-194.
22. Liao J, Buhimschi C, Norwitz E. Normal labor: mechanism and duration. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2005;32:145.
23. Dawood M, Wang C, Gupta R, et al. Fetal contribution to oxytocin in human labor. *Obstet Gynecol*. 2007;52:205.

VII.- ANEXOS

ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS	
Nro de HC:	DNI:
Edad:	
Grupo etáreo:	
a) 18 a 23 años ()	
b) 24 a 29 años ()	
c) 30 a 35 años ()	
d) 36 a <40 años ()	
Lugar de procedencia:	
a) Rural ()	
b) Urbana ()	
Parto vaginal previo:	
a) Antes y después de una cesárea ()	
b) Luego de primera cesárea ()	
c) Antes de primera cesárea ()	
d) Ninguno ()	
Razón para primera cesárea:	
a) Diferente a falla de progresión de parto : COMPLICACIONES SI o NO	
A la evaluación del examen de Tacto vaginal evaluar:	
- Borramiento al ingreso	
a) >75% ()	

b) 25 a 75% ()

c) <25% ()

- Dilatación al ingreso de 4 cm o mas

a) Si

b) No

PORCENTAJE TOTAL SEGÚN LA EVALUACION DEL PUNTAJE DE
FLAMM

Anexo (2)

PUNTAJE TOTAL SEGÚN ESCALA DE FLAMM	UTILIDAD
0 A 2	No es útil
3	No es útil
4	No es útil
5	No es útil
6	Es útil
7	Es útil
8 A 10	Es útil

Anexo (3)

Puntaje de Flamm		
a)	Edad menor de 40 años:	2 puntos
b)	Parto vaginal previo:	
	antes y después de cesárea	4 puntos
	luego de primera cesárea	2 puntos
	antes de primera cesárea	1 punto
	ninguno	0 punto
c)	Razón para primera cesárea:	
	Diferente a falla de progresión del parto:	1 punto
d)	Borramiento al ingreso:	
	>75%	2 puntos
	25 - a 75%	1 punto
	<25%	0 punto
e)	Dilatación al ingreso de 4 cm o más	1 punto
Puntaje total		Éxito:
0 a 2		49%
3		60%
4		67%
5		77%
6		88%
7		93%
8 a 10		95%

Anexo (4)

**SOLICITA: AUTORIZACIÓN PARA
REVISIÓN DE HISTORIAS CLINICAS AL
DEPARTAMENTO DE
GINECOOBSTETRICIA DEL HRDLM**

Dr: Fredy Chavez Vasquez

JEFE DEL SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA DEL HRDLM

Yo Laura I. V. Rojas Pecsén, identificado con DNI. N°:41226205, domiciliado en: Tarapacá 842 Campodónico, Distrito de Chiclayo, Departamento de Lambayeque, ante Ud. Con el debido respeto me presento y expongo lo siguiente: Que, deseando obtener información para la realización de mi trabajo de proyecto de tesis, SOLICITO a Usted tenga a bien disponer a quien corresponda la emisión de dicho documento para lo cual adjunto los requisitos necesarios para tal; así como estoy dispuesto a cancelar los derechos que correspondan por este concepto.

Chiclayo, ____ de _____ del 2021

Anexo (5)

**SOLICITA: AUTORIZACIÓN PARA
REVISIÓN DE HISTORIAS CLINICAS A
ESTADISTICA DEL HRDLM**

SR. _____

JEFE DE AREA DE ESTADISTICA DEL HRDLM

Yo Laura I. V. Rojas Pecsén, identificado con DNI. N°:41226205, domiciliado en: Tarapacá 842 Campodónico, Distrito de Chiclayo, Departamento de Lambayeque, ante Ud. Con el debido respeto me presento y expongo lo siguiente: Que, deseando obtener información para la realización de mi trabajo de proyecto de tesis, SOLICITO a Usted tenga a bien disponer a quien corresponda la emisión de dicho documento para lo cual adjunto los requisitos necesarios para tal; así como estoy dispuesto a cancelar los derechos que correspondan por este concepto.

Chiclayo, ____ de _____ del 2021