Rev Obstet Ginecol Venez. 2026; 86 (2): 259-267.
https://doi.org/10.51288/00860209

# Ingreso hospitalario temprano durante el trabajo de parto y tasa de cesáreas en nulíparas

Eduardo Reyna-Villasmil,[1] Jorly Mejía-Montilla,[2] Nadia Reyna-Villasmil,[2] Martha Rondón-Tapia,[1] Maira Sarmiento-Piña,[1] Andreina Fernández-Ramírez,[2] Carlos Briceño-Pérez.[2]

*RESUMEN*

***Objetivo:*** *Analizar la asociación entre el ingreso hospitalario temprano durante el trabajo de parto y la tasa de cesáreas en nulíparas.*
***Métodos:*** *Estudio de cohorte retrospectivo en el Hospital Central "Dr. Urquinaona", mediante la revisión de historias clínicas de 688 pacientes atendidas entre enero de 2021 y mayo de 2025. Se evaluaron el riesgo de cesárea y otros desenlaces materno-neonatales mediante regresión logística binaria ajustada por variables de confusión. Las nulíparas fueron asignadas a uno de dos grupos según la dilatación cervical al ingreso: grupo A (dilatación ≤ 5 centímetros, n = 344) y grupo B (dilatación ≥ 6 centímetros, n = 344).*
***Resultados:*** *Las pacientes del grupo A tuvieron un trabajo de parto significativamente más largo (p < 0,0001) y una mayor probabilidad de cesárea (razón de probabilidades ajustada 1,579; intervalo de confianza del 95 %: 1,371-1,817; p < 0,0001). Se observó un aumento en la frecuencia de amniotomía, del uso de oxitocina y duración de la estancia hospitalaria (p < 0,05). Las puntuaciones de Apgar < 7 al minuto y la presencia de meconio fueron significativamente más frecuentes en el grupo A. No se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de Apgar a los 5 minutos ni en la incidencia de complicaciones neonatales generales entre los dos grupos (p = no significativo).*
***Conclusión:*** *El ingreso hospitalario durante la fase latente del trabajo de parto se asocia con un aumento significativo y clínicamente relevante del riesgo de cesárea en nulíparas, así como con una mayor frecuencia de intervenciones obstétricas.*

***Palabras clave****: Ingreso hospitalario, Dilatación cervical, Cesárea, Trabajo de parto, Intervenciones obstétricas.*

***Association between early hospital admission during labor and cesarean section rate***

*SUMMARY*

***Objective:*** *To analyze the association between early hospital admission during labor and cesarean section rate in nulliparous women.*
***Methods:*** *A retrospective cohort study was conducted at "Dr. Urquinaona" Central Hospital by reviewing the medical records of 688 patients between January 2021 and May 2025. The risk of cesarean section and other maternal-neonatal outcomes were evaluated using binary logistic regression adjusted for confounding variables.*
***Results:*** *Nulliparous women were assigned to one of two groups based on cervical dilation at admission: group A (dilation ≤ 5 centimeters, n = 344) and group B (dilation ≥ 6 centimeters, n = 344). No significant differences were found in the baseline characteristics of both groups (p = not significant). Patients in group A showed a significantly longer duration of labor (12,2 compared to 8,8 hours; p < 0,0001) and a higher probability of cesarean section (31,1 % compared to 13,3 %; adjusted odds ratio 1,579; 95 % confidence interval 1,371-1,817; p < 0,0001). An increase was also observed in the frequency of amniotomy, oxytocin use, and length of hospital stay (p < 0,05). An Apgar score < 7 at one minute and the presence of meconium were significantly more frequent in group A (p < 0,005).*
***Conclusion:*** *Hospital admission during the latent phase of labor is associated with a significant and clinically relevant increase in the risk of cesarean section in nulliparous women, as well as a higher frequency of obstetric interventions.*

***Keywords:*** *Hospital admission, Cervical dilation, Cesarean section, Labor, Obstetric interventions.*

## INTRODUCCIÓN

La tasa global de cesáreas ha aumentado de manera sostenida y significativa en las últimas décadas, generando creciente preocupación en la comunidad médica debido a sus implicaciones clínicas, económicas y sociales (1). Este fenómeno, documentado en diversos contextos sanitarios y geográficos, ha

[1]Hospital Central de Maracaibo. Servicio de Obstetricia y Ginecología - Maternidad "Dr. Nerio Belloso". Maracaibo, Estado Zulia. Venezuela. [2]Facultad de Medicina. La Universidad del Zulia. Maracaibo. Venezuela.
Correo para correspondencia: sippenbauch@gmail.com

**Forma de citar este artículo:** Reyna-Villasmil E, Mejía-Montilla J, Reyna-Villasmil N, Rondón-Tapia M, Sarmiento-Piña M, Fernández-Ramírez A, *et al*. Ingreso hospitalario temprano durante el trabajo de parto y tasa de cesáreas en nulíparas. Rev Obstet Ginecol Venez. 86(2):259-xx. DOI: 10.51288/00860209

impulsado la búsqueda de estrategias para optimizar las prácticas obstétricas y mejorar los resultados materno-neonatales (1 - 4).

Entre los múltiples factores que influyen en la decisión de realizar una cesárea, la dilatación cervical surge como marcador fisiológico clave en la progresión del trabajo de parto (5). La evaluación seriada de la dilatación cervical, que mide la apertura gradual del cuello uterino, es una práctica estándar en obstetricia. Esta evaluación permite identificar desviaciones en la evolución y tomar decisiones clínicas, como determinar el momento ideal para el ingreso hospitalario (6).

El trabajo de parto se divide de forma convencional en fase latente (hasta 4 o 5 centímetros de dilatación) y fase activa (desde 5 o 6 centímetros hasta la dilatación completa), aunque las definiciones precisas varían entre diferentes guías y estudios (7). Esta falta de estandarización en los rangos de dilatación es una limitación para la comparación de los resultados de diferentes investigaciones (8, 9). Diversos estudios demuestran que la hospitalización durante esta fase, cuando la dilatación es incipiente, se asocia con mayor riesgo de intervenciones médicas innecesarias y, sobre todo, con aumento en la tasa de cesáreas. Existen reportes que indican un mayor número de tactos vaginales, frecuencia de hemorragia posparto, prolongación de la estancia hospitalaria y otros resultados adversos materno-neonatales (8 - 11).

El objetivo de esta investigación fue analizar la asociación entre el ingreso hospitalario temprano durante el trabajo de parto y la tasa de cesáreas en nulíparas, con el fin de aportar datos que ayuden a fundamentar decisiones clínicas más seguras y efectivas.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo en el Hospital Central "Dr. Urquinaona", un centro de atención terciaria en Maracaibo, Venezuela. La información se obtuvo a partir de una revisión sistemática y detallada de las historias clínicas de pacientes atendidas en el hospital entre enero de 2021 y mayo de 2025. El comité de ética institucional aprobó el estudio y supervisó el cumplimiento de las normas éticas de investigación y la protección de los datos de las pacientes.

La población de estudio incluyó de forma consecutiva a todas las nulíparas elegibles que cumplieron con los criterios de inclusión durante el período establecido. Se realizó un muestreo consecutivo para minimizar el sesgo de selección y mejorar la representatividad.

Se calculó el tamaño de la muestra con el *software* EPI Info® versión 6. Considerando una tasa global de cesárea del 25 % y una diferencia esperada del 10 % entre los grupos, con una potencia estadística del 80 % y un nivel de significancia alfa de 0,05, se estimó un tamaño mínimo de 250 mujeres por grupo.

Los criterios de inclusión fueron: edad materna entre 18 y 40 años, embarazo único en presentación cefálica, edad gestacional entre 37 y 41 semanas, inicio de trabajo de parto espontáneo, membranas intactas al ingreso y ausencia de comorbilidades maternas que pudieran complicar el embarazo o el parto. Se excluyó a mujeres con embarazos múltiples, presentaciones fetales no cefálicas, antecedentes de cesárea previa, condiciones médicas u obstétricas que complicaran el embarazo, anomalías o muerte fetal, rotura de membranas previa al ingreso y diagnóstico de restricción del crecimiento intrauterino.

La variable principal del estudio fue la dilatación cervical al ingreso, que se dicotomizó para clasificar a las pacientes en dos grupos: grupo A (fase latente, $\leq 5$ centímetros) y grupo B (fase activa, $\geq 6$ centímetros). La decisión de usar el umbral de 6 centímetros se basó en criterios clínicos y fisiológicos respaldados por la literatura obstétrica contemporánea, que consideran

esta dilatación como el inicio de la fase activa acelerada del trabajo de parto (12). Los autores se aseguraron de que los tactos vaginales iniciales fueran realizados por personal con entrenamiento en obstetricia y al menos un año de experiencia, supervisado por un médico especialista.

La información se obtuvo mediante un formulario estandarizado y previamente validado por expertos. Se registraron variables clave para el análisis de resultados y el control de posibles factores de confusión: variables maternas (edad e índice de masa corporal) y variables del parto (número de tactos vaginales, uso de amniotomía, administración de oxitocina y tipo de parto). Se evaluaron los resultados maternos por la duración del trabajo de parto, la frecuencia de complicaciones (por ejemplo, desgarros y laceraciones, hemorragia posparto, etc.) y la duración de la hospitalización. También se valoraron los resultados neonatales por el peso al nacer, la presencia de meconio, la puntuación de Apgar al minuto y a los cinco minutos y las complicaciones neonatales (por ejemplo, ictericia, dificultad respiratoria, hipoglucemia, etc.). Se registraron todas las variables de forma consistente y se describió el manejo de los datos faltantes cuando correspondía.

El análisis estadístico se realizó con el software SPSS® versión 26.0. Se describieron las variables categóricas mediante frecuencias y porcentajes, y las variables cuantitativas con medias y desviaciones estándar. La distribución normal de las variables continuas se evaluó con la prueba de Kolmogórov-Smirnov. Se realizó un análisis de datos faltantes para cada variable. Si la tasa de datos faltantes era menor al 5 %, se consideró la exclusión de los casos incompletos. Para variables clave con una tasa de datos faltantes entre 5 % y 20 %, se planeó el uso de imputación múltiple. Para las comparaciones bivariadas, se utilizó la prueba t de Student o la prueba no paramétrica de Mann-Whitney para variables cuantitativas, y la prueba de chi cuadrado para variables categóricas. Para estimar la asociación entre la dilatación cervical al ingreso y el modo de parto, se calculó la razón de probabilidades (odds ratio, OR) con su correspondiente intervalo de confianza del 95 % (IC 95 %). Adicionalmente, se calculó el número necesario para dañar (NND) con su IC 95 % para cuantificar el impacto clínico. Para controlar las variables de confusión, se planeó un modelo de regresión logística binaria ajustado por las intervenciones intraparto (amniotomía, oxitocina) para evaluar su rol como posibles confusores. Se verificaron los supuestos de los modelos de regresión, incluida la multicolinealidad, y un valor de $p < 0,05$ fue considerado estadísticamente significativo.

## RESULTADOS

Se revisaron 1965 registros durante el período de estudio; 750 fueron considerados potencialmente elegibles tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión. Se descartaron 62 pacientes por datos incompletos o faltantes sobre el puntaje de Apgar, cesárea planificada, ausencia de registros de tactos vaginales u otras condiciones de no elegibilidad (figura 1). El análisis final incluyó a 688 nulíparas, distribuidas equitativamente en dos grupos según la fase del trabajo de parto al ingreso: fase latente (grupo A, n = 344) y fase activa (grupo B, n = 344).

En la tabla 1 se muestran las características basales de las pacientes en ambos grupos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la edad materna, el índice de masa corporal, la edad gestacional al parto ni el peso del recién nacido ($p$ = no significativo). Sin embargo, se observaron diferencias significativas en la dilatación cervical al ingreso (media de 3,5 centímetros en el grupo A, comparado con 7,9 centímetros en el grupo B; $p < 0,0001$) y en la duración del trabajo de parto (12,2 horas comparado con 8,8 horas; $p < 0,0001$). La proporción de partos con una duración superior a 8 horas fue significativamente

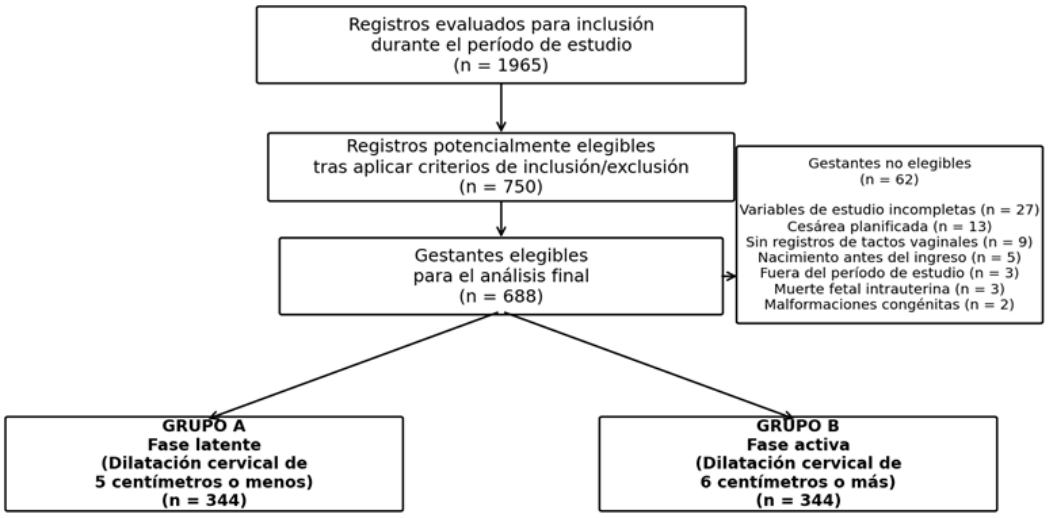



Figura 1. Diagrama de flujo de participantes del estudio.

más alta en el grupo A que en el grupo B (69,4 % comparado con 48,2 %; $p < 0,0001$).

En el análisis de desenlaces específicos (tabla 2), las pacientes del grupo A presentaron una mayor probabilidad de amniotomía artificial (56,9 % comparado con 28,7 %; OR 1,764, IC 95 % 1,517-2,052; diferencia absoluta 28,2 %; NND 4 [IC 95 % 3-5]) y de cesárea (31,1 % comparado con 13,3 %; OR 1,579, IC 95 % 1,371-1,817; diferencia 17,7 %; NND 6 [IC 95 % 5-9]). También mostraron un mayor uso de oxitocina (34,0 % comparado con 18,9 %; OR 1,433, IC 95 % 1,239-1,657; diferencia 15,1 %; NND 7 [IC 95 % 5-12]) y una mayor incidencia de meconio

Tabla 1. Características generales de ambos grupos de estudio.

| | Grupo A Fase latente (n = 344) | Grupo B Fase activa (n = 344) | *p* |
|---|---|---|---|
| Edad materna, años | 26,3 ± 5,0 | 26,6 ± 4,9 | 0,4270 |
| Índice de masa corporal, kg/m² | 32,6 ± 4,8 | 32,5 ± 5,0 | 0,7891 |
| Edad gestacional al momento del parto, semanas | 39,9 ± 1,1 | 39,1 ± 1,3 | 0,2763 |
| 37 semanas | 44 (12,7) | 48 (13,9) | |
| 38 semanas | 79 (22,9) | 84 (24,4) | |
| 39 semanas | 93 (27,0) | 87 (25,2) | 0,7251 |
| 40 semanas | 84 (24,4) | 79 (22,9) | |
| 41 semanas | 44 (12,7) | 46 (13,3) | |
| Peso del recién nacido, gramos | 3173 ± 297 | 3190 ± 301 | 0,4561 |
| Dilatación cervical al ingreso, centímetros | 3,5 ± 0,8 | 7,9 ± 1,1 | < 0,0001 |
| Duración del parto, horas | 12,2 ± 5,4 | 8,8 ± 4,8 | < 0,0001 |
| Duración del parto mayor de 8 horas, n (%) | 239 (69,4) | 166 (48,2) | < 0,0001 |

Tabla 2. Características del parto y complicaciones maternas/neonatales en las pacientes de cada grupo

| | Grupo A Fase latente (n = 344) | Grupo B Fase activa (n = 344) | *p* | Razón de probabilidades (IC 95 %) | Número necesario para dañar (IC 95 %) |
|---|---|---|---|---|---|
| Amniotomía artificial | 196 (56,9) | 99 (28,7) | < 0,0001 | 1,764 (1,517-2,052) | 4 (3-5) |
| Presencia de meconio | 39 (11,3) | 20 (5,8) | 0,0137 | 1,363 (1,116-1,665) | 19 (11-73) |
| Cesárea | 107 (31,1) | 46 (13,3) | < 0,0001 | 1,579 (1,371-1,817) | 6 (5-9) |
| Uso de oxitocina | 117 (34,0) | 65 (18,9) | < 0,0001 | 1,433 (1,239-1,657) | 7 (5-12) |
| Número de tactos vaginales antes del parto | 4,1 ± 1,1 | 2,0 ± 0,6 | < 0,0001 | --- | --- |
| Días de hospitalización posparto | 3,0 ± 1,0 | 1,7 ± 0,8 | < 0,0001 | --- | --- |
| Puntaje de Apgar < 7 al minuto | 17 (4,9) | 7 (2,0) | 0,0493 | 1,438 (1,100-1,881) | 35 (15-570) |
| Puntaje de Apgar < 7 a los 5 minutos | 2 (0,5) | 3 (0,8) | 1,0000 | 0,7988 (0,2723-2,344) | --- |
| Complicaciones neonatales | 24 (6,9) | 19 (5,5) | 0,5291 | 1,125 (0,8527-1,484) | 39 (20-45) |
| Complicaciones maternas | 39 (11,3) | 21 (6,1) | 0,0210 | 1,338 (1,093-1,639) | 20 (11-97) |
| Hemorragia posparto | 15 (4,3) | 8 (2,3) | 0,0438 | 1,448 (1,093-1,919) | 50 (20-142) |

(11,34 % comparado con 5,81 %; OR 1,363, IC 95 % 1,116-1,665; diferencia 5,5 %; NND 19 [IC 95 % 11-73]). Las pacientes del grupo A también tuvieron una mayor frecuencia de tactos vaginales antes del parto y un mayor tiempo de hospitalización ($p < 0,0001$).

En cuanto a los resultados neonatales (tabla 2), se observó un aumento en la frecuencia de puntaje de Apgar < 7 al minuto (4,94 % comparado con 2,03 %; OR 1,438; IC 95 % 1,100-1,881; diferencia 2,9 %; NND 35 [IC 95 % 17-570]) en las pacientes del grupo A. Sin embargo, no se encontraron diferencias en el puntaje de Apgar < 7 a los 5 minutos (0,5 % comparado con 0,8 %; $p = 1,000$) ni en la incidencia de complicaciones neonatales globales entre ambos grupos (OR 1,125, IC 95 % 0,8527-1,484; $p = 0,5291$).

Las complicaciones maternas fueron más frecuentes en el grupo A (11,3 % comparado con 6,1 %; OR 1,338, IC 95 % 1,093-1,639; diferencia 5,23 %; NND 20 [IC 95 % 11-97]) que en el grupo B. Respecto a la hemorragia posparto, la estimación puntual sugirió un mayor riesgo (4,3 % comparado con 2,3 %; OR 1,448, IC 95 % 1,093-1,919; NND 50 [IC 95 % 20-142]).

Para evaluar si la asociación entre la fase de ingreso y la cesárea era independiente de otros factores, el modelo de regresión logística binaria se ajustó por la dilatación cervical al ingreso, la duración del trabajo de parto, el uso de oxitocina y la amniotomía artificial. El análisis ajustado demostró que el ingreso en la fase latente del parto continuó asociado con una mayor probabilidad de cesárea (OR = 1,579; IC 95 %: 1,371-1,817; $p < 0,0001$). Este hallazgo confirma que la fase de ingreso es un factor predictivo independiente y significativo del riesgo de cesárea ($p < 0,001$), incluso después de controlar las intervenciones obstétricas que fueron más frecuentes en este grupo.

## DISCUSIÓN

Los hallazgos de esta investigación demuestran una asociación significativa entre la admisión hospitalaria en la fase latente del trabajo de parto y el mayor riesgo de cesárea en pacientes nulíparas. Este riesgo se acompaña de mayor duración del parto, mayor

tasa de intervenciones (oxitocina, amniotomía y tactos vaginales) y prolongación de la estancia hospitalaria. Esta asociación se mantiene incluso al considerar factores de confusión, lo que sugiere que el momento de la admisión es un determinante clave en la gestión del parto y sus complicaciones. Además, se observaron indicadores inmediatos de bienestar materno-neonatal menos favorables, incluida una mayor incidencia de meconio, complicaciones maternas y un menor puntaje de Apgar al minuto. Si bien se observó mayor frecuencia de puntaje de Apgar < 7 al minuto en el grupo de admisión temprana, es importante destacar que esta diferencia no se mantuvo a los 5 minutos. Adicionalmente, no se encontraron diferencias significativas en las complicaciones neonatales globales entre los grupos. Estos hallazgos en conjunto sugieren que el ingreso temprano no solo se correlaciona con los resultados adversos, sino que desencadena una "cascada de intervenciones" que, en última instancia, influye en el modo de parto, pero no necesariamente compromete la salud neonatal a largo plazo.

La hipótesis predominante plantea que el ingreso temprano puede alterar la fisiología del parto y, en consecuencia, la probabilidad de intervenciones (12,13). En esta línea, un estudio previo encontró que las mujeres que se presentan con dilatación cervical igual o menor a 4 centímetros tienen un riesgo mayor de cesárea (5). De forma complementaria, otro estudio destacó que situar la fase activa en 6 centímetros podría reducir las intervenciones innecesarias (14). Los hallazgos de esta investigación son congruentes con la literatura internacional que explora el impacto de las políticas de admisión en el curso del trabajo de parto y el uso de diferentes intervenciones obstétricas. En particular, diferentes estudios han demostrado la asociación significativa entre el ingreso durante la fase latente y el aumento de la tasa de cesáreas (5,11,12,15 - 18).

Los datos de esta investigación demuestran un NND de 6 para cesárea, lo que significa que, por cada 6 mujeres que ingresan en la fase latente en lugar de la fase activa, se produce una cesárea adicional que podría haberse evitado. Este es un dato de gran relevancia clínica. Además, el análisis ajustado por la duración del parto y las intervenciones (uso de oxitocina y amniotomía) demuestra que la asociación entre el ingreso en la fase latente y la cesárea no es un simple subproducto de un mayor número de intervenciones. La dilatación cervical al ingreso menor de 6 centímetros es un factor predictivo independiente y significativo del riesgo de cesárea.

La redefinición del umbral para el inicio de la fase activa tiene implicaciones directas para la práctica clínica y la interpretación de la dilatación cervical al ingreso. Mientras que los estudios clásicos establecen el inicio de la fase activa alrededor de 3 a 4 centímetros, datos recientes la sitúan en 6 centímetros (12, 19). En coherencia con esto, se ha observado que las pacientes admitidas con dilatación cervical igual o inferior a 5 centímetros tienen mayor riesgo de cesárea que aquellas que ingresan con 6 centímetros o más, una asociación particularmente marcada en multíparas (20). Del mismo modo, la admisión tardía está vinculada con mayores tasas de parto vaginal espontáneo en nulíparas de bajo riesgo, lo que refuerza la conveniencia de permitir que el trabajo de parto progrese en el domicilio antes de la admisión (16).

Los hallazgos de esta investigación respaldan la noción de una "cascada de intervenciones" desencadenada por la admisión temprana. El ingreso en la fase latente a menudo se acompaña de una expectativa de progresión rápida que, al no cumplirse en un proceso fisiológico inherentemente variable, favorece la introducción de medidas como el uso de oxitocina o la amniotomía (10). Paradójicamente, estas intervenciones, lejos de acelerar el proceso de manera segura, pueden incrementar el riesgo de distocia y culminar en

cesárea. Por otro lado, el mayor número de tactos vaginales observado en las pacientes que ingresaron precozmente es particularmente relevante, ya que pueden aumentar el riesgo de infección e incrementar la ansiedad materna, factores que podrían interferir con la fisiología del parto (11). La redefinición de la fase activa a 6 centímetros subraya la importancia de considerar este umbral al evaluar el riesgo de cesárea.

La decisión clínica sobre la vía del parto emerge de una compleja interacción de factores maternos, fetales y organizativos. La edad materna avanzada y la obesidad pueden aumentar la probabilidad de cesárea, al igual que comorbilidades como trastornos hipertensivos o diabetes (21). La inducción del parto con un cuello desfavorable también puede incrementar el riesgo de cesárea. Un trabajo de parto prolongado introduce preocupaciones sobre el agotamiento materno y el bienestar fetal (19). En este marco, la evaluación de las intervenciones tempranas exige prudencia. Una revisión sugiere que la amniotomía temprana con oxitocina podría asociarse con una reducción moderada de cesáreas en ensayos de prevención (12), mientras que otras revisiones no recomiendan esta combinación para prevenir el retraso del trabajo de parto (10). Esta discrepancia subraya la necesidad de individualizar las decisiones según el contexto, la indicación y la balanza riesgo-beneficio.

Las guías y protocolos clínicos reflejan una tendencia hacia umbrales más tardíos para definir la fase activa, con el fin de reducir intervenciones innecesarias. La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece el inicio de la fase activa en 5 centímetros (22), mientras que el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) la sitúa en 6 centímetros (23). Por su parte, las directrices del Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención (NICE) del Reino Unido continúan indicando 4 centímetros (24). Esta heterogeneidad refleja un debate fundamental entre modelos de atención. La recomendación de NICE se alinea con una visión más tradicional, influenciada por estudios que buscaban activamente reducir la duración del parto. Sin embargo, los hallazgos de esta investigación, en consonancia con la evidencia de la OMS y ACOG, sugieren que este umbral más bajo puede promover intervenciones tempranas y contrarrestar el objetivo de reducir las tasas de cesárea (3, 5).

Este estudio presenta fortalezas y limitaciones. Su principal fortaleza es la coherencia interna del patrón observado y su plausibilidad biológica y organizativa: la admisión temprana incrementa la exposición a evaluaciones y umbrales de intervención que pueden modificar el curso natural del parto. Sin embargo, el diseño retrospectivo impide inferir causalidad y deja abierta la posibilidad de confusión residual. Variables psicosociales no medidas, como la ansiedad materna, el apoyo en el hogar, la distancia al hospital o las preferencias individuales, podrían influir tanto en el momento de la admisión como en los resultados. Del mismo modo, la variabilidad en las prácticas entre instituciones y equipos puede modular los hallazgos y limitar su generalización.

Las implicaciones clínicas de los resultados de esta investigación son claras. En nulíparas de bajo riesgo, retrasar la admisión hasta la fase activa, definida por criterios contemporáneos (5 a 6 centímetros) y signos clínicos complementarios, podría reducir intervenciones innecesarias, cesáreas por distocia y duración de la estancia hospitalaria, al tiempo que mejora la experiencia materna. Esto requiere fortalecer los protocolos de triaje y reevaluación ambulatoria, ofrecer educación prenatal que fomente el autocuidado y el reconocimiento de signos de alarma, y asegurar un soporte continuo, telefónico o presencial. En el entorno hospitalario, minimizar los tactos vaginales a los clínicamente imprescindibles, aplicar umbrales rigurosos antes de diagnosticar una falta de progreso y emplear oxitocina o amniotomía bajo indicaciones estrictas son estrategias alineadas con la evidencia.

En el plano organizativo, es necesario alinear al personal con las definiciones actualizadas de la fase activa, promover modelos de continuidad de cuidados y adoptar métricas de calidad que desincentiven las intervenciones innecesarias. La evaluación del desempeño debe incluir tasas ajustadas de cesárea, particularmente por distocia, el uso de oxitocina, el número de tactos y desenlaces materno-neonatales compuestos, además de medidas de experiencia y satisfacción materna.

Finalmente, este estudio abre líneas claras para la investigación futura. Los ensayos clínicos aleatorizados que comparen políticas de admisión en fase latente versus activa permitirían estimar efectos causales en distintos contextos. Los estudios de implementación podrían evaluar la adopción de las guías de la OMS y ACOG e identificar barreras y facilitadores. Los análisis económicos cuantificarían el impacto presupuestario de retrasar la admisión y reducir las intervenciones. La investigación cualitativa, por su parte, aportaría una comprensión más profunda sobre las motivaciones para buscar atención temprana y sobre cómo optimizar la comunicación y el soporte en el domicilio. En conjunto, el cambio hacia umbrales de fase activa más tardíos (5 a 6 centímetros) y un manejo expectante centrado en la fisiología se perfila como una vía prometedora para mejorar los resultados del parto en mujeres de bajo riesgo sin comprometer la seguridad materno-neonatal.

En conclusión, este estudio proporciona evidencia de que el ingreso hospitalario durante la fase latente del trabajo de parto se asocia con un aumento significativo y clínicamente relevante en la tasa de cesáreas en nulíparas. Este hallazgo refleja una "cascada de intervenciones" que se desencadena por la admisión temprana, incluidas una mayor frecuencia de amniotomía, el uso de oxitocina y un mayor número de tactos vaginales.

Específicamente, el análisis demuestra un riesgo significativamente mayor de cesárea en el grupo de admisión temprana, lo que subraya un impacto clínico directo y sustancial. Adicionalmente, el ingreso en fase latente se asoció con un mayor tiempo de hospitalización y un incremento en las complicaciones maternas. Cabe destacar que, si bien se observó un Apgar < 7 al minuto más frecuente en este grupo, no se encontraron diferencias significativas en el Apgar a los 5 minutos ni en las complicaciones neonatales globales, lo que sugiere que la admisión temprana no compromete el bienestar neonatal a largo plazo.

**Los autores declaran no tener conflictos de interés.**

## REFERENCIAS

1. White VanGompel E, Perez S, Datta A, Wang C, Cape V, Main E. Cesarean overuse and the culture of care. Health Serv Res. 2019;54(2):417-424. DOI: 10.1111/1475-6773.13123.
2. Chawanpaiboon S, Titapant V, Pooliam J. Neonatal complications and risk factors associated with assisted vaginal delivery. Sci Rep. 2024;14(1):11960. DOI: 10.1038/s41598-024-62703-x.
3. Kizer S. Frecuencia de la cesárea: factores resaltantes relacionados con su incremento. Gac Méd Caracas [Internet]. 2011 [consultado el 17-06-2026];119(1):12-21. Disponible en: https://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_gmc/article/view/17978.
4. Uzcátegui O. Estado actual de la cesárea. Gac Méd Caracas [Internet]. 2008 [consultado el 17-06-2026];116(4):280-286. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622008000400003&lng=es.
5. Miller YD, Armanasco AA, McCosker L, Thompson R. Variations in outcomes for women admitted to hospital in early versus active labour: an observational study. BMC Pregnancy Childbirth. 2020;20(1):469. DOI: 10.1186/s12884-020-03149-7.
6. Mueller AN, Grylka-Baeschlin S. Pregnant women's care needs during early labor-a scoping review. Birth. 2025;52(2):207-227. DOI: 10.1111/birt.12891.

7. Cockburn N, Osborne C, Withana S, Elsmore A, Nanjappa R, South M, *et al*. Clinical decision support systems for maternity care: a systematic review and meta-analysis. EClinicalMedicine. 2024;76:102822. DOI: 10.1016/j.eclinm.2024.102822.
8. Abraham W, Berhan Y. Predictors of labor abnormalities in university hospital: unmatched case control study. BMC Pregnancy Childbirth. 2014;14:256. DOI: 10.1186/1471-2393-14-256.
9. Bailit JL, Dierker L, Blanchard MH, Mercer BM. Outcomes of women presenting in active versus latent phase of spontaneous labor. Obstet Gynecol. 2005;105(1):77-79. DOI: 10.1097/01.AOG.0000147843.12196.00.
10. Neal JL, Lamp JM, Buck JS, Lowe NK, Gillespie SL, Ryan SL. Outcomes of nulliparous women with spontaneous labor onset admitted to hospitals in preactive versus active labor. J Midwifery Womens Health. 2014;59(1):28-34. DOI: 10.1111/jmwh.12160.
11. Chuma C, Kihunrwa A, Matovelo D, Mahendeka M. Labour management and obstetric outcomes among pregnant women admitted in latent phase compared to active phase of labour at Bugando Medical Centre in Tanzania. BMC Pregnancy Childbirth. 2014;14:68. DOI: 10.1186/1471-2393-14-68.
12. Kim SW, Nasioudis D, Levine LD. Role of early amniotomy with induced labor: a systematic review of literature and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol MFM. 2019;1(4):100052. DOI: 10.1016/j.ajogmf.2019.100052.
13. Hanley GE, Munro S, Greyson D, Gross MM, Hundley V, Spiby H, *et al*. Diagnosing onset of labor: a systematic review of definitions in the research literature. BMC Pregnancy Childbirth. 2016;16:71. DOI: 10.1186/s12884-016-0857-4.
14. Laughon SK, Branch DW, Beaver J, Zhang J. Changes in labor patterns over 50 years. Am J Obstet Gynecol. 2012;206(5):419.e1-419.e9. DOI: 10.1016/j.ajog.2012.03.003.
15. Anjum N, Memon Z, Sheikh S, Naz U. Relationship between cervical dilatation at which women present in labour and subsequent rate of caesarean section. J Ayub Med Coll Abbottabad [Internet]. 2020 [consultado el 17-06-2026];32(1):58-63. Disponible en: https://jamc.ayubmed.edu.pk/index.php/jamc/article/view/6350.
16. Hamilton EF, Warrick PA, Collins K, Smith S, Garite TJ. Assessing first-stage labor progression and its relationship to complications. Am J Obstet Gynecol. 2016;214(3):358.e1-358.e8. DOI: 10.1016/j.ajog.2015.10.016.
17. Holmes P, Oppenheimer LW, Wen SW. The relationship between cervical dilatation at initial presentation in labour and subsequent intervention. BJOG. 2001;108(11):1120-1124. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2003.00265.x.
18. Rota A, Antolini L, Colciago E, Nespoli A, Borrelli SE, Fumagalli S. Timing of hospital admission in labour: latent versus active phase, mode of birth and intrapartum interventions. A correlational study. Women Birth. 2018;31(4):313-318. DOI: 10.1016/j.wombi.2017.10.001.
19. Rosenbloom JI, Stout MJ, Tuuli MG, Woolfolk CL, López JD, Macones GA, *et al*. New labor management guidelines and changes in cesarean delivery patterns. Am J Obstet Gynecol. 2017;217(6):689.e1-689.e8. DOI: 10.1016/j.ajog.2017.10.007.
20. Wood AM, Frey HA, Tuuli MG, Caughey AB, Odibo AO, Macones GA, *et al*. Optimal admission cervical dilation in spontaneously laboring women. Am J Perinatol. 2016;33(2):188-194. DOI: 10.1055/s-0035-1563711.
21. Mohd Fathil N, Abd Rahman R, Mohd Nawi A, Kamisan Atan I, Kalok AH, Mohamed Ismail NA, *et al*. Comparison of pregnancy outcome between 4 and 6 cm cervical os dilatation to demarcate active phase of labour: a cross-sectional study. J Pregnancy. 2023;2023:8243058. DOI: 10.1155/2023/8243058.
22. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2018 [consultado el 17-06-2026]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215.
23. First and Second Stage Labor Management: ACOG Clinical Practice Guideline No. 8. Obstet Gynecol. 2024;143(1):144-162. DOI: 10.1097/AOG.0000000000005447.
24. National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care: NICE guideline NG235 [Internet]. London: NICE; 2023 [consultado el 17-06-2026]. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/ng235.


Recibido 19 de enero de 2026
Aprobado para publicación 25 de mayo de 2026