

**UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



**“Modelo de atención integral del nacimiento liderado  
por Matronas/es en el Hospital Clínico Metropolitano de  
La Florida, Periodo del 2016 al 2019”**

**CRIS JAVIERA SIERRA ANTONELLI**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA**

**PROFESOR GUIA DE TESIS: PhD, MSP, Mat., Lorena Binfa Esbir**

**Santiago, diciembre 2023**

## Índice de contenidos

Lista de siglas.....	Pág. 3
Resumen.....	Pág. 4
Introducción.....	Pág. 5
Marco teórico.....	Pág. 7
Propósito .....	Pág. 13
Objetivos.....	Pág. 13
Material y métodos .....	Pág. 14
Resultados.....	Pág. 23
Discusión.....	Pág. 38
Conclusiones.....	Pág. 43
Bibliografía .....	Pág. 45
Anexos.....	Pág. 49

## Lista de siglas

- **ACOG:** American College of Obstetricians and Gynecologist/ Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos
- **CHCC:** Chile crece contigo/Subsistema de protección a la primera infancia
- **ENT:** Enfermedades no transmisibles
- **FIGO:** Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
- **GTR:** Grupo trabajo regional, para la reducción de la mortalidad materna
- **ICM:** International Confederation of Midwives/ Confederación Internacional de Matronas
- **ICI:** International Childbirth Initiative/ Iniciativa internacional del parto
- **IPA:** International Pediatric Association/ Asociación internacional de Pediatría
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **OVO:** Observatorio de violencia obstétrica (Chile)
- **RAM:** Rotura artificial de membranas
- **RMM:** Razón de mortalidad materna
- **SAIP:** Salas de atención integral del parto
- **SMFM:** Sociedad Americana de Medicina Materno Fetal
- **UNFPA:** United Nations Population Fund/ Fondo de población de las Naciones Unidas

## Resumen del estudio:

**Introducción:** Latinoamérica y Chile se caracterizan por una alta tasa de cesáreas y sobre medicalización del parto. En el año 2016 el Hospital Clínico Metropolitano La Florida, junto a un equipo de Matronas/es y Médicos, implementaron las Salas de Atención Integral al Parto (SAIP), siguiendo las recomendaciones de la FIGO, IPA, ICM y OMS, con el propósito de disminuir la tasa de cesáreas e intervenciones rutinarias, favoreciendo la fisiología del parto según la evidencia científica actualizada. **Objetivo:** Describir la evolución de los resultados obstétricos/neonatales de los partos ocurridos en el Hospital de La Florida durante los años 2016-2019.

**Método:** Estudio observacional, descriptivo (con componente analítico) y temporal, que incluyó 10.784 partos simples. Se analizaron resultados obstétricos-neonatales para el modelo SAIP (atendidas exclusivamente por Matronas/es) cuyo N fue 3014 nacimientos. Mediante un análisis de regresión de Poisson se evaluó las respuestas obstétricas-neonatales durante el periodo de estudio para la Maternidad y SAIP. La información fue operacionalizada con Data set intrapartum-ACNM y analizada en STATA 18.

**Resultados:** El 86,1% fueron chilenas n=9292, etnia declarada en 237 mujeres (2,1%), edad promedio fue 27 años (DE 6.1, RIC 9) y el 58% (6.257) fueron multíparas. La mediana de edad gestacional fue 39 semanas (RIC 2 semanas). En la unidad SAIP la proporción de cesáreas fue 6,4% mientras que en la Maternidad fue 27%. La posición libre en el parto fue 75% en SAIP (N 2289). La media de contacto piel con piel fue de 84 min (DE 44,4). Respecto a las intervenciones en el 33% se usó oxitocina, en el 40% amniotomía y en el 17% episiotomía. Al analizar resultados obstétricos/neonatales mediante Poisson, la Maternidad presenta evolución progresiva, respecto al acceso de nutrición/hidratación oral en trabajo de parto, alivio del dolor no farmacológico, posición vertical del parto, disminución de la litotomía, disminución de intervenciones como uso de oxitocina y episiotomía, aumento del uso de sala SAIP y aumento gradual de la lactancia precoz. El modelo SAIP mantiene estables resultados como la baja proporción de cesáreas, la alta tasa de acompañamiento en el trabajo de parto y parto, el fomento de la posición vertical en el parto, la disminución de la litotomía, con intervenciones obstétricas justificadas que no aumentaron a través de los años.

**Conclusiones:** El modelo SAIP liderado por Matronas es exitoso, presenta tasas de cesáreas aún más bajas a lo recomendado por la OMS, con óptimos resultados neonatales, intervenciones justificadas y evolución al alza en uso de las SAIP a través de los años. La evolución positiva de los resultados obstétricos permitió un mayor uso de SAIP. **Conflictos de interés:** Las autoras no reportan conflicto de intereses.

**Palabras clave:** modelo de atención por Matronas, atención materna respetuosa, investigación en Matronería/parttería

## Introducción

En mayo del año 2016 un grupo de profesionales -Matronas/es y Médicos/as Gineco-obstetras- del Centro de responsabilidad de la Mujer del Hospital Clínico Metropolitano La Florida, Chile, confeccionó e inició la implementación de un modelo de Parto Personalizado, en el marco del Manejo en Sala Atención Integral Del Parto (SAIP), respaldados por las recomendaciones Internacionales de la Federación Internacional de Gineco-obstetricia (FIGO), la Asociación internacional de Pediatría (IPA), la Confederación internacional de Matronas (ICM) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para una experiencia positiva de nacimiento. Durante su desarrollo y la experiencia clínica desde su inauguración, los resultados obstétricos, neonatales y de satisfacción usuaria han destacado a la maternidad del recinto como una de las pioneras en cuidados maternos respetuosos, basadas en la evidencia científica y en la justificación de las intervenciones, con el foco centrado en la atención integral de la mujer y las/los recién nacidas/os.

A nivel mundial los cuidados maternos respetuosos son iniciativas que fomentan el progreso de la calidad de atención que brindan las Maternidades de países desarrollados y en vías de desarrollo, para promover los derechos universales de las mujeres (1). Es una de las principales estrategias para mejorar la salud materno-infantil tanto a escala cuantitativa como cualitativa, con perspectiva o enfoque de género (2). Representa uno de los pilares de cuidados que fomenta la ICM, organismo que estimula a que más países opten por la formación de Matronas o Parteras profesionales para una mejor salud materna y neonatal (3). Como ejemplo de desarrollo destacan las Midwifery led-care unit (MLU) en Reino Unido, modelo que brindan Matronas y Matrones Ingleses a su población, donde dichos profesionales son las responsables del cuidado en forma autónoma en centros especializados del National Health System (NHS) para atención prenatal, preparación y atención del parto, postparto y cuidados de la salud sexual y reproductiva. Esta estrategia ha permitido mantener y mejorar los estándares de salud materno-neonatal de su nación, así como mantener una baja tasa de cesáreas en grupos de bajo riesgo atendidos por Matronas (4).

A nivel Latinoamericano las experiencias de modelos de cuidados brindados por Matronas/Parteras/Obstetricas/Obstétricas son acotadas, dado que dicha profesión no se presenta en forma homogénea en la región (5, 6), siendo relevante que en algunos países carecen de dicho profesional o su formación es diversa, pudiendo ser universitaria, técnica o sólo empírica. Uno de los mejores ejemplos de cuidados otorgados por Matronas a nivel Latinoamericano lo tiene Chile, donde la formación es de entrada directa, Universitaria y abarca desde la atención abierta y cerrada, hasta las especialidades de Obstetricia, Ginecología, Neonatología, salud sexual y reproductiva, atención de salud familiar, Salud pública, Docencia, Investigación y áreas de gestión-administrativas (6).

En Chile, el modelo de atención del parto ha sido profesional desde la fundación de la primera escuela de Obstetricia para Matronas en 1834, donde 2 años más tarde egresa la primera generación de Matronas (6,7). Desde esos años el foco fue mejorar la mortalidad materno-infantil de la época, dadas las epidemias de fiebre puerperal, desnutrición y sepsis que acababan con la vida de madres y neonatos (7). El paso del tiempo, el perfeccionamiento profesional, la inclusión de la

Matrona/Matrón en la atención de salud en el ciclo vital y el mejoramiento del sistema de salud generó una baja progresiva de la mortalidad materno-infantil, hasta que dichos indicadores se estabilizaron en la década de los 90-2000, acercándose a estándares de países desarrollados y donde el foco empezó a permear en la calidad de atención que brindan los distintos centros de salud (8). Para el año 2004 y de acuerdo con los objetivos del milenio, se inició por parte del Gobierno la reducción de las brechas de inequidad y disminución de la pobreza, para lo cual inicia la marcha del Programa de protección a la primera infancia Chile Crece Contigo (9), donde uno de los ejes fue la atención personalizada del parto, basadas en las recomendaciones de la OMS para una atención del parto normal y el uso apropiado de la tecnología. Desde esa fecha, diversos establecimientos que cuentan con Maternidades en el sistema público han implementado un modelo de atención personalizado del nacimiento (9), aunque pocos con atención brindada principalmente por Matronas/es. Binfa et al describe en su estudio publicado en 2013 la evaluación de Maternidades de Chile respecto a la implementación del modelo de atención, el cual presenta grandes brechas y alta sobre medicalización de los procesos reproductivos (10). El problema principal radica que, a la fecha, no existe evidencia científica chilena que describa modelos de cuidados maternos-neonatales respetuosos dirigidos por Matronas/es que hayan sido implementados con éxito en la red pública.

El servicio de maternidad del Hospital La Florida fue inaugurado en el año 2014 en forma gradual, se caracteriza por ser un modelo colaborativo de referencia, con atención brindada principalmente por Matronas/es, con apoyo de Gineco-obstetras las 24 horas del día. Tiene la cualidad de ser un modelo híbrido, donde las pacientes de bajo riesgo obstétrico son atendidas en su trabajo de parto, parto y postparto en salas SAIP, con atención y cuidados brindados en forma autónoma por Matronas/es, mientras que las pacientes con mayor riesgo obstétrico son atendidas en sala de partos/pabellón gineco-obstétrico, con cuidados otorgados tanto por Matronas/es como Médicos. Dado los resultados obtenidos a través de los años y desde el nacimiento de esta Maternidad, se hace necesario caracterizar a la población que se asiste, en lo que respecta a sus principales resultados obstétricos/neonatales. Actualmente dicha maternidad cuenta con un número importante de datos clínicos, llevando un registro electrónico de las mujeres que asisten sus partos en dicho establecimiento, sin embargo, a la fecha no existe un análisis descriptivo o analítico de los datos que permita levantar información sobre los resultados del modelo de atención integral implementado por la maternidad del recinto asistencial y dirigido principalmente por profesionales Matronas/es.

Debido a estos fundamentos, es por lo que uno de los objetivos de este estudio fue describir los resultados materno-neonatales ocurridos en SAIP y en la Maternidad, donde la información recolectada del libro Excel de partos fue tabulada de acuerdo con cada registro individual de trabajo de parto, parto y postparto de las mujeres/gestantes que han ingresado a esta unidad. Esto incluye tanto gestantes de bajo como de alto riesgo, y cuyos partos ocurrieron en cualquiera de sus unidades (partos, pabellones quirúrgicos gineco-obstétricos, SAIP) adosando también los registros y datos de mujeres que tuvieron sus partos dentro del hospital, pero en otras unidades (Urgencia Gineco-obstétrica y Hospitalización Gineco-obstétrica). La información de cada mujer en trabajo de parto, parto (normal, fórceps o cesárea) y postparto no ha sido descrita en relación con

los resultados obstétricos y neonatales obtenidos por la maternidad, lo cual se traduce en un vacío respecto a poder contar con evidencia relativa a la población usuaria de este modelo, que permita realizar planes de mejora futuros para el servicio y la comunidad. Por lo tanto, se plantea como propósito de esta investigación describir el modelo de atención integral de nacimiento de la maternidad del Hospital Clínico La Florida desde mayo del año 2016 a diciembre del año 2019 en Santiago de Chile.

### **Marco teórico -Estado del Arte-**

#### ***La sobre medicalización de la salud materno-neonatal Latinoamericana, sus efectos en los procesos reproductivos***

La realidad latinoamericana en materia de cuidados maternos y obstétricos es motivo de análisis en las distintas culturas y naciones que la componen. Se caracteriza por ser una región con grandes desigualdades, una reconocida alta tasa de cesáreas y sobre medicalización de los procesos reproductivos. En el apartado de intervenciones, Boerma Et al reportan una tasa de cesáreas para Latinoamérica de 44,3%, bastante más alta a lo recomendado por la OMS (que promueve un 10 a 15%) (11). A su vez en materia de desigualdades en salud, la GTR (Grupo de trabajo regional para la reducción de la mortalidad materna) reporta una RMM (Razón de mortalidad materna) entre 89 y 359 por cada 100.000 nacidos vivos en 13 países de Latinoamérica, razón por sobre el promedio regional y demostrando lo desigual que ha sido la implementación de políticas para la reducción de la morbi-mortalidad materna e infantil en esta región (12). A su vez la sobre medicalización de los procesos reproductivos, reportados por Umenay et als. a principios del milenio (2001) detallan una variabilidad amplia en tema de intervenciones, que son consideradas sobre medicalizadas, como el uso de oxitocina sintética, amniotomía, episiotomía y falta de acompañamiento en el proceso de parto. Es por estas razones que se hace necesario centrar la mirada en las necesidades de las mujeres, con cuidados basados en la evidencia, evitando los prejuicios y malos tratos derivados de un exceso de intervenciones (13). Si bien un grupo importante de mujeres y población reconocen un buen nivel de satisfacción usuaria en lo que respecta los cuidados obstétricos y de matronería/partoría, existe un porcentaje de mujeres que no se encuentran satisfechas con dichos cuidados otorgados, destacando la falta de apoyo psicoemocional, carencia de información entorno a las intervenciones, falta de cuidados respetuosos y caracterizados por un trato estandarizado e impersonal (14).

Considerando el concepto de calidad de la atención materna-neonatal en Latinoamérica, Souza incorpora en el año 2014 el concepto de transición Obstétrica (15). Este subyace a "las transiciones demográfica, epidemiológica y nutricional, que junto con otras transformaciones socioeconómicas y culturales (por ejemplo, la globalización) nos llevarán a investigar y describir una "Transición Obstétrica". Según esta clasificación Latinoamérica transita entre la III y IV etapa, donde la tercera etapa se caracteriza por una alta tasa de mortalidad materna, tasa de fertilidad variable y predominio de las causas directas de mortalidad, en donde el acceso a la atención sigue siendo un problema y la calidad de ésta es una de las mayores determinantes de los resultados de salud; mientras que la cuarta etapa, caracterizada por una mortalidad materna moderada o baja, baja

fertilidad y predominio de causas indirectas de mortalidad materna, particularmente las ECNT-ENT (enfermedades crónicas no transmisibles, actuales ENT -Enfermedades no transmisibles-), señala los ejes estratégicos a tratar: la mejora de la calidad de atención en salud y prevención de intervenciones innecesarias, destacando que en dicha etapa se puede disminuir aún más la mortalidad materna, lo que significa necesariamente mejorar la calidad de la atención, destacando la prevención de prácticas o intervenciones obstétricas no necesarias y dando un punto crítico a la sobre medicalización emergente como una amenaza importante para la calidad y la mejora de los resultados de salud, donde Chile es un ejemplo claro de esta etapa (13).

### ***Chile, su situación de salud materno-neonatal:***

Cada año en Chile nacen cerca de 240 mil nacidos vivos. Si bien la cifra se ha mantenido estable, algunos años con más o menos partos, hay ciertos aspectos en torno al nacimiento que deben ser sujetos de un detallado análisis. El primero de ellos es el descenso en la tasa de fecundidad, que entre 2002 y 2017 pasó de ser 1,6 a 1,3, cada vez más lejos del 2,1 que es necesaria para tener un recambio adecuado de la población (16). El segundo elemento a considerar es la razón de mortalidad materna, que se relaciona con uno de los objetivos sanitarios más importantes, que inclusive motivó a que los países hace algunas décadas establecieran el compromiso de reducir este indicador en un 75%, el cual en Chile disminuyó significativamente desde el año 1990 con una RMM de 40 por 100.000 nacidos vivos (NV) a un 13 por 100.000 NV para el 2017, que en términos crudos es considerable, sin embargo se ha mantenido estable desde el año 2002 ( con un 16,69 por 100.000 NV) (17). Para la década del 2020 y dados los efectos devastadores de la pandemia por COVID 19 y consecuente retroceso en materias de prestación y atención sexual y reproductiva, para los años 2020 y 2021 se estimó un aumento significativo en la RMM en un 223%, lo que en cifras representó 29 muertes maternas por 100.000 NV sólo para el año 2020 (18).

Así este elemento (la RMM) que ha sido ampliamente estudiado en Chile nos conduce directamente al tercer elemento y que será parte de esta investigación, ya que justamente entre los factores que aparecen explicando la mortalidad materna residual, que es esta que no se ha podido reducir pese a políticas y estrategias Ministeriales, aparece **la excesiva medicalización y uso inapropiado de tecnología en el nacimiento** (19). Sobre esto último vienen hablando organismos internacionales desde hace al menos 3 décadas, de hecho, fue la discusión que motivó la reunión de Fortaleza, en Brasil, desde donde emanaron en 1985 las recomendaciones para el uso apropiado de la tecnología en el parto (17,19). Desde ahí en adelante el camino ha sido el mismo. En 1996 la OMS publicó sus Guías Clínicas Para un Parto Normal (19), y tuvo que pasar más de una década para que nuestro país, como consecuencia de la creación del Subsistema de Protección a la Primera Infancia Chile Crece Contigo (CHCC) (8,20) promoviera un modelo de Parto Personalizado, que entre otras cosas busca volver a entregar a la mujer el protagonismo de sus procesos sexuales y reproductivos.

Recientemente, Binfa et al publicaron un Policy Brief relativo a la sobre medicalización del parto y nacimiento en Chile, que presenta recomendaciones para la política pública y abordaje de esta problemática multifactorial. En resumen, establece recomendaciones y factores a modificar de las

organizaciones y sistemas, factores de los profesionales de salud y factores de las mujeres, familias y comunidades, considerando la alta tasa de cesáreas del país alcanzada para el año 2015 (con un 47.1 %), la sobre medicalización de la atención en gestantes en trabajo de parto fisiológico (sobre el 90%) y la satisfacción con la atención percibida por las mujeres en sus partos (21).

### ***Calidad de la atención materno-neonatal: recomendaciones internacionales***

Al situarnos en la clasificación de la transición obstétrica de Sousa (2014), Chile se encuentra en la cuarta etapa, donde los problemas emergentes se enfocan en mejorar la calidad de atención, previniendo la realización de intervenciones innecesarias. De esta forma un objetivo estratégico es controlar la sobre medicalización, así como disminuir los retrasos del sistema de salud para mejorar la calidad percibida por las usuarias/os en materia de salud materna. En este lineamiento y como marco conceptual se publicaron en el año 2015 los lineamientos de “Hospitales amigo de la madre y el recién nacido”, que fueron un consenso entre la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), la Asociación Internacional de Pediatría (IPA), la Confederación Internacional de Matronas (ICM) y la OMS, planteando el “decálogo” que deben cumplir las instituciones de salud para ser consideradas amigables con la madre y el recién nacido (22). Estos lineamientos buscan otorgar a la mujer el protagonismo perdido, donde éstas sean el centro de atención para una mejora significativa en calidad de atención en salud. En este último punto, el estudio para la OMS realizado por Tuncalp et al., (23), establece un marco referencial para brindar una atención y cuidado materno y neonatal de calidad QoC (Quality of care), estableciendo 6 características que se deben cumplir con el propósito de brindar una atención de calidad, la que debe ser segura, efectiva, oportuna, eficiente, equitativa y centrada en las personas a quienes proveen salud y cuidados. Ya para el año 2016 la OMS publica los estándares de calidad para una atención materna y neonatal, generando 8 estándares con recomendaciones que permiten operacionalizar la atención y evidenciar las prácticas basadas en datos objetivos que permiten una experiencia positiva de las mujeres. El mismo año la OMS publica nuevamente el alcance de dicho documento, el cual se definió mediante *“un examen sistemático de los puntos de vista de las mujeres. Dicho examen evidenció que las mujeres desean que la atención prenatal les permita experimentar el embarazo de forma positiva. Una experiencia de embarazo positiva se define como el mantenimiento de la normalidad física y sociocultural, el mantenimiento de un embarazo saludable que beneficie a la madre y al recién nacido”* (24). En paralelo se definen por la OMS las recomendaciones para una experiencia positiva de la gestación, que busca entregar definiciones clave para que las naciones y prestadores en salud otorguen cuidados obstétricos que mantengan saludables a las madres y su gestación (futuros recién nacidos), incluyendo la prevención, el tratamiento de enfermedades y la prevención de las muertes asociadas a éstas, en consecuencia con una transición de maternidad positiva (fomentando la autonomía, competencia y autoestima materna) y de trabajo de parto y nacimiento positivos (25).

Ya para el año 2018 la OMS vuelve a colocar el acento en los cuidados para la atención del parto (26), pero esta vez trayendo al primer plano de importancia la experiencia de la mujer y el rol del equipo de lograr que ésta sea positiva. Esta guía define como experiencia positiva aquella que cumple o excede sus expectativas, en un ambiente clínico y psicológicamente seguro, con

continuidad de apoyo clínico y emocional de una persona significativa y profesionales competentes. Esta definición de experiencia positiva que entrega la OMS se basa en la premisa de que la mayoría de las mujeres desean tener un sentido de logro y control personal a través de la participación en la toma de decisiones, incluso cuando se necesitan o sea desean intervenciones médicas.

Finalmente, y en otro documento de 2018, la OMS entrega recomendaciones no clínicas para reducir las tasas de cesáreas innecesarias, y las enfoca hacia 3 grupos objetivos (27): intervenciones dirigidas a las mujeres, intervenciones dirigidas a los profesionales de la salud, e intervenciones al sistema de salud y sus instituciones, y les recomienda un modelo de atención colaborativo entre médicos obstetras y matronas (es decir, un modelo de personal basado en la atención brindada principalmente por matronas, con un respaldo de 24 horas de un obstetra). Sobre la prevención de cesáreas, ya desde 2014 el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG), junto a la Sociedad Americana de Medicina Materno Fetal (SMFM) publicaron un consenso de cuidado obstétricos llamado “Prevención segura de la cesárea primaria” (28) que en resumen plantea que el apoyo emocional a la gestante, el uso de intervenciones mínimas, y un poco más de tiempo para el trabajo de parto de lo que se creía antiguamente, así como también el acceso a cuidados no médicos como el trabajo personalizado y el acompañamiento continuo, ha demostrado que reducen las cesáreas. Fue el propio ACOG que en 2016 publicó un estudio que implementó estas recomendaciones en un centro de Estados Unidos. En este lugar se implementaron básicamente 3 medidas:

- Se hicieron recomendaciones sobre el manejo adecuado de la primera y segunda etapa del parto de acuerdo con los nuevos tiempos de Zhang, donde la fase activa del trabajo de parto comienza con 6 centímetros de dilatación (29).
- Se establecieron pautas para las inducciones electivas del parto entre 39 0/7 semanas y 41 0/7 semanas para permitir solo a aquellos con puntajes de Bishop mayor a 8.
- Se publicaron trimestralmente las tasas de cesáreas individuales y de la unidad.

Durante un período de un año redujeron su tasa de cesáreas del 35% al 29,4% (28).

Éstas recomendaciones se enlazan a la implementación del modelo de Parto Personalizado en Chile, las cuales ya cumplen casi dos décadas y que de acuerdo a Binfa et al., (10), *la implementación y el impacto no ha sido la esperada*, ya que en base a sus estudios que incluyeron 9 maternidades de 7 regiones distintas del país, se puede afirmar que la mayoría de las mujeres, a pesar de las recomendaciones nacionales e internacionales, se mantiene en ayuno, se mantienen con monitorización continua, no pueden caminar el trabajo de parto y tienen su parto en posición de litotomía, son aceleradas durante su trabajo de parto, y manejan el dolor con pocas alternativas además de la peridural.

En 2017, la Fundación OVO Chile analizó las experiencias de parto de más de 11 mil mujeres entre los años 1973 y 2017 (30) y los resultados no son muy distintos de los mostrados por Binfa (10). Del total de experiencias de parto reportadas, un 25% ocurrieron entre 1970 y 2008, un 25% entre 2009 y 2013, y un 50% entre 2015 y 2017. En este último periodo, el acompañamiento continuo de

personas significativas para la mujer, la libertad de movimiento, la hidratación, alimentación, acceso a métodos no farmacológicos de alivio del dolor durante el trabajo de parto, y el contacto piel con piel entre mujer y recién nacido mayor a 30 minutos, si bien presentan mejoras a lo largo del tiempo, aun no se reportan como el estándar generalizado de cuidado. La posición litotomía fue reportada en aproximadamente un 80% de los partos, y el contacto piel con piel inferior a 30 minutos en una proporción similar, tanto en hospitales como clínicas en el periodo 2014-2017, lo que muestra que las recomendaciones de que el parto suceda en posición libre y que el contacto piel con piel sea igual o mayor a 30 minutos no se han logrado instalar (10, 30).

Bajo la misma lógica, durante octubre del 2018 se celebra por la FIGO el lanzamiento de la nueva iniciativa internacional del parto (ICI), que proporciona una orientación y apoyo integral para la atención materna respetuosa y segura. Presentan 12 pasos, alentando a las organizaciones a que se adscriban a estos (31), entre los que destaca:

- Promover la compasión y la dignidad en la provisión de cuidados.
- Garantizar el acceso a atención asequible
- Adoptar el modelo de cuidado MotherBaby-Family
- Adoptar el alcance de la práctica de la matronería-partería
- Provisión de apoyo continuo durante el trabajo parto y el parto.
- Uso apropiado de alivio del dolor no farmacológico y farmacológico.
- Práctica basada en la evidencia, incluida la prevención de intervenciones de rutina innecesarias
- Mejora de la salud y el bienestar.
- Atención de emergencia adecuada y efectiva.

A nivel local, el Hospital Clínico de La Florida se ha adscrito a todas las recomendaciones internacionales, desde su inauguración en el año 2015, incluyendo la ICI y el decálogo de las instituciones amigas de la madre y el recién nacido.

### ***Experiencia de la maternidad del Hospital Clínico La Florida, Dra. Eloísa Díaz Insunza***

Como se puede apreciar, independiente de donde se ponga el foco, ya sea la mortalidad materna, el uso adecuado de tecnología o la prevención de cesáreas, las recomendaciones siempre terminan siendo prácticamente las mismas, y en nuestro país poder implementarlas no ha sido nada fácil. Consiente de ese desafío, en 2015 apertura en el Hospital Clínico La Florida, la unidad de urgencia gineco-obstétrica y con eso los tres niveles del Centro de Responsabilidad de la Mujer (urgencia, hospitalización y pabellón Gineco-obstétricos), que desde sus inicios ha planteado dentro de sus objetivos estratégicos tener una baja tasa de cesáreas, otorgando altos estándares de calidad en salud materna, incluidos cuidados personalizados, en un ambiente íntimo y en donde se favorezca la fisiología del parto. La apertura se completó cuando en mayo de 2016 se abrieron en la unidad de pabellón Gineco-Obstétrico, las cuatro Salas de Atención Integral del Parto (SAIP) ya que hasta ese

momento sólo funcionaban las ocho camas de parto tradicional.

Estas últimas salas en abrirse, las SAIP, utilizaron como marco conceptual los lineamientos de “Hospitales amigo de la madre y el recién nacido” que publicaron en 2015 la FIGO, IPA, ICM y OMS (22) planteando el “decálogo” que deben cumplir las instituciones de salud para ser consideradas amigables con la madre y el recién nacido. Estos lineamientos buscan otorgar a la mujer:

- Permitir la libertad de movimiento durante el trabajo de parto y parto, y acceder líquidos y alimentos.
- No discriminación por religión, ser portador de VIH, migrante, etc.
- Intimidad y privacidad durante el trabajo de parto.
- Elección de un acompañante.
- Cuidados culturalmente competentes.
- Ausencia de abusos físicos, psicológicos, verbales y económicos.
- Cuidados de maternidades asequibles.
- No desarrollar prácticas rutinarias.
- Alivio del dolor farmacológico y no farmacológico.
- Contacto piel con piel y lactancia precoz.

Dichas recomendaciones permearon en toda la unidad de pabellón gineco-obstétrico (SAIP, Partos y pabellón GO), permitiendo que las mujeres que reciben atención obstétrica tuvieran acceso a ellas a través de los cuidados ofrecidos principalmente por matronas/matrones en salas SAIP (donde las Matronas lideran la atención e indicaciones), con apoyo de médicos especialistas (Gineco-obstetras y Anestesiólogos) para los eventuales requerimientos médicos y manejo de complicaciones. **En esta modalidad Matronas/es atienden a las gestantes en una relación 1:1, es decir 1 Matrona para 1 gestante en trabajo de parto, siendo esta profesional la que se encarga del cuidado de la fisiología del parto, así como de las indicaciones de analgesia del parto farmacológica (indicando la analgesia peridural), analgesia no farmacológica, atención de parto, postparto inmediato y atención del recién nacido/a para la instauración del contacto piel con piel y la lactancia precoz.**

En sala de partos-pabellón la atención y cuidados son brindados tanto por Matronas/es como por Médicos especialistas. Si bien la atención es personalizada, las Matronas pueden atender a más de 1 gestante en simultáneo.

En la actualidad la maternidad del Hospital de La Florida, Dra. Eloísa Díaz Insunza cuenta con 3 servicios, divididos en tres plantas (pisos):

- 1er piso: Unidad de Urgencias Gineco-obstétricas (o de la Mujer)
- 2da piso: Pabellón Gineco-Obstétrico (que alberga 4 subunidades: Salas de Atención integral del parto -cuatro salas de atención-, Partos -ocho cupos o camas-, Pabellones quirúrgicos gineco-obstétricos -cinco pabellones- y Recuperación Gineco-obstétrica -seis cupos-)
- 3er piso: Hospitalización Gineco-obstétrica, albergando servicios de Ginecología, Alto Riesgo Obstétrico, Puerperio-Puericultura y sala de fases latentes.

Dada esta organización estructural uno de los objetivos de este estudio es describir los resultados materno-neonatales ocurridos principalmente en la segunda planta de la Maternidad -el Pabellón Gineco-Obstétrico-, donde la información recolectada del libro Excel de partos ha sido tabulada de acuerdo con cada registro individual de trabajo de parto, parto y postparto de las mujeres/gestantes que han ingresado a esta unidad. Esto incluye tantos gestantes de bajo como de alto riesgo, y cuyos partos ocurrieron en cualquiera de sus unidades (prepartos, pabellones quirúrgicos gineco-obstétricos, SAIP) adosando también los registros y datos de mujeres que tuvieron sus partos dentro del hospital, pero en otras unidades (Urgencia Gineco-obstétrica y Hospitalización Gineco-obstétrica).

La atención que brinda el Servicio de maternidad del Hospital Clínico La Florida además de basarse dichas recomendaciones internacionales, cumplen con los parámetros de acuerdo con la normativa nacional, que lo definen como un hospital de alta complejidad, considerando que asiste más de 3000 partos al año y su unidad de neonatología atiende a todos los recién nacidos independientes de su peso y edad gestacional (32). Como referencia, al basarse en la Estándares y Recomendaciones del Ministerio de Sanidad de España (33), esta maternidad sería de nivel 4, que son todas aquellas con más de dos mil cuatrocientos nacimientos al año, el nivel más alto en ese país.

Desde la apertura de la CR de la Mujer a la fecha, ya van más de 10 mil nacimientos y el propósito de este estudio es poder justamente describir el modelo de atención integral del nacimiento.

#### **Propósito del estudio:**

Describir el modelo de atención integral de nacimiento de la maternidad del Hospital Clínico La Florida desde mayo del año 2016 a diciembre del año 2019 en Santiago de Chile.

#### **Objetivo general**

Describir las características y la evolución de los resultados obstétricos y neonatales de los partos ocurridos en el servicio de maternidad del Hospital de La Florida durante mayo del año 2016 a diciembre del 2019

#### **Objetivos específicos**

- Caracterizar a la población atendida en la Maternidad del Hospital Clínico La Florida según su perfil bio-sociodemográfico entre los años 2016 y 2019.
- Describir los resultados obstétricos y neonatales asociados a la atención en SAIP según las variables obstétricas-neonatales entre los años 2016 y 2019
- Analizar la evolución de resultados obstétricos-neonatales en la Maternidad y SAIP (tipo de parto, nutrición en trabajo de parto, acompañamiento, alivio del dolor no farmacológico, posición del parto, tránsito por SAIP, lactancia precoz y uso de intervenciones) mediante un modelo lineal generalizado durante los años 2016 al 2019

## Material y métodos

**Diseño del estudio:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo (con componente analítico) y temporal de los partos resueltos en el Hospital Clínico La Florida, de la comuna de La Florida, entre los años 2016 al 2019. La información fue obtenida del registro electrónico de pacientes de la institución, recopilada del libro Excel de estadísticas al momento de la hospitalización relacionada al parto y traspasada a la base de datos modificada Dataset intrapartum set (34). Posterior a la caracterización de la población y descripción de las variables obstétricas-neonatales, se realizó una regresión de Poisson para 10 variables obstétricas-neonatales

**Contexto:** Como punto de inicio se estableció el día 1 de mayo de 2016, momento en el cual se implementaron las Salas de Atención Integral del Parto (SAIP) en el Hospital Clínico La Florida, completándose la capacidad resolutive del centro. Se establece como punto de corte final diciembre del 2019 y este estudio se detuvo el 2020, por el inicio de la pandemia por COVID19, cambiando la distribución administrativa del hospital y el desarrollo normal de las actividades de la maternidad del recinto.

**Universo:** La población estudiada proviene en su mayoría de centros de atención primaria de la comuna de La Florida, dependientes del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO). A excepción de algunos partos fuera de la red que, con motivo de urgencia o necesidades de derivación por la Unidad de Gestión de Camas, resolvieran su parto en el Establecimiento. Se estudiaron 10.784 partos simples (vivos o muertos) ocurridos en el Hospital La Florida durante el periodo del estudio, que incorporan la modalidad de nacimiento en SAIP (para mujeres de bajo riesgo) y en prepartos-pabellón tradicional la atención de partos, cesáreas y fórceps (para mujeres de alto riesgo).

El **criterio de riesgo** fue determinado de acuerdo al protocolo SAIP que existe en este establecimiento (35), que clasifica a las mujeres de **bajo riesgo** a quienes ingresen en trabajo de parto con dilatación igual o mayor a 4 cm, IMC bajo 40.1 o la presencia de patologías que no afecten al desarrollo del trabajo de parto, tales como: rotura prematura de membranas, ser portadora de estreptococo del grupo B, anemia con hematocrito sobre 30%, diabetes gestacional no insulino requirente en tratamiento con dieta o metformina, hipertensión crónica con preeclampsia descartada, macrosomía fetal con estimación de peso fetal (EPF) menor 4300 gramos e hipotiroidismo en tratamiento o control.

El nivel **alto riesgo** fue determinado por la presencia de las siguientes características y/o patologías: Ser portadora de cicatriz de cesárea anterior (a excepción de los casos donde un gineco-obstetra aprueba su paso a SAIP), anemia con un hematocrito menor a 30%, preeclampsia moderada o severa, diabetes gestacional insulino requirente o descompensada, colestasia Intrahepática del embarazo icterica, placenta de inserción baja, gestación gemelar, púrpura trombocitopénica, macrosomía fetal con EPF mayor a 4300 gramos, cardiopatías previas o de la gestación e hipertiroidismo en tratamiento o control.

## Recolección de la información

La recolección de la información se hizo a través de la adaptación al español de la data set intrapartum care, instrumento desarrollado por la American College Nursing Midwifery (ACNM) y modificada por Binfa y cols (10, 34). Para la operacionalización de la información se implementó una planilla Excel con las variables de acuerdo con 3 perfiles: biosociodemográficas, obstétricas y neonatales, basada en la dataset intrapartum. De esta forma se analizaron los resultados obtenidos de un universo de 10.784 gestantes y sus respectivos partos en STATA 18 tanto para la caracterización de la población, la descripción de los resultados obstétricos y neonatales y el modelamiento a través de regresión de Poisson de 10 respuestas obstétricas/neonatales.

De acuerdo con este instrumento fueron analizadas las siguientes variables (a través de frecuencias de medición relativa o absoluta), clasificadas, definidas y codificadas en la siguiente tabla:

<i>Perfil Bio-Sociodemográfico</i>	<i>Definición de la variable</i>	<i>Medida o codificación</i>
<b>1. Edad</b>	Variable cuantitativa continua Edades límites acorde a la base de datos de las gestantes	Años cumplidos
<b>2. Edad gestacional</b>	Cuantitativa discreta	En semanas gestacionales
<b>3. Paridad</b>	Categoría, dicotómica Clasificadas en Primigestas: primera gestación multíparas: segunda o más gestas	0: Primigestas 1: Multíparas
<b>4. Pueblo Originario</b>	Cualitativa, categórica, dicotómica	Codificación de la variable 0: No perteneciente a pueblo originario 1: Perteneciente a pueblo originario
<b>5. Nacionalidad</b>	Cualitativa, categórica chilena o extranjera	Codificación de la variable. 1: chilena  0: extranjera
<b>6. Año del parto</b>	Variable discreta	Codificación de la variable en años definidos: 2016 2017 2018 2019

<b>Variables Obstétricas y perinatales</b>	<b>Definición de la variable</b>	<b>Medida o Codificación</b>
<b>1. Vía del parto</b>	Categoría, politómica Vaginal/normal, Fórceps, Cesárea.	0: Vaginal 1: Cesárea 2: Fórceps
<b>2. Nutrición en trabajo de parto</b>	Cualitativa, categórica Tipos de régimen: Régimen cero Régimen líquido Régimen liviano Régimen común	0: régimen cero 1: régimen líquido 2: régimen liviano 3: régimen común
<b>3. Hidratación parenteral en trabajo de parto/parto (proxy)</b>	Categoría, dicotómica Se instala acceso venoso periférico y se administran fluidos endovenosos.	0: NO 1: SI
<b>4. Forma de inicio de trabajo de parto</b>	Categoría, Dicotómica Inducido: se inicia el trabajo de parto con algún método farmacológico o mecánico Espontáneo: ingresa en trabajo de parto	0: Inducido 1: Espontáneo
<b>5. Acompañamiento durante el trabajo de parto</b>	Categoría	0: Acompañamiento en el trabajo de parto y parto 1: Acompañamiento solo en trabajo de parto 2: Acompañamiento sólo en el parto 3: Sin acompañamiento: 3

<b>6. Uso de métodos de alivio no farmacológico del dolor</b>	Categoría, dicotómica Uso de algún elemento de alivio no farmacológico Deambulaci3n, calor local, masoterapia, jacuzzi, aromaterapia, bal3n kinésico, musicoterapia	Codificaci3n Masoterapia: 0: NO 1: SI Calor local: 0: NO 1: SI Musicoterapia: 0: NO 1: SI Hidroterapia/Jacuzzi: 0: NO 1: SI Aromaterapia: 0: NO 1: SI Bal3n kinésico: 0: NO 1: SI Compresas tibias: 0: NO 1: SI
<b>7. Uso de alivio farmacol3gico del dolor</b>	Categoría seg3n tipo de analgesia: Peridural Combinada Local Sin anestesia	Codificaci3n 0: Peridural 1: Combinada 2: Espinal 3: Local 4: Sin anestesia
<b>8. Tiempo de Contacto piel con piel(madre-bebé)</b>	Variable cuantitativa continua.	Valores en minutos.

<b>9. Rotura de membranas</b>	Categórica, politómica Definidas como RPO: rotura prematura ovular REM: rotura espontánea de membranas RAM: rotura artificial de membranas Enmantillado: nace con membranas integras	0: RPO 1: REM 2: RAM 3: Enmantillado
<b>10. Uso de oxitocina</b>	Categórica, dicotómica (SI/NO) Oxitocina: hormona sintética	0: NO 1: SI
<b>11. N de tactos vaginales (TV)</b>	Cuantitativa, discreta	Valores discretos.
<b>12. Vía del parto</b>	Categórica, politómica Vaginal Forceps Cesárea	0: Vaginal 1: Cesárea 2: Fórceps
<b>13. Lugar de ocurrencia del parto</b>	Categórica, Lugar donde la mujer tiene su parto, pudiendo ser: SAIP Pabellón Prepartos Baño de prepartos Urgencia	0: SAIP 1: Pabellón 2: Otra
<b>14. Tránsito por sala SAIP</b>	Categórica, dicotómica (SI/NO) Detalla si la gestante transitó por la SAIP en algún momento de su trabajo de parto	0: NO 1: SI

<b>15. Posición del parto</b>	Categórica, politómica. Posición en la que la gestante tiene su parto, pudiendo ser: Sentada Litotomía Semisentada Cuadropedia Acostada Decúbito lateral Cucillias De pie	0: Sentada 1: Litotomía 2: Semisentada 3: Cuadropedia 4: Acostada 5: Decúbito lateral 6: Cucillias 7: De pie
<b>16. Episiotomía</b>	Categórica, dicotómica (SI/NO) Corte en la zona vulvar para ampliar el canal del parto.	0: NO 1: SI
<b>17. Desgarros vaginales</b>	Categórica Tipo de desgarros perineales posterior al parto, según clasificación de Sultán: Grado I, II, III y IV En caso de no tener desgarros se clasifica como: periné indemne. Las fisuras no serán categorizadas como desgarros.	0: Periné indemne: 0 1: Grado I 2: Grado II 3: Grado III 4: Grado IV
<b>18. Legrado uterino</b>	Categórica/Dicotómica: Intervención biomédica donde se raspan mecánicamente las paredes del útero de la púérpera inmediata.	0: NO 1: SI
<b>19. Muerte materna</b>	Categórica, dicotómica Defunción materna	0: NO 1: SI
<b>20. Muerte Perinatal (&gt; 0 = a 22 semanas)</b>	Categórica, dicotómica. Defunción del feto previo al ingreso a Institución, durante el trabajo de parto y parto	0: NO 1: SI
<b>21. Muerte fetal de término (&gt; 0 = a 37 semanas)</b>	Categórica, dicotómica. Defunción del feto previo al ingreso a Institución, durante el trabajo de parto y parto	0: NO 1: SI

<b>VARIABLES NEONATALES</b>	<b>DEFINICIÓN DE LA VARIABLE</b>	<b>MEDIDA O CODIFICACIÓN</b>
<b>1. Duelo perinatal</b>	Categoría, dicotómica. Mujeres que realizan o no duelo con sus fetos de 22 semanas o más	0: NO 1: SI
<b>2. APGAR</b>	Variable cuantitativa discreta. Los valores serán de 0 a 10 según la definición del puntaje APGAR Aspecto: 2, 1 o 0 Pulso: 2, 1 o 0 Irritabilidad: 2, 1 o 0 Actividad: 2, 1 o 0 Respiración: 2, 1 o 0	Valores discretos presentados en 2 tiempos: Al minuto de vida A los 5 minutos de vida
<b>3. Tiempo de contacto piel con piel</b>	Variable cuantitativa continua	Valores discretos, considera tiempo 0
<b>4. Lactancia precoz</b>	Categoría dicotómica: Inicio de la lactancia materna antes de la primera hora de vida del neonato	0: NO 1: SI
<b>5. Peso de nacimiento</b>	Variable cuantitativa continua. Tomará el valor de los pesos registrados en la base de datos, medidos en gramos. Ej.: 3500 grs	Valores continuos
<b>6. Sexo neonatal</b>	Categoría Sexo que se le asigna al nacer al/la recién nacido/a	0: Femenino 1: Masculino 2: Indeterminado

**Análisis de los datos** La información obtenida se depuró en una base de datos extraídos desde el sistema de ficha electrónica Thalamus del Hospital Clínico La Florida y la planilla Excel del libro de nacimientos, donde se registró un N de 10.784 mujeres y sus respectivos partos.

Según el instrumento de Dataset intrapartum care, se codificaron 6 variables biosociodemográficas, 21 variables obstétricas/perinatales y 5 variables neonatales. En total se generó una base de datos con 32 variables de respuesta. Además, se seleccionaron de la base de datos, 10 variables obstétricas/neonatales categóricas-discretas con la finalidad de analizar la evolución de dichas variables a través de los años, teniendo como referencia al año 2016 (año de inauguración de las SAIP). El criterio para seleccionar estas 10 variables fue que cumplieran con tener una distribución discreta, para poder realizar la regresión de Poisson.

Las variables categóricas se describieron mediante frecuencias y proporciones, las variables ordinales mediante percentiles, mediana y recorrido intercuartílico, las variables cuantitativas mediante percentiles, promedio y desviación estándar. La evolución de las respuestas obstétricas/neonatales, correspondiente al componente analítico de este estudio, se realizó mediante una regresión de Poisson, usando como medida de asociación la RTP (interpretada como razón de tasas de prevalencia), dado que los casos son un subconjunto de los expuestos. Los intervalos de confianza fueron de nivel 95% y se utilizó una significación del 5%. Los datos fueron procesados en STATA versión 18.

## Resultados

Para la caracterización de la población de estudio, de acuerdo con la modificación de la Data set intrapartum de la ACNM, se presenta la siguiente tabla 1, la cual resume 6 variables biosociodemográficas de la Maternidad en el periodo 2016 al 2019 (edad, edad gestacional, paridad, nacionalidad, etnia y año en el que ocurrió el parto).

**Tabla 1: Caracterización de la población de la Maternidad y SAIP Hospital La Florida**

Variable		Población N = 10.784					SAIP N = 3014				
Edad Materna (años)		Promedio	DE	RIC	p 50	IC 95%	Promedio	DE	RIC	p 50	IC 95%
		27.8	6.2	9	27	27.7- 27.9	26.8	5.8	9	26	26.6 - 27
Edad gestacional (semanas)		38	2.35	2	39.3	38.1 - 38.2	39	1.7	2	39	38.6- 38.7
<b>Paridad</b>	<b>N</b>				<b>%</b>		<b>N</b>				<b>%</b>
-Multíparas	6257				58		1555				51.6
-Primigestas	4527				42		1459				48.4
<b>Nacionalidad</b>	<b>N</b>				<b>%</b>		<b>N</b>				<b>%</b>
-chilena	9292				86.2		2583				85.7
-Migrante	1492				13.8		431				14.3
<b>Etnia</b>	<b>N</b>				<b>%</b>		<b>N</b>				<b>%</b>
-No declarada	10547				97.8		2922				97
-Mapuche	218				2.02		85				2.8
-Otra	19				0.18		7				0.2
<b>Año del parto</b>	<b>N</b>				<b>%</b>		<b>N</b>				<b>%</b>
-2016	1809				16.7		267				8.9
-2017	2923				27.1		747				24.8
-2018	3180				29.5		1072				35.6
-2019	2872				26.6		917				30.4

Tabla 1

La población total se caracteriza por ser predominantemente chilena (86,2%), con etnia (Mapuche u otra) declarada en el 2,2%. Las migrantes representan el 13.8% de la población en el periodo. La edad promedio de esta población fue de 28 años (DE 6.2, RIC 2 años), cercana a la mediana (27 años). En SAIP la población es similar respecto a su nacionalidad, en términos de proporciones. Lo mismo ocurre con la edad, con un promedio de 27 años, y una mediana un año menor.

Respecto a las variables biológicas, para la población total las multíparas (mujeres gestantes con 1 o más partos previos) corresponden el 58% de las gestantes, mientras que las primigestas (gestantes con su primera gestación) el 42% restante. En SAIP en cambio tanto multíparas como primigestas estrechan el margen a un 51 y 49% respectivamente. Para la edad gestacional, el promedio en la población total fue de 38/0 semanas (DE 38.1-38.2), con

una mediana de 39 semanas, mientras que en SAIP tanto el promedio de edad gestacional como su mediana fueron las mismas (39 semanas).

Al describir la distribución de todos los partos durante los 4 años del periodo, se observa sólo una pequeña disminución en el año 2016 (16.7%), esto debido a que el punto de corte inicial de la población fue a del 1 de mayo del 2016 (considerando sólo 8 meses para la recogida de información de dicho año). Lo mismo ocurre en SAIP respecto a la disminución de los nacimientos para el 2016, lo cual se debe a que fue en dicho momento específico en que abrieron las salas de atención integral del parto, completando la capacidad resolutoria del servicio y siendo el punto de partida para la descripción de las variables del estudio.

Al continuar la descripción de las variables obstétricas y neonatales, éstas se agruparon en:

- Resultados obstétricos-perinatales
- Resultados sólo neonatales
- Otras intervenciones/resultados obstétricos

Estos resultados se presentan en las tablas 2, 3 y 4 respectivamente. Respecto a estas tablas, se detallan a continuación:

**Tabla 2, resultados obstétricos y perinatales, se desglosa en SAIP y el total de la Maternidad.**

Resultados Obstétricos y perinatales	SAIP (n=3014)		Total (Maternidad) (n=10784)	
	N	%	N	%
<b>Cesáreas</b>	192	<b>6.4</b>	2913	<b>27</b>
<b>Parto Normal</b>	2637	<b>87.5</b>	7341	<b>68.1</b>
<b>Fórceps</b>	185	6.1	530	4.9
<b>Nutrición en labor de parto</b>				
<b>Gestantes que consumen alimentos y/o agua</b>	2853	<b>94.6</b>	8104	<b>75.1</b>
<b>Según Régimen</b>				
-Régimen líquido	2169	72	6073	56.3
-Régimen liviano	439	14.6	1407	13
-Régimen común	245	8.1	623	5.7
-Régimen cero	161	5.3	2681	24.8
<b>Hidratación parenteral en trabajo de parto (proxy)</b>				
<b>Si</b>	2745	91	10065	93.3
<b>No</b>	269	8.92	719	6.6
<b>Acompañamiento en trabajo de parto y parto</b>				
<b>Si</b>	2956	<b>98</b>	10341	<b>95.9</b>
<b>No</b>	59	2	443	4.1

Tipo de alivio del dolor				
-Farmacológico	2745	<b>91</b>	10065	<b>93.3</b>
-No farmacológico	2404	<b>79.7</b>	5186	48.1
-Sin alivio del dolor	269	8,9	719	6.6
-Alivio mixto (farmacológico + no farmacológico)	2304	74.4	5026	46
<b>Contacto piel con piel - apego- madre-bebé en minutos (Promedio y DE)</b>				
	84.4 min (DE 44.4)		45.7 min (DE 39.3)	
Muerte Materna (n)	0		0	
Muerte Perinatal (EG = o > 22 SEM)	n= 3014		n= 10784	
	52	1.7	89	0.8
Muerte fetal en embarazos de término (= o > 37 SEM)	n= 2939		n= 9361	
	12	0.4	24	0.25
Posición materna durante del parto	n= 2822		n= 7871	
-Posición libre (sentada, semisentada, decúbito lateral, Cuadropedia, de pie, acostada)	2289	81.1	2867	36.4
	533	18.9	5004	63.6
-Litotomía				
Uso de oxitocina en trabajo de parto y expulsivo	865	30,6	3685	46,8
Uso de episiotomía	471	16.7	1715	21.8
Uso de RAM	1214	40.3	3992	50.7

Entorno al análisis de la **proporción de cesáreas**, para el periodo comprendido (2016 al 2019), la unidad SAIP destaca la proporción más baja de cesáreas como modelo (6,4%); la proporción del periodo completo para la Maternidad (que considera SAIP + Prepartos) es de un 27%. Respecto al porcentaje de partos normales, SAIP agrupa el mayor porcentaje (87.5%), al igual que el porcentaje de Fórceps -6.1%- (éstos realizados por Médicos/as Gineco-obstetras entrenados), lo que suma una tasa de casi un 94% de nacimientos por vía vaginal.

En el apartado de **nutrición (oral) en trabajo de parto y parto** de las gestantes, ésta reporta un 94.6% de ingesta de alimentos sólidos y/o líquidos en la unidad **SAIP**. En el respectivo desglose por tipo de régimen nutricional, en dicha unidad se describe que el 72% de las mujeres consumen régimen líquido (agua, aguas saborizadas, té, jaleas y sopas), mientras que casi el 15% consume alimentos livianos (incluye pan, cereales, almuerzo liviano,

compotas, frutas y líquidos) y el 8.1% consume cualquier tipo de alimento (régimen común). Sólo el 5,3% de las mujeres en trabajo de parto y parto no reportan ingesta de alimentos o líquidos durante su trabajo de parto y parto.

Al describir la nutrición en labor de parto en la población total de gestantes, un 75,1% de mujeres se alimentan por vía oral en el trabajo de parto, recibiendo algún tipo de alimento y/o líquido.

**Hidratación parenteral (proxy):** Dado que esta variable no se encontraba registrada en el libro de nacimientos, se describe como una variable proxy (aproximación-enlace) al porcentaje de mujeres que recibieron hidratación parenteral en sus trabajos de parto y parto. Considerando la hidratación parenteral un requisito para analgesia peridural y espinal, y dado el alto requerimiento de esta garantía para el alivio del dolor farmacológico (garantía GES en Chile), se realizó este “enlace”, donde tanto para las unidades SAIP como la población total este tipo de hidratación supera el umbral del 90% (91 y 93% respectivamente).

**Acompañamiento en el proceso de trabajo de parto y parto:** este resultado, considerado un estándar de calidad en cuidados maternos respetuosos, se presenta como acompañamiento continuo en un 96% de las mujeres durante el trabajo de parto y parto en el periodo de estudio. En la Unidad SAIP este porcentaje se eleva a un 98%.

**Alivio del dolor (Farmacológico, no farmacológico, mixto y sin alivio):**

- **El alivio farmacológico:** dicho alivio se entrega a la gestante en trabajo de parto bajo prestaciones farmacológicas tales como anestesia peridural y sus variantes, espinal, combinada o PCA (Anestesia peridural autoadministrada por paciente en Bomba de infusión). Para el modelo SAIP el 91% de las mujeres solicitan y acceden a alivio farmacológico. **Para el total de la población, un 93.3%** manejan el dolor con elementos farmacológicos en algún momento de su trabajo de parto y parto
- **En el apartado alivio no farmacológico:** los elementos que se ofrecen a las gestantes son uso de calor local -guateros de semillas o sueros tibios-, esferodinamia (balón kinésico, maní de parto y lenteja), aromaterapia, hidroterapia (ducha y jacuzzi), masoterapia, rebozo, contrapresión, además de técnicas de relajación ambiental (musicoterapia) y relajación perineal (uso de compresas tibias en expulsivo). En SAIP el alivio no farmacológico es aplicado a un 78% aproximado de las gestantes en las etapas de trabajo de parto y parto. En la población total un 48,1% de las gestantes accede al uso de al menos, 1 método de alivio no farmacológico del dolor en el trabajo de parto y parto.
- **Alivio mixto:** Las mujeres en trabajo de parto que acceden a alivio farmacológico junto a alivio no farmacológico en sus trabajos de parto y parto, representan para el

modelo SAIP un 74%. De la población total del estudio, un 46% reporta esta modalidad mixta de alivio del dolor

- **Sin alivio del dolor:** Las gestantes que no ocupa alivio del dolor, representan para SAIP casi un 9% de las mujeres que accedieron a este modelo. De la población total, un 6.6% no utiliza o accede a ningún método de alivio del dolor.

**Posición del parto:** Considerando que el número de partos normales/fórceps fueron 7871, la posición del parto fue descrita en 2 modalidades, litotomía y “libre”. De esta última incluyen: sentada, semisentada, cuclillas, decúbito lateral (izquierdo o derecho), cuadrupedia, de pie y acostada.

Cabe destacar que las posiciones libres eran adoptadas por la mujer o según los requerimientos de ella durante el parto. De esta forma se destaca que las posiciones libres en el parto son mayores en SAIP (81.1%). A nivel de la población total las mujeres parieron en libertad representaron un 36.4%, siendo la litotomía la mayoría con el 63.6%. En el apartado anexos, se adjunta la tabla 13 con los tipos de posiciones en el parto y sus porcentajes tanto en la población total, SAIP y sala Prepartos-Pabellón.

**Intervenciones, uso de Rotura artificial de membranas (RAM), oxitocina sintética y episiotomía:**

El uso de oxitocina sintética en trabajo de parto en SAIP es de un 33%. Para el uso de RAM, sala SAIP destaca un 40% durante el trabajo de parto y parto. Respecto al uso de episiotomía, se recurre a la maniobra de episiotomía en casi un 17% de los partos normales en SAIP. A nivel de todo el periodo, el 22% de las mujeres que tuvieron partos normales o fórceps, fue necesaria dicha intervención.

**Contacto piel con piel (madre-bebé):**

La media de contacto piel con piel en SAIP fue de 84 min (DE 44,4min. A nivel global en el periodo, los neonatos y sus madres tienen un promedio de 45 minutos (DE 39 min) de contacto piel con piel inmediato tras el nacimiento.

**Mortalidad materna y perinatal:** durante el periodo seleccionado no se reportaron muertes maternas. La mortalidad perinatal (definición: muerte fetal que ocurre desde las 22 semanas de gestación hasta los 7 días posteriores al parto) es de 8 por cada 1000 nacidos vivos para este estudio. En SAIP se reportaron 54 muertes perinatales, que se explican dado que todos los abortos de 22 a 23 semanas son atendidos en dichas salas (individuos que fueron considerados para este estudio), por la privacidad que estas salas le confieren al proceso de duelo perinatal de las gestantes y sus acompañantes/familias. **Se reportaron 12 muertes fetales en embarazos de término para SAIP.**

Con respecto a las variables neonatales, se describen en la siguiente tabla 3: APGAR,

lactancia precoz, peso del neonato, sexo neonatal y duelo (en los casos de muerte perinatal).

**Tabla 3: resultados neonatales (se desglosa en SAIP y el total de la Maternidad).**

Resultados neonatales	SAIP (n=3013)		Total, Maternidad (n=10774)	
	Mediana	RIC	Mediana	RIC
<b>APGAR (mediana y rango intercuartílico)</b>				
<b>1er minuto</b>	9	0	9	0
<b>5 minutos</b>	9	0	9	0
<b>Peso neonatal en gramos (promedio y DE)</b>	Promedio/DE 3352 (DE 472.9)	IC 3334.9 - 3368.7	Promedio/DE 3237 (DE 601)	IC 3225.1 - 3247.8
<b>Lactancia precoz</b>	n= 2995	%	n= 10319	%
<b>Si</b>	1991	67.4	3777	36.6
<b>No</b>	945	32	6516	63.2
<b>Sin registro</b>	19	0.6	26	0.3
<b>Sexo neonatal</b>	n= 3014	%	n= 10784	%
<b>Femenino</b>	1478	49.04	5365	49.75
<b>Masculino</b>	1536	50.96	5416	50.2
<b>Indeterminado</b>	-	-	3	0.03
<b>Duelo perinatal (&gt; o =22 SEM)</b>	n=50	%	n=87	%
<b>Realiza duelo</b>	31	62	46	52.9
<b>No realiza duelo</b>	19	38	41	47.1

Respecto a los resultados neonatales el puntaje **APGAR** evaluado al minuto y 5 minutos de vida, se determinaron mediana y RIC (rango intercuartílico). Si analizamos el modelo SAIP, el APGAR tanto al minuto como 5 minutos de vida tuvo una mediana de 9 puntos, con RIC de 0. La población total mantiene los mismos resultados, una mediana de 9 puntos con RIC 0, indicando un buen resultado perinatal a nivel de adaptación neonatal al medio extrauterino en esta Maternidad y su modelo de atención.

**La lactancia precoz**, definida como el amamantamiento inmediato con calostro materno al recién nacido durante la primera hora de vida, es reportado en casi un 40% de los nacimientos del servicio. Este indicador aumenta en SAIP, donde un 67% de los recién nacidos/as reporta lactancia en forma precoz.

**El peso neonatal** descrito en este periodo, detallan un promedio en el servicio de 3237 gramos (DE 601 gramos). El promedio de peso neonatal en SAIP son 115 gramos mayor que en la Maternidad. **El sexo** neonatal reporta porcentajes similares tanto para sexo femenino como masculino. Destaca como casuística que, en los 10.784 nacimientos en el periodo de estudio, se reportaron 3 recién nacidos indeterminados.

Al describir la última variable de esta sección, el porcentaje de puérperas que realizaron **duelo perinatal** en sus abortos y óbitos (pérdidas gestacionales superiores a 22 semanas) alcanza casi un 53%. En SAIP el porcentaje de realización de duelo perinatal son 10 puntos porcentuales superior a la Maternidad en general.

Al describir las últimas 4 variables de intervenciones y resultados obstétricos, se presenta la siguiente tabla resumen:

**Tabla 4: Otras intervenciones y resultados obstétricos**

<b>Otras intervenciones y SAIP</b>			<b>Total (Maternidad)</b>	
<b>resultados obstétricos</b>				
<b>Tactos vaginales</b> (Mediana y Rango inter cuartílico -RIC-)	n= 2584		n= 9458	
	<b>Mediana</b>	<b>RIC</b>	<b>Mediana</b>	<b>RIC</b>
	4	2	4	3
<b>Inducción médica</b>	n= 2999	%	n= 9588	%
<b>Si</b>	311	10.4	2644	27.6
<b>No</b>	2688	89.6	6944	72.4
<b>Desgarros post parto</b>	n= 2171	%	n= 5761	%
<b>Periné indemne</b>	141	6.5	457	6.9
<b>Grado I</b>	1627	75	4344	76
<b>Grado II</b>	381	17.5	919	16.2
<b>Grado III</b>	22	1	47	0.8
<b>Grado IV</b>	0	-	4	0.05
<b>Legrado uterino</b>	n= 3014	%	n= 10780	%
<b>Si</b>	530	17.6	2975	27.6
<b>No</b>	2484	82.4	7805	72.4

Respecto a la mediana de Tactos vaginales realizados por profesionales Matronas/es y Médicos, se reportan a nivel general 4 TV por cada mujer en trabajo de parto. Para SAIP la mediana se mantiene en 4 TV (RIC 2).

Se observa que casi el 28% de los partos son inducidos en forma médica en el periodo de estudio. El porcentaje de inducciones en SAIP es sólo una décima parte de las gestantes que ingresan al modelo.

Al describir las complicaciones postparto, los desgarros grado I son los más frecuentes en porcentajes similares tanto en SAIP como en la Maternidad a nivel general. Lo mismo ocurre, con un porcentaje bastante menor para los desgarros grado II, siendo los desgarros grado III y IV menores o iguales al 1% en ambas unidades.

Respecto al legrado uterino postparto, este es mayor en la Maternidad que en el modelo SAIP. Esto se debe a que en la Maternidad (que incorpora la unidad de prepartos-pabellón) hay mayor porcentaje de mujeres con distintas patologías, que requieren atención del parto por Médicos Gineco-obstetras, quienes suelen realizar en forma rutinaria legrado uterino postparto (tanto en parto normales, fórceps y cesáreas).

Como último objetivo de estudio, se analizó la evolución de 10 resultados obstétricos y neonatales para la Maternidad (Población total), siendo el grupo del año 2016 el de referencia para la comparación. Las 10 respuestas se detallan a continuación:

*Respuestas Obstétricas*

1. Tipo de parto
2. Nutrición en trabajo de parto
3. Acompañamiento en trabajo de parto/parto
4. Alivio del dolor no farmacológico
5. Posición del parto

*Uso de intervenciones y SAIP*

6. Oxitocina
7. RAM
8. Episiotomía
9. Tránsito por sala SAIP

*Respuesta neonatal*

10. Lactancia precoz

**Tabla 5. Evolución de resultados obstétricos por año, tipo de parto**

Evolución de resultados obstétricos: Tipo de parto	Número de eventos	de proporción de eventos	RTP	p-value	IC
	N	%			
<b>Cesárea electiva</b>					
2016	90	5	1.00	-	-
2017	78	6.1	0.22	0.000	0.14 - 0.33
2018	213	6.7	1.35	0.018	1.05 - 1.72
2019	170	5.9	1.19	0.183	0.92 - 1.53
<b>Cesárea urgencia</b>					
2016	345	19.1	1.00	-	-
2017	715	20	1.36	0.000	1.20 - 1.55
2018	642	20.2	1.06	0.394	0.93 - 1.21
2019	660	23	1.20	0.005	1.06 - 1.37
<b>Parto normal de término</b>					
2016	1189	65.7	1.00	-	-
2017	1862	63.7	0.97	0.399	0.90 - 1.04
2018	2074	65.2	0.99	0.831	0.92 - 1.06
2019	1760	61.3	0.93	0.062	0.87 - 1.00
<b>Parto vaginal prematuro</b>					
2016	128	7.1	1.00	-	-
2017	158	5.4	0.76	0.024	0.61 - 0.96
2018	73	2.3	0.32	0.000	0.24 - 0.43
2019	97	3.4	0.48	0.000	0.37 - 0.62
<b>Forceps</b>					
2016	57	3.2	1.00	-	-
2017	110	3.8	1.19	0.277	0.87 - 1.64
2018	178	5.6	1.78	0.000	1.32 - 2.39
2019	185	6.4	2.04	0.000	1.52 - 2.75

**Tabla 5**

La tabla 5 presenta la variación del tipo de parto, el cual se analizó en base al grupo de gestantes del 2016 como año de referencia, para lo cual se detallan las siguientes variaciones:

1. **Tipo de parto:** Las cesáreas electivas tuvieron una disminución de un 78% en 2017, luego un aumento en un 35% el 2018, mientras que para 2019 el aumento fue de un 19%, aunque este último resultado no es estadísticamente significativo.  
Las cesáreas de urgencia aumentaron en un 36% y 20% para los años 2017 y 2019 respectivamente, el año 2018 el aumento no fue estadísticamente significativo.  
Los partos normales de término no tuvieron variación a través de los años, mientras que los partos vaginales prematuros fueron disminuyendo respecto al año de referencia, en 24%, 68% y 52% para los años 2017, 2018 y 2019 respectivamente, con disminuciones significativas en los respectivos periodos.  
Los fórceps se caracterizan con un aumento significativo en un 78 y 104% para los grupos de los años 2018 y 2019, respecto al grupo de referencia.

**Tabla 6. Evolución de resultado obstétrico por año, nutrición en el trabajo de parto**

Evolución de resultados obstétricos por año: Nutrición en trabajo de parto	Número de eventos	proporción de eventos	RTP	p-value	IC
	N	%			
<b>Régimen Común</b>					
2016	34	1.9	1.00	-	-
2017	113	3.9	2.06	0.000	1.40 - 3.02
2018	398	12.5	6.66	0.000	4.69 - 9.45
2019	78	2.7	1.45	0.073	0.97 - 2.16
<b>Régimen Liviano</b>					
2016	250	13.8	1.00	-	-
2017	731	25	1.81	0.000	1.57 - 2.09
2018	386	12.1	0.88	0.110	0.75 - 1.03
2019	40	1.4	0.10	0.000	0.07 - 0.14
<b>Régimen Líquido</b>					
2016	1049	58	1.00	-	-
2017	1365	46.7	0.81	0.000	0.74 - 0.87
2018	1695	53.3	0.92	0.032	0.85 - 0.99
2019	1964	68.4	1.18	0.000	1.09 - 1.27
<b>Régimen cero</b>					
2016	476	26.3	1.00	-	-
2017	714	24.4	0.93	0.209	0.83 - 1.04
2018	701	22	0.84	0.003	0.75 - 0.94
2019	790	28	1.05	0.444	0.93 - 1.17

**Tabla 6**

2. **Nutrición en el trabajo de parto:** El régimen común tuvo aumento significativo durante los grupos de gestantes de los años 2017 y 2018 en un 106 y 566% respectivamente, respecto al año de referencia. El régimen liviano se caracteriza con un aumento de un 81% y 10% en 2017 y 2019 respectivamente. El régimen líquido disminuyó un 19% en 2017 pero aumentó en 18% para 2019. Finalmente, el régimen

cero tuvo una disminución de un 16% en 2018, mientras que el resto de los años los resultados no fueron estadísticamente significativos.

**Tabla 7. Evolución de resultados obstétricos: acompañamiento en el trabajo de parto y parto, alivio del dolor no farmacológico y posición del parto (en litotomía y sentada)**

Evolución de resultados obstétricos por año	Número de eventos	proporción de eventos	RTP	p-value	IC
<b>Acompañamiento en trabajo de parto y parto</b>	N	%			
2016	1727	95.5	1.00	-	-
2017	2790	95.4	1.02	0.511	0.96 - 1.09
2018	3043	95.7	1.03	0.349	0.97 - 1.10
2019	2781	96.8	1.07	0.044	1.0 - 1.14
<b>Alivio del dolor No farmacológico</b>	N	%			
2016	558	30.9	1.00	-	-
2017	1382	47.3	1.53	0.000	1.39 - 1.69
2018	1664	52.3	1.70	0.000	1.54 - 1.87
2019	1582	55.1	1.79	0.000	1.62 - 1.97
<b>Posición del parto</b>	N	%			
<b>Litotomía</b>					
2016	1088	79	1.00	-	-
2017	1339	62.4	0.75	0.000	0.70 - 0.82
2018	1370	59	0.72	0.000	0.66 - 0.78
2019	1217	60	0.70	0.000	0.65 - 0.76
<b>Sentada</b>					
2016	165	12	1.00	-	-
2017	516	24	1.94	0.000	1.62 - 2.31
2018	484	21	1.67	0.000	1.40 - 1.99
2019	424	21	1.62	0.000	1.35 - 1.94

**Tabla 7**

- Acompañamiento en el trabajo de parto y parto:** esta variable no presentó variación durante los años, respecto al grupo 2016, concordante con los valores p.
- Alivio del dolor no farmacológico:** esta respuesta se destaca con una evolución favorable (como prestación otorgada por Matronas/es), presentando un aumento progresivo a través de los años en un 53%, 70% y 79% para todos los grupos (2017, 2018 y 2019 respectivamente) con relación al grupo 2016 como referencia.
- Posición del parto:** esta variable se analizó en base a las 2 posiciones con mayor registro en la base de datos, la litotomía y la posición sentada (ver anexos, tabla 13). Destaca que la posición litotomía fue disminuyendo a través de los años en un 25, 28 y 30% para los grupos 2017, 2018 y 2019 respectivamente. En contraste, la posición sentada (la segunda mayor registrada en la población) presentó alzas significativas de un 94, 67 y 62% para los grupos 2017, 2018 y 2019 respectivamente.

**Tabla 8, Evolución de resultados obstétricos: uso de intervenciones obstétricas**

Evolución de resultados obstétricos por año: Uso de Intervenciones	Número de eventos	proporción de eventos	RTP	p-value	IC
	N	%			
<b>Uso oxitocina en trabajo de parto</b>					
2016	837	46.3	1.00	-	-
2017	1261	43.1	0.93	0.116	0.85 - 1.02
2018	1394	44	0.95	0.217	0.87 - 1.03
2019	1217	42.4	0.92	0.050	0.84 - 1.00
<b>Uso de RAM en trabajo de parto</b>					
2016	633	35	1.00	-	-
2017	1060	36.3	1.04	0.477	0.94 - 1.14
2018	1097	35	0.99	0.775	0.89 - 1.09
2019	1202	42	1.20	0.000	1.09 - 1.32
<b>Uso de episiotomía</b>					
2016	340	22	1.00	-	-
2017	431	18	0.78	0.001	0.68 - 0.90
2018	529	20.4	0.89	0.079	0.77 - 1.01
2019	404	16	0.79	0.001	0.68 - 0.91

**Tabla 8**

**Intervenciones:** en este apartado, se desglosan 3 variables que fueron analizadas individualmente.

6. Uso de oxitocina: la administración de este fármaco en el trabajo de parto fue disminuyendo discretamente en los grupos 2017 y 2018, siendo significativa la disminución para el grupo 2019 con una baja en un 8%, respecto al grupo 2016 de referencia.
7. RAM: si bien no hubo variación en resultados significativos para los grupos 2017 y 2018, si presenta un aumento de esta intervención en un 20% para el grupo 2019.
8. Episiotomía: esta intervención tuvo una disminución para todos los grupos de comparación, respecto al 2016 como referencia. Dicha disminución oscila entre un 22, 11 y 21% respectivamente para los grupos 2017, 2018 y 2019.

**Tabla 9. Evolución de los resultados obstétricos y neonatales, tránsito por sala SAIP e instauración de lactancia precoz.**

Evolución de resultados obstétricos y neonatal por año	Número de eventos	de proporción de eventos	RTP	p-value	IC
<b>Tránsito por sala SAIP</b>	N	%			
2016	269	15	1.00	-	-
2017	751	26	1.73	0.000	1.50 - 1.99
2018	1076	34	2.28	0.000	1.99 - 2.60
2019	918	32	2.15	0.000	1.88 - 2.46
<b>Lactancia precoz</b>	N	%			
2016	459	30	1.00	-	-
2017	978	35	1.32	0.000	1.18 - 1.47
2018	1192	39	1.48	0.000	1.33 - 1.65
2019	1148	40	1.58	0.000	- 1.76

**Tabla 9**

9. **Tránsito por sala SAIP:** variable de interés para este estudio, ya que refleja la evolución del modelo liderado por Matronas/es, el cual tuvo un aumento progresivo y estadísticamente significativo en la Maternidad a través de los años respecto al grupo de referencia 2016, en incrementos de un 73, 128 y 115% para los grupos de los años 2017, 2018 y 2019 respectivamente.
  
10. **Lactancia precoz:** esta variable tuvo un aumento progresivo y estadísticamente significativo a través de los años, con un 32, 48 y 58% de aumento para los grupos 2017, 2018 y 2019 respectivamente, en base al grupo 2016 como referencia.

Finalmente, para el Modelo SAIP se realizó una regresión de Poisson para 9 variables obstétricas-neonatales, detallados en la tabla 10 y 11.

**Tabla 10, resultados Obstétricos e intervenciones por año en SAIP**

Resultados obstétricos e intervenciones por año	N de eventos	Proporción de eventos	RTP	p-value	IC
<b>Tipo de parto</b>	N	%			
<b>Cesárea urgencia</b>					
2016	13	4.8	1.00	-	-
2017	54	7.2	1.48	0.198	0.81 - 2.73
2018	57	5.3	1.09	0.765	0.60 - 2.00
2019	68	7.4	1.53	0.158	0.84 - 2.77
<b>Parto normal de término</b>					
2016	243	90.3	1.00	-	-
2017	656	87.3	0.96	0.655	0.83 - 1.12
2018	936	87	0.96	0.600	0.85 - 1.11
2019	772	84.1	0.93	0.331	0.80 - 1.08
<b>Parto vaginal prematuro</b>					
2016	5	1.9	1.00	-	-
2017	9	1.2	0.64	0.431	0.21 - 1.92
2018	5	0.5	0.25	0.028	0.07 - 0.86
2019	11	1.2	0.64	0.416	0.22 - 1.86
<b>Forceps</b>					
2016	8	3	1.00	-	-
2017	32	4.3	1.43	0.363	0.66 - 3.11
2018	78	7.2	2.44	0.016	1.17 - 5.05
2019	67	7.3	2.45	0.016	1.18 - 5.11
<b>Nutrición en trabajo de parto</b>	N	%			
<b>Régimen Común</b>					
2016	1	0.4	1.00	-	-
2017	43	5.7	15.40	0.007	2.12 - 111.84
2018	162	15.1	40.5	0.000	5.67 - 289.25
2019	39	4.2	11.42	0.016	1.57 - 83.18
<b>Régimen Liviano</b>					
2016	37	13.8	1.00	-	-
2017	213	28.3	2.06	0.000	1.45 - 2.92
2018	168	15.6	1.13	0.485	0.79 - 1.62
2019	21	2.3	0.16	0.000	0.09 - 0.28
<b>Régimen Líquido</b>					
2016	219	81.4	1.00	-	-
2017	457	60.9	0.74	0.000	0.63 - 0.87
2018	696	64.7	0.79	0.003	0.68 - 0.92
2019	797	86.9	1.06	0.399	0.91 - 1.23
<b>Régimen cero</b>					
2016	12	4.4	1.00	-	-
2017	38	5.1	1.13	0.704	0.59 - 2.17
2018	50	4.6	1.04	0.899	0.55 - 1.95
2019	61	6.6	1.49	0.207	0.80 - 2.76

Tabla 10 |

La tabla 10 presenta la variación del tipo de parto y régimen nutricional que tuvieron las mujeres en SAIP.

**Respecto al tipo de parto:** Se destaca la baja proporción de cesáreas de urgencia en este modelo, con énfasis en el año de referencia, pero sin variación estadísticamente significativa a través de los años. Dentro de los tipos de parto, el Forceps es la única respuesta que aumenta significativamente para el 2018 y 2019 en un 144 y 145% respectivamente.

La variable cesárea electiva en este modelo no se incluye, ya que las mujeres que ingresaron SAIP cursaron trabajo de parto, por lo cual no cumplen indicación para dicha respuesta.

En el apartado de **Nutrición en el trabajo de parto**, el régimen líquido fue el mayor proporcionado para todo el periodo en SAIP, tuvo un aumento discreto durante los años 2017 y 2018, aunque para el 2019 dicho aumento no fue significativo. Se destaca el régimen común, el cual aumentó 15 veces para el 2017, mas de 40 veces para el 2018 y 11 veces para el 2019, respecto al año de referencia.

El segundo régimen más proporcionado fue el liviano, el cual tuvo aumentos para los años 2017 y 2019, siendo el 2018 no significativo.

El régimen cero no tuvo variaciones significativas en los diferentes años, respecto al 2016 como referencia.

**Tabla 11, resultados Obstétricos y neonatales por año en SAIP**

Resultados obstétricos, neonatales e intervenciones por año	N de eventos	Proporción de eventos	RTP	p-value	IC
<b>Acompañamiento en trabajo de parto y parto</b>	N	%			
2016	265	99	1.00	-	-
2017	728	97	.98	0.822	0.85 - 1.13
2018	1041	97	.98	0.793	0.85 - 1.12
2019	888	97	0.98	0.794	0.85 - 1.12
<b>Alivio del dolor</b>	N	%			
<b>No farmacológico</b>					
2016	247	92	1.00	-	-
2017	632	84	0.91	0.245	0.79 - 1.06
2018	819	76	0.82	0.010	0.71 - 0.95
2019	706	76	0.83	0.016	0.72 - 0.96
<b>Posición del parto</b>	N	%			
<b>Litotomía</b>					
2016	62	23	1.00	-	-
2017	111	14.7	0.64	0.005	0.46 - 0.87
2018	216	20	0.87	0.338	0.65 - 1.15
2019	144	15	0.68	0.010	0.50 - 0.91
<b>Sentada</b>					
2016	116	43	1.00	-	-
2017	382	51	1.17	0.119	0.95 - 1.45
2018	455	42	0.98	0.851	0.79 - 1.20
2019	391	43	0.98	0.907	0.80 - 1.21

<b>Intervenciones</b>	N	%			
<b>Uso oxitocina en trabajo de parto</b>	70	26	1.00	-	-
2016	203	27	1.03	0.784	0.79 - 1.36
2017	405	37	1.44	0.004	1.12 - 1.86
2018	319	34	1.33	0.028	1.03 - 1.72
2019					
<b>Uso de RAM en trabajo de parto</b>	96	35	1.00	-	-
2016	320	42.6	1.19	0.128	0.95 - 1.49
2017	434	40.3	1.13	0.278	0.90 - 1.40
2018	364	39.6	1.11	0.359	0.88 - 1.39
2019					
<b>Uso de episiotomía</b>	34	12.6	1.00	-	-
2016	105	13.9	1.10	0.609	0.75 - 1.62
2017	207	19.2	1.52	0.023	1.05 - 2.18
2018	129	14	1.11	0.583	0.76 - 1.62
2019					
<b>Lactancia precoz</b>	N	%			
2016	175	65	1.00	-	-
2017	506	67.3	1.03	0.689	0.87 - 1.22
2018	687	64	0.98	0.825	0.83 - 1.15
2019	623	68	1.04	0.621	0.88 - 1.23

**Tabla 11**

El **acompañamiento en el trabajo de parto**, esta variable se mantuvo estable durante los años respecto al 2016 (con una proporción de acompañamiento integral del 97%), sin diferencias significativas.

Respecto al **alivio del dolor no farmacológico**, esta prestación disminuyó en un 18% para el 2018 y un 17% para 2019 respecto al año de referencia. El 2017 no hubo diferencias significativas.

En el apartado de **posición en el parto**, se destaca que la litotomía disminuyó un 36% para el 2017 y un 32% para el 2019 respecto al 2016 en SAIP; mientras que la posición sentada se mantuvo estable durante los años respecto al 2016 como referencia.

En relación al uso de intervenciones, se realiza un desglose por tipo de intervención en SAIP:

- El uso de Oxitocina en el trabajo de parto no presentó variaciones en SAIP a través de los años, respecto al año de referencia.
- Recurrir a RAM durante el trabajo de parto o expulsivo no presentó diferencias estadísticamente significativas a través de los años, respecto al 2016.
- El uso de Episiotomía se mantuvo sin variaciones significativas a través del tiempo.

Finalmente, la lactancia precoz tampoco presentó variaciones estadísticamente significativas para SAIP a través de los años, respecto a su año de referencia e inauguración.

## Discusión

Para la caracterización de la población, esta es eminentemente chilena y joven, se destaca por ser en su mayoría multíparas con edad gestacional de término, lo cual podría ser relevante en los análisis obtenidos de esta investigación, pero cuyos resultados sólo tienen relevancia descriptiva en este estudio.

En el ámbito de resultados obstétricos y neonatales, la población de estudio se destaca por una baja tasa de cesáreas y una alta tasa de partos vaginales. La tasa de cesáreas en SAIP, liderado por Matronas, es la más baja reportada en este modelo y para el periodo (6,4%), adicionalmente, se reporta una baja tasa de cesáreas a nivel de la población total del estudio (27%), hecho importante de señalar considerando las altas tasas de cesáreas tanto a nivel Latinoamericano (44.3%) y chileno (47,1%) (11). El modelo SAIP es recomendado para la disminución de la proporción de cesáreas, dado que los cuidados brindados y liderados por Matronas/es capacitadas/os disminuyen la posibilidad de sobre medicalización, respetando la fisiología del nacimiento.

Respecto a la alimentación, la mayor parte de las gestantes en trabajo de parto recibieron nutrición oral, permitiendo la ingesta tanto de líquidos como alimentos, lo cual es positivo para un modelo que se enmarca en el cumplimiento de los cuidados maternos respetuosos, siendo la alimentación e ingesta de líquidos fundamental en el trabajo de parto, por las necesidades de requerimiento calórico e hidratación que este proceso conlleva (36). Se destaca que en SAIP casi el 95% de las gestantes consumen líquidos o alimentos, en contraste con un 75% de las mujeres de la Maternidad en general. Esta disminución en el acceso de líquidos/alimentos en la Maternidad existe otra unidad -Prepartos-Pabellón- donde un mayor riesgo obstétrico de las pacientes en dicha unidad puede determinar la baja en la proporción de ingesta de alimentos, pero dicha comparación de variables no fue motivo de análisis en este estudio. Esta variable presenta un punto crucial en términos de evidencia científica, considerando que en diversos establecimientos (Maternidades) la ingesta de líquidos y alimentos es restringida o nula en el trabajo de parto y parto, siendo esta experiencia crucial como punto de referencia para la comunidad científica, de especialistas en Obstetricia y Matronería, así como las usuarias/os quienes acceden a este servicio.

El acompañamiento es una medida de cuidado transversal para las gestantes en sus trabajos de parto y parto, lo cual refleja buena adherencia a las recomendaciones nacionales, como lo son el programa Chile Crece contigo en su apartado de atención personalizada del parto (8) y las recomendaciones de la OMS/FIGO/ACOG para una experiencia positiva y de cuidados maternos respetuosos (22, 23, 25, 26, 27).

La hidratación parenteral parece ser una medida estándar en la atención de las gestantes, tanto para el modelo SAIP como para la Maternidad en general. Debido a que es una variable

de enlace, su alta prestación se asocia directamente al uso de alivio farmacológico del dolor, donde es requisito que una gestante se hidrate con al menos 500 cc de solución cristaloide previo a la analgesia peridural, combinada o sus variantes. Esta intervención no es contraindicación para el movimiento o parto en libertad de posición, pero estas asociaciones y variables no fueron motivo de análisis en esta investigación.

En el apartado de alivio del dolor (farmacológico, no farmacológico, mixto y sin alivio), se destaca una alta demanda y prestación por el uso de alivio farmacológico tanto en la población total de estudio, así como para el modelo SAIP. Mientras que el alivio no farmacológico del dolor presenta una disminución considerable en la población total, se destaca que para el modelo SAIP casi 8 de cada 10 mujeres solicita y accede a al menos 1 prestación de alivio no farmacológico. Esto puede tener asidero dado que en SAIP el estándar de atención es 1:1, es decir, por cada mujer en trabajo de parto y parto existe 1 Matrona/Matrón para dicha gestante quienes ofrecen y aplican las distintas modalidades de alivio no farmacológico (37). La población que accede a ambos métodos de alivio del dolor (alivio mixto) es considerable y no excluyente (casi el 50%), lo cual se acentúa en SAIP, dado que más de  $\frac{3}{4}$  partes de las gestantes en SAIP recibieron ambas modalidades de alivio del dolor, sugiriendo que ambas prestaciones son entregadas y mutuamente incluyentes. De la población total que no recibe ningún tipo de alivio del dolor, este porcentaje es bajo y puede estar asociado a gestantes que llegan en expulsivo al servicio de Maternidad y no alcanzan a recibir ninguna de estas prestaciones, que no se les ofrece la prestación o que la rechazan, pero que dichos datos no fueron analizados como variables de respuesta para este estudio.

Observando los resultados respecto a la posición del parto, la posición de litotomía sigue teniendo una mayoría considerable en la población total de estudio, pero se destaca que esta posición disminuye considerablemente en SAIP, donde 8 de cada 10 mujeres tienen sus partos en posiciones libres. Esto debido a que dicha modalidad de atención es liderada por Matronas/es, quienes permiten y estimulan a las gestantes adoptar la posición que ellas deseen en el expulsivo y parto, no imponiendo la litotomía (ya que esta posición en la mayoría de los recintos asistenciales es más una imposición que un deseo o decisión materna). Estos resultados apuntan a que los modelos dirigidos por Matronas son la piedra angular para la implementación de cuidados maternos respetuosos (2, 33, 37), en base a las decisiones que toman las mujeres en sus procesos de trabajo de parto y parto, siendo referencia para la aplicación del modelo SAIP (23, 27, 33).

Al describir las intervenciones obstétricas clásicas que se desarrollan en las Maternidades de Chile (uso de oxitocina en trabajo de parto, RAM y episiotomía en el parto), éstas se caracterizan por estar por bajo la media nacional en la población estudiada (10). Así el uso de oxitocina sintética en SAIP, con una proporción de un 33%, es bajo considerando el estudio de Binfa et Al (10) quienes reportan un 90.8% de uso de esta hormona sintética en el trabajo de parto en las Maternidades Chilenas. Esta disminución en el uso de oxitocina se debe, dado que tanto para el modelo SAIP como en la Maternidad que alberga dicho modelo,

el uso de oxitocina sintética debe estar debidamente justificado y no puede administrarse en forma rutinaria en el trabajo de parto (27).

Respecto al contraste de intervenciones, el uso de RAM en SAIP también es baja en proporción, considerando la media nacional reportada por Binfa (10) de un 59,1%. La justificación clínica en cuanto a un menor uso de RAM tiene respuesta a que dicha intervención para la Maternidad y SAIP del Hospital de La Florida debe ser justificada y no aplicarse sistemáticamente a las mujeres en sus trabajos de parto/parto.

Finalmente, el bajo requerimiento de episiotomía para el modelo SAIP (17%) respecto a la media nacional de un 56,4%, puede tener la misma justificación previamente descrita, las intervenciones deben estar debidamente justificadas y acotadas al protocolo local (35), esto sumado a que esta medida sólo debiera aplicarse en contextos de emergencias obstétricas durante el expulsivo y parto, con un equipo de Matronas/es entrenadas para determinar dicha intervención (37, 41).

Al observar el tiempo de contacto piel con piel, un estándar para las maternidades respetuosas con la madre y recién nacido se determina que el modelo SAIP proporciona una media en términos temporales bastante alta (1 hora y 24 minutos), lo cual permite mejor adaptación de los recién nacidos a la vida extrauterina, termorregulación, lactancia precoz y vínculo madre-bebé-familia (37). En comparación a la atención brindada en Maternidad general donde la media de contacto piel con piel baja a 45 minutos, aún se considera por sobre el mínimo que se exige respecto a los consensos nacionales y el programa CHCC en el fomento del contacto piel con piel y apego (que por lo base deberían ser 30 minutos). Esta iniciativa aumenta las experiencias positivas de las mujeres y sus familias, representado una ventana de oportunidades para una vida más saludable de la triada (madre-bebé-familia).

En la descripción de la mortalidad materna y perinatal reportadas, este estudio no reportó muertes maternas, mientras que la mortalidad perinatal en la población total (8 muertes por cada 1000 NV) es baja en comparación con la media nacional para el año 2019 (9,1 muertes por cada 1000 NV) (30). Dado que este último indicador aumenta en SAIP, es considerable reportar que este estudio consideró los nacimientos sobre las 22 semanas de edad gestacional, y dado que los abortos de dichas edades gestacionales se atienden en SAIP, por la privacidad que dichas salas confieren al proceso, genera el incremento de este indicador. Es por esta razón que se incorporó la variable “muertes fetales en embarazos de término” para el Modelo SAIP y la población total. Estos resultados posicionan a la Maternidad del Hospital de La Florida como un servicio con las tasas más bajas de mortalidad perinatal en Chile (38).

Los buenos resultados neonatales reportados en este estudio se reflejan en los resultados del puntaje APGAR, que tanto para la población total como en el modelo SAIP son 9-9 (como mediana) tanto para el 1er minutos como a los 5 minutos de vida, respectivamente. Esto nos permite establecer que tanto el modelo liderado por Matronas como los de cuidados

otorgados por Médicos y Matronas son seguros y tienen resultados positivos (37). Respecto a las variables de peso y sexo neonatal, presentaron resultados concordantes con la media poblacional según las curvas de OMS (39).

Respecto a la lactancia precoz, esta actividad tiene una baja adherencia en la Maternidad a nivel general, pero esta variable aumenta en el modelo SAIP, debido a que en este último modelo los recién nacidos tienen como promedio 84 minutos de contacto piel con piel, tiempo en el cual se puede instaurar dicha actividad. Esto entrega una información clave para este servicio de maternidad, para generar planes de mejora con este indicador, el cual es fundamental para mantener y conseguir una lactancia materna exclusiva al alta de los pacientes (40).

El duelo perinatal, referido al contacto que la mujer realiza con su mortinato/mortineonato, se reporta en algo más del 50% de los casos ocurridos durante el periodo de estudio; dado que es un proceso íntimo, electivo y personal de cada paciente, no representa un indicador de calidad positivo o negativo, más sólo descriptivo.

Respecto a otras intervenciones obstétricas que presenta la población, la mediana de 4 tactos vaginales tanto para la población total como el modelo SAIP es baja, lo cual se debe a la protocolización de esta actividad en el servicio (TV cada 4 horas en trabajo de parto). Esto permite disminuir complicaciones en el trabajo de parto, parto y postparto, según lo reportado (33,34). La inducción médica es otra intervención que para SAIP representa sólo el 10% de la población, siendo baja y cumpliendo el umbral propuesto por la OMS. Con relación al tipo de desgarros perineales, son predominantes los desgarros grado I y II para toda la población y SAIP, siendo puntuales los casos de desgarros grado III y IV que comprometen el esfínter anal y futuras complicaciones, lo cual es un resultado positivo para la maternidad y sus pacientes. Al presentar el uso de legrado uterino, este también es bajo en SAIP, pero aumenta en la Maternidad general donde hay participación médica y mayor consumo de dicha intervención (debido a que los partos atendidos por médicos practican esta intervención en forma rutinaria).

**Discusión respecto a regresión de Poisson:** la variación y progreso de los resultados obstétricos/neonatales a través de los años, presenta aumentos significativos respecto a la alimentación e hidratación oral en el trabajo de parto, donde específicamente el régimen común fue aumentando respecto al año de inicio del estudio, siendo positivo, ya que refleja que el acceso a alimentos fue mayor año a año. Otro elemento positivo de la maternidad y modelo SAIP fue el acceso a alivio del dolor no farmacológico, prestación cuyo aumento para la Maternidad fue gradual y representa un indicador positivo para las gestantes y el servicio, ya que desde su inauguración fue aumentando y generando beneficios para las mujeres en trabajo de parto y parto. En SAIP el alivio farmacológico se mantuvo e incluso, tuvo una leve disminución en los años 2018 y 2019.

Respecto a la posición del parto, la litotomía se caracteriza por ir en disminución desde el

año 2016 al 2019, contrastado con el aumento de la posición sentada en forma constante a través del tiempo, lo cual permite observar el crecimiento del equipo clínico que acompaña los nacimientos, permitiendo mayor libertad y decisión de las mujeres respecto a su autonomía de la posición en el momento del parto. De esta forma la posición sentada, fue la segunda mayor reportada tanto para la Maternidad como SAIP.

La disminución de intervenciones es un punto fundamental de este estudio, ya que tanto el uso de oxitocina sintética como episiotomía fue bajando respecto al año 2016, lo cual permite evaluar positivamente los cuidados prestados y liderados por Matronas, así como los modelos de atención colaborativos (Matronas y Médicos), que en comparación a lo reportado por modelos biomédicos, refiere mejores resultados obstétricos y perinatales, enmarcados en los cuidados maternos respetuosos y el respeto por la fisiología del nacimiento (10, 42).

Un punto crucial en este trabajo fue el aumento del tránsito por sala SAIP. Siendo esta Maternidad pionera en materia de cuidados basados en el respeto de la fisiología del parto (amigos de la madre y recién nacido), se esperaba que la cobertura de esta modalidad fuera aumentando y dicha respuesta se cumplió respecto al año 2016, elevando en un 73% en el uso de SAIP para el 2017 y duplicando su uso para los años 2018 y 2019, elevando el estándar de atención otorgado por el Servicio y mejorando en aspectos de excelencia de cuidados. Los resultados positivos en SAIP permitieron entonces el aumento de su uso y cobertura a través de los años. El acceso a este modelo es fundamental para proponer cuidados liderados por Matronas a nivel Nacional y Regional, transformando positivamente los cuidados otorgados en las Maternidades (41).

Respecto a la variable neonatal -lactancia precoz- es positivo su incremento a través de los años, lo cual indica una evolución favorable para la maternidad, incrementando las posibilidades de que los recién nacidos se alimenten con lactancia materna y aumenten su chance de lactancia materna exclusiva al alta (40, 43). En SAIP este indicador se mantuvo estable a través de los años, sin variaciones significativas.

Los tipos de parto sólo presentan variación en disminución de atención de partos prematuros y aumento significativo de uso de fórceps durante los años. El acompañamiento no tuvo variaciones durante el tiempo, se mantuvo a través de los años como una prestación estándar durante los procesos de trabajo de parto y parto, siendo una medida fundamental y respetuosa para las gestantes, recién nacidos y familias.

El modelo SAIP mantiene resultados estables y positivos, como la baja proporción de cesáreas, la alta tasa de acompañamiento en el trabajo de parto y parto, el fomento de la posición vertical en el parto, la disminución de la litotomía a través del tiempo, con intervenciones obstétricas justificadas (uso de Oxitocina, RAM y episiotomía) que no aumentaron a través de los años.

## Conclusiones

El modelo de atención integral del nacimiento en el Hospital Clínico Metropolitano La Florida se describe como un modelo mixto, donde las unidades SAIP son lideradas en la atención por Matronas/es (con apoyo de Médicos especialistas), similar a las Midwifery Led Care Unit (37). Es un modelo exitoso en términos de resultados maternos y neonatales, ya que la tasa de partos vaginales es una de las más altas del país, con una tasa de cesáreas baja tanto a nivel nacional (21), así como a nivel regional (Latinoamericano) (10).

Se caracterizó por atender a mujeres chilenas, jóvenes y sin etnia declarada, las cuales en su mayoría ingieren líquidos y alimentos en sus trabajos de parto. Gran parte de esta población recibe analgesia peridural, por lo cual la hidratación parenteral es alta.

La población de mujeres en estudio presenta un alto porcentaje de acompañamiento continuo durante el trabajo de parto y parto (umbral sobre el 95%), el alivio del dolor farmacológico es requerido por la mayor parte de la población, mientras que el alivio no farmacológico (uso de calor local, esferodinamia, hidroterapia, aromaterapia, compresas tibias en periné) es aceptado por casi la mitad de las mujeres. Tres cuartas partes de las mujeres en trabajo de parto acepta al menos, 1 medida de alivio no farmacológico del dolor, ofrecida por Matronas/es en SAIP.

Al describir en que posición paren las mujeres, se denota que la litotomía es la posición más ocupada en prepartos-pabellón, mientras que en SAIP, las posiciones libres en el parto asistidos por Matronas/es son la mayoría.

El contacto piel con piel en términos de tiempo, es elevado para los nacimientos SAIP, ya que cada madre permanece en promedio más de 1 hora y 20 minutos con sus recién nacidos en el postparto inmediato, mientras que en la población total tiene un promedio de 45 minutos de contacto piel con piel.

El presente modelo se caracteriza por una baja tasa de intervenciones obstétricas (uso de oxitocina, RAM y episiotomía), dado que dichas intervenciones se realizan en forma justificada (35).

La mortalidad materna reportada es cero y la mortalidad perinatal es baja respecto a la media nacional (38).

Los resultados neonatales permiten determinar una buena adaptación de los recién nacidos con mediana de APGAR de 9 puntos para el primer minuto y los 5 minutos de vida. El promedio de peso neonatal se ubica cercano al rango de las curvas de la OMS para SAIP (39), pero una leve baja respecto a la población de la Maternidad en total. Los recién nacidos masculinos fueron la mayoría por una discreta diferencia respecto a los femeninos, reportándose además 3 recién nacidos de sexo indeterminado. La lactancia precoz, aquella que inicia durante la primera hora de vida, es baja en la Maternidad, pero se eleva cuando

las mujeres tienen sus partos en SAIP. El duelo perinatal es realizado por un poco más del 50% de las mujeres que viven una pérdida gestacional desde las 22 semanas, descritas en este estudio.

Respecto a otras intervenciones obstétricas (como número de TV, Inducción médica, desgarros perineales, legrado uterino), éstas son bajas y debidamente justificadas. Se observa un aumento de las inducciones y legrados uterinos en la población total respecto a SAIP, cuyos resultados podrían deberse a las características de los grupos de alto y bajo riesgo que atienden respectivamente, pero que no fueron objeto de estudio en esta investigación.

Finalmente, en el análisis de la evolución de las 10 respuestas obstétricas/neonatales a través de los años en la Maternidad, éstas presentan progresos significativos respecto a la nutrición, alivio del dolor no farmacológico, posición del parto, disminución de intervenciones, uso de sala SAIP y lactancia precoz respecto al año 2016 como referencia. Los tipos de parto sólo presentan variación en disminución de atención de partos prematuros y aumento significativo de uso de fórceps durante los años, teniendo como grupo de referencia el 2016. El acompañamiento no tuvo variaciones durante el tiempo, se mantuvo a través de los años como una prestación de cuidado garantizada para las gestantes y parturientas.

En el modelo SAIP los resultados obstétricos se mantuvieron estables, con una baja tasa de cesáreas, alta proporción de partos normales, aumento gradual de los fórceps y alta tasa de acompañamiento en el trabajo de parto y parto. El fomento de la posición vertical en el parto y la disminución de la litotomía en el nacimiento fue un resultado positivo para el modelo, el cual se caracterizó por mantener intervenciones obstétricas justificadas que no aumentaron a través de los años.

Se concluye que en SAIP, la atención integral del parto lideradas y gestionadas por Matronas/es reducen las intervenciones de rutina y las cesáreas, mantienen el acompañamiento continuo en el trabajo de parto y parto, aumentan el acceso a líquidos y alimentos en trabajo de parto, el contacto piel con piel y la lactancia precoz. Presentan baja mortalidad perinatal y nula mortalidad materna. Además, la evolución de los cuidados maternos y neonatales brindados por Matronas, como acceso a alimentación e hidratación oral en el trabajo de parto, alivio no farmacológico del dolor, posición libre en el parto, lactancia precoz, bajo uso de intervenciones de rutina y acceso a SAIP van aumentando con el paso de los años, teniendo al año 2016 (año de inauguración de las SAIP) como grupo de referencia. La evolución positiva de los resultados obstétricos permitió un mayor uso de las SAIP, siendo estos resultados positivos a nivel obstétrico los que aumentan su cobertura a través del tiempo, representando una mejoría y evolución significativa en la calidad que brinda la Maternidad del Hospital de La Florida a la población de referencia y un modelo ejemplar para la implementación del modelo SAIP en otras Maternidades de la Nación, a nivel Latinoamericano y Mundial.

### **Aspectos éticos del Proyecto:**

El presente estudio fue presentado al Comité Ético Científico del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, solicitando su autorización, con carta firmada y aprobada 06012020, considerando que la naturaleza de la información extraída es censal para la mejoría de los procesos asistenciales de las usuarias del Hospital Clínico La Florida. Se excluirán elementos que permitieran identificar a los individuos y no se contactarán para algún seguimiento. A cada caso -ficha de paciente- se le asignará un código según en software de traspaso de variables, modificada de dataset intrapartum set (34).

Se omite el uso de consentimiento informado, por el tipo de estudio, firmando carta de compromiso de la Investigadora Principal para el uso de los datos y ficha electrónica, extraídos desde el sistema Excel y Thalamus. Los datos de esta investigación, al ser concluida, serán presentados ante la Dirección del Hospital Clínico Metropolitano La Florida, el Centro de Responsabilidad de la Mujer de dicho Hospital y la Dirección del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, así como entidades de la sociedad científica. Se publicará el estudio una vez sea aprobada su revisión y evaluación por parte de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, para ser presentado a posteriori ante alguna revista científica Nacional y/o Internacional. El aporte clínico y validez científica de este estudio de investigación, se incluye en el marco legal. En nuestro caso, se busca mostrar el resultado de nuevas implementaciones recomendadas en el marco de la atención de parto personalizado integral liderada por Matronas/es, y su evolución en la población atendida bajo este modelo.

### **Limitaciones**

Los datos fueron seleccionados de una base secundaria, donde los antecedentes demográficos, obstétricos y neonatales eran descritos en forma retrospectiva en una planilla Excel, posterior a que ocurrieran los nacimientos. Las principales limitaciones se clasifican en 3 puntos. El primero es que la base de datos nutre información para la estadística Ministerial, por lo cual no fue diseñada para esta investigación. Debido a que dicha base de datos carecía en algunos casos de información, la investigadora cruzó datos con el sistema de registro electrónico Thalamus para poder editar la base de datos de acuerdo con la data set intrapartum de la ACNM, modificada por Binfa Et al y analizada posteriormente en STATA 18. La segunda limitación es que una variable no estaba registrada (hidratación parenteral), por lo cual se ocupó una variable proxy (analgesia del parto) para interpretar este resultado. La tercera limitación tiene objeto en que la base secundaria era confeccionada por un grupo de 32 Matronas/es posterior a cada nacimiento, por lo cual puede haber vacíos o errores de digitación. En el caso de los vacíos se interpretaron como variable/dato no registrado.

Finalmente, la población de estudio corresponde a un Hospital de Alta complejidad del sector sur oriente de Santiago de Chile, lo cual permite mostrar datos atinentes a dicho servicio de salud para mejoras progresivas y como referencia de una experiencia clínica y de gestión en cuidados maternos respetuosos, los resultados podrían no ser extrapolables a la realidad nacional.

## Bibliografía

1. Bowser, D., y K. Hill. 2010. Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-based Childbirth: Report of a Landscape Analysis (Explorando las Evidencias sobre Abuso y Falta de Respeto en Partos en Establecimientos de Salud: Reporte de un Análisis Ampliado). Bethesda, MD: Proyecto USAID-TRAction, University Research Corporation, LLC y Harvard School of Public Health. [Consultado el 10 de octubre de 2023]; Disponible en línea: [https://www.healthpolicyproject.com/pubs/46\\_FinalRespectfulCareCharterSpanish.pdf](https://www.healthpolicyproject.com/pubs/46_FinalRespectfulCareCharterSpanish.pdf)
2. Orientaciones técnicas para la atención obstétrica y neonatal con incorporación de la perspectiva de género y el enfoque de derechos de niños, niñas, personas adolescentes y mujeres, Gobierno de República Dominicana, INSALUD y UNICEF, 2019. [Consultado el 20 de octubre de 2023]; Disponible en línea: <https://www.unicef.org/dominicanrepublic/media/4961/file/Orientaciones%20t%C3%A9cnicas%20para%20la%20Atenci%C3%B3n%20Obst%C3%A9trica%20y%20Neonatal%20-%20PUBLICACI%C3%93N.pdf>
3. ICM, Philosophy and Model of Midwifery Care, 2014, [Consultado el 20 de octubre de 2022]; Disponible en línea: <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-philosophy-and-model-of-midwifery-care.pdf>
4. Hanahoe M. Midwifery-led care can lower caesarean section rates according to the Robson ten group classification system, marzo 2020. Eur J Midwifery. 2020 [Consultado el 20 de octubre de 2022]; Disponible en línea: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7839114/>
5. Zárata, María Soledad: De Partera a Matrona. Hacia la Asistencia Profesional del Parto en Chile. Rev. Calidad de la Educación N°27, diciembre 2007. [Consultado el 20 de noviembre del 2023] Pág: 284-297. Disponible en: <https://www.calidadenlaeducacion.cl/index.php/rce/article/view/227>
6. Cerda L, Formación profesional de la matrona/matrón en Chile: años de historia. 2020, Trabajos originales, Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, [Consultado el 20 de noviembre del 2023]. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v85n2/0717-7526-rchog-85-02-0115.pdf>
7. Historia de la Escuela de Obstetricia, Universidad de Chile, [Consultado el 20 de noviembre del 2023]. Disponible en: <https://medicina.uchile.cl/pregrado/resenas-escuelas/escuela-de-obstetricia>
8. Ministerios de desarrollo social, Chile crece contigo, [Consultado el 20 de noviembre del 2023]. Disponible en: <https://www.crececontigo.gob.cl/acerca-de-chcc/que-es/>
9. Binfa L, Pantoja L, Ortiz J, Gurovich M, Cavada G, Foster J. Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Chile. Midwifery. 2016; 35:53-61
10. Boerma T, Global epidemiology of use and disparities in caesarean sections, The

- Lancet; 2018. [Consultado el 20 junio de 2020]; Disponible en línea: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)30698-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)30698-1/fulltext)
11. UNFPA. Panorama de la situación de la morbilidad y mortalidad materna: América latina y el Caribe. Informa para Latinoamérica; 2017, diciembre. [Consultado el 01 de marzo del 2021]. Disponible en línea: <https://lac.unfpa.org/es/GTR>
  12. Souza J, Betran A, Dumont A, et al. A global reference for caesarean section rates (C-Model): a multicountry cross-sectional study. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol* 2015; **123**: 427–36
  13. Binfa L, Pantoja L, Ortiz J, Cavada G, Schindler P, Burgos RY, Maganha E Melo CR, da Silva LC, Lima MO, Hernández LV, Schlenker Rm R, Sánchez V, Rojas MS, Huamán BC, Chauca ML, Cillo A, Lofeudo S, Zapiola S, Weeks F, Foster J, Midwifery practice and maternity services: A multisite descriptive study in Latin America and the Caribbean. *Midwifery*. 2016 jul 15; 40:218-225. doi: 10.1016/j.midw.2016.07.010.
  14. Souza, JP, Tunçalp Ö, Vogel JP, Bohren M, Widmer M, Oladapo O, et al. Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. *Br J Obstet Gynaecol*. 2014;121 (Suppl. 1).
  15. INE, Tasas de Fecundidad en Chile. Santiago: Instituto Nacional de Estadística, Departamento de Estadísticas vitales; 2017, [Consultado el 01 de marzo del 2020]. Disponible en línea: [https://www.ine.cl/prensa/2019/11/15/n%C3%BAmero-de-nacimientos-en-chile-descendi%C3%B3-5-4-entre-2016-y-2017#:~:text=En%20tanto%2C%20la%20Tasa%20Global,permite%20asegurar%20el%20reemplazo%20generacional\)](https://www.ine.cl/prensa/2019/11/15/n%C3%BAmero-de-nacimientos-en-chile-descendi%C3%B3-5-4-entre-2016-y-2017#:~:text=En%20tanto%2C%20la%20Tasa%20Global,permite%20asegurar%20el%20reemplazo%20generacional)).
  16. Vera C., Donoso E., 2015, Desaceleración en la reducción de la mortalidad materna en Chile impide alcanzar el 5° Objetivo de Desarrollo del Milenio, *ARS Médica*, Revista de ciencias médicas. [Consultado el 20 marzo del 2022]; Disponible en línea: DOI: <http://dx.doi.org/10.11565/arsmed.v44i1.1526>
  17. Informe DEIS-MINSAL 2020, datos de mortalidad general y específica, [Consultado el 1 de abril del 2022]; Disponible en línea: [https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freports%2F357a72ec-43b7-4ca9-89cb-33f4818d2ab3&sectionIndex=0&sso\\_guest=true&reportViewOnly=true&reportContextBar=false&sas-welcome=false](https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freports%2F357a72ec-43b7-4ca9-89cb-33f4818d2ab3&sectionIndex=0&sso_guest=true&reportViewOnly=true&reportContextBar=false&sas-welcome=false)
  18. Chalmers B, Recomendaciones de la OMS para la atención intraparto; 1999. [Consultado el 20 marzo del 2020]; Disponible en línea: <https://www.ascalema.es/wp-content/uploads/2014/10/OMS.-Recomendaciones-de-la-OMS-sobre-el-nacimiento.-Declaraci%C3%B3n-de-Fortaleza-1985.-Recomendaciones-de-la-OMS-para-la-Atenci%C3%B3n-intraparto-1999.pdf>
  19. OMS. Declaración de Fortaleza, Brasil, recomendaciones para el uso apropiado de la tecnología en el parto, *Lancet*; 1985.
  20. Gobierno de Chile, Manual de atención personalizada del nacimiento, Subsistema de protección a la primera infancia CHCC-MINSAL, Santiago, Chile; 2004.

21. Binfa et als, 2022, Policy brief, sobremedicalización del parto y Nacimiento en Chile
22. FIGO. Mother-baby friendly birthing facilities. *Obstetrics, International Journal of Gynecology and*. 2015;128 (95-99).
23. Tunçalp Ö, Were WM, MacLennan C, Oladapo OT, Gülmezoglu AM, Bahl R, Daelmans B, Mathai M, Say L, Kristensen F, Temmerman M. Quality of care for pregnant women and newborns-The WHO vision. *BJOG*. 2015; 8: 1045-9(122).
24. WHO, 2016b. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities, [Consultado el 20 Junio del 2020]; Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249155/9789241511216-eng.pdf?sequence=>
25. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. World Health Organization; 2016a, [Consultado el 20 junio 2020]; Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf;jsessionid=997E867BD83D716AE537FE5EB88472A5?sequence=1>
26. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. [Consultado el 20 Julio 2021]; Disponible en <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215eng.pdf;jsessionid=1469743FFF0336E4E263E83CC0B9B40?sequence=1>
27. WHO recomendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean www.who.int. [Consultado el 20 Diciembre del 2020]; Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275377/9789241550338-eng.pdf?ua=1>.
28. ACOG & SMMF, Safe prevention of the primary cesarean delivery. 2014. [Consultado el 23/10/2020] Disponible en: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/obstetric-care-consensus/articles/2014/03/safe-prevention-of-the-primary-cesarean-deliveryhttps://www.acog.org/-/media/Obstetric-Care-Consensus-Series/oc001.pdf?dmc=1>
29. ACOG, Reducing the primary cesarean delivery rate: Putting the ACOG consensus. 2016. [Consultado el 10 de noviembre del 2020] Disponible en: [https://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2016/05001/Reducing\\_Primary\\_Cesarean\\_Delivery\\_Rate\\_\\_\\_Putting.520.aspx](https://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2016/05001/Reducing_Primary_Cesarean_Delivery_Rate___Putting.520.aspx)
30. OVO, Observatorio de Violencia Obstétrica Chile, Resultados de la primera encuesta sobre el nacimiento en Chile. Research Gate. Santiago: OVO; 2018.
31. ICI, La iniciativa internacional del parto, FIGO, 2019, [Consultado el 01 de marzo del 2021]. Disponible en línea: <https://www.figo.org/es/news/lanzamiento-de-la-iniciativa-internacional-de-parto-ici>
32. Programa para evaluar servicios de obstetricia, www.minsal.cl. 2015 [Consultado el 10 junio del 2020]; Disponible en línea: [https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/SERVICIOOGYN\(2\)FINAL%2020\\_05\\_2015\\_C\\_ORREGIDO.pdf](https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/SERVICIOOGYN(2)FINAL%2020_05_2015_C_ORREGIDO.pdf).
33. Maternidad Hospitalaria: Estándares y Recomendaciones. Ministerio de Sanidad E. www.msrebs.gob.es. [Consultado el 20 junio del 2020]; Disponible en línea:

- <http://www.msrebs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/AHP.pdf>.
34. Intrapartum Data Set Care, developed by the American College of Nurse-midwives (ACNM), validated in 1991 (Greener, 1991) and published in 1999 (copy- right) for educational or research purposes (ACNM, 2010). Greener, D., 1991. Development and validation of the nurse-midwifery clinical data set. *Journal of Nurse-Midwifery* 36, 174–183. ACNM, 2010. ACNM Data Set – Intrapartum Care. [Consultado el 12 junio del 2021]; Disponible en línea: <http://www.acnm.org/siteFiles/publications/dataset-intra-partum.pdf>
  35. Protocolo manejo integral SAIP 001, Hospital De La Florida, Resolución exenta 0738, Servicio de salud metropolitano suroriente.
  36. Maganha C., Peracoli J., Mensuración de la energía despendida en el ayuno y el aporte calórico en parturientas, 2007, *Rev. Latino-am Enfermagem*, Julio-agosto; disponible en línea: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000400014>
  37. Edmonds JK, Ivanof J, Kafulafula U. Midwife Led Units: Transforming Maternity Care Globally. *Ann Glob Health*. 2020, abril 28; 86(1):44. disponible en línea: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7193683/>
  38. Anuario de estadísticas vitales Chile, 2019, INE, cuadros estadísticos, disponible en línea: <https://www.ine.gob.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/nacimientos-matrimonios-y-defunciones>
  39. Insunza-Figueroa Álvaro, Vargas-Innocenti Paula. Consenso de curva de crecimiento fetal OMS-Kiserud para Chile. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2023 jun [citado 2023 ago. 26] ; 88( 3 ): 137-137. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262023000300137&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262023000300137&lng=es). <http://dx.doi.org/10.24875/rechog.m23000060>
  40. Selim L., UNICEF, La lactancia materna desde la primera hora de vida: lo que beneficia y lo que perjudica, agosto 2018, disponible en línea: <https://www.unicef.org/es/historias/la-lactancia-materna-desde-la-primera-hora-de-vida-lo-que-beneficia-y-lo-que-perjudica>
  41. Lavanderos Sebastián, Díaz-Castillo Carol. Recomendaciones basadas en la evidencia para alcanzar un parto respetado. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2021 dic [citado 2023 ago. 23] ; 86( 6 ): 563-572. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262021000600563&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262021000600563&lng=es). <http://dx.doi.org/10.24875/rechog.m21000034>.
  42. Ministerio de Salud. Guía perinatal. Santiago,2015. (Consultado el 18-11-2021.) Disponible en:[https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PERINATAL\\_2015\\_%20PABA%20PUBLICAR.pdf](https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PERINATAL_2015_%20PABA%20PUBLICAR.pdf).
  43. Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Revista Chilena de Pediatría*, 2017; 88:7-14. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062017000100001](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062017000100001)

**Anexos:**

**Tabla 12, resultados desglosados por modalidad de atención: SAIP, Partos-Pabellón y el Total (Maternidad)**

Resultados Obstétricos y perinatales	SAIP (n=3014)		Sala Parto-Pabellón (Sala PP) (n=7770)		Total (SAIP+ Sala PP) (n=10784)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Cesáreas</b>	192	<b>6.4</b>	2721	35	2913	<b>27</b>
<b>Parto Normal</b>	2637	<b>87.5</b>	4704	60.5	7341	<b>68.1</b>
<b>Fórceps</b>	185	6.1	345	4,5	530	4.9
<b>Nutrición en labor de parto</b>						
<b>Gestantes que consumen alimentos y/o agua</b>	2853	<b>94.6</b>	5251	<b>67.4</b>	8104	<b>75.1</b>
<b>Según Régimen</b>						
-Régimen líquido	2169	72	3904	50.2	6073	56.3
-Régimen liviano	439	14.6	968	12.4	1407	13
-Régimen común	245	8.1	378	4.8	623	5.7
-Régimen cero	161	5.3	2520	32.4	2681	24.8
<b>Hidratación parenteral en trabajo de parto (proxy)</b>						
<b>Si</b>	2745	91	7320	94.1	10065	93.3
<b>No</b>	269	8.92	450	5.8	719	6.6
<b>Acompañamiento en trabajo de parto y parto (%)</b>						
<b>Si</b>	2956	<b>98</b>	7385	<b>95</b>	10341	<b>95.9</b>
<b>No</b>	59	2	385	5	443	4.1
<b>Tipo de alivio del dolor (%)</b>						
-Farmacológico	2745	<b>91</b>	7320	<b>94.2</b>	10065	<b>93.3</b>
-No farmacológico	2404	<b>79.7</b>	2782	35.8	5186	48.1
-Sin alivio del dolor	269	8,9	450	5.8	719	6.6
-Alivio mixto (farmacológico + no farmacológico)	2304	74.4	2722	35	5026	46
<b>Contacto piel con piel - apego- madre-bebé en minutos (Promedio y DE)</b>	84.4 min (DE 44.4)		30.8 min (DE 24)		45.7 min (DE 39.3)	
<b>Muerte Materna (n)</b>	0		0		0	
<b>Muerte Perinatal (EG = o &gt; 22 SEM)</b>	n= 3014 52	1.7	n= 7770 37	0.5	n= 10784 89	0.8
<b>Muerte fetal en embarazos de término (= o &gt; 37 sen)</b>	n= 2939 12	0.4	n= 6244 12	0.18	n= 9361 24	0.25

Posición materna durante del parto	n= 2822		n= 5049		n= 7871	
-Posición libre (sentada, semisentada, decúbito lateral, Cuadrupedia, de pie, acostada)	2289	81.1	578	11.5	2867	36.4
-Litotomía	533	18.9	4471	88.5	5004	63.6
Uso de oxitocina en trabajo de parto y expulsivo	865	30,6	2820	55,8	3685	46,8
Uso de episiotomía	471	16.7	1244	24.6	1715	21.8
Uso de RAM	1214	40.3	2778	35.8	3992	50.7

**Tabla 12**

**Tabla 13, posiciones del parto para el periodo 2016 al 2019**

Posiciones en el parto	SAIP		Sala (Preparto-Pabellón PP)		Total (SAIP+ PP)	
	N= 2822		N= 5049		N= 7871	
<b>Posiciones Libres:</b>	n	%	n	%	n	%
<i>Sentada</i>	1344	47.6	245	4.9	1589	20.2
<i>Semisentada</i>	372	13.2	105	2.1	477	6
<i>Acostada</i>	221	7.8	154	3.1	375	4.8
<i>Cuclillas</i>	150	5.3	29	0.6	179	2.3
<i>Decúbito lateral</i>	99	3.5	23	0.5	122	1.6
<i>Cuadrupedia</i>	68	2.4	20	0.4	88	1.1
<i>De pie</i>	35	1.2	2	0.04	37	0.5
<b>Posición Litotomía</b>	533	18.9	4471	88.5	5004	63.6

**Tabla 13**

## Data set intrapartum Modificada

**Instrumento: "Recolección de datos adaptado del ACNM Data set-Intrapartum Care"**

### **I. Información Sociodemográfica**

? Folio:

? Hospital: \_\_\_\_\_

? Año del parto

? Edad actual

? Pueblo originario \_\_\_\_\_

? Nacionalidad \_\_\_\_\_

### **II. Datos del Trabajo de Parto – Parto**

? **Fórmula**

**Obstétrica**  
**G P A**

? **Fecha de parto:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

? **Edad Gestacional Obstétrica:** \_\_\_\_\_semanas \_\_\_\_\_días

? **Ingesta alimentos durante Trabajo de Parto (T de P):**

1. No recibe alimentación vía oral
2. Recibe solo régimen líquido (agua, jugo, té, leche)
3. Recibe régimen liviano (postres de leche, sopa, frutas)

? **Hidratación parenteral durante T de P**

1. Si
2. No

? **Duración del Periodo de Dilatación**

\_\_\_\_\_horas \_\_\_\_\_minutos

**Tipo de Monitorización Cardíaca Fetal Intraparto**

1. Se realiza de manera Intermitente durante el trabajo de parto
2. Se realiza de manera continua durante todo el trabajo de parto

**Estado de las Membranas**

1. Acude con rotura prematura ovular
2. Se rompen de manera espontánea
3. Se rompen de manera artificial
4. Se mantienen íntegras hasta el período expulsivo

**Conducción del trabajo de parto**

1. Si
2. No

**Tipo de Conducción**

1. Sólo Rotura Artificial de membranas (RAM)
2. Sólo uso de Oxitocina
3. Sólo uso de Anestesia
4. RAM y oxitocina
5. RAM y anestesia
6. Oxitocina y RAM
7. Oxitocina y anestesia
8. Se utilizaron las tres metódicas

**Método de alivio del dolor**

1. Usó solamente manejo Farmacológico
2. Usó solamente manejo No farmacológico
3. Usó un manejo mixto (Farmacológico y No Farmacológico)

**Si el manejo del Dolor fue farmacológico indicar el tipo**

1. Epidural
2. Combinada

**Si el manejo del Dolor fue No farmacológico indicar el tipo**

1. Deambulación
2. Jacuzzi
3. Uso de hidroterapia
4. Musicoterapia
5. Calor local
6. Balón kinésico

7. Otro \_\_\_\_\_

**Deambulaci3n durante el T de P**

1. Si
2. No

**Acompa1amiento por persona significativa durante el T de P**

1. Si
2. No

**Acompa1amiento por persona significativa durante el per3odo expulsivo**

1. Si
2. No

**N3mero de tactos vaginales durante el T de Parto**

N3mero \_\_\_\_\_

**Uso del bal3n kin3sico**

1. Si
2. No

**Tipo de parto**

1. Vaginal Espont3neo
2. Vaginal Instrumentalizado (F3rceps)
3. Ces3rea

**Episiotom3a**

1. Si
2. No

**Desgarro perineal**

1. Si
2. No

**Grado de compromiso del Desgarro Perineal**

1. I Grado
2. II Grado
3. III Grado
4. IV Grado

☐ **Posición materna en el periodo expulsivo**

1. Sentada
2. semisentada
3. Litotomía
4. Lateralizada
5. De pie
6. cuclillas
7. Otra (especificar: rodilla, cuadrupedia, en agua, etc.)

☐ **Duración del Período Expulsivo**

\_\_\_\_\_ min.

### III. Datos Neonatales

☐ **Muerte fetal en el trabajo de parto/parto**

☐ **Muerte Neonatal post parto**

☐ **Apego Precoz Recién Nacido**

1. Si
2. No

☐ **Tiempo de duración Apego Precoz**

\_\_\_\_\_ minuto

☐ **Puntaje Apgar**

1 minuto

5 minutos

○ **Instalación Lactancia Precoz**

1. Si
2. No

☐ **Peso al nacer (gr):**

## Anexo: Aprobación comité ético-científico SS



Santiago, 06 de enero del 2020.

COMITÉ ETICO- CIENTÍFICO

SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE

Aprobación de protocolo y autorización para acceder a información contenida base de datos

Este Comité ha recibido solicitud del Matrón, Sr. Cristian Sierra, para realizar el estudio "Modelo de atención de nacimiento integral, caracterización de la población atendida en el pabellón Gineco-obstétrico y SAIP del Hospital Clínico la Florida entre los años 2016 y 2019." en el Centro, Hospital Clínico la Florida.

Este estudio, solo recolectar información de una base de datos y puede dar una información importante para mejorar la calidad de atención a pacientes.

**ESTE COMITÉ APRUEBA LA SOLICITUD PARA EL USO DE INFORMACIÓN CONTENIDA EN BASE DE DATOS EN EL ENTENDIDO QUE:**

- 1) Estas se revisarán dentro del recinto hospitalario
- 2) Se cumplirá con la obligación señalada en la carta compromiso entregada por el investigador y avalada por el jefe del Servicio. En forma especial el respetar, la confidencialidad y lo señalado con relación a no tomar contacto ni con pacientes, ni sus familiares, ya que ello requeriría de un Consentimiento Informado

Le solicitamos:

- 1) Con esta Acta obtener de la Dirección del Hospital la autorización para este estudio
- 2) Conservar toda la documentación en su poder por lo menos hasta tres años cerrado el estudio.
- 3) Informar a lo menos una vez al año de su marcha, como también de cualquier publicación o presentación a Congresos que de él se generen.
- 4) La validez de esta aprobación es por un año.



Dr. Patricio Michaud Ch  
Presidente  
Comité de Evaluación Ético Científico

Cc: Dirección Hospital  
Archivo



Av. Concha y Toro 3459 - Paradero 30, Vic. Mackenna - Teléfonos: 225762401 - 225765163 - Puente Alto