

Artículo de Investigación

Modelo de asistencia integral del parto: Concepto de integralidad basado en la calidad y seguridad.

Claudia Uribe T. ^{1,a}, Aixa Contreras M.², Paulina Bravo V. ^{1,3b}, Luis Villarroel del Pino.
^{4,c}, Fernando Abarzúa C.⁵

¹Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

²Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (hasta el año 2016)

³School of Social Sciences, Cardiff University, UK

⁴Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

⁵Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (durante el período de la investigación)

^aEnfermera matrona. MG. PhD Cuidado en Salud

^bEnfermera. PhD

^cEstadístico. PhD estadística

RESUMEN

Introducción: A nivel internacional existe un interés por disminuir el uso excesivo de tecnologías durante el parto, inclinándose hacia el desarrollo de modelos de atención personalizados y respetuosos. Chile concentra una de las tasas de cesáreas más altas en la región, muchas de ellas sin justificación clínica. En este contexto, un proyecto FONDEF desarrolló y probó un modelo de asistencia integral del parto (MASIP), considerando la participación activa de la mujer y familia y menos intervenciones innecesarias.

Objetivo: evaluar la efectividad de MASIP en comparación con el cuidado estándar del parto.

Metodología: A través de un diseño experimental aleatorizado y controlado, se compararon los resultados de calidad y seguridad de MASIP con la modalidad habitual de asistencia del sistema público en Santiago de Chile, para la población de embarazadas de bajo riesgo.

Resultados: MASIP resultó ser más efectiva que la asistencia tradicional en términos de calidad con los indicadores de bienestar materno, disminución de medidas de conducción y de atención de parto innecesarias. La frecuencia de cesárea disminuyó durante el período del estudio en ambos grupos, en comparación con un registro histórico de la misma población. En términos de seguridad, los indicadores mantuvieron el estándar alcanzado en las últimas décadas en ambas modalidades, pese a que el modelo integral se caracteriza por tener menos intervención.

Conclusión: MASIP es un modelo seguro y de mejor calidad para mujeres de bajo riesgo del sistema público de Chile que el cuidado estándar. Intervenciones futuras para mejorar la experiencia de las mujeres y familias, deben incluir en su diseño los componentes de MASIP.

PALABRAS CLAVE: Nacimiento; asistencia integral; maternidad segura; calidad; bienestar materno; salas de parto.

ABSTRACT

Introduction: Worldwide there is a need to reduce the use of excessive technology during childbirth. Consequently, there is an interest to develop respectful and personalized models of care. Chile has one of the highest C-section rates in the region, many of which are not needed. A FONDEF project developed and tested a comprehensive health care model in childbirth (MASIP), considering active participation of women and families and less unneeded clinical interventions.

Objective: to evaluate the effectiveness of MASIP in comparison with standard care.

Methods: a randomized controlled experiment was conducted in one public hospital in Santiago Chile. Two arms were compared: MASIP vs. standard care. Low obstetric risk women were included. Variables of interest included quality and safety measures.

Results: MASIP had better quality results, such as maternal wellbeing and less clinical interventions. During the study c-section was lower in both arms in comparison to a historical record of the same population. Safety outcomes were similar in both arms.

Conclusion: MASIP is as safe as the standard care but it has better quality of care. Interventions to improve users' satisfaction and experience should consider the components of MASIP.

KEYWORDS: Childbirth; comprehensive health care; maternity safety; quality care; maternal wellbeing; delivery rooms.

INTRODUCCIÓN

Hasta la década del 90 la atención hospitalaria del parto se asociaba a una reducción de las tasas de morbi-mortalidad materna-perinatal y a la intervención del proceso (1,2). Este tipo de atención como alternativa segura y con profesionales calificados, limitaba a la mujer a periodos de tiempo en soledad y sometida a múltiples y a veces innecesarias tecnologías de conducción del parto. Paralelamente, en el mundo aumentaba significativamente la tasa de cesáreas, posicionando a Chile (3) muy por encima de la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (4) Frente a este escenario de sobremedicalización, surgió la necesidad de recobrar el proceso del parto personalizado y respetuoso, apareciendo iniciativas para mejorar la calidad y personalizar la asistencia del nacimiento (5).

Si bien es cierto, al inicio del nuevo milenio ya existían, a nivel global, iniciativas de parto natural y personalizado (6), estos se implementaron fuera del contexto hospitalario, lo que implicó un riesgo al no tener acceso inmediato a la atención de complejidad (7,8). Por ello, la solución a la sobremedicalización debía entenderse desde una mirada de integralidad de la atención del parto.

El concepto "integral" procedente del latín *integralis*, una propiedad de lo que es total o global. Desde esta perspectiva, el cuidado integral propuesto para el nacimiento (9) debe comprender y relacionar

4 ideas centrales: seguridad, calidad, cultura y costos asociados al parto (figura 1)

La seguridad en el parto de acuerdo a la United Nations Children's Fund (UNICEF), ha tomado fuerza en esta última década en Latinoamérica (10,11) para mejorar los indicadores de salud materna-perinatal en el embarazo y parto. Una asistencia del parto segura es aquella en la que se mantiene el estándar de salud materno-fetal, así como la detección oportuna de las potenciales complicaciones. Considerando que Chile posee indicadores de salud materna-perinatal satisfactorios (12), cualquier intervención para disminuir la sobremedicalización del parto debe al menos, mantener los parámetros de seguridad alcanzados en las últimas décadas.

Si bien la calidad en el nacimiento no ha sido claramente definida, todas las iniciativas para un parto respetuoso, según lo propuesto por la OMS (13), han ido destacando, como indicadores de calidad al bienestar y satisfacción con el trato, los procedimientos, el entorno físico, y la reducción del parto quirúrgico (14). En este contexto de un cuidado del parto seguro y de calidad, la cultura organizacional debe estar alineada con estos principios y las correspondientes recomendaciones (15), optimizando al mismo tiempo el uso de los recursos destinados a la atención.

En el marco de un proyecto FONDEF, que desarrolló y probó un modelo de atención integral del parto este artículo presenta la evaluación de

efectividad del MASIP en base a los principios de calidad y seguridad.

METODOLOGÍA

El proceso de ejecución se efectuó en dos etapas:

1) Desarrollo del MASIP: incluyó tres tecnologías específicas que fueron desarrolladas durante el 2009; modelo innovador de asistencia y cuidado; concepto arquitectónico de sala integral; programa de capacitación continua del personal involucrado. El modelo MASIP fue desarrollado a partir de la revisión de la literatura; de métodos cualitativos para recogida de información, tanto a usuarios como profesionales (grupos focales y entrevistas a profesionales claves); y principalmente, a partir del diagnóstico de bienestar materno recogido con la Escala Bienestar Materno en Situación de Parto (BMSP) (16)

2) Evaluación de efectividad de MASIP: Para esta etapa se utilizó un diseño experimental-controlado-aleatorizado durante los años 2010 y 2012 en el Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río (CASR).

Grupos de estudio

Grupo control: modalidad estándar (ME), o habitual con conducción activa del parto (anestesia, amniotomía y aceleración oxitócica). El parto era compartido por otras mujeres, la atención del expulsivo se realizaba con el estándar quirúrgico y en presencia del acompañante, mientras que la recuperación y puerperio, en otra dependencia y alta a las 48 hrs.

La matrona fue el profesional responsable de la conducción y la asistencia del parto. El médico obstetra intervenía de manera intermitente para evaluar el proceso. ME disponía de un anestésista de turno para el manejo del dolor en el parto y en la sala de parto y pabellón, asimismo, la presencia del neonatólogo y de la matrona para la valoración y atención neonatal.

Grupo estudio: modalidad de asistencia integral del parto (MASIP) proponía menor intervención y más acompañamiento profesional. Todo el proceso ocurría en la misma sala y en presencia de la familia hasta el momento del alta precoz (a partir de las 24 horas). La sala integral diseñada y acondicionada, proponía un ambiente "hogareño", con una cama clínica adaptable a todas las fases del parto diseñada por el equipo UC (Patente Registro INAPI N 52048). Consideraba una tina de hidromasaje exclusivamente para el alivio del dolor

para la primera fase, utilizando un monitor inalámbrico sumergible en agua, para cumplir tanto con la vigilancia fetal, como con el bienestar materno. El expulsivo en agua no se prescribía en este modelo (17)

MASIP fomentaba la participación activa de la mujer, el apoyo de su pareja-familia y el uso de técnicas integrativas para el alivio del dolor y progreso del trabajo de parto.

La matrona fue el profesional responsable del cuidado continuo entregando guía y apoyo desde el ingreso hasta el momento del alta precoz, asistiendo también el momento del nacimiento. En caso de complicaciones, la mujer y su hijo eran trasladados a la ME (intención de tratar).

Debido a que los profesionales y participantes usuarios conocieron al ingreso la modalidad a la que habían sido asignados, no fue posible enmascarar la asignación.

Ambas modalidades de asistencia se realizaron en espacios físicos independientes, pero en el mismo hospital y con acceso común al pabellón. El equipo de matronas y técnicos trabajaban de manera independiente para cada modalidad, mientras que el equipo médico intervenía en ambas modalidades en presencia de riesgo o complicación.

Anticipando la posibilidad de contaminación de ambos grupos por conducta obstétrica médica y decisión de tipo de parto, se consideró en el diseño, previo a la etapa experimental, un estudio observacional del registro de parto durante el año 2009-2010 en una población similar. Esto, con la finalidad de comparar el resultado basal con el obtenido de la etapa experimental. Este tercer grupo de comparación, sólo para la variable tipo de parto, se denominó control histórico basal (CHB).

El universo correspondió a embarazadas-usuarias de salud del área sur-oriente de Santiago, con embarazo deseado y de curso fisiológico. Las embarazadas de riesgo, con vigilancia materna-perinatal especial, fueron excluidas de este estudio. Los criterios de inclusión se muestran en la tabla 1

Las embarazadas reclutadas fueron asignadas al azar a uno de dos sistemas de atención profesional del parto. Todas contaban con un acompañante significativo para participar del parto y accedieron a firmar el Consentimiento Informado aprobado por el Comité Ético Científico del SSMSO. El tamaño muestral, estimado en base a la variable dependiente "incidencia de cesárea," correspondió a 1200 embarazadas. Estos cálculos se realizaron para encontrar diferencias significativas con $\alpha = 5\%$ y

potencia $1-\beta = 80\%$, asumiendo que se encontraría una disminución de 6 puntos porcentuales en la incidencia de cesáreas en el grupo MASIP(9%) respecto al grupo ME(15%)

Variables en estudio

Para el principio de calidad se consideró el nivel de bienestar materno, con la escala BMSP2 (18); medidas de conducción del proceso y resolución del parto. Para la seguridad se consideró frecuencia de complicaciones maternas-perinatales.

Análisis estadístico: Las variables numéricas fueron descritas en términos de promedio y desviación estándar, y las categóricas se presentaron como número de casos y porcentajes. Se utilizó test χ^2 de Pearson para comparar porcentajes y test-t Student para muestras independientes para comparación de promedios.

La asociación lineal entre variables numéricas se determinó mediante correlación muestral de Pearson o correlación por rangos de Spearman, según si las variables involucradas en la asociación tenían o no origen ordinal.

Se consideró significativo todo valor $p \leq 0,05$. Los análisis se hicieron con el programa SAS 9.1 para Windows.

RESULTADOS

Participantes: De la muestra estimada inicialmente de 1200 participantes, fueron reclutadas 1044 embarazadas. Considerando los casos mal reclutados y perdidos para el registro "Tipo de Parto", se constituyó una muestra final de 1029; 520 asignadas a grupo MASIP y 509 al grupo ME, (ver algoritmo de reclutamiento, intervención y seguimiento en figura 2)

Las variables sociodemográficas (tabla 2) demuestran que los grupos experimental y control se conformaron homogéneamente por asignación aleatoria.

La edad promedio alrededor de los 24 años fue similar en ambos grupos. Las variables paridad, escolaridad, y situación de pareja distribuyeron de manera similar en ambos grupos.

Las mujeres ingresaron en una fase del trabajo de parto (dilatación cervical) similar en ambos grupos.

Efectividad de MASIP: Respecto de las variables en estudio, las referidas a calidad se resumen en las tablas 3 y 4 y las que reportan seguridad se detallan en la tabla 5,

Variables de calidad

Nivel de bienestar materno: considerado el indicador más importante en calidad, reveló la percepción de bienestar y su relación con tres aspectos: el trato profesional y el cuidado otorgado; ambiente físico; oportunidades de soporte social. Considerando un máximo alcanzable de 235 puntos, el nivel óptimo de bienestar (sobre 200 puntos) reportó en una frecuencia significativamente mayor en el grupo MASIP vs el ME. El nivel de menos bienestar se concentró de manera significativa en el grupo ME.

Las medidas de conducción propias de la asistencia con intervención, estuvieron presentes en ambas modalidades pero con una diferencia significativamente menor en el grupo MASIP. Cuando fueron consideradas necesarias para mejorar la progresión del trabajo de parto en MASIP, ocurrieron a los 8 cm. promedio de dilatación, mientras que en el grupo ME, estas se realizaron generalmente de rutina y a los 6 cm. en promedio.

Otro hallazgo importante fue la percepción de disponibilidad de anestesia, según la Escala BMSP2. Aun cuando, en el grupo MASIP 227/529 mujeres prescindieron de anestesia peridural, un 60% reportó (en acuerdo-en total acuerdo) que pudo disponer de anestesia si lo hubiese requerido; mientras que en el grupo ME, 76/509 mujeres que no recibieron anestesia, la percepción de disponibilidad anestésica fue de un 23% ($p < 0,0001$).

El resultado del tipo de parto, como indicador de calidad, reveló que en el grupo MASIP la frecuencia de partos vaginales sin episiotomía fue significativamente mayor que lo ocurrido en el grupo ME. Respecto del parto quirúrgico, se demostró que la frecuencia, tanto de la cesárea como la del fórceps, disminuyó de manera similar en ambos grupos, no obstante, de manera significativa respecto al grupo control-histórico-basal (CHB)

Variables de seguridad

Las complicaciones maternas-fetales y neonatales del proceso de parto (indicadores de seguridad), detalladas en la tabla de seguridad, revelan que estas ocurrieron de manera homogénea en ambos grupos. No obstante lo anterior, algunas relacionadas con la respuesta neonatal inmediata presentaron diferencias significativas entre ambos grupos. Tal es el caso de los requerimientos de oxígeno libre y de ventilación a presión positiva que se observaron en una baja frecuencia, pero significativamente menor en MASIP, respecto a lo observado en ME ($p < 0,005$).

DISCUSIÓN

Este estudio evaluó la efectividad de un modelo de asistencia integral del parto para un hospital público en aspectos de calidad y seguridad. En Chile, el modelo convencional de atención profesional de parto (ME), ha demostrado ser seguro y de alta competencia técnica, con cifras de morbimortalidad maternas-perinatales comparables con los países desarrollados (12), no obstante, reportando altas cifras de intervencionismo, particularmente con la cesárea. El modelo evaluado en este estudio (MASIP), o “centro de parto alternativo”, según otros autores (19), resultó ser un modelo focalizado en la calidad, manteniendo los estándares de seguridad de los modelos de alta intervención.

Como es de esperar, en situaciones de bajo riesgo (20), la mayoría de las cifras de complicaciones materno-fetales y neonatales se mantuvieron bajas en ambos grupos de comparación, en términos de eventos adversos serios que pusieran en riesgo a la madre e hijo(a). De las diferencias identificadas, las más relevantes se relacionan con mejor status de salud neonatal en período inmediato en la modalidad integral, concordante con otros estudios que promueven iniciativas de parto personalizado y con menos intervención (21), sin embargo, acogiendo las actuales recomendaciones de la OMS para la experiencia positiva del parto (15), en escenarios de seguridad (7).

Desde la perspectiva de la calidad, el acompañamiento familiar y el cuidado profesional enfocado en el “buen trato” se constituyen en ejes fundamentales en esta propuesta para aportar al bienestar (18) y al experiencia positiva del parto y nacimiento (15). El nivel de bienestar materno óptimo se reporta con una significativa diferencia a favor de MASIP respecto de ME. Por el contrario, y coincidente con otro estudio realizado en Chile donde las mujeres, aun reconociendo competencias técnicas de los profesionales de modelos convencionales, reportaban un alto porcentaje de malestar relacionado al trato percibido (22).

Con respecto a los resultados referidos a las medidas de conducción y alivio del dolor, podría interpretarse que la baja frecuencia de anestesia en MASIP se debió a la privación de este beneficio. Sin embargo, al analizar al interior de la escala de bienestar (18) el reporte del ítem relacionado con la disponibilidad de anestesia fue categóricamente positivo y significativamente mayor en las mujeres de MASIP, comparado con lo reportado en ME. Esto

coincide con otros estudios a nivel mundial en los que se demuestra que los requerimientos de anestesia son menores en los grupos de mujeres de centros de atención integral (23)

Al observar el impacto que puede tener un modelo integral del nacimiento en el tipo de parto las cifras muestran que esta no influye respecto de la cesárea de bajo riesgo. Esto se explica, en este estudio, por el fenómeno de contaminación entre ambos grupos, principalmente porque la decisión del tipo de parto es de resorte médico. En ambos grupos cuyo staff de obstetras era el mismo, la intención general de disminuir la cesárea en un contexto de investigación, resultó en una disminución similar, aunque significativa, con respecto a lo reportado en la etapa previa a la implementación. El impacto, en esta etapa experimental, se visualiza finalmente en la escasa disminución en la cifra de los fórceps y en la mayor frecuencia de expulsivos detenidos en ME en comparación con MASIP.

Se concluye, entonces, que la mujer embarazada de bajo riesgo puede ser asistida con la mínima intervención, sin que esto impacte negativamente en los resultados de morbimortalidad, logrados hasta ahora. Por el contrario, desde una perspectiva más teórica, puede definirse como modelo de asistencia integral del parto, aquel que asegure armónicamente los estándares de calidad y seguridad. MASIP, enmarcado en la visión que lo direccionó “mejores nacimientos para Chile”, es un modelo testeado y validado como sistema integral, ya que aporta directamente en el bienestar de los usuarios, medidas de intervención adecuadas y oportunas, y seguridad a la altura de modalidades de atención de mayor complejidad.

AGRADECIMIENTOS

Esta iniciativa no habría resultado posible sin el trabajo colaborativo y mancomunado de nuestra Institución Universitaria con la Dirección del SSMSO y el CASR; con el compromiso y acogida de la Matrona Jefe, Jefatura Médica, Matrona Supervisora y Jefes de turno de la Sub Dirección de la Mujer durante ese período. Agradecimientos a todo el equipo técnico-profesional, cuyas matronas y técnicos de nivel superior participaron activa y comprometidamente con todo el proceso, y en especial a las usuarias y familias que depositaron la confianza en el equipo profesional de investigación accediendo voluntariamente a ser parte de este desafío.

REFERENCIAS

1. Sadler M. Guía para profesionales de atención de salud Re-Visión del Parto Personalizado: herramientas y experiencias en Chile. 2009.
2. Valenzuela M-T, Uribe C, Contreras A. Modalidad integral de atención de parto y su relación con el bienestar materno. *Index Enferm.* 2011;20(4):243–7.
3. Guzmán E. Epidemiological profile of caesarean section in Chile in the decade 2000-2010. *Medwave [Internet]*. 2012;12(3):e5331. Available from: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/Analisis/5331>
4. Organización Mundial de la salud, Human reproduction Program. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea [Internet]. WHO, Hrp. 2015. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/
5. Uribe C, Poupin L, González R, Rodríguez J. Protagonismo de la embarazada durante su trabajo de parto: efecto sobre los resultados maternos perinatales. *Rev Chil Obs Ginecol.* 2000;65(5):371–7.
6. Hoga L, Osawa R, Nunes M, Alvarez R. La historia de las casas de parto y de los centros de parto normal en Brasil. In: Siles J, Fernandes de Freitas G, Oguisso T, Campos P, editors. *Cultura de los cuidados: historia de la enfermería iberoamericana*. Editorial. Alicante; 2011. p. 249–64.
7. ACOG. Committee opinion: Planned Home Birth. 2017.
8. Snowden J, Tilden E, Snyder J, Quigley B, Caughey A, Cheng Y. Planned Out-of-Hospital Birth and Birth Outcomes. *N Engl J Med.* 2015;(373):2642–53.
9. Uribe C, Contreras A, Bravo P, Lucchini C, Mora S, Villarroel L. Modalidad de Asistencia Integral del Parto: nacimiento en familia para mujeres de bajo riesgo obstétrico del sistema público de atención. FONDEF D0711046. 2012.
10. UNICEF. *Maternidad Segura*. 2006.
11. UNICEF-ARGENTINA. *Maternidad Segura y Centrada en la Familia*. Ortiz Z, editor. Buenos Aires; 2011. 1-146 p.
12. González R. SALUD MATERNO-INFANTIL EN LAS AMÉRICAS. *Rev Chil Obs Ginecol.* 2010;75(6):411–21.
13. WHO. Appropriate technology of birth. *Lancet.* 1985;2(8452):436–7.
14. Organización Mundial de la salud, Human reproduction Program. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. WHO, Hrp. 2015.
15. World Health Organization. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Green Ink. UK; 2018. 212 p. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1%0Ahttp://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
16. Uribe C, Contreras A, Villarroel L, Rivera S, Bravo P, Cornejo M. Bienestar Materno durante el Proceso de Parto : Desarrollo y Aplicación de una Escala de Medición. *Rev Chil Obs Ginecol.* 2008;73(1):4–10.
17. Pinette MG, Wax J, Wilson E. The risks of underwater birth. *Am J Obstet Gynecol [Internet]*. 2004 May [cited 2015 Jul 3];190(5):1211–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15167820>
18. Uribe C, Contreras A, Villarroel L. Adaptación y validación de la escala de bienestar materno en situación de parto: segunda versión para escenarios de asistencia integral. *Rev Chil Obs Ginecol.* 2014;79(3):154–60.
19. Hodnett E, Downe S, Walsh D, Weston J. Alternative versus conventional institutional settings for birth (Review). *Cochrane Libr.* 2010;(9).
20. Chamy P V, Cardemil M F, Betancour M P, Ríos S M, Leighton V L. Riesgo Obstétrico y Perinatal en embarazadas mayores de 35 años. *Rev Chil Obs*

- Ginecol [Internet]. 2009;74(6):331–8. Available from:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262009000600003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
21. Hidalgo-Lopezosa P, Hidalgo-Maestre M, Rodríguez-Borrego M. Birth plan compliance and its relation to maternal and neonatal outcomes. Rev Latino-Am Enferm [Internet]. 2017;25(0). Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100399&lng=en&tlng=en
22. Binfa L, Pantoja L, Ortiz J, Gurovich M, Cavada G. Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Santiago, Chile. Midwifery [Internet]. Elsevier; 2013 Oct [cited 2014 Feb 2];29(10):1151–7. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23932035>
23. Hodnett E, Gates S, Hofmeyr G, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth (Review). Cochrane Libr. 2011;(2):1–46.

Figura 1. Modelo de integralidad de la asistencia. Considera cuatro ejes fundamentales para explicar la efectividad del modelo propuesto.



Figura 2. Algoritmo de reclutamiento, intervención y resultados de seguridad y calidad

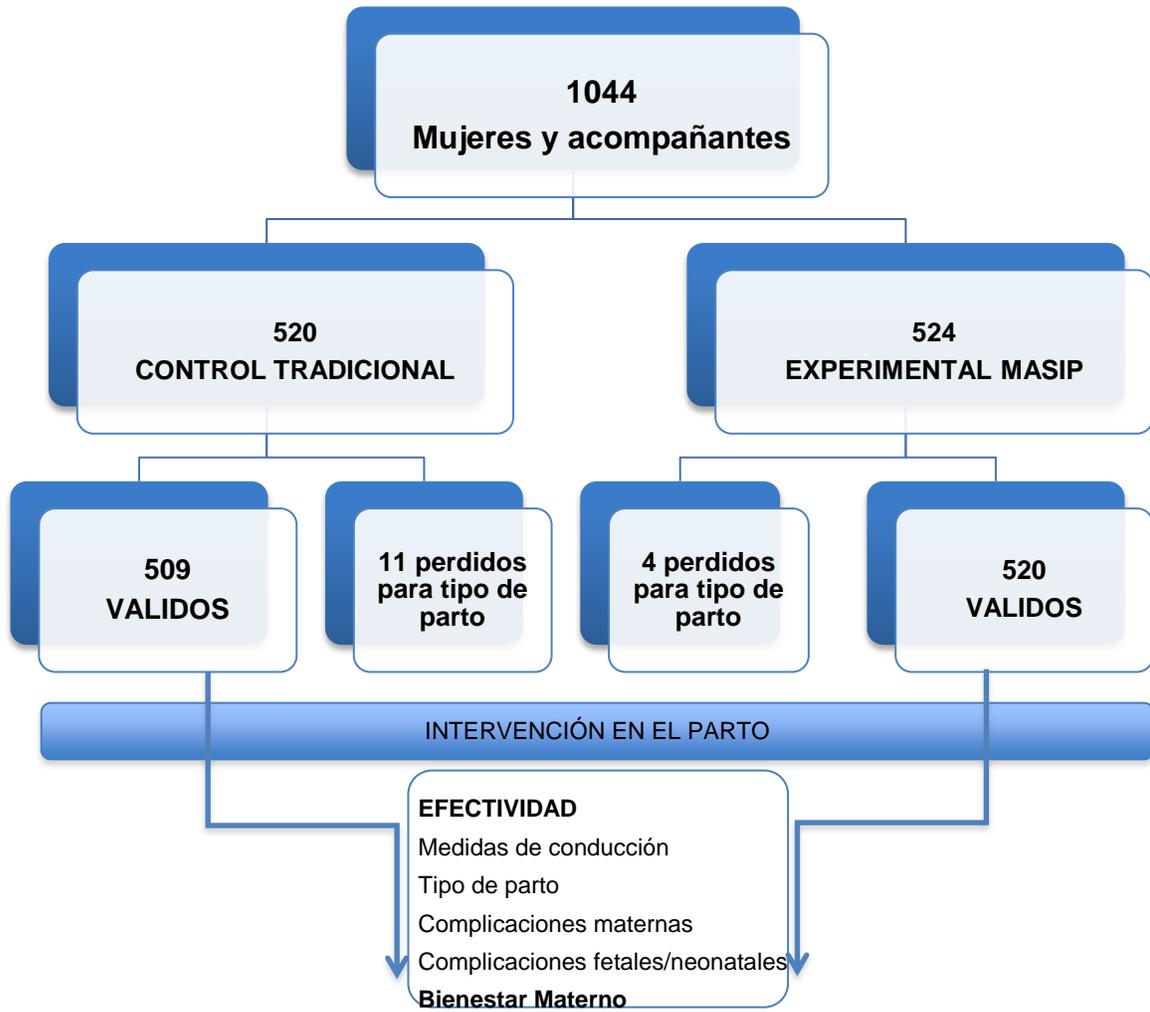


Tabla 1. Criterios de inclusión para etapa experimental

Criterios de bajo riesgo obstétrico	
1	Embarazada sin patologías o factores de riesgo que requieran de vigilancia materna y/o perinatal intensiva durante el proceso de trabajo de parto y parto
2	Inicio espontáneo del trabajo de parto: a. Dinámica uterina espontánea de 2 a 3 en 10 min b. Dilatación cervical mayor a 3 cm y más de 50% de borramiento del cuello uterino
3	Edad gestacional entre 37+0 y 41+0 semanas
4	Embarazo único
5	Feto vivo
6	Presentación cefálica

Tabla 2. Perfil sociodemográfico de las embarazadas al ingreso

	MASIP	ME	Valor p
Edad (media±DS)	23,9 ± 5,94 DS	24,1 ± 6,06 DS	0,6477
Total por grupo	(n=519)	(n=509)	
Dilatación al ingreso (media±DS)	4,5 ± 1,14 DS	4,5 ± 1,21 DS	0,8895
Total por grupo	(n=520)	(n=507)	
Paridad Primigestas Múltiparas ≥ 1	41,15% 58,85%	44,8% 55,2%	0,2383
Total por grupo	(n=520)	(n=509)	
Escolaridad Básica Media Superior	17,91% 77,07% 5,02%	18,11% 74,41% 7,48%	0,4248
Total por grupo	(n=510)	(n=508)	
Previsión Fonasa A Fonasa B C Fonasa D/Isapre	65,00% 28,07% 6,93%	65,03% 28,49% 6,48%	0,6871
Total por grupo	(n=520)	(n=509)	
Situación de pareja Casada o convive Soltera Sin pareja	68,02% 31,98% 0	62,67% 35,76% 1,57%	0,0042
Total por grupo	(n=519)	(n=509)	

Tabla 3. Efectividad e indicadores de calidad según grupo MASIP y ME

	MASIP	ME	Valor p
Total por grupo	(n=497)	(n=501)	
Bienestar Materno			
Óptimo puntaje > 200	90,95%	24,16%	<0,0001
Adecuado puntaje 183 a 200	7,24%	28,14%	
Malestar puntaje < 183	1,81%	47,70%	
Total por grupo	(n=520)	(n=509)	
Medidas de conducción			
Anestesia	55,8 %	84,9%	<0,0001
Aceleración oxitócica	20,0 %	48,3%	<0,0001
Amniotomía	35,2%	66,2%	<0,0001
Tipo de parto			
Vaginal sin episiotomía	75,96%	62,67%	<0,0001
Vaginal con episiotomía	16,35%	27,90%	<0,0001
Fórceps	2,50%	4,52%	0,0781
Cesárea	5,19%	4,91%	0,8372

Tabla 4. Distribución del parto quirúrgico con y sin intervención

	Control histórico basal (n=748)	MASIP (n=520)	Valor p
Tipo de parto			
Fórceps	7,90%	2,50%	<0,0001
Cesárea	8,00%	5,19%	0,0500

Tabla 5. Efectividad y complicaciones maternas-fetales/neonatales durante el proceso de parto según grupo MASIP y ME

	MASIP	ME	Valor p
Total por grupo	(n=520)	(n=509)	
Complicaciones maternas			
Obs. Corioamnionitis	0,77%	0,59%	0,7257
Corioamnionitis clínica	0%	0,20%	0,3119
Expulsivo detenido	2,5%	3,73%	0,2547
Inercia uterina	0,38%	0,59%	0,6367
Retención de placenta	0,77%	0,39%	0,4280
Hemorragia sin transfusión	1,15%	0,79%	0,5474
Hemorragia con transfusión	0,58%	0,20%	0,3268
Desgarro perineal grado 2 o +	0,38%	0,20%	0,5757
Infección sutura	0,19%	0,20%	0,9879
Endometritis	0,19%	0%	0,3222
Mastitis	0%	0,20%	0,3119
Fiebre puerperal	0,19%	0,20%	0,9879
Hemorragia puerperal	0,19%	0,20%	0,9879
Anemia	0,58%	0,39%	0,6713
Complicaciones fetales			
Registro sospechoso/ominoso	2,5%	2,55%	0,9560
Meconio en líquido amniótico	1,73%	2,95%	0,1962
Bradycardia fetal	0,96%	2,16%	0,1199
Prolapso de cordón	0,19%	0,20%	0,9879
Complicaciones neonatales			
Retención de hombros	0,38%	0%	0,1614
Aspiración de meconio	0,19%	0,20%	0,9879
Hipotermia	0,58%	0,20%	0,3268
Req. Oxígeno flujo libre	0,77%	3,34%	0,0035*
Req. Ventilación a presión positiva	0,77%	2,75%	0,0154*
Req. Hospitalización	0,77%	1,77%	0,1514
Hiperbilirrubinemia	3,85%	2,55%	0,2395
hipoglicemia	1,15%	0,79%	0,5474

*valor p significativo