





Evolución de los resultados obstétricos y neonatales del modelo de atención liderado por matronas y matrones en el Hospital Clínico La Florida (2016-2019).

Evolution of obstetric and neonatal outcomes of the midwife-led birth care model at Hospital Clínico La Florida (2016-2019).

Cris Sierra-Antonelli¹ , Lorena Binfa-Esbir² ,
Gabriel Cavada-Chacón³ , Francisca Rosales-C.⁴ 

¹ Matrona, Académica Departamento Ciencias de la Salud, Universidad de Aysén, Chile.

² Matrona, Departamento Promoción de la salud de la mujer y recién nacido, Universidad de Chile, Chile.

³ Estadístico, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, Chile.

⁴ Matrona, Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz La Florida, Chile.

*Correspondencia Cris Sierra Antonelli, E-mail: cris.sierra@uaysen.cl

RESUMEN

Objetivo: describir la evolución de los resultados obstétricos y neonatales del modelo de atención liderado por matronas y matrones en el Hospital Clínico La Florida, entre los años 2016 y 2019.

Material y método: estudio observacional descriptivo con componente analítico, temporal y de corte transversal, que incluyó 10.784 partos simples. Se describieron resultados obstétricos y neonatales entre la atención en prepartos-pabellón y las Salas de Atención Integral del Parto (SAIP). Luego mediante regresión de Poisson se analizó la evolución de 15 variables obstétricas-neonatales a través de los años.

Resultados: en SAIP la tasa de cesáreas fue 6,4% frente a 27% del total del servicio. El 98% de las mujeres tuvo acompañamiento continuo, 81% utilizó posición libre en el parto y 67% inició lactancia precoz. Se observó una tendencia temporal favorable en el uso de intervenciones justificadas, aumento de uso del modelo SAIP a través de los años y mejora sostenida de prácticas centradas en la mujer y su recién nacido.

Conclusiones: el modelo SAIP liderado por matronas/es es eficaz y seguro, con bajos índices de cesáreas, prácticas humanizadas y óptimos resultados neonatales, cumpliendo estándares nacionales e internacionales.

ABSTRACT

Objective: to describe the evolution of obstetric and neonatal outcomes under the midwife-led birth care model at Hospital Clínico La Florida (SAIP) from 2016 to 2019.

Material and method: observational descriptive study with an analytical component. A total of 10,784 single births were analyzed. Outcomes from general Maternity care and SAIP were compared using Poisson regression for 15 obstetric-neonatal variables.

Results: cesarean rates were 6.4% in SAIP vs. 27% in the general Maternity unit. Continuous companionship was reported in 98% of SAIP cases, 81% of births used free position, and 67% achieved early breastfeeding. A sustained improvement in evidence-based, woman-newborn-centered practices was observed.

Conclusions: the SAIP model, led by midwives, is effective and safe. It demonstrates low cesarean rates, respectful care practices, and optimal neonatal outcomes, aligned with national and international quality standards.

Palabras claves: Parto humanizado, Matronería, Atención perinatal, Cesárea, Salud materna.

Key words: Humanized childbirth, Midwifery, Perinatal care, Cesarean section, Maternal health.

INTRODUCCIÓN

En América Latina y el Caribe, el modelo de atención obstétrica se ha caracterizado por una alta tasa de cesáreas y un uso excesivo de intervenciones durante el trabajo de parto, fenómeno conocido como sobremedicalización (1,2). Chile no escapa a esta tendencia, con cifras de cesáreas que superan el 45%, pese a que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda un rango de entre 10% y 15% (1). Las consecuencias de estas prácticas han sido ampliamente debatidas, tanto por su impacto clínico como por su repercusión en la experiencia de las mujeres durante el parto, reportando maltrato o mala atención en el proceso, así como uso excesivo de intervenciones que no se justifican (3).

Es por dichas prácticas que distintos organismos internacionales han generado recomendaciones sobre los cuidados maternos respetuosos (4), siendo 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 (5).

Como ejemplo de desarrollo destacan las midwifery led-care unit (MLCU) 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 esa nación, así como mantener una baja tasa de cesáreas en grupos de bajo riesgo atendidos por matronas (6).

En respuesta a este problema y necesidad, en 2016 el Hospital Clínico La Florida (HLF), ubicado en Santiago de Chile, implementó un modelo de atención del nacimiento liderado por matronas y matrones, basado en las recomendaciones de organismos internacionales como Federación internacional de Gineco-obstetricia (FIGO), la Confederación Internacional de Matronas (ICM), la Asociación Internacional de Pediatría (IPA) y la Organización Mundial de la Salud -OMS- (4,7,8,9).

Este modelo se operacionalizó a través de la creación de las Salas de Atención Integral del Parto (SAIP), diseñadas para favorecer el parto fisiológico, disminuir intervenciones innecesarias, fomentar el contacto piel con piel madre-bebé y la lactancia precoz, promoviendo una experiencia de parto positiva y respetuosa (10,11).

A diferencia de otros enfoques hospitalarios en la región, el modelo SAIP del HLF integra elementos del cuidado centrado en la mujer-gestante, incluyendo libertad de posición en el trabajo de parto y parto, acompañamiento continuo, acceso a métodos no farmacológicos para el alivio del dolor, analgesia del parto indicada por un profesional de la matronería, acceso a líquidos y ali-

mentos durante el trabajo de parto, contacto piel con piel inmediato con su recién nacido y apoyo en la lactancia precoz (12,13).

Bajo esta modalidad la gestante ingresa en trabajo de parto (con dilatación igual o mayor a 4 cm) a una SAIP. En ella es acompañada por una matrona o matrón en forma integral y es atendida durante el expulsivo y nacimiento por ese mismo profesional. Posteriormente, realiza su postparto inmediato, junto a su recién nacido y acompañante significativo a cargo del mismo profesional (salvo excepciones por cambio de turno durante el trabajo de parto).

En este modelo 1:1 (1 matrona en SAIP para 1 gestante en trabajo de parto/parto) el equipo de matronería ofrece a las gestantes, una serie de elementos no farmacológicos para el alivio del dolor durante este proceso, disponibles en la Institución (hidroterapia con agua tibia a través de ducha y tina de hidromasaje, aromaterapia -figura 1-, esferodinamia, calor local, masoterapia, libertad de movimiento, rebozo-manteo), junto a técnicas de relajación como ambientes con bajos estímulos -luz tenue, musicoterapia a gusto de la usuaria, privacidad, temperatura ajustable con climatización central. Estas prácticas buscan dar respuesta a los desafíos descritos por la literatura en torno a la calidad de la atención materno-neonatal en contextos de transición obstétrica avanzada, con apoyo y cuidados continuos-personalizados, como debería aspirar el modelo chileno nacional (12,13,14).

El modelo de atención del parto liderado por matronas y matrones se ha consolidado internacionalmente como una estrategia eficaz para promover un parto fisiológico, reducir intervenciones médicas innecesarias y mejorar la experiencia materna y neonatal (15).

En Chile, su implementación se ha fortalecido en el sistema público de salud a partir de iniciativas piloto SAIP, orientadas al cuidado humanizado y basado en la evidencia (12,13). Sin embargo, la evidencia nacional sobre los resultados obstétricos y neonatales asociados a este modelo aún es limitada. En este contexto, y considerando la escasa evidencia nacional publicada sobre modelos efectivos liderados por matronas en el sector público (12,13,14), el objetivo de este estudio fue describir la evolución de los resultados obstétricos y neonatales asociados al modelo de atención liderado por matronas y matrones (SAIP) en el Hospital Clínico La Florida, Chile, entre los años 2016 y 2019.

MATERIAL Y MÉTODOS

Lugar del estudio: la investigación se realizó en el servicio de pabellón-prepartos y SAIP (también denominada Maternidad) del Hospital Clínico Metropolitano La Florida Dra. Eloísa Díaz Insunza (HLF), ubicado en la comuna de La Florida, Región Metropolitana de Santiago, Chile. Este establecimiento es un hospital público de alta complejidad, con una capacidad anual cercana a los tres mil

partos en promedio, que cuenta con una unidad de neonatología para atención de recién nacidos de cualquier peso o edad gestacional.

Diseño del estudio: estudio observacional, descriptivo con componente analítico y temporal, de corte transversal y retrospectivo, que analizó partos simples (únicos, vivos o muertos) ocurridos entre mayo de 2016 y diciembre de 2019.

Población: se incluyeron todos los partos simples (únicos) ocurridos entre mayo de 2016 y diciembre de 2019 de usuarias de la comuna de La Florida o referidas por la red asistencial. Se excluyeron embarazos múltiples, pérdidas gestacionales menores a 22 semanas y usuarias con registros incompletos en las variables analizadas. La muestra final correspondió a 10.784 partos, de los cuales 3.014 (27,9%) fueron atendidos bajo el modelo SAIP.

Criterios de inclusión: se incluyeron 10.784 partos únicos registrados en el Hospital durante el periodo del estudio. La muestra consideró tanto partos ocurridos en SAIP (modelo liderado y atendido solo por matronas/es) como aquellos desarrollados en el modelo convencional (prepartos y pabellón obstétrico), estos últimos bajo una atención colaborativa entre matronas y matrones y médicos gineco-obstetras.

Las gestantes fueron clasificadas según criterios clínicos de riesgo institucionales del protocolo SAIP versión 001, que permite el ingreso a SAIP a las mujeres de bajo riesgo, quienes ingresen en trabajo de parto con dilatación igual o mayor a 4 cm, IMC bajo 40.1 y/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 a 4300 gramos e hipotiroidismo en tratamiento o control (11).

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 (11). Dichas gestantes fueron atendidas en prepartos y pabellón Gineco-obstétrico.

Variables estudiadas: se analizaron mediante medidas de frecuencia absoluta y relativa 22 variables agrupadas en obstétricas/perinatales y neonatales. De estas 22, se extrajeron 15 variables para evaluarlas a través de un mo-

delo de regresión lineal generalizado. Por la naturaleza de las variables y presentar una varianza robusta, se eligió el modelo de Poisson.

Recolección de datos: la información se extrajo de registros electrónicos institucionales y se estructuró con base en el instrumento Intrapartum Data Set adaptado por Binfa et al. (12).

Análisis estadístico: se realizó estadística descriptiva (frecuencias y porcentajes) y analítica (razón de tasas de prevalencia) con modelos de regresión de Poisson con ajuste de varianza robusta, para comparar resultados del modelo SAIP en forma temporal, tomando como base comparativa el año 2016. El análisis se efectuó en el software Stata® versión 16.0.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente en el año 2019 y respetó los principios de Helsinki.

RESULTADOS

Durante el periodo analizado se registraron 10.784 partos simples, de los cuales 3.014 (27,9%) se atendieron bajo el modelo SAIP. La tasa de cesáreas del servicio fue 27,0%, mientras que en SAIP alcanzó 6,4%.

La posición libre en el parto fue utilizada en el 81.1% de los nacimientos en SAIP y el acompañamiento continuo alcanzó un 98%. Se observó en SAIP, mayor acceso a líquidos y alimentos durante el trabajo de parto (95%), menor uso de hidratación parenteral, mayor uso de alivio no farmacológico (80%), mayor tiempo de contacto piel con piel madre-bebé (promedio 84.4 min) y menor proporción de intervenciones (episiotomía y oxitocina), pero mayor proporción de RAM (rotura artificial de membranas), descritos en la tabla 1. No se reportaron muertes maternas durante el periodo analizado. Se observó que, para ambos modelos, más de 90% de las usuarias acceden a métodos de alivio del dolor farmacológicos.

En los resultados neonatales, se presentaron diferencias favorables en SAIP: menor proporción de Apgar <7 al minuto (2,8% vs. 3,7%) y mayor proporción de lactancia precoz. Mientras que la mortalidad perinatal presentó un leve aumento en comparación al modelo preparto (considerando que las pérdidas gestacionales se atienden en SAIP y prepartos, con énfasis en SAIP ya que confiere mayor privacidad).

Se realizó una regresión de Poisson para analizar 15 variables obstétricas y neonatales en la Institución (SAIP+Prepartos-pabellón), considerando el año 2016 como grupo de referencia. En cuanto al tipo de parto, se observa una tendencia favorable hacia la reducción de intervenciones innecesarias, destacando una importante disminución de las cesáreas electivas en 2017, seguida de fluctuaciones posteriores sin alcanzar significancia en 2019. Las cesáreas de urgencia, sin embargo, evidenciaron incrementos significativos a través de los años.

Paralelamente, los partos vaginales prematuros mostraron descensos estadísticamente significativos en el análisis temporal. Se destaca el aumento en el uso de fórceps a través del tiempo, en un 19, 78 y 104% respectivamente para cada año de comparación respecto al 2016.

Los resultados respecto al régimen alimentario durante el trabajo de parto, detallan un cambio de un régimen restrictivo hacia uno normal para las gestantes en trabajo de parto al pasar los años, con un aumento significativo en la entrega de regímenes comunes durante el periodo de estudio.

En el ámbito de las prácticas de acompañamiento y alivio del dolor, se evidencia una estabilidad en el acompañamiento continuo, con coberturas superiores al 95% durante todo el periodo, y un incremento sostenido en la oferta de métodos no farmacológicos para el alivio del dolor, con aumentos significativos año a año.

La posición en el parto también experimentó cambios en el periodo de estudio: el uso de litotomía disminuyó de forma significativa, mientras que la adopción de la posición sentada aumentó significativamente.

En cuanto al uso de intervenciones clínicas, se destaca la reducción significativa en la administración de oxitocina y en la realización de episiotomías, contrastando con el aumento en el uso de RAM durante el periodo del 2019.

Finalmente, dos variables relevantes —tránsito por sala SAIP y lactancia precoz— reflejan de manera significativa el mayor uso y aplicación del modelo de atención liderado por matronas/es en la Institución. Los resultados descritos en la fig. 1, muestran un aumento sostenido y estadísticamente significativo en el tránsito por sala SAIP en comparación con el año base 2016 (tabla 2, variable tránsito por sala SAIP), con incrementos del 73% en 2017, 128% en 2018 y 115% en 2019, además con aumentos progresivos de lactancia precoz en un 32, 48 y 58% durante los mismos años de comparación.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Una de las variables más significativas de este estudio es el tránsito por SAIP, ya que constituye un indicador directo del grado de implementación y fortalecimiento del modelo de atención del parto liderado por matronas y matrones en la Institución. Este modelo, centrado en un enfoque humanizado, respetuoso de los derechos de las mujeres y basado en la evidencia, busca transformar las prácticas tradicionales mediante la disminución del intervencionismo innecesario (sobre medicalización) y la promoción del protagonismo de la gestante en su proceso de parto (4,6,13,14,15).

Esta evolución no solo refleja una reestructuración organizacional en favor de prácticas más seguras, centradas en la mujer-gestante, con baja tasa de cesáreas, evitando la sobre medicalización en el parto (16,17,18,19),

sino también la consolidación del rol profesional de las matronas/es como líderes en la promoción del parto normal y en el cuidado del proceso de nacimiento (20,21).

Además, este aumento sostenido da cuenta de un cambio cultural institucional que valida el enfoque de atención personalizada, continua y de respeto de la fisiología del nacimiento, propio del modelo de matronería el cual la OMS busca fomentar (21). En un contexto nacional y latinoamericano, donde la medicalización del parto ha sido predominante (3,12), el crecimiento progresivo del tránsito por SAIP se traduce en una mejora concreta en la calidad del cuidado, en el eventual aumento de satisfacción usuaria y en la protección de los derechos reproductivos (4,5).

En suma, esta variable no solo evidencia una transformación cuantificable en los procesos asistenciales, sino que representa una manifestación tangible del avance hacia un modelo de atención más equitativo, digno y basado en el respeto a la fisiología del parto, reafirmando la trascendencia del liderazgo de las matronas y matrones en los servicios de salud sexual y reproductiva.

Los hallazgos indican que el modelo SAIP, liderado por matronas y matrones, logró mantener una baja tasa de cesáreas (6,8,15), promover prácticas respetuosas y optimizar los resultados neonatales, en línea con las recomendaciones de la OMS y otras organizaciones internacionales (7,12,13,14,16,17). Además, la alta proporción de partos en posición libre, contacto piel a piel, acceso a alimentación e hidratación oral en trabajo de parto, acompañamiento continuo y lactancia precoz reflejan un cambio estructural hacia un modelo más centrado en la mujer y su neonato (2,3,7,18,19) que se contrasta con el panorama nacional reportado por Binfa et al (12), evidenciando una transición hacia prácticas más acordes con la evidencia actual y los derechos de las mujeres en el proceso (4,13,15).

La disminución progresiva de intervenciones, como el uso de oxitocina y episiotomía, ambas prácticas con amplio debate internacional sobre la recomendación en su disminución, tanto de indicación como frecuencia (2,3,12), demuestran una mejora progresiva en sus indicadores, sugiriendo viabilidad y aceptabilidad institucional y usuaria (6,8,9,10,16).

Este modelo no solo evidencia mejoras en la calidad de la atención, sino también en la continuidad del cuidado, alivio del dolor, protección de los derechos de la mujer y las medidas que favorecen el desarrollo y adaptación de los recién nacidos respecto a favorecer el contacto piel con piel y la lactancia precoz, elementos fundamentales para la salud materno-infantil (18,19,20). Esta última tendencia subraya el rol protagónico del personal de matronería en la promoción de estrategias respetuosas y centradas en la mujer-gestante durante la experiencia del parto.

Los resultados, descritos en la tabla 2, y la evolución del modelo (fig.2) permiten evaluar la implementación de políticas institucionales en el Hospital de la Florida como

modelo de referencia, otorgando además evidencia concreta del aporte de la matronería en la transformación del modelo obstétrico hacia uno más respetuoso, seguro y centrado en las necesidades de las mujeres y sus recién nacidos, con liderazgo efectivo y autónomo de las matronas y matrones en dichos procesos, en concordancia con el modelo de cuidados de partería liderado por matronas/es propuesto por la OMS (15).

Entre las limitaciones del estudio, se reconoce su diseño retrospectivo, unicéntrico y cuya obtención se realizó a través de una base de datos secundaria, adaptada a la data set intrapartum, lo que restringe la generalización de los resultados a la población Nacional. No obstante, el tamaño muestral y la calidad de los registros fortalecen la validez interna.

Se concluye que en SAIP, la atención integral del parto lideradas y gestionadas por matronas y matrones, 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 durante el periodo analizado. Además, la evolución de los cuidados maternos y neonatales brindados por matronas y matrones (como acceso a alimentación e hidratación oral en el trabajo de parto, alivio no farmacológico del dolor, posición libre en el parto, lactancia precoz), el bajo uso de intervenciones de rutina y el aumento del acceso a SAIP con el paso de los años, permite determinar un progreso favorable del modelo.

Esta evolución positiva de los resultados obstétricos permitió un mayor uso de las SAIP, siendo estas variables a nivel obstétrico-neonatal las que aumentan su cobertura a través del tiempo, representando una mejoría y evolución significativa en la calidad que brinda el Hospital de La Florida a la población de referencia y un modelo ejemplar para la implementación del modelo SAIP en otras Maternidades. Se recomienda considerar este modelo como ejemplo replicable en otros hospitales públicos del país y la región Latinoamericana, para evitar la sobre medicalización del parto y promover las experiencias positivas del nacimiento lideradas por Matronas/es (15,16,17,20,21).

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos profundamente a todas las mujeres, gestantes y familias que confiaron su experiencia de parto al equipo del Hospital Clínico La Florida. Reconocemos a las matronas y matrones de la unidad SAIP y Pabellón Gineco-obstétrico, a los equipos de gineco-obstetricia y neonatología y, también, a la dirección del hospital. Agradecemos al Comité de Ética del Servicio de Salud Metropolitan Sur Oriente por su orientación en esta investigación.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de ninguna agencia de financiación en los sectores público, comercial o sin fines de lucro.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

- **Conceptualización:** Cris Sierra-Antonelli, Lorena Binfa-Esbir, Gabriel Cavada-Chacón
- **Curación de datos:** Cris Sierra-Antonelli, Gabriel Cavada-Chacón
- **Análisis formal:** Cris Sierra-Antonelli, Gabriel Cavada-Chacón
- **Investigación:** Cris Sierra-Antonelli, Lorena Binfa-Esbir
- **Metodología:** Cris Sierra-Antonelli, Lorena Binfa-Esbir, Gabriel Cavada-Chacón
- **Administración del Proyecto:** Cris Sierra-Antonelli, Lorena Binfa-Esbir
- **Recursos:** Cris Sierra-Antonelli, Gabriel Cavada-Chacón
- **Software:** Cris Sierra-Antonelli, Gabriel Cavada-Chacón
- **Supervisión:** Cris Sierra-Antonelli, Lorena Binfa-Esbir, Gabriel Cavada-Chacón
- **Validación:** Cris Sierra-Antonelli, Lorena Binfa-Esbir, Gabriel Cavada-Chacón
- **Visualización:** Cris Sierra-Antonelli
- **Escritura - borrador original:** Cris Sierra-Antonelli, Lorena Binfa-Esbir, Gabriel Cavada-Chacón
- **Escritura - revisión y edición:** Cris Sierra-Antonelli, Lorena Binfa-Esbir, Gabriel Cavada-Chacón, Francisca Rosales

REFERENCIAS

1. **World Health Organization.** WHO statement on caesarean section rates. Geneva: WHO; 2015 [Internet]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/161442>
2. **Binfa, L.; Crocco, P.; Figueroa, C.; Merino, C.; Neira, R.; Troncoso, P.; Pantoja, L. y Sadler, M.** (2022). La sobre medicalización del Parto y Nacimiento en Chile. Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Chile, Santiago.
3. **Binfa L, Pantoja L, Ortiz J, Cavada G, Schindler P, Burgos RY, Maganha EM, et al.** Midwifery practice and maternity services: a multisite descriptive study in Latin America and the Caribbean. *Midwifery.* 2016;40:218-25. doi:10.1016/j.midw.2016.07.010
4. **International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO).** Mother-baby friendly birthing facilities. *Int J Gynaecol Obstet.* 2015;128:95-9.

- 5. Gobierno de República Dominicana, INSALUD, UNICEF.** 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. Santo Domingo: UNICEF; 2019 [Internet]. Disponible en: <https://www.unicef.org/dominicanrepublic/media/4961/file/Orientaciones%20t%C3%A9cnicas%20para%20la%20Atenci%C3%B3n%20Obst%C3%A9trica%20y%20Neonatal%20-%20PUBLI-CACI%C3%93N.pdf>
- 6. Hanahoe M.** Midwifery-led care can lower caesarean section rates according to the Robson ten group classification system. *Eur J Midwifery*. 2020 [Internet]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7839114/>
- 7. International Pediatric Association (IPA).** Declaración sobre la lactancia materna. 2009 [Internet]. Disponible en: https://www.ipa-world.org/uploadedbyfck/Breast_Feeding.pdf
- 8. Miller S, Ábalos E, Chamillard M, et al.** Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet*. 2016;388(10056):2176–92.
- 9. International Confederation of Midwives (ICM).** Essential competencies for midwifery practice. The Hague: ICM; 2024 [Internet]. Disponible en: Essential Competencies for Midwifery Practice | International Confederation of Midwives
- 10. National Institute for Health and Care Excellence (NICE).** Intrapartum care for healthy women and babies. NICE guideline NG235; 2023 [Internet]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235>
- 11. Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz I.** La Florida. Protocolo manejo integral SAIP 001. Resolución exenta 0738, Servicio de Salud Metropolitano Suroriente; [Internet]. Disponible en: <https://www.hospitalaflorida.cl/salas-de-atencion-integral-de-parto-saip/>
- 12. 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 [Internet]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27060401/>
- 13. Lavanderos S, Díaz-Castillo C.** Recomendaciones basadas en la evidencia para alcanzar un parto respetado. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2021;86(6):563–72. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262021000600563 doi:10.24875/rechog.m21000034
- 14. Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Gobierno de Chile.** Chile Crece Contigo [Internet]. [citado 2023 nov 20]. Disponible en: <https://www.crececontigo.gob.cl/acerca-de-chcc/que-es/>
- 15. World Health Organization.** Transitioning to midwifery models of care: global position paper. Geneva: WHO; 2024 [Internet]. Disponible en: [9789240098268-eng.pdf](https://www.who.int/publications/m/item/transitioning-to-midwifery-models-of-care-global-position-paper)
- 16. Souza J, Betran AP, Dumont A, et al.** A global reference for caesarean section rates (C-Model): a multicountry cross-sectional study. *BJOG*. 2016;123:427–36. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26259689/>
- 17. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM).** Safe prevention of the primary cesarean delivery. *Obstetric Care Consensus No. 1*. Washington (DC): ACOG; 2014 [Internet]. Disponible en: Safe prevention of the primary cesarean delivery - PubMedprimary-cesarean-delivery
- 18. Tunçalp Ö, Were WM, MacLennan C, Oladapo OT, Gülmezoglu AM, Bahl R, et al.** Quality of care for pregnant women and newborns: the WHO vision. *BJOG*. 2015;122(8):1045–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25929823/>
- 19. World Health Organization.** WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO; 2018 [Internet]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/260178>
- 20. International Childbirth Initiative (ICI), FIGO.** La iniciativa internacional del parto. London: FIGO; 2019 [Internet]. Disponible en: <https://www.figo.org/es/news/lanzamiento-de-la-iniciativa-internacional-de-parto-ici>
- 21. Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, et al.** Global epidemiology of use and disparities in caesarean sections. *Lancet*. 2018;392(10155):1341–8. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31928-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31928-7/fulltext)

ANEXOS

Tabla 1. Resultados Obstétricos y neonatales según modelo de atención, Hospital Clínico La Florida, 2016–2019. / Obstetric and neonatal outcomes according to model of care, Hospital Clínico La Florida, 2016–2019.

Resultados Obstétricos y perinatales	Modelo SAIP ^a (n=3014)		Modelo Parto-Pabellón (n=7770)		Total Servicio (n=10784)	
	N	%	N	%	N	%
Cesáreas	192	6.4	2721	35	2913	27
o Normal	2637	87.5	4704	60.5	7341	68.1
Fórceps	185	6.1	345	4,5	530	4.9
Acceso a nutrición en labor de parto (Gestantes que consumen alimentos y/o agua)						
	2853	94.6	5251	67.4	8104	75.1
Según Régimen						
-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
Hidratación parenteral en trabajo de parto						
Si	2745	91	7320	94.1	10065	93.3
No	269	8.92	450	5.8	719	6.6
Acompañamiento en trabajo de parto y parto (%)						
Si	2956	98	7385	95	10341	95.9
No	59	2	385	5	443	4.1
Tipo de alivio del dolor (%)						
-Farmacológico	2745	91	7320	94.2	10065	93.3
-No farmacológico	2404	79.7	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
Contacto piel con piel -apego- madre-bebé en minutos (Promedio y DE)						
	84.4 min (DE 44.4)		30.8 min (DE 24)		45.7 min (DE 39.3)	
Muerte Materna (n)						
	0		0		0	
Muerte Perinatal (EG^b = o > 22 semanas)						
	n= 3014		n= 7770		n= 10784	
	52	1.7	37	0.5	89	0.8
Muerte fetal en embarazos de término (= o > 37 semanas)						
	n= 2939		n= 6244		n= 9361	
	12	0.4	12	0.18	24	0.25

Posición materna durante el parto	n= 2822		n= 5049		n= 7871	
Posición libre (sentada, semisentada, cuclillas, 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

Notas: ^a SAIP= salas de atención integral del parto, ^b EG= edad gestacional, ^c RAM= rotura artificial de membranas

Tabla 2. Evolución temporal ocupando modelo de Poisson en 15 variables obstétricas-neonatales, Hospital Clínico La Florida, 2016–2019. / Temporal trend using Poisson model in 15 obstetric–neonatal variables, Hospital Clínico La Florida, 2016–2019.

Resultados obstétricos y neonatal por año	N eventos	% eventos	RTP ^a	p-value	IC
Cesárea electiva					
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
Cesárea urgencia					
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
Parto normal de término					
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
Parto vaginal prematuro					
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
Forceps					
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

Resultados obstétricos y neonatal por año	N eventos	% eventos	RTP ^a	p-value	IC
Régimen Común					
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
Régimen Liviano					
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
Régimen Líquido					
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
Régimen cero					
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	- 1.17
Acompañamiento en trabajo de parto y parto					
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	- 1.14

Resultados obstétricos y neonatal por año	N eventos	% eventos	RTP ^a	p-value	IC
Uso oxitocina en trabajo de parto					
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
Uso de RAM ^b en trabajo de parto					
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
Uso de episiotomía					
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
Tránsito por sala SAIP ^c					
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
Lactancia precoz					
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

Nota: a RTP= razón de tasa de prevalencias, b RAM= rotura artificial de membranas, c SAIP= salas de atención integral del parto

Imagen 1. Matrona en el Hospital de la Florida prepara aromaterapia para ser aplicada en una gestante en trabajo de parto, que ingresa a SAIP del sistema de salud público chileno/ Midwife at La Florida Hospital prepares aromatherapy to be applied to a woman in labour entering SAIP (Midwifery led care unit) within the Chilean public health system.

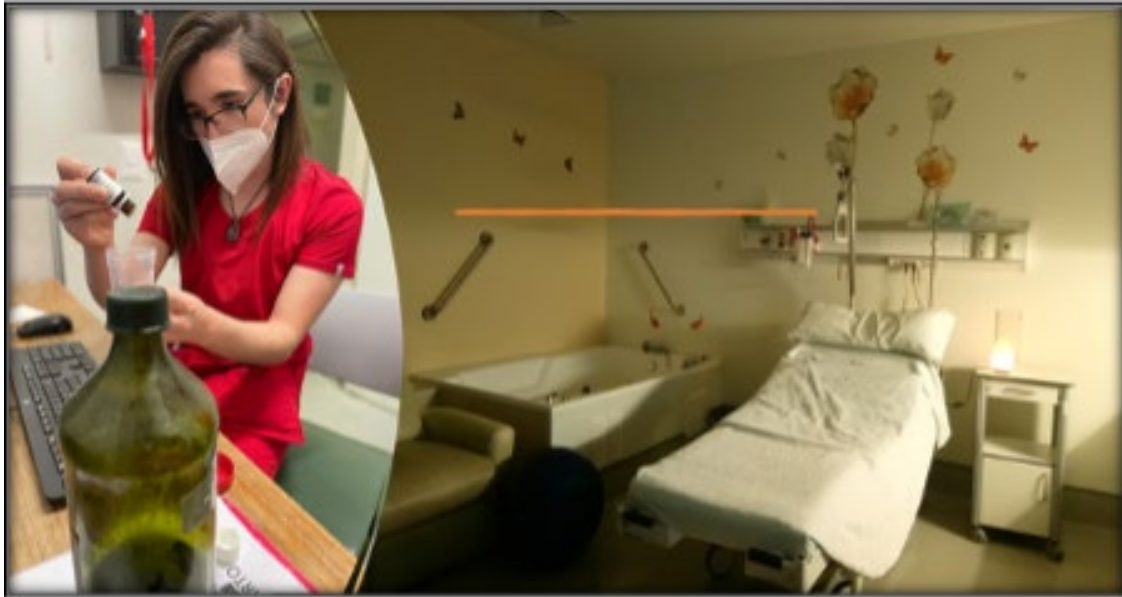


Imagen 2. Evolución del uso del modelo SAIP en la Maternidad HLF (2016–2019) / Evolution of SAIP use in HLF maternity (2016–2019).

