Prueba de Trabajo a Pacientes con antecedentes de Cesárea*

ESTUDIO COMPARATIVO EN SEIS INSTITUCIONES DE BOGOTÁ

Drs: Jorge E. Medina Murillo, José Gabriel Acuña Díaz

ENTIDADES PARTICIPANTES:

HOSPITAL MATERNO INFANTIL

Dr. José David Castillo

HOSPITAL LA VICTORIA

Dr. Marco A. Espinosa

CLINICA SAN RAFAEL

Dr. Rolando Urueña D.

CLINICA DAVID RESTREPO

Dra. Gloria Vargas

CENTRO MEDICO DE LOS ANDES

Dr. José Luis Tarazona

CLINICA PALERMO

Dr. Saúl Santoyo

es una de las primeras causas de cesárea, responsable de un incremento entre el 25–30% de esta operación entre 1970 y 1978 (1).

Shiono (11) en su revisión sobre la operación cesárea encontró un incremento sostenido de la misma, así: 5.7% en 1970, 9.1% en 1974, 14.7% en 1978 y 21.2% en 1984. En el tiempo comprendido en los últimos 6 años más del 60% de todas las cesáreas fueron por distocia o cesárea de repetición.

En Colombia también se ha aumentado significativamente la tasa de cesárea, principalmente en las pacientes privadas, lo cual indica una mayor proporción de cesáreas iterativas.

Diferentes autores (2) (3) (4) plantean la posibilidad de parto vaginal después de cesárea con mínimos riesgos para la paciente. En revisión reciente de la literatura norteamericana Lavin J.P. (5) encuentra 251 pacientes con parto vaginal después de cesárea sin ninguna muerte debida a ruptura uterina y una incidencia de 0.7% de ésta. La prueba de trabajo tuvo éxito para terminar por parto vaginal en el 74.2% de las pacientes con indicaciones de cesárea diferentes a DCP y 33% de los casos en que la indicación de la cesárea anterior fue ésta (9). En general hay consenso en que incisiones verticales, cesárea clásica o en T invertida, son contraindicaciones para la prueba de trabajo. Sin embargo, otros estudios (6) encontraron que ni el tipo de cesárea anterior, ni la administración de ocitócicos influyó desfavorablemente en la prueba de trabajo.

Recientemente se realizó una revisión en tres Instituciones de Bogotá — Centro Médico de los Andes, Hospital San Ignacio y Hospital San José,

INTRODUCCION

El concepto de “una vez cesárea — cesárea siempre”, muy popularizado en todo el mundo, ha venido a reevaluarse en los últimos años; en los Estados Unidos un grupo de expertos reunidos en el Instituto Nacional de Salud en Bethesda, en septiembre de 1980, preocupados por la tasa ascendente de la operación cesárea, reconoce que la cesárea iterativa

* Trabajo coordinado por la Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología.

encontrándose como la indicación más frecuente de cesárea, el antecedente de cesárea (7).

Aunque la mortalidad por cesárea ha disminuido significativamente en los últimos veinte años, siempre es 2—4 veces mayor que en el parto vaginal (8). Complicaciones como trombo—embolismo, transfusiones y anestésicos, se reducen si el parto es vaginal (5). Además, los costos para las pacientes o las instituciones responsables de los servicios de salud son significativamente mayores en cesárea que en parto vaginal.

La SOCIEDAD COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA teniendo en cuenta los estudios mencionados, coordinó este trabajo cooperativo en seis instituciones de Bogotá, con el fin de estudiar políticas que puedan disminuir la tasa de cesárea sin comprometer la calidad de la atención obstétrica.

Fueron invitadas a participar todas las instituciones hospitalarias de Bogotá que tuvieran organizado un servicio de Obstetricia. En el Cuadro 1 se presenta la lista de instituciones que aceptaron participar y sus coordinadores.

CUADRO 1

ENTIDADES PARTICIPANTES

INSTITUTO MATERNO-INFANTIL	DR. JOSÉ DAVID CASTILLO
HOSPITAL LA VICTORIA	DR. MARCO A. ESPINOSA
CLINICA SAN RAFAEL	DR. ROLANDO URUEÑA D.
CLINICA DAVID RESTREPO	DRA. GLORIA VARGAS
CENTRO MEDICO DE LOS ANDES	DR. JOSÉ LUIS TARAZONA
CLINICA PALERMO	DR. SAÚL SANTOYO
COORDINADORES :	
	DR. JORGE E. MEDINA MURILLO
	DR. JOSÉ GABRIEL ACUÑA DÍAZ

Los objetivos del estudio fueron:

1. Probar como conducta de Manejo Obstétrico la **Prueba de Trabajo de Parto** en pacientes con antecedente de cesárea sin indicación de nueva cesárea.

2. Determinar la morbilidad de la **Prueba de Trabajo**.
3. Relacionar la morbilidad con el tipo de parto.
4. Determinar cómo influyen las siguientes variables en los resultados de la **Prueba de Trabajo**:
 - a. Tipo de Institución — Servicio estatal o privado
 - b. Tipo de paciente — Privado o institucional
 - c. Relación entre la cesárea anterior y otros partos, según la siguiente clasificación:

GRUPO I: Multigestantes con cesárea y partos vaginales posteriores a la misma.

GRUPO II: Multigestante con cesárea en el último embarazo.

GRUPO III: Secundigestante con antecedente de cesárea.
 - d. Indicación de la cesárea anterior
 - e. Edad gestacional
 - f. Peso del recién nacido

Se elaboró un protocolo el cual fue aprobado por las instituciones participantes; se registró la información sobre la institución, tipo de paciente, antecedentes obstétricos, partos, cesáreas e indicaciones y complicaciones de la última cesárea.

Con relación al embarazo actual, si hubo o no control prenatal, complicaciones, edad gestacional, estado de la paciente al ingreso al hospital, calidad del trabajo de parto y las condiciones del cuello uterino en el momento de decidir la cesárea, para determinar si se había dado o no **Prueba de Trabajo**.

En caso de practicarse nueva cesárea se registraron las condiciones de la paciente, el estado del segmento, las complicaciones operatorias, la estancia y las condiciones del recién nacido (peso, apgar, sexo, y complicaciones).

Si el nacimiento ocurrió por vías naturales se registraron también las modalidades de parto—espontáneo o instrumentado—, las complicaciones, el estado del segmento, la anestesia, las condiciones del recién nacido, las complicaciones del puerperio y finalmente, el número de días de estancia hospitalaria.

RESULTADOS

Se recogieron 839 formularios. En la Tabla 1 se presenta la distribución de los mismos de acuerdo a las instituciones participantes. Aunque en la Clínica Palermo no se da **Prueba de Trabajo** a sus pacientes, se analizó esta información para tenerla como Grupo de Control; en ella casi el 97% de las pacientes son atendidas por médicos particulares; en el Centro Médico de los Andes y en la Clínica David Restrepo existen ambos tipos de pacientes; en el Hospital San Rafael sólo el 5% son privadas, mientras que en el Hospital Materno—Infantil y en el Hospital La Victoria sólo atienden pacientes institucionales.

TABLA 1

DISTRIBUCION DE LOS FORMULARIOS PROCESADOS

INSTITUCION	NUMERO	PORCENTAJE
• CENTRO MEDICO DE LOS ANDES	61	7.3
• CLINICA DAVID RESTREPO	253	30.2
• HOSPITAL LA VICTORIA	25	3.0
• INSTITUTO MATERNO-INFANTIL	91	10.8
• CLINICA SAN RAFAEL	60	7.2
• CLINICA PALERMO	349	41.6
T O T A L	839	100

En las instituciones estatales no se atienden pacientes particulares; en las privadas, la proporción entre pacientes cuya responsabilidad depende del médico tratante o de la institución varía, de manera que en la Tabla 2 se presenta la distribución entre pacientes privadas e institucionales.

En la Tabla 3 se presenta la proporción de pacientes a quienes se les dio **Prueba de Trabajo**. Hay

TABLA 2

DISTRIBUCION DE LAS PACIENTES POR INSTITUCIONES

INSTITUCION	PRIVADO		INSTITUCIONAL	
	NUMERO	%	NUMERO	%
• CENTRO MEDICO DE LOS ANDES	34	55.9	27	44.1
• CLINICA DAVID RESTREPO	101	40.2	152	59.8
• HOSPITAL LA VICTORIA	-	-	25	100
• INSTITUTO MATERNO-INFANTIL	-	-	91	100
• CLINICA SAN RAFAEL	3	5.0	57	95.0
• CLINICA PALERMO	338	96.8	11	3.2
T O T A L	476	56.8	363	43.2

diferencia significativa ($P < .0001$) entre el Centro Médico de los Andes, la Clínica David Restrepo y los hospitales donde predominan las pacientes institucionales (Ver Tabla 2). En estos últimos hay una política favorable a ofrecer **Prueba de Trabajo**, lo cual contrasta con la actitud de los médicos tratantes frente a las pacientes privadas; así vemos como en la Clínica David Restrepo sólo le fue ofrecida al 11.8% (30 pacientes de 253), mientras que en el Hospital La Victoria, Hospital Materno—Infantil y en la Clínica San Rafael lo fue a más del 95% de las pacientes con antecedente de cesárea.

TABLA 3

PROPORCION DE PACIENTES A QUIENES SE LES DIO PRUEBA DE TRABAJO DE ACUERDO CON LA INSTITUCION*

INSTITUCION	NUMERO	PORCENTAJE
• CENTRO MEDICO DE LOS ANDES	16/ 61	26.2
• CLINICA DAVID RESTREPO	30/253	11.8
• HOSPITAL LA VICTORIA	24/ 25	96.0
• INSTITUTO MATERNO INFANTIL	90/ 91	99.0
• CLINICA SAN RAFAEL	58/ 59	98.3
T O T A L	218/489	44.5

* LA CLINICA PALERMO NO REALIZA PRUEBA DE TRABAJO

** $P < .0001$

También es interesante ver cómo influye esa actitud sobre los resultados de la Prueba, en lograr parto por vías naturales o repetir la cesárea.

Del total de 218 pacientes sometidas a **Prueba de Trabajo** (definiendo como tal aquellas pacientes que llegarán a una dilatación de 3 o más centímetros y a un borramiento superior al 50%), el 67.4% (N=147) tuvieron parto vaginal. Se aprecia diferencia significativa ($P < .0001$), entre las tres entidades con predominio de pacientes institucionales, en las cuales se logró parto vaginal en una proporción superior al 68%, comparadas con el Centro Médico de los Andes y la Clínica David Restrepo, donde hubo parto por vías naturales en sólo el 37.5% y 30%, respectivamente (Tabla 4).

TABLA 4

RESULTADO DE LA PRUEBA DE TRABAJO DE ACUERDO CON LAS INSTITUCIONES

INSTITUCION	PRUEBA DE TRABAJO	PARTO VAGINAL		CESAREA	
		NUMERO	%	NUMERO	%
• CENTRO MEDICO DE LOS ANDES	16	6	37.5	10	62.5
• CLINICA DAVID RESTREPO	30	9	30.0	21	70.0
• HOSPITAL LA VICTORIA	24	22	91.6	2	8.4
• INSTITUTO MATERNO-INFANTIL	90	70	77.7	20	22.3
• CLINICA SAN RAFAEL	58	40	68.4	18	31.6
TOTAL	218	147	67.4	71	32.6

* $P < .0001$

En la Tabla 5 se relaciona el resultado de la **Prueba de Trabajo** con el tipo de paciente institucional o privado y se muestra claramente como sólo el 12.7% (N=19) de los partos vaginales fueron pacientes privadas, mientras que el 87.3% (N=128) fueron pacientes institucionales ($P < .0001$).

TABLA 5

RELACION DE LA PRUEBA DE TRABAJO CON EL TIPO DE PACIENTE

TIPO DE PACIENTE	TOTAL PRUEBAS DE TRABAJO	PARTO VAGINAL		CESAREA	
		NUMERO	%	NUMERO	%
• PRIVADO	39	19	12.7	20	28.1
• INSTITUCIONAL	179	128	87.3	51	71.9
TOTAL	218	147	100	71	100

* $P < .0001$

Teniendo en cuenta la clasificación por grupos (I - II - III), establecida con base en la historia obstétrica, se encontró:

En el Grupo I: Multigestante con partos vaginales posteriores a una cesárea; se ofreció **Prueba de Trabajo** a 46 pacientes, lográndose parto vaginal en el 84.8% (39 pacientes).

En el Grupo II: Multigestantes con cesárea en el último parto; se obtuvo un parto vaginal en el 77.7% (35 pacientes).

En el Grupo III: Secundigestante con antecedente de cesárea, el más numeroso, 127 casos; se logró parto vaginal en el 57.4% (52 pacientes). Ver Tabla 6.

TABLA 6

RELACION ENTRE EL RESULTADO DE LA PRUEBA DE TRABAJO Y LA CLASIFICACION DE ACUERDO CON LA CESAREA ANTERIOR

	PRUEBA DE TRABAJO	PARTO VAGINAL		CESAREA	
		NUMERO	%	NUMERO	%
GRUPO I PARTOS VAGINALES DESPUÉS DE CESÁREA	46	39	84.8	7	15.2
GRUPO II PARTOS VAGINALES CESÁREA EN EL ÚLTIMO EMBARAZO	45	35	77.7	12	22.3
GRUPO III SECUNDIGESTANTE CON ANTECEDENTE DE CESÁREA	127	73	57.4	52	42.6
TOTAL	218	147		71	

* $P < 0.05$

Se ve pues, una mayor tendencia a repetir la cirugía en secundigestantes con antecedentes de cesárea ($P < .005$).

También se revisó la indicación de la cesárea anterior y para fines prácticos se agruparon en dos: (Ver Tabla 7) las que presentaron desproporción céfalo-pélvica (62 pacientes) y todas las demás indicaciones que no persistían en este embarazo (156 pacientes). De las 62 con diagnóstico de desproporción céfalo-pélvica en el embarazo anterior, el 45.1% (N=28) tuvo parto vaginal; en el 77% (N=119) de las otras causas el parto también fue por vías naturales. Esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

TABLA 7

**CORRELACION ENTRE LOS RESULTADOS DE LA
PRUEBA DE TRABAJO Y LA INDICACION
DE LA CESAREA ANTERIOR**

	PRUEBA DE TRABAJO	PARTO VAGINAL		CESAREA	
		NUMERO	%	NUMERO	%
DESPropORCION CEFALO PELVICA	62	28	45.1	34	54.9
OTRAS CAUSAS	156	119	77.0	37	23.0
TOTAL	218	147		71	

El parto se presentó en la mayoría de las pacientes entre las semanas 38 a 41 - 81.6% (N=120), en las que tuvieron parto vaginal y 80.3% (N=57) en las cesáreas (Gráfica 1). No hubo diferencia significativa en los dos grupos.

GRAFICA 1

**EDAD GESTACIONAL AL NACER
(Semanas)**

En la Gráfica 2 se presenta la distribución del peso de los recién nacidos. El promedio para el parto vaginal fue de 3.053 gms. y para la cesárea 3.177 gms. no siendo tampoco estadísticamente significativa esta diferencia.

El 67.5% (N=99) de los partos vaginales fueron espontáneos; intervenidos con fórceps o espátulas de desprendimiento el 32.5% (N=48).

GRAFICA 2

**PESO DEL RECIEN NACIDO
(Gramos)**

El trabajo de parto duró menos de 4 horas en el 22.4% (N=33); entre 4 y 8 horas en el 39.2% (N=58); en el 38.5% (N=56) el trabajo duró más de 9 horas y de estas pacientes 14 estuvieron más de 13 horas en trabajo.

El tiempo promedio de duración del trabajo de parto fue de seis horas y media.

Las condiciones de los recién nacidos evaluadas por el índice de Apgar al minuto y a los cinco minutos, se presentan en las Gráficas 3 y 4. Sólo el 4% (N=6) de los nacidos por vía vaginal tuvo Apgar por debajo de 7. Un caso de mortinato en el grupo de cesáreas, no se consideró relacionado con la Prueba de Trabajo por tratarse de un feto macerado que había muerto varios días antes de iniciar trabajo de parto.

No se registró ninguna muerte materna como consecuencia de haber sometido las pacientes a la Prueba de Trabajo.

En el grupo de pacientes que tuvieron parto vaginal se presentaron las siguientes complicaciones intraparto:

- Desgarro cervical 7 4.7%
- Deshincencia histerorrafia 2 1.3%

Ninguna paciente requirió transfusión sanguínea ni estuvo en estado de shock. Los desgarros comisurales fueron corregidos en el momento de practicar la revisión del cervix.

En el grupo de cesárea se presentaron las siguientes complicaciones operatorias, que se corrigieron sin ninguna consecuencia desfavorable:

- Sangrado profuso que requirió transfusión 3
- Extensión lateral o desgarro de la histerorrafia 14

GRAFICA 3
APGAR (UN MINUTO)

En las complicaciones del puerperio, la morbilidad fue muy baja (Tabla 8). En el grupo de parto vaginal se reportó sangrado excesivo en 4 pacientes, una tratada con reemplazo de elementos sanguíneos y el resto con hierro oral.

TABLA 8

COMPLICACIONES DEL PUERPERIO

	PARTO VAGINAL	CESAREA
• ANEMIA	1	1
• ABCESO PARED		2
• HEMORRAGIA	1	2
• COAGULOPATIA DE CONSUMO	1	3
• ENDOMETRITIS		2

GRAFICA 4

APGAR (CINCO MINUTOS)

En el grupo de cesáreas, la morbilidad también fue reducida: 4 pacientes (5.6%) presentaron infección, 2 endometritis y 2 absceso de pared abdominal; 3 pacientes reportaron hemorragia que requirió transfusión sanguínea.

El tiempo de hospitalización varió de una institución a otra. Sólo el 8.9% (N=19) duró más de 5 días hospitalizada. El promedio para parto vaginal fue de 1.5 días y para cesárea 3.8 días.

DISCUSION

Este estudio tiene limitaciones importantes que impiden hacer generalizaciones, como son:

1. No participaron todas las instituciones de Bogotá.
2. Los formularios diligenciados en cada institución no representan todos los casos atendidos en un tiempo determinado.

Sin embargo, nos permite hacer claridad sobre los siguientes hechos:

1. Es posible realizar **Prueba de Trabajo** con mínimos riesgos para las pacientes; en este es-

TABLA 9

RESULTADOS PRUEBA DE TRABAJO – REVISION LITERATURA

AUTOR	HOSPITAL	AÑOS	TOTAL	PRUEBA DE TRABAJO	PARTO VAGINAL
LAWRENCE	MATERNITY HOSPITAL (LEEDS)	1926-1948	849	488(57,0)	195(40,0)
BAKER	MILL ROAD (LIVERPOOL)	1949-1951	100	83(83,0)	74(89,2)
LAWLER ET AL.	PERSONAL SERIES (CHICAGO)	1932-1955	261	107(41,0)	104(97,1)
ALLAHBADIA	ROTUNDA (DUBLIN)	1952-1957	565	310(54,8)	301(97,1)
RIVA AND TEICH	WALTER REED (WASHINGTON, DC)	1953-1960	214	194(90,6)	158(81,4)
MCGARRY	QUEEN MOTHER (GLASGOW)	1964	415	334(80,5)	242(72,5)
PAUERSTEIN ET AL.	SINAI (BALTIMORE)	1966-1968	43	43(100,0)	26(60,5)
MEEHAN ET AL.	UNIVERSITY OF OXFORD (OXFORD)	-	75	75(100,0)	70(93,3)
MOREWOOD ET AL.	UNIVERSITY HOSPITAL OF WEST INDIES	1960-1969	423	243(57,4)	171(70,3)
SALDANA ET AL.	EINSTEIN (NEW YORK)	1974-1977	226	145(64,2)	56(38,6)
GIBBS	UNIVERSITY OF TEXAS (SAN ANTONIO)	1970-1980	1558	1192(76,5)	746(62,6)
T O T A L			4729	3214(68,0)	2143(66,7)

SOCIEDAD COLOMBIANA DE
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

1986-1987 839 218(17,5) 147(67,4)

LAVIN, J.P. Y SCOTT POLSKY, S - CLINICS IN PERINATOLOGY ; VOL.10 : 423, 1983

tudio no hubo ninguna muerte materna ni fetal y las complicaciones presentadas son comparables a las encontradas en otros trabajos reportados en la literatura, (4) (5) (9) (10).

2. Se logró parto vaginal en el 67,4% de las pacientes sometidas a la **Prueba de Trabajo**, cifra comparable a la de trabajos realizados por otros autores (9) (10) (Tabla 9).

3. Llama la atención la diferencia significativa en los resultados encontrados en las diferentes instituciones, y principalmente, entre la paciente privada y la paciente institucional. Esto tal vez pueda explicarse por dos factores: los médicos particulares tienen la responsabilidad directa sobre la paciente y ante la duda sobre la seguridad y bondad de la **Prueba de Trabajo** prefieren no correr ningún riesgo; el otro, también importante, es que ella demanda mucho mayor tiempo y vigilancia de la paciente. En el manejo de pacientes institucionales es-

ta responsabilidad es compartida entre los miembros del Departamento y el cuidado del trabajo con frecuencia también es compartido.

4. La clasificación de acuerdo a la cronología de la cesárea y los partos vaginales, es de gran utilidad para el pronóstico y demostró una correlación significativa; el grupo de secundigestantes con antecedentes de cesárea, más numeroso, es el que tiene menor probabilidad de parto vaginal; de ahí que deba tenerse especial cuidado en la indicación de cesárea en pacientes primigestantes, para evitar dejarlas casi sentenciadas a cesáreas de repetición.

5. El análisis de la muestra de 839 mujeres (con base en la aplicación de la prueba chi cuadrado de independencia), permite concluir que la frecuencia de partos vaginales es significativamente mayor si las pacientes son sometidas previamente a **Prueba de Trabajo**. Esto se puede concluir con base en las diferencias estadísticamente significativas en-

contradas entre el grupo que no realizó la **Prueba de Trabajo** (74%) y el grupo que sí la realizó (26%).

Teniendo en cuenta que tan sólo el 33% de un grupo de 218 mujeres que realizaron la **Prueba de Trabajo**, fueron sometidas a nueva cesárea, es de esperarse que en el grupo que no fue sometido a ella, cerca del 67% de las cesáreas repetidas pueden ser evitables. Esto significa que en este estudio, en el grupo de pacientes no sometidas a **Prueba de Trabajo**, se hubieran evitado 407 cesáreas.

TABLA 10

NUMERO DE PARTOS VAGINALES Y POR CESAREA
OCURRIDOS EN GRUPOS DE PACIENTES
SOMETIDAS Y NO SOMETIDAS A
PRUEBA DE TRABAJO

	SIN PRUEBA	CON PRUEBA	TOTALES
No. PARTOS VAGINALES	13 (8%) (2%)	147 (92%) (67%)	160 (19%)
No. CESAREAS	608 (89%) (98%)	71 (11%) (33%)	679 (81%)
TOTALES	621 (74%)	218 (26%)	839 (100%)

De otra parte, si se tiene en cuenta que la estancia hospitalaria promedio para pacientes con parto vaginal es apenas de 1.5 días, mientras que para pacientes de cesárea es de 3.8 días, la **Prueba de Trabajo** puede incidir en la eficiencia de la ocupación hospitalaria y en la racionalización de costos de la atención médico-hospitalaria, como puede verse en el siguiente ejemplo:

“Teniendo en cuenta que la diferencia en estancia hospitalaria promedio es de 2.3 días (60%) entre un parto por cesárea y considerando como evitables el 67%(407) de los casos de cesárea practicados en pacientes no sometidas a **Prueba de Trabajo**, se calcula en 936 los días/cama de ocupación que se evitarían, lo cual implica a su vez un ahorro de \$ 9.361.000, con base a un costo/cama/día, estimado en \$ 10.000.

Shiono (11) en el estudio realizado sobre operación cesárea encuentra que fue evidente una dis-

minución del 3% en la proporción de cesáreas en pacientes con cesárea previa, posible reflejo de un leve incremento de la **Prueba de Trabajo**.

Finalmente, Silver y Minogue (12) “¿Cuándo los hechos estadísticos se convierten en un imperativo ético?”, afirman: “la **Prueba de Trabajo** en paciente con antecedente de cesárea es una conducta segura y efectiva que permanece subutilizada y que a la luz de los análisis estadísticos se convierte en un imperativo ético”.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Se analizaron 839 pacientes con antecedente de cesárea en seis instituciones de Bogotá: 476 eran pacientes privadas y 363 institucionales. Se dio **Prueba de Trabajo** al 26%—218 pacientes—; de éstas el 67.4% (N = 147) tuvieron parto vaginal. No hubo ninguna muerte materna ni fetal atribuible a ella. En el grupo de pacientes que tuvieron parto vaginal sólo se presentaron dos deshiccencias de la cicatriz uterina, 1.3%, comparable con lo publicado en la literatura revisada.

El estudio mostró que el tipo de paciente —Institucional o Privado— y la clasificación de acuerdo con la relación entre partos vaginales previos a la cesárea anterior, influyen significativamente en la vía del nacimiento; por el contrario, no se vio influencia significativa en la indicación de la cesárea anterior y tampoco entre la edad gestacional al nacimiento y el peso del recién nacido entre los grupos que dieron a luz por cesárea o por la vía vaginal.

Se concluye que la **Prueba de Trabajo** se puede considerar una conducta obstétrica correcta, puesto que no presentó mortalidad, ni aumento en la morbilidad materna ni fetal; por el contrario: su empleo contribuye a controlar el incremento en las tasas ascendentes de cesárea y a disminuir los costos, tanto para las pacientes como para el Sistema Nacional de Salud, proporcionando además otros beneficios para las madres: una hospitalización más corta y menor limitación en el puerperio.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece la colaboración de la División de Salud Comunitaria de la Fundación Santa Fe de Bogotá, para el procesamiento y análisis de la infor-

mación al Dr. Kliford Rocuts y al Sr. Rafael Morantes y por la transcripción del manuscrito y elaboración de los cuadros a la Sra. Gilma Edith Bello.

BIBLIOGRAFIA

1. NHI Consensus Development Statement on Cesarean Child Birth Am. J. Obst. & Gynec. 139: 902, 1981.
2. DEL CORRAL, FERNANDO; MUÑOZ, SAULO. "Evaluación Clínica para el Parto después de Cesárea" Revista Col. Obst. y Ginec. 10(1) 1959.
3. Personal Científico Instituto Materno-Infantil "Parto Espontáneo después de Cesárea y Cesárea de Repetición en el IMI Concepción Villaveces de Acosta, año 1958" Revista Col. Obst. y Ginec. Vol. 13: 69, 1962.
4. ACUÑA DIAZ J.G. "El Parto Vaginal en Pacientes con Antecedentes de Cesárea" Revista Col. Obst. y Ginec. Vol. 15: 499, 1964.
5. LAVIN, J.P. "Vaginal Delivery after Cesarean Birth: Frequently Asked Questions" Clinics in Perinatology, 10: 439, 1983.
6. PAUL, R. "Pregnancy Management after Prior Cesarean Section an Invitational Symposium" The Journal of Rep. Med. 29: 1. 1984
7. MEDINA, J. "Foro sobre Operación Cesárea" Clínica Palermo, Bogotá, 1984.
8. PETITTI, D.P.; CEFALO, R.C.; SHAPIRO, S.; WHALLEY P. "In-Hospital Maternal Mortality in the United States: Time Trends and Relation to Method of Delivery" Obst. & Gynec. 59: 6, 1982.
9. LAVIN, J.P.; STEPHENS, R.J. J.; MIODOVNICK, M.; BARDEN, T.P. "Vaginal Delivery in Patients with Prior Cesarean Section" Obst. & Gynec. 59: 135, 1982.
10. FARREL, M.A.; ASHMEAD, G.G.; MANN, L.T. "Vaginal Delivery after Cesarean Section: A Five Years Study" Obst. & Gynec. 65: 628, 1985.
11. SHIONO P.; McNELLIS D.; RHOADS G. "Reasons for the Rising Cesarean Delivery Rates" Obst. Gynec. 69: 692, 1987.
12. SILVER R.K.; MINOGUE J. "When does Statistical Fact Become an Ethical Imperative? ". Am. J. Obst. Gynec. 157: 229, 1987.