

Practica en Obstetricia Basada en Evidencia

Mat. Gonzalo Leiva Rojas



Diplomado 2023



Objetivos de la clase

- Identificar las recomendaciones obstétricas basadas en evidencia de los últimos, casi, 40 años.
- Reflexionar respecto del panorama actual del nacimiento en Chile, y la práctica basada en evidencia.

Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento

Declaración de Fortaleza 1985

Organización Mundial de la Salud

Tecnología apropiada para el parto *Publicada en Lancet 1985; 2:436-437. Traducción ACPAM*

- Toda la comunidad debe ser informada de los distintos métodos de atención al parto, de modo que cada mujer pueda elegir el tipo de parto que prefiera
- La información sobre las prácticas obstétricas en los diferentes hospitales, como la tasa de cesáreas, debe estar al alcance del público.
- La formación de los profesionales sanitarios debe incluir técnicas de comunicación para promover un intercambio respetuoso de información entre los miembros del equipo sanitario y las embarazadas y sus familias.

CUIDADOS EN EL PARTO

NORMAL:

UNA GUÍA PRÁCTICA

Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Ginebra. 1996

Departamento de Investigación y Salud Reproductiva

El objetivo del cuidado es conseguir una madre y un niño sanos, con el menor nivel posible de intervención de la manera más segura. Este objetivo implica que:

En el parto normal debe existir una razón válida para interferir con el proceso natural.

La evidencia muestra ahora que el trabajo de parto en realidad avanza más lento de lo que pensábamos en el pasado, por lo que muchas mujeres podrían necesitar **SÓLO UN POCO MÁS DE TIEMPO** de trabajo de parto, y así lograr un parto vaginal en vez de optar por una cesárea...



The American College of
Obstetricians and Gynecologists
WOMEN HEALTH CARE PHYSICIANS



Society for
Maternal-Fetal
Medicine

marzo 2014

**OBSTETRIC CARE
CONSENSUS**

Number 1, March 2014

...Aumentar el acceso a las prestaciones no médicas durante el parto, como el trabajo personalizado y el acompañamiento continuo, se ha demostrado que reducen la tasa de cesáreas."

...Evolución del parto...

Duración

Friedman (1954-55)

Criterios objetivos
progresión del parto

Curvas tradicionales

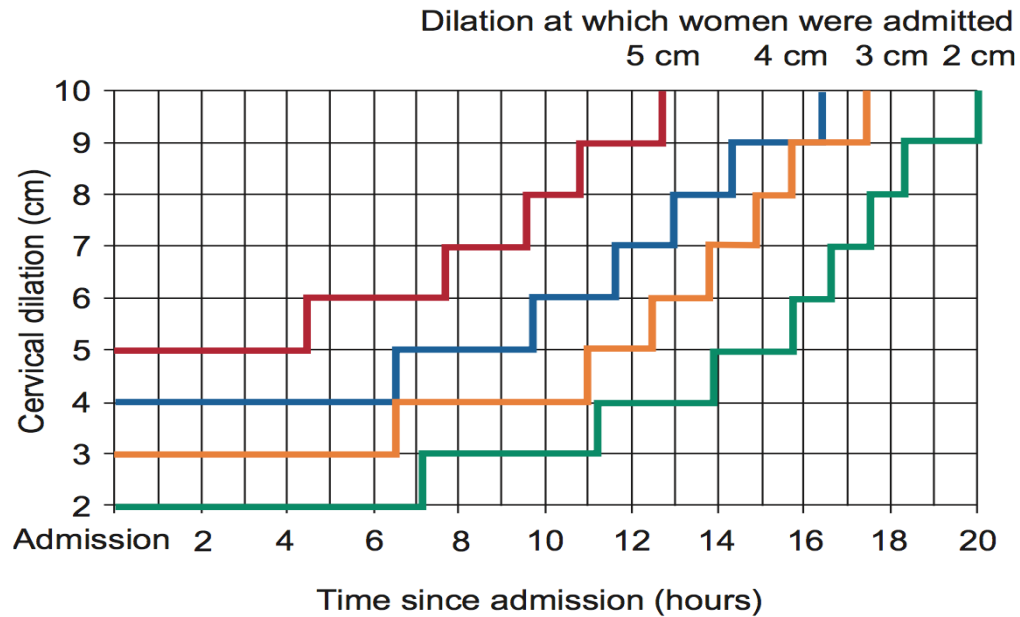
Zhang (2002-12)

Criterios diferentes
a los de Friedman

Curvas contemporáneas

Cambios poblacionales y sociales (IMC, edad)
Cambios atención obstétrica (oxitocina, inducción, epidural)
Incremento tasa de cesáreas

Ingreso a Maternidad



Zhang. Contemporary Labor Patterns. Obstet Gynecol 2010.

Zhang

TABLE 2

Spontaneous labor progress stratified by cervical dilation and parity

Cervical dilation, cm	Median elapsed time, h		
	Parity 0 (95th percentile)	Parity 1 (95th percentile)	Parity ≥ 2 (95th percentile)
3-4	1.8 (8.1)	—	—
4-5	1.3 (6.4)	1.4 (7.3)	1.4 (7.0)
5-6	0.8 (3.2)	0.8 (3.4)	0.8 (3.4)
6-7	0.6 (2.2)	0.5 (1.9)	0.5 (1.8)
7-8	0.5 (1.6)	0.4 (1.3)	0.4 (1.2)
8-9	0.5 (1.4)	0.3 (1.0)	0.3 (0.9)
9-10	0.5 (1.8)	0.3 (0.9)	0.3 (0.8)

Modified from Zhang et al.²⁰

ACOG. *Safe prevention of primary cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol* 2014.

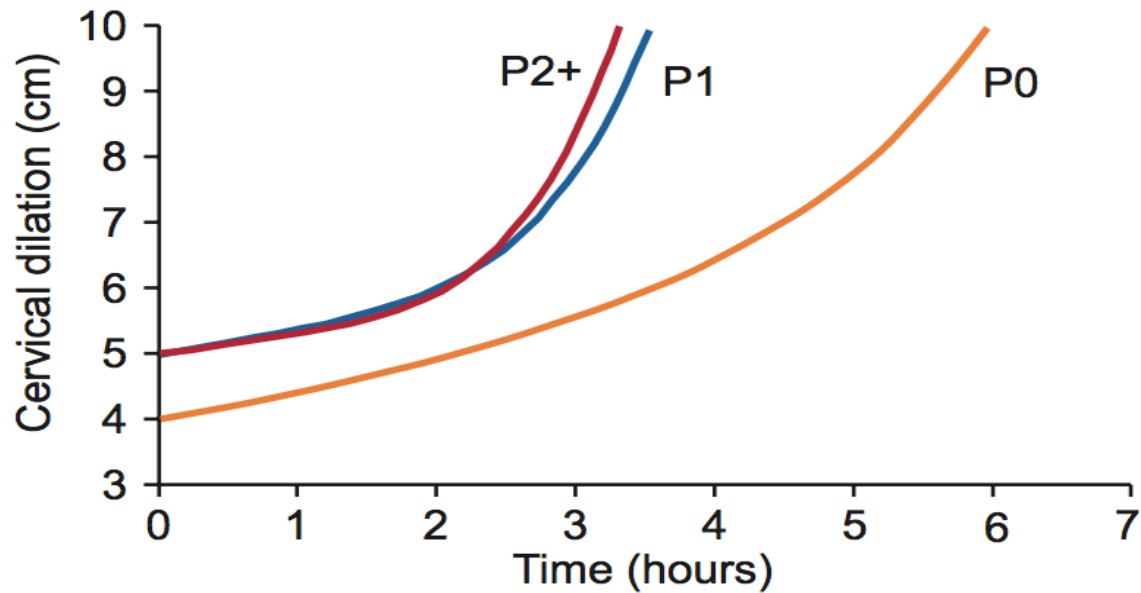


Fig. 2. Average labor curves by parity in singleton term pregnancies with spontaneous onset of labor, vaginal delivery, and normal neonatal outcomes. P0, nulliparous women; P1, women of parity 1; P2+, women of parity 2 or higher.

Maternidades amigas de la madre y el bebé. 2015

International Journal of Gynecology and Obstetrics 128 (2015) 95–99



www.figo.org

Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Gynecology and Obstetrics

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijgo



FIGO GUIDELINES

Mother–baby friendly birthing facilities[☆]



International Federation of Gynecology and Obstetrics^{1,2}, International Confederation of Midwives, White Ribbon Alliance, International Pediatric Association, World Health Organization



1.- Adopción de la posición elegida por la mujer

25 estudios clínicos, 5128 mujeres.

Verticales y deambulantes v/s recostadas en supino o lateral.

- **Acortamiento primera fase en 1 h 22 min.**
- **< probabilidad de tener cesáreas, epidural, instrumentalización y episiotomías.**

Se sugiere vertical, si no acompañar y ayudar en la posición que elija.

AUTORES » Annemarie Lawrence , Lucy Lewis , G Justus Hofmeyr , Cathy Styles

CATEGORÍA » Revisión Sistemática

REVISTA » Cochrane Database of Systematic Reviews

AÑO » 2013

ENLACES » Pubmed , DOI

Sobre posiciones en periodo de expulsivo sin peridural

- 32 estudios clínicos, 9015 mujeres.
- Estudios de calidad metodológica variable.
- Verticales ó lateral v/s decúbito dorsal.

- Reducción del periodo expulsivo.
- Reducción de fórceps.
- Reducción de episiotomías.
- Posible aumento de desgarros G2 (“pero no estamos seguro de esto”).
- Sin cambios en desgarros GIII y GIV
- Menos patrones anormales en MEFI.
- Riesgo de perdida sanguínea mayor a 500cc.
- Disminución de manifestación de dolor durante el expulsivo.

Sobre posiciones en periodo de expulsivo con peridural

- 8 ensayos controlados aleatorizados , 4464 mujeres.
- Verticales v/s decubito.

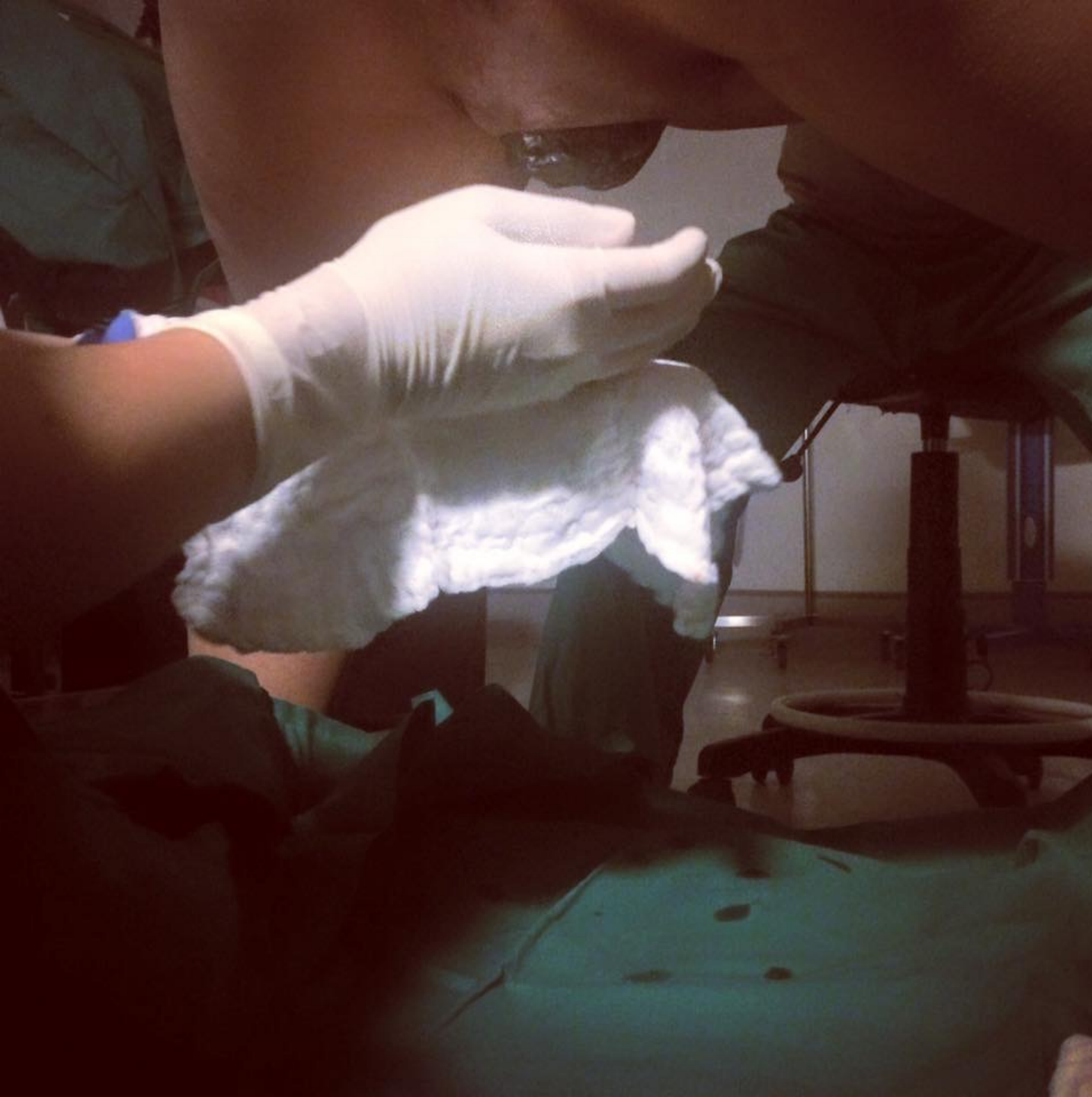
- Sin diferencias significativas en.
 - Reducción del tiempo.
 - Reducción de parto instrumental y cesárea.
 - Traumatismos del parto.
 - No se informan datos sobre exceso de pérdida sanguínea.

Factors associated with obstetric anal sphincter injuries in midwife-led birth: A cross sectional study

- Estudio transversal prospectivo = 757 mujeres (17% primiparas, 83% multiparas).
- 12,7% de las mujeres estudiadas tenían OASIS (96%).
- En unidad con tasa de OASIS de 2,6%.
- **Factores asociados a menor riesgo de OASIS:**
 - Posición de rodillas/cuadrupedia.
- **Factores asociados a mayor riesgo de OASIS:**
 - Posición supina (acostada o litotomía).
 - Uso de oxitocina por más de 30' en la segunda etapa.

Otros estudios

- Walker et al. 2012 (ACOG)
 - RCT
 - Posiciones laterales con pujo tardío vs posición de litotomía y pujo activo en expusivo en pacientes con anestesia.
 - Mayor tasa de periné intacto. (40% VS 12% $P < 0.001$)
- Lodge et al. 2016
 - Revisión sistemática
 - En cuclillas o cuádrupedia mayor tasa de periné intacto.
 - Parto en tina:
 - Riesgo aumentado de trauma perineal en nulíparas
 - Protector en múltiparas.



“A excepción de ser colgada por los pies, la posición litotómica es la peor posición concebible para el trabajo de parto y parto”

CALDEYRO-BARCIA, R.:
Supine called the worst position for labour and delivery. *Ob Gyn News* 5:11. 1975.

¿Cómo estamos en Chile con el parto vertical?

- En 2014, del total de 89881 partos normales en el sistema público:
- En 2019, del total de 74490 partos normales en el sistema público:

6,8%

13,1%

1.- Administración de líquidos y alimentos

PRACTICE PARAMETERS

Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia

*An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia and the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology**

Sugiere que las demandas energéticas y calóricas de las mujeres TP son similares a las una maratón.

Se produce CETOSIS x Catabolismo de grasas

Acidosis en la madre y en el bebé

Potencialmente Hipodinamia

•Trabajo de parto más largo

•Disminución del Apgar.

2.- No discriminación por religión, migrantes, gestantes adolescentes, VIH, etc.



3.- Privacidad durante el trabajo de parto y parto.



4.- Elección de un acompañante en el trabajo de parto.



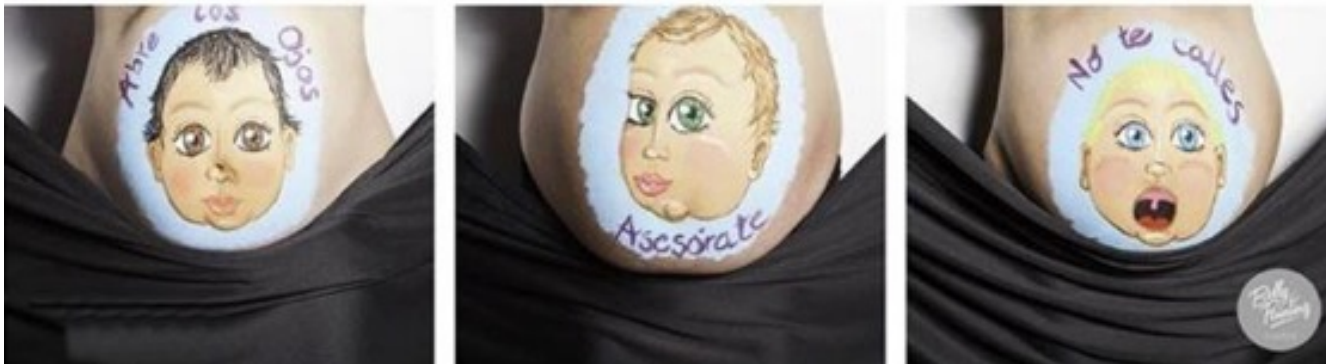
5.- Cuidados culturalmente competentes.



6.- No abuso: físico, verbal, emocional, ni económico.



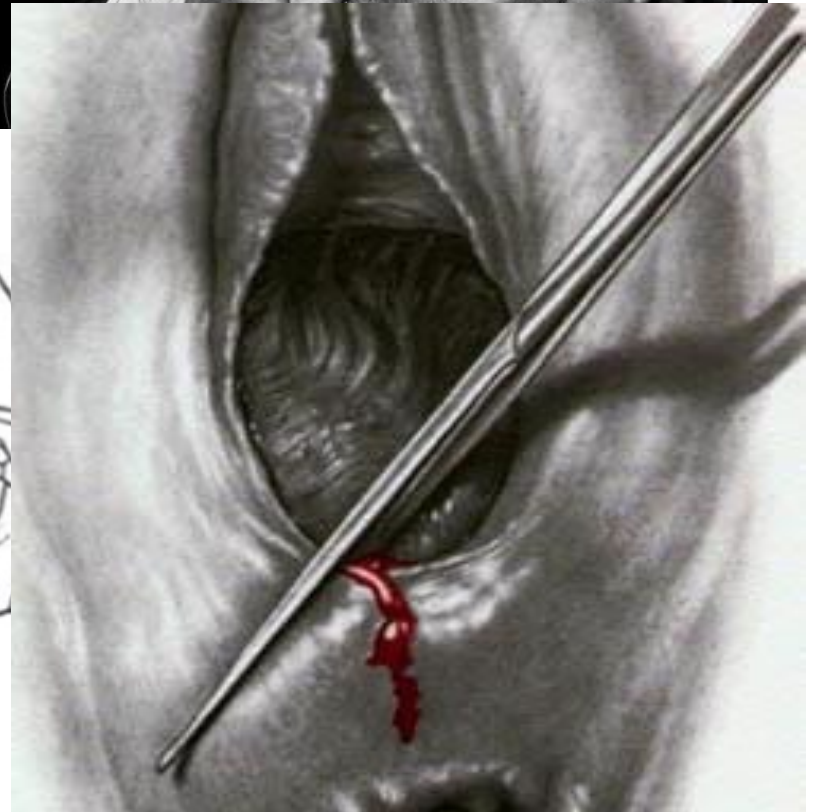
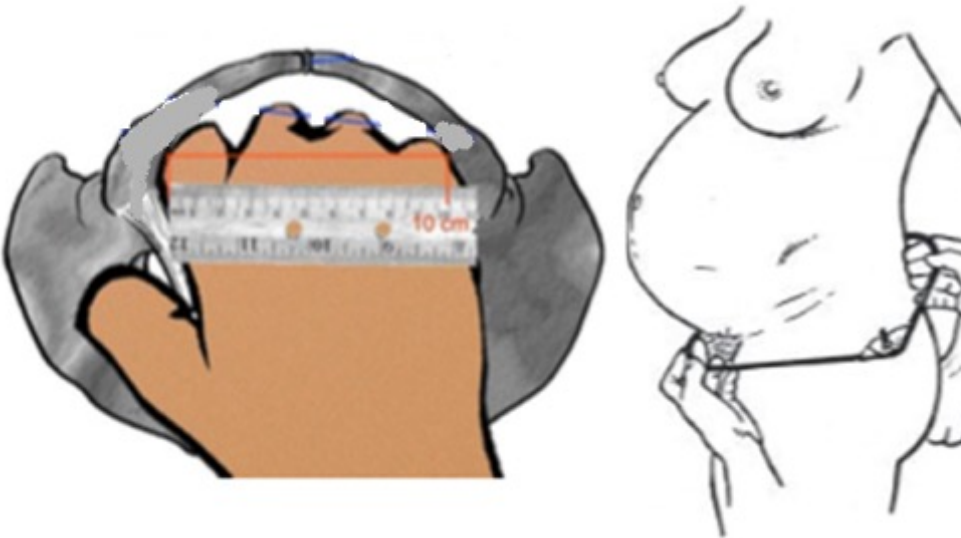
LA PAZ EN EL MUNDO EMPIEZA AQUÍ
CONTRA LA VIOLENCIA OBSTETRICA. INFORMATE.



7.- Maternidades con mejor acceso y equitativas



8.- Evitar las intervenciones de rutina.

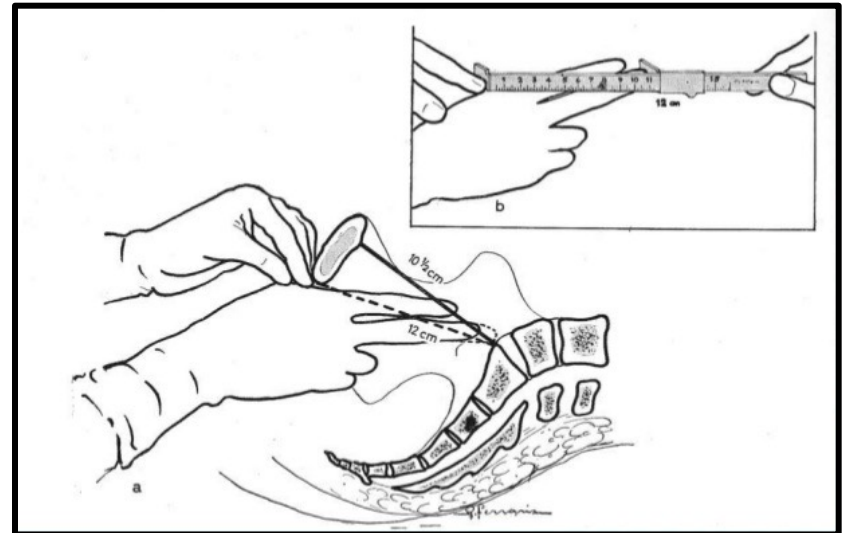


Pelvimetría para presentaciones cefálicas fetales a término o cerca del término para decidir el modo de parto

Cochrane Systematic Review - Intervention | Version published: 30 March 2017 [see what's new](#)

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000161.pub2>

No hay evidencia suficiente que apoye el uso de la pelvimetría de rayos X para decidir el modo del parto en mujeres con fetos en presentación cefálica. Las mujeres que se someten a una pelvimetría de rayos X pueden tener más probabilidades de que se les realice una cesárea.





An Early Labor Assessment Program: A Randomized, Controlled Trial

Patricia S. McNiven RM, PhD, Jack I. Williams PhD, Ellen Hodnett RN, PhD, Karyn Kaufman RM, DrPH, Mary E. Hannah MSc, MDCM, FRCSC

- Ensayo clínico randomizado de Canadá
- 209 gestantes nulíparas con asistencia, asesoramiento deambulación cercana o en casa.
- El grupo de intervención se comparó con un grupo de referencia formado por mujeres que fueron ingresadas directamente en la sala de parto tras la evaluación inicial.

Resultados.

- Duración del trabajo de parto más corto, desde el ingreso, en grupo de nulíparas con asistencia.
- En este ensayo, con una tasa de anestesia peridural de aproximadamente el 90% en el grupo de referencia, **la diferencia absoluta de uso de anestesia peridural se estima en 118 peridurales menos por cada 1000** (de 18 a 199 menos) con el uso de una política de aplazamiento del ingreso.
- En este ensayo, con una tasa de aceleración con oxitocina del 40% en el grupo de referencia, **la diferencia absoluta en el uso de esta técnica se estima en 174 casos menos por cada 1000** (de 57 a 271 menos) con una política de aplazamiento del ingreso.
- Duración del periodo expulsivo más corto en las mujeres del grupo en el que se retrasó el ingreso en comparación con las del grupo de ingreso directo (**76,8 frente a 95 minutos**)
- Amniotomía: Se utilizó con una frecuencia similar en ambos grupos (49/105 frente a 56/104; P = 0,368).
- Puede mejorar la satisfacción.

Manejo Activo Trabajo de Parto

1. Amniotomía precoz + Conducción oxitócica

- ✓ Reducción Modesta de la tasa de cesáreas:
 - RR 0.87; 95% CI 0.77- 0.99
- ✓ Disminución del tiempo de trabajo de parto:
 - 1.28 horas; 95% CI (-1.97) –(-0.59)

Amniotomía

- **Sin Diferencias en:**

- Primera Etapa T de P: -20.43 minutos, 95% CI (-95.93 a 55.06 min)

- Segunda Etapa T de P: -1.33 minutos, 95% CI (-2.92 a 0.26 min)

[Cochrane Database Syst Rev](#). 2013 Jun 18;(6):CD006167

- Cesárea : RR 1,27, 95% CI (0.99-1.63)



Oxytocin should not be used to augment labour

FOR: There is too much risk for too little benefit

PHILIP J STEER, EMERITUS PROFESSOR, IMPERIAL COLLEGE, LONDON, UK

Following Sir Henry Dale's discovery in 1906 (*J Physiol* 34:163–206) that posterior pituitary extract made the uterus contract, various routes of administration during labour were investigated. Aleck Bourne studied the subcutaneous route and in 1927 wrote: 'We are of the opinion that valuable application of a dose of two units can be made in cases in which labour is prolonged owing to sluggish pains' (*J Obstet Gynaecol Br Emp* 34:249–272). However, he also commented: 'Reports from time to time of serious accidents such as ...rupture of the uterus have alarmed teachers of obstetrics (so) there is a tendency on their part to regard the use of pituitary extract before the birth of the child ... as highly dangerous'. Theobald et al. later concluded that a slow intravenous infusion of oxytocin at physiological rates such as 2–4 mU/minute was safest (*BMJ* 1948;2:123–5). However, 'the active management of labour' introduced by O'Driscoll and colleagues from the National Maternity Hospital in Dublin (*BMJ* 1969;2:477–480 and 1973;3:135–137) had the objective 'to ensure that every patient was delivered within 12 hours' and they reported a caesarean section rate of only 4.8% (*Obstet Gynaecol* 1984;63:485–490).

They considered that 'the answer (to caesarean section for dystocia) surely lies in uterine action, which is often insufficient'. Accordingly, they administered oxytocin (at 7–40 mU/minute) to the majority (55%) of all women in their first labour (1973). Other causes of slow labour such as malposition, macrosomia, and even disproportion, were not considered contraindications (1984), although they did caution that 'oxytocin should not be given when there is evidence of fetal distress' (1973). The implausibility of the hypothesis that more than half of all first labours were intrinsically abnormal did not stop widespread adoption from the 1980s onwards of high rates of oxytocin augmentation whenever labour was slower than average. Unfortunately, this has been combined with the inability of some birth attendants to recognise abnormal cardiotocogram patterns (*BJOG* 2000;107:1138–1144) to produce a medico-legal crisis. Jonsson et al. have reported that in 60 cases of intrapartum-related care resulting in disciplinary action, there was 'injurious use of oxytocin' in more than two-thirds, and it was the primary reason for disciplinary action in a third (*Acta Obstet Gynaecol Scand* 2007;86:315–319).

Berglund et al. reported in 2008 that of 177 cases of birth asphyxia due to malpractice in labour, 71% involved incautious use of oxytocin (*BJOG* 115:316–323). In the UK, the NHS Litigation Authority (www.nhs.uk) report that in 2012–2013, approximately £1.4 million per day was being paid out in maternity malpractice settlements (almost 20% of the maternity budget). The Cochrane review published in August 2013 (DOI: 10.1002/14651858.CD006794.pub4) reported that including both prevention and therapy trials (with 8033 subjects), the risk ratio of caesarean section was 0.89, with confidence intervals from 0.79 to 1.01 (consistent with a reduction in caesarean section rate from 12.3% to 9.7%, or no effect at all) and on average labour was shorter by 1.3 hours. A marginal benefit that we can no longer afford.

Disclosure of interests

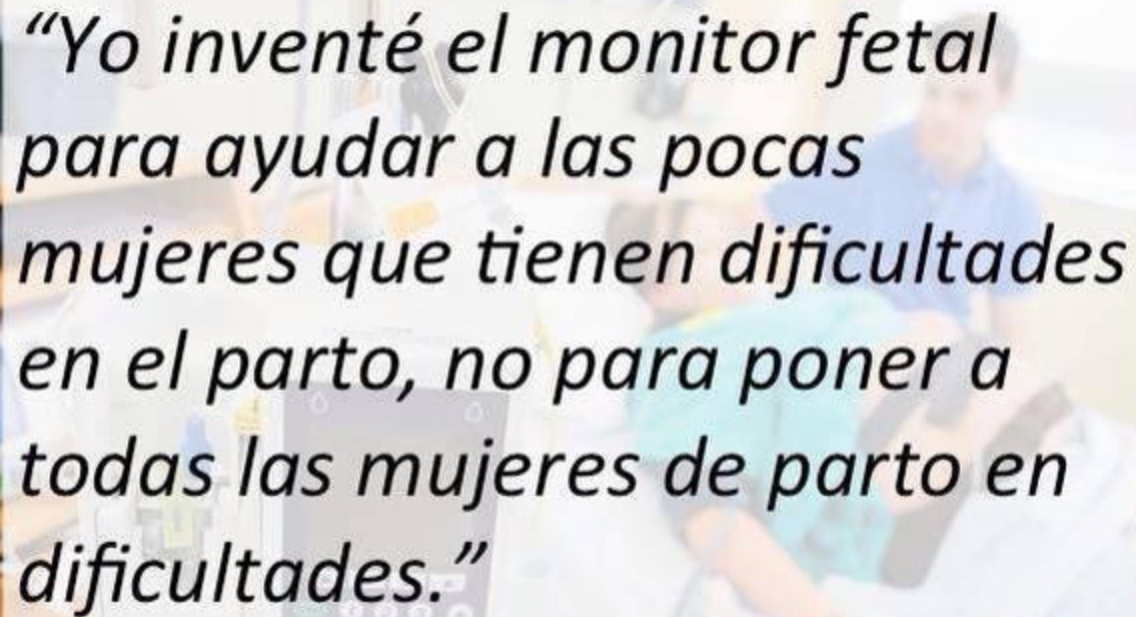
None declared. Completed disclosure of interests form available to view online as supporting information. ■

AGAINST: The need for oxytocin is greatest in nulliparous women

MICHAEL ROBSON, PROFESSOR, THE NATIONAL MATERNITY HOSPITAL, DUBLIN, IRELAND

Oxitocina Sintética...

- La oxitocina sintética durante el parto a dosis altas provoca contracciones uterinas más fuertes y frecuentes, lo que aumenta el ácido láctico y disminuye pH y la producción de oxitocina endógena, lo que a su vez puede enlentecer el parto.
- **La administración prolongada de oxitocina sintética durante el trabajo de parto puede reducir la capacidad de respuesta uterina y es un factor de riesgo de hemorragia posparto.**
- Los recién nacidos cuyas madres reciben oxitocina sintética durante el parto tienen un mayor riesgo de acidemia; ingreso en la UCIN; encefalopatía hipóxico-isquémica, ictericia, convulsiones y otros indicios de morbilidad neurológica; y en algunos entornos, mayores riesgos de muerte neonatal.
- **El control del bienestar fetal, incluido el control de la frecuencia cardíaca fetal, es esencial cuando se administra oxitocina sintética durante el trabajo de parto.**



“Yo inventé el monitor fetal para ayudar a las pocas mujeres que tienen dificultades en el parto, no para poner a todas las mujeres de parto en dificultades.”

Prof. Caldeyro Barcia

www.facebook.com/LaRevoluciondelNacimiento

Herbst, A., & Ingemarsson, I. (1994). Intermittent versus continuous electronic monitoring in labour: a randomised study. *British journal of obstetrics and gynaecology*, 101(8), 663–668. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1994.tb13181.x>

Episiotomía de rutina versus selectiva

- Revisión incluyó 12 estudios. **Argentina, Reino Unido, Canadá, Colombia, Alemania, España, Irlanda, Malasia, Pakistán y Arabia Saudita.**
- 8 Ensayos incluyeron sólo a primíparas, y 4 con multíparas y nulíparas.

Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 2. Art. No.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub3.

Episiotomía de rutina versus selectiva

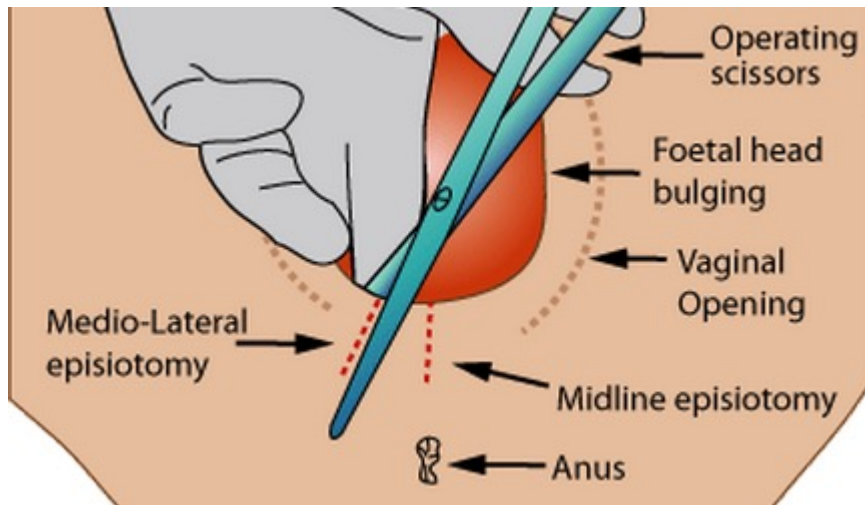
- Sin diferencias en:
 - **Perdida de sangre en el parto.** (un promedio de 27 ml menos con episiotomía selectiva, IC del 95% de 75 ml menos a 20 ml más; dos ensayos, 336 mujeres, evidencia de certeza muy baja)
 - **Apgar menor de siete a los cinco minutos** (cuatro ensayos, ningún evento; 3908 mujeres, evidencia de certeza moderada)
 - **Infección perineal.** (CR 0,90; IC del 95%: 0,45 a 1,82; tres ensayos, 1467 participantes, evidencia de certeza baja)

Una política de episiotomía selectiva puede dar lugar a que un 30% menos de mujeres experimenten traumatismo perineal / vaginal severo.

(RR 0,70; IC del 95%: 0,52 a 0,94; 5375 mujeres; ocho ECA; evidencia de certeza baja)

Episiotomía selectiva vs no episiotomía.

- 2 estudios:



- Sin episiotomía: 2 episiotomías (1,7% de los partos)
- Episiotomía: 33 episiotomías (21,4%)

Pereira, G.M.V., Hosoume, R.S., de Castro Monteiro, M.V. *et al.* Selective episiotomy versus no episiotomy for severe perineal trauma: a systematic review with meta-analysis. *Int Urogynecol J* **31**, 2291–2299 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04308-2>

- La realización de la episiotomía selectiva no mostró diferencias en comparación con la del grupo sin episiotomía con respecto a:
 - Cualquier traumatismo perineal. (OR = 0,46 [0,15-1,39]; n = 543; I2 = 0%, p = 0,17)
 - OASIS. (OR = 0,90 [0,61-1,33]; I2 = 0%, n = 546, p = 0,59)
 - Parto instrumental. (OR = 1,40 [0,80-2,45]; I2 = 0%, n = 545, p = 0,24)
 - Duración de la segunda etapa del trabajo de parto. (DM = -3,71 [-21,56, 14,14]; I2 = 72%, n = 546, p = 0,68)
 - Dolor perineal. (DM = 0,59 [0,01-1,17]; I2 = 0%, p = 0,05)
 - Hemorragia posparto. (OR = 1,75 [0,87-3,54]; I2 = 0%, n = 546, p = 0,12)

Cesáreas en Chile 2021

Porcentaje de cesáreas por región



Sistema privado Sistema público

Arica y Parinacota	75,07%		31,60%	Arica y Parinacota
Tarapacá	82,38%		70,90%	Tarapacá
Antofagasta	85,96%		42,56%	Antofagasta
Atacama	80,57%		47,48%	Atacama
Coquimbo	81,31%		50,78%	Coquimbo
Valparaíso	84,92%		55,24%	Valparaíso
Metropolitana	61,41%		44,56%	Metropolitana
O'Higgins	87,83%		54,81%	O'Higgins
Maule	90,82%		55,32%	Maule
Ñuble	93,19%		45,79%	Ñuble
Biobío	80,06%		38,14%	Biobío
Araucanía	82,38%		59,26%	Araucanía
Los Ríos	81,41%		51,09%	Los Ríos
Los Lagos	63,54%		57,74%	Los Lagos
Aysén	63,64%		59,26%	Aysén
Magallanes	81,68%		48,11%	Magallanes

Fuente: BBDD de egresos hospitalarios 2021. Información requerida vía Sol. Transparencia realizada a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, en octubre de 2022 por Fundación OVO Chile.

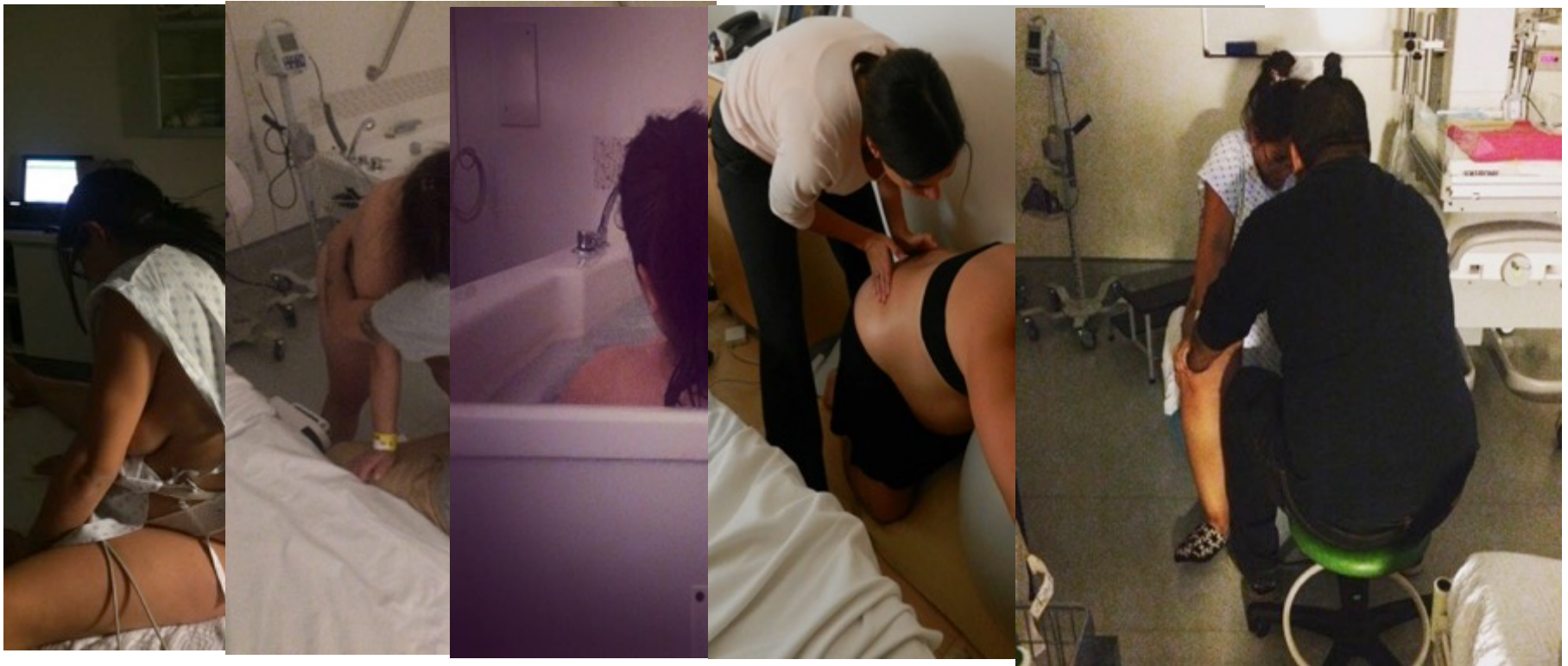
9.- Disponibilidad de métodos farmacológicos y no farmacológicos para el alivio del dolor.

PATIENT EDUCATION 
The American College of
Obstetricians and Gynecologists
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS

La Atención Durante el Trabajo de Parto, el Parto y el Postparto • SP086

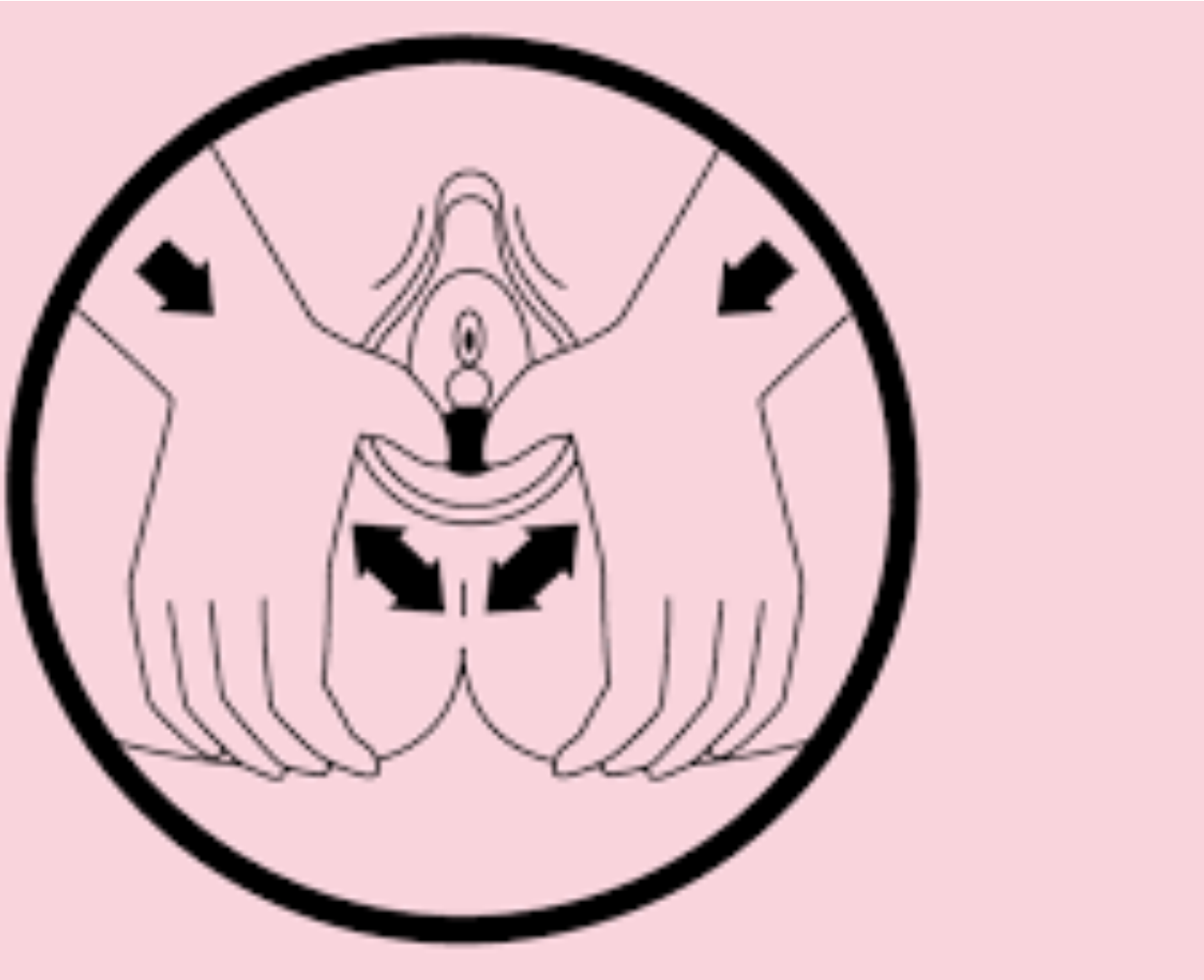


Organización
Mundial de la Salud



10.- Promover piel con piel y lactancia precoz.





Massage
Perineal

Anteparto

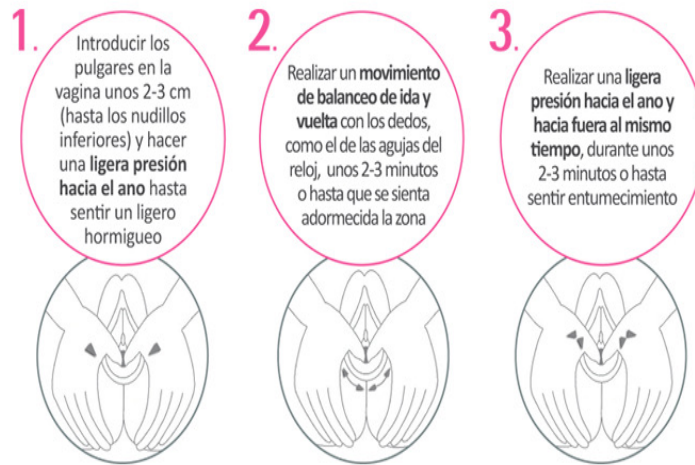
- Cochrane 2012 – Beckmann et al.
- 4 RCT y cuasirandomizados
- 2497 pacientes
- Último mes de embarazo

- Resultados:
- Primigestas:
 - Disminución TP que requiere sutura RR 0,91*
 - Disminución de episiotomía RR 0,84 *
 - Sin diferencias en desgarros 1º,2º,3º,4º
- Multiparas (PV)
 - Menos dolor 3 meses post parto RR 0,45

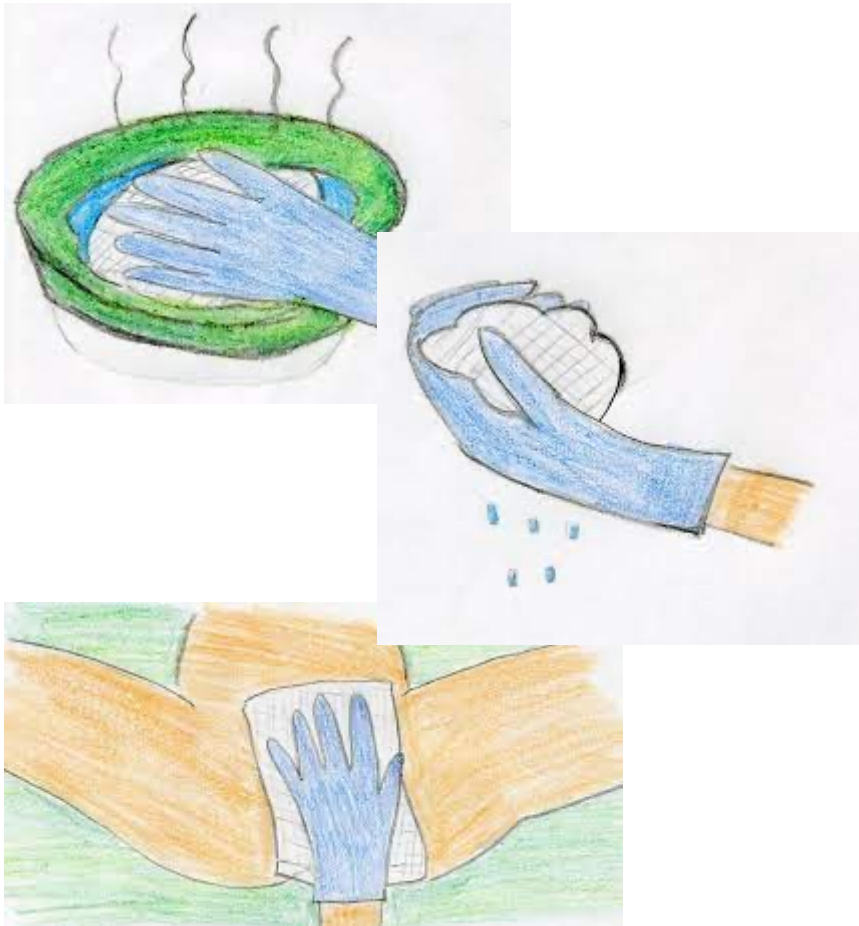
Expulsivo

- Cochrane - Aasheim et al. 2017
- 6 estudios
- 2618 pacientes
- Resultados:
 - Periné Intacto: RR 1,74 E.S. (B)
 - Desgarro 3º/4º: RR 0,49 E.S. (M)
 - Sin diferencias E.S.:
 - Desgarro perineal que requiera sutura (MB).
 - Desgarro 1º, 2º (MB)
 - Episiotomía (MB)

Masaje Perineal



- El masaje perineal incrementa la flexibilidad y disminuye la resistencia de los músculos y tejidos blandos perineales.
- Ayuda a reducir el trauma perineal durante el parto en un 16%.
- Disminución significativa del dolor perineal a los 3 meses post parto.
- Se ha sugerido su uso durante el último mes de embarazo para activar el tejido perineal y expandirlo fácilmente durante el parto.



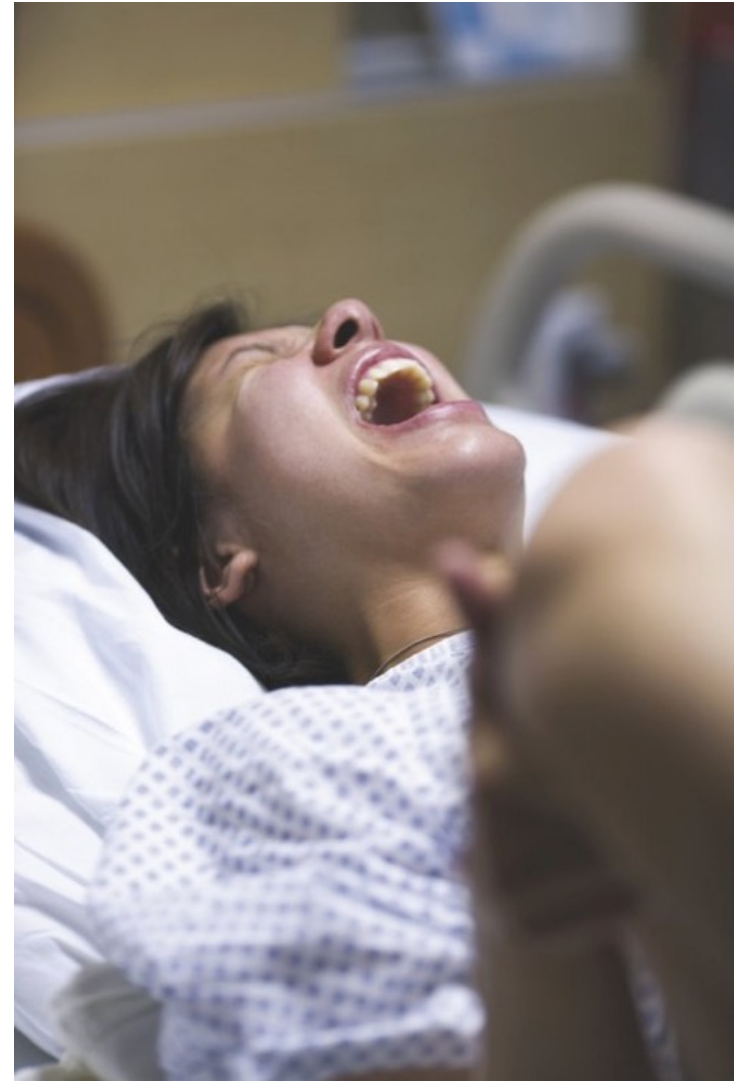
Compresas tibias

Compresas tibias

- Cochrane 2017
 - Menos desgarros 3º y 4º RR 0,46 (1799 pacientes)
 - Sin diferencias en:
 - Periné intacto
 - Trauma perineal que requiera sutura
 - Desgarro 2º
- Dahlen et al. 2007 RCT n 717
 - “Altamente aceptables”
 - Se la recomendarían a otras pacientes
 - Menos dolor durante parto y en primeros 2 días post parto.

Pujo Espiración

Pujo Apnea



Effect of Breathing Technique of Blowing on the Extent of Damage to the Perineum at the Moment of Delivery: A Randomized Clinical Trial

- Ahmadi et al. 2017
- RCT
- 166 pacientes primigestas
- Pujo bajo técnicas de respiración vs valsalva.
 - Respiración profunda abdominal
 - Pujo con glotis abierta en expulsivo
 - Técnica de soplido en la coronación
 - ** 2 respiraciones profundas al tener dolor + 1 y pujo en expiración

Effect of Breathing Technique of Blowing on the Extent of Damage to the Perineum at the Moment of Delivery: A Randomized Clinical Trial.

- Resultados:

- Mayor tasa de periné intacto (41% vs 19%) p 0.002
- Menor frecuencia de desgarros posteriores (G1,2 y 3)

Table 2: Comparison of perineum status and neonatal characteristics after delivery in two groups (Breathing techniques and Valsalva maneuver)

Characteristic	Percentage		P value Chi square test
	Breathing techniques (Case group)	Valsalva maneuver (Control group)	
Perineum statue			
No trauma	41	19.3	0.002
Posterior laceration	14.3	34.9	0.003
1 st degree	69	41	
2 nd degree	31	56	
3 rd degree	0	3	
Anterior laceration	26.5	20.5	0.360
Episiotomy	18.2	25.3	0.258
	Mean (SD)	Mean (SD)	P value
Length of episiotomy (cm)	3.47 (0.26)	3.40 (0.33)	0.487*
Depth of episiotomy (mm)	17 (4.40)	15.95 (4.10)	0.464*
Neonatal characteristics			
Head circumference (cm)	34.33 (1.02)	34.536 (1.002)	0.166*
Chest circumference (cm)	33.19 (1.18)	33.19 (1.18)	0.280*
Birth weight (gr)	3083.01 (266.62)	3135.90 (253.137)	0.192**

*Mann-Whitney test; ** Independent Student's *t*-test

¿Proteger o no proteger?

En las mujeres que tienen un parto vaginal espontáneo, la tasa de lesiones del esfínter anal obstétrica se reduce cuando el proveedor de atención obstétrica ralentiza la cabeza del feto en coronación. (II-2A)



Obstetrical Anal Sphincter Injuries (OASIS): Prevention, Recognition, and Repair. 2015

Recomendaciones de la OMS
**Cuidados durante el parto para una
experiencia de parto positiva**



Experiencia de parto positiva

Las mujeres desean una experiencia de parto positiva que satisfaga o supere sus expectativas o creencias personales y socioculturales previas. Esto incluye dar a luz a un bebé sano en un entorno sin riesgos clínicos ni psicológicos, y en continuidad con un apoyo práctico y emocional por parte del acompañante o acompañantes durante el parto, así como un personal clínico amable y técnicamente competente. La mayoría de las mujeres desean un trabajo de parto y parto fisiológicos, y tener una sensación de control y logro personal mediante la participación en la toma de decisiones, aun cuando sean necesarias o deseables intervenciones médicas.

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
www.who.int/Américas



Atención durante todo el trabajo de parto y el nacimiento

Atención respetuosa de la maternidad	1. Se recomienda la atención respetuosa de la maternidad, la cual remite a la atención organizada y proporcionada a todas las mujeres de manera que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, asegure la integridad física y el trato adecuado y permita tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto.	Recomendado
Comunicación efectiva	2. Se recomienda la comunicación efectiva entre los prestadores de atención y las mujeres en trabajo de parto mediante el uso de métodos simples y culturalmente aceptables.	Recomendado
Acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto	3. Se recomienda el acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto y el parto por la persona de su elección.	Recomendado
Continuidad de la atención	4. Los modelos de continuidad asistencial impulsada por parteras - consistentes en que una partera conocida o un pequeño grupo de parteras conocidas brinda apoyo a una mujer a lo largo del continuo de servicios de atención prenatal, postnatal y durante el parto - se recomiendan para las embarazadas de entornos en los que existen programas de partería eficaces. ^a	Recomendación específica en función del contexto



The International Childbirth Initiative (ICI)

12 Steps to Safe and Respectful MotherBaby-Family Maternity Care





La Iniciativa De Parto Internacional (ICI)

Los 12 Pasos (versión resumida) para una Atención de Maternidad Segura y Respetuosa de la MadreBebé-Familia

Paso 1

Tratar a cada mujer y recién nacido con compasión, respeto y dignidad, sin abuso físico, verbal o emocional, proporcionando atención culturalmente sensible que respete las costumbres individuales, valores y derechos de expresión, información paraelección y privacidad.

Paso 2

Respetar el derecho de cada mujer para acceder y recibir cuidado no discriminatorio que sea gratis o por lo menos un cuidadoasequible durante el período de maternidad, teniendo claro que bajo ninguna circunstancia se le puede negar la asistencia una mujer o bebé o retenidos después del parto por falta de pago.

Paso 3

Proporcionar el modelo de atención de maternidad de la unidad MadreBebé-Familia de manera rutinaria, integrando un enfoque de práctica y filosofía de la partería que puede ser practicado por todos los profesionales de la maternidad en todos los entornos y en los niveles de prestación de atención.

Paso 4

Reconocer el derecho de la madre a un apoyo continuo durante el trabajo de parto y nacimiento, informarle de sus beneficios y asegurar que ella reciba apoyo de los proveedores y compañeros de su elección.

Paso 5

Ofrecer comodidad libre de fármacos y medidas de alivio del dolor durante el parto como primeras opciones seguras. Si las opciones para el alivio farmacológico del dolor están disponibles y son solicitadas, explicar sus beneficios y riesgos.

Paso 6

Proporcionar prácticas basadas en evidencias beneficiosas para la unidad Madre-Hijo-Familia a lo largo de todo el periodo de maternidad.

Paso 7

Evitar procedimientos potencialmente dañinos y prácticas que no tienen suficientes pruebas de un beneficio que compensen el riesgo de rutina y de uso frecuente en el embarazo normal, trabajo de parto, nacimiento, postparto y período neonatal.

Paso 8

Implementar medidas que mejoren el bienestar y prevengan enfermedades en la unidad MadreBebé-Familia, incluyendo la buena nutrición, agua potable, sanidad, higiene, planificación familiar, enfermedades y prevención de complicaciones y educación pre y post natal.

Paso 9

Proporcionar tratamiento obstétrico, neonatal y de emergencia apropiado cuando sea necesario. Asegurar que su personal esté entrenado en reconocer las posibles complicaciones y condiciones peligrosas y en proveer tratamiento de estabilización eficaz, y tener vínculos establecidos para consulta y un sistema de referencia segura y eficaz.

Paso 10

Implementar una política de apoyo de recursos humanos para reclutamiento y retención de personal, y asegurar que su personal esté seguro, sea respetado y le permita proporcionar un cuidado con buena calidad, colaboración y atención personalizada a mujeres y recién nacidos en un ambiente de trabajo positivo.

Paso 11

Proporcionar una atención colaborativa continua con todos los proveedores relevantes de salud, instituciones y organizaciones con los planes establecidos y comunicación logística, consulta y referencia entre todos los niveles de atención.

Paso 12

Lograr los 10 pasos de la Iniciativa Hospital amigable para el bebé (2018) revisada- Protegiendo, promoviendo y apoyando la lactancia materna en instalaciones de prestación de servicios de maternidad.

Por favor acceda a ICI a www.internationalchildbirth.com para leer los 12 pasos y aprender más acerca de los antecedentes, principios, y objetivos de la iniciativa.

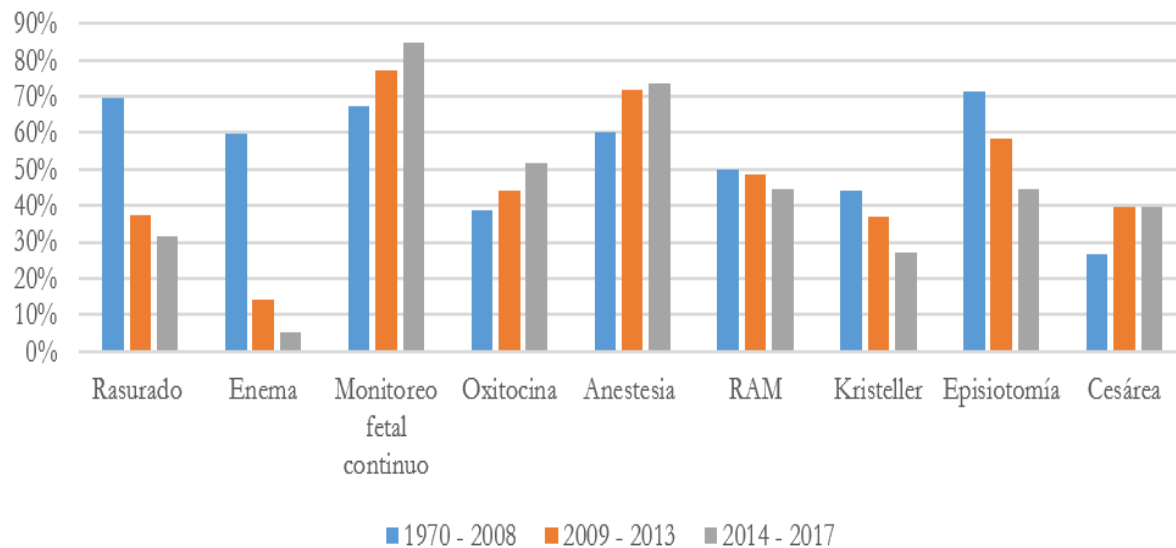
SEPTIEMBRE 2018



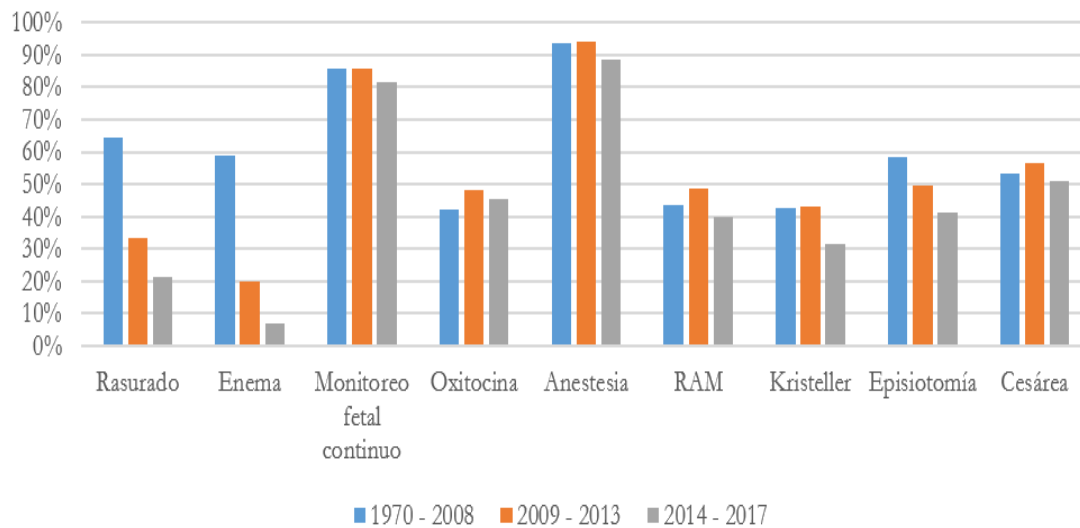
Resultados Primera
Encuesta sobre el
Nacimiento en
Chile.

OVO Chile, 2018.

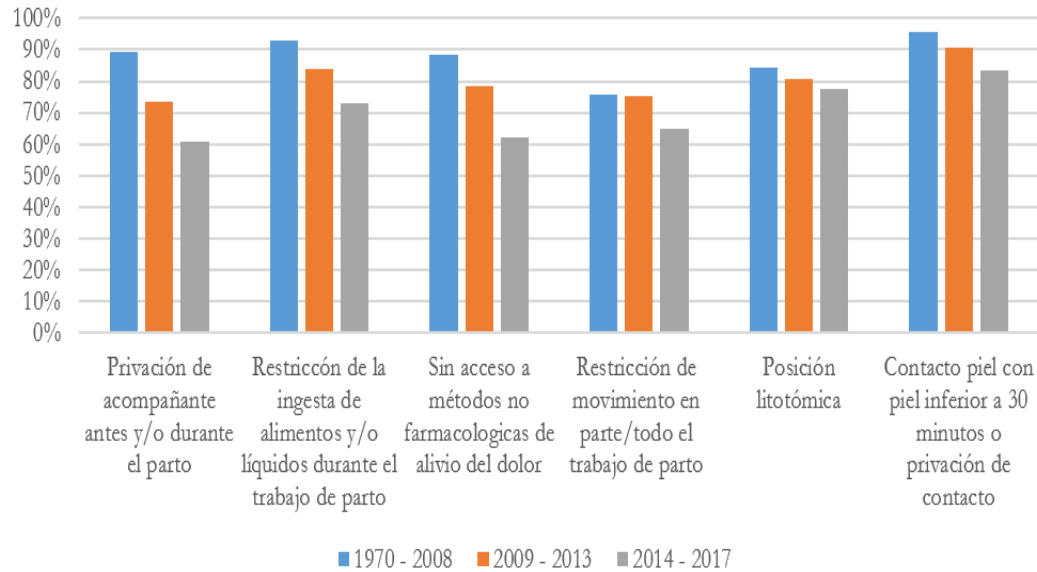
Prevalencia de intervenciones obstétricas en hospitales, según periodos



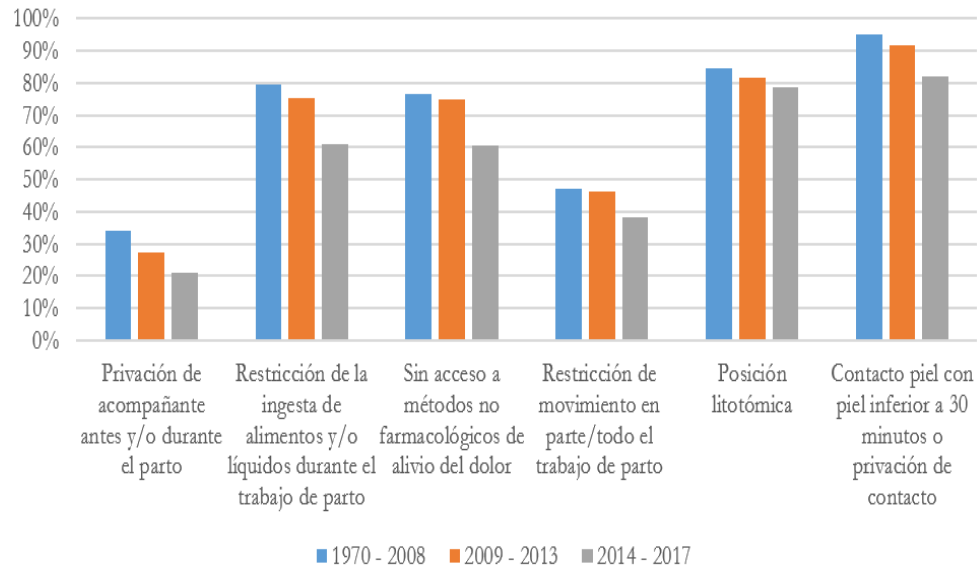
Prevalencia de intervenciones obstétricas en clínicas, según periodos



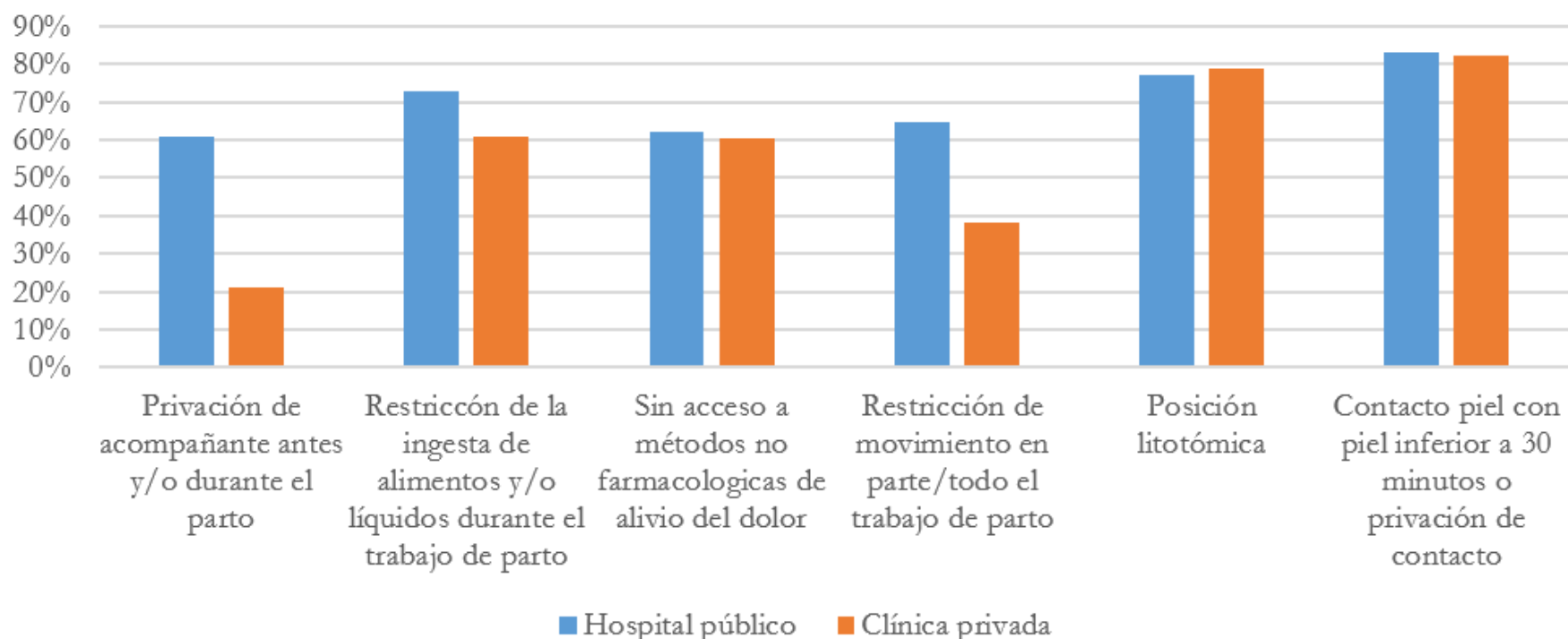
Prevalencia de incumplimiento de recomendaciones para una experiencia positiva de parto en hospitales, según periodos



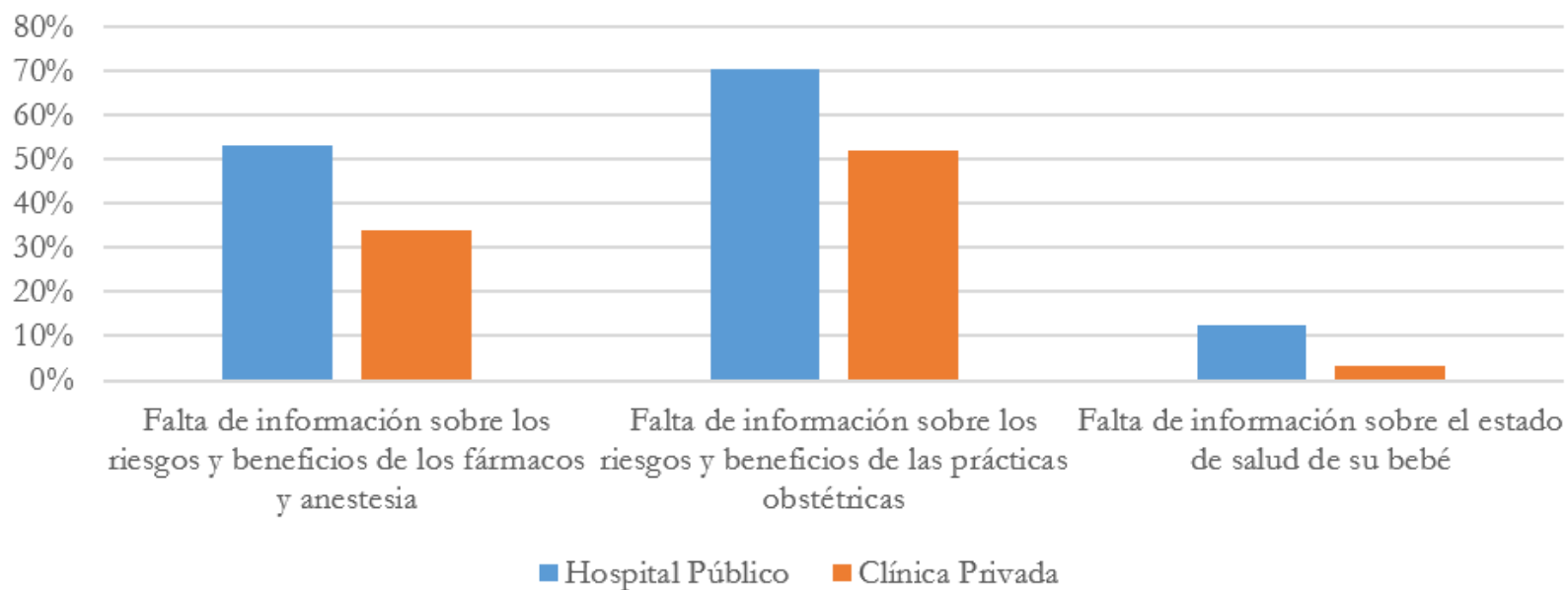
Prevalencia de incumplimiento de recomendaciones para una experiencia positiva de parto en clínicas, según periodos



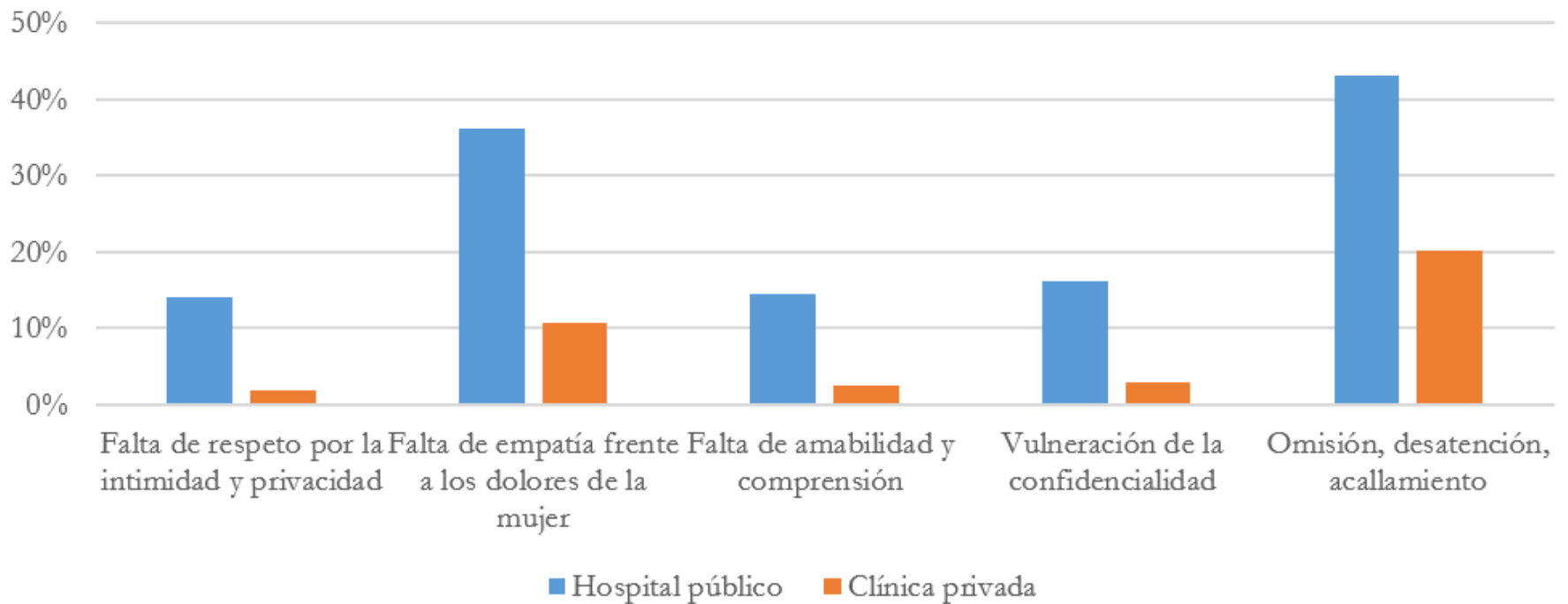
Prevalencia de incumplimiento de recomendaciones para una experiencia positiva de parto según tipo de institución, periodo 2014 - 2017



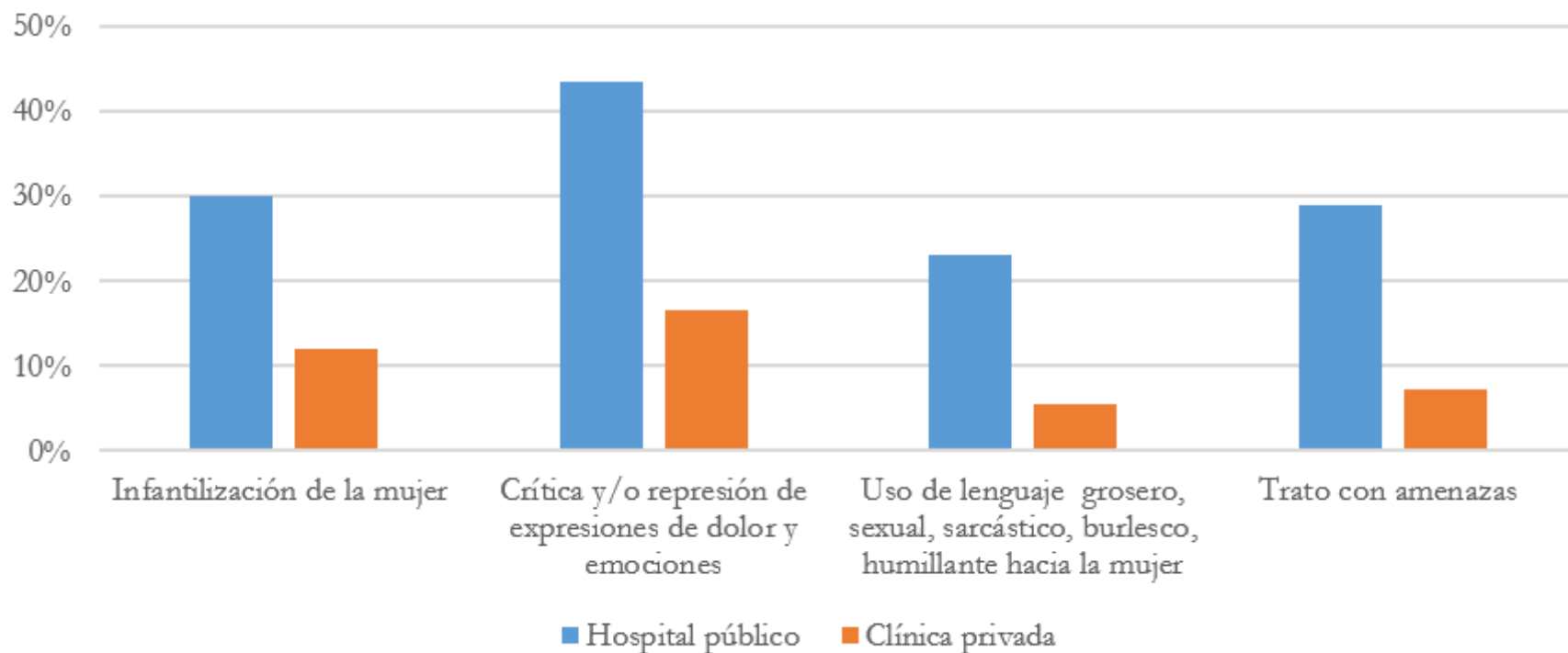
Prevalencia de falta de información por parte del personal de salud hacia la mujer según tipo de institución, periodo 2014 - 2017



Prevalencia de estándares de cuidado deficiente según tipo de institución, periodo 2014 - 2017



Prevalencia de abuso verbal según tipo de institución, periodo 2014 - 2017





Original Research

Labor and Birth Care Satisfaction Associated With Medical Interventions and Accompaniment During Labor Among Chilean Women

Fiona Weeks, MSPH, Loreto Pantoja RM, MPH, Jovita Ortiz, RM, MSc, Jennifer Foster, CNM, PhD, MPH, Gabriel Cavada, PhD, MS, Lorena Binfa, RM, PhD

La menor satisfacción se asoció al nacimiento por cesárea, al manejo del dolor, a la monitorización continua y la episiotomías. El mejor predictor de satisfacción es el acompañamiento durante el trabajo de parto y parto.

“La evidencia científica desaconseja el uso de muchos de los procedimientos e intervenciones que en Chile se practican de forma rutinaria”



@matron_leiva_rojas