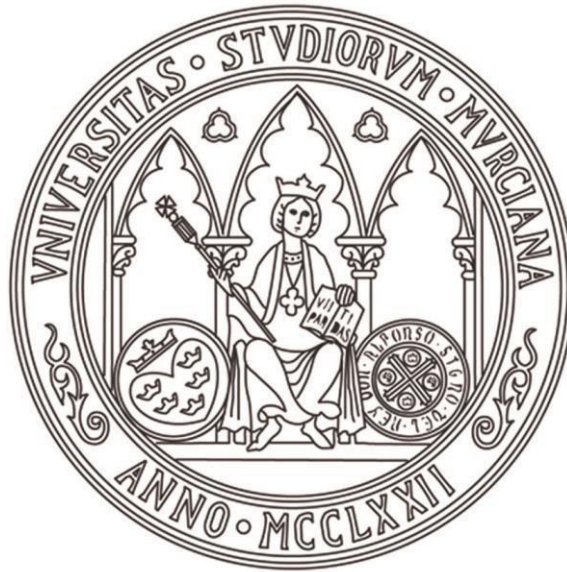




UNIVERSIDAD DE MURCIA
ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO
TESIS DOCTORAL

DISEÑO, VALIDACIÓN Y APLICACIÓN MULTICÉNTRICA DE
UNA ESCALA DE MEDICIÓN DE CARGAS DE TRABAJO DE
MATRONAS, BASADA EN INTERVENCIONES NIC, PARA
UNIDADES DE PARITORIO

D.^a LORENA GÓMEZ GARCÍA
2024



UNIVERSIDAD DE MURCIA
ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO
TESIS DOCTORAL

DISEÑO, VALIDACIÓN Y APLICACIÓN MULTICÉNTRICA DE UNA
ESCALA DE MEDICIÓN DE CARGAS DE TRABAJO DE MATRONAS,
BASADA EN INTERVENCIONES NIC, PARA UNIDADES DE
PARITORIO

Autor: D.^a Lorena Gómez García

Director/es: Dra. D.^a Ana Myriam Seva Llor

Dra. D.^a María Fuensanta Hellín Gíl

Dra. D.^a María Dolores Roldán Valcárcel



**DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD
DE LA TESIS PRESENTADA EN MODALIDAD DE COMPENDIO O ARTÍCULOS PARA
OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR**

Aprobado por la Comisión General de Doctorado el 19-10-2022

D./Dña. LORENA GÓMEZ GARCÍA

doctorando del Programa de Doctorado en

CIENCIAS DE LA SALUD (PLAN 2013)

de la Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad Murcia, como autor/a de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor y titulada:

DISEÑO, VALIDACIÓN Y APLICACIÓN MULTICÉNTRICA DE UNA ESCALA DE MEDICIÓN DE CARGAS DE TRABAJO DE MATRONAS, BASADA EN INTERVENCIONES NIC, PARA UNIDADES DE PARITORIO

y dirigida por,

D./Dña. ANA MYRIAM SEVA LLOR

D./Dña. MARÍA FUENSANTA HELLÍN GIL

D./Dña. MARÍA DOLORES ROLDÁN VALCÁRCEL

DECLARO QUE:

La tesis es una obra original que no infringe los derechos de propiedad intelectual ni los derechos de propiedad industrial u otros, de acuerdo con el ordenamiento jurídico vigente, en particular, la Ley de Propiedad Intelectual (R.D. legislativo 1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, modificado por la Ley 2/2019, de 1 de marzo, regularizando, aclarando y armonizando las disposiciones legales vigentes sobre la materia), en particular, las disposiciones referidas al derecho de cita, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Además, al haber sido autorizada como compendio de publicaciones o, tal y como prevé el artículo 29.8 del reglamento, cuenta con:

- *La aceptación por escrito de los coautores de las publicaciones de que el doctorando las presente como parte de la tesis.*
- *En su caso, la renuncia por escrito de los coautores no doctores de dichos trabajos a presentarlos como parte de otras tesis doctorales en la Universidad de Murcia o en cualquier otra universidad.*

Del mismo modo, asumo ante la Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de la autoría o falta de originalidad del contenido de la tesis presentada, en caso de plagio, de conformidad con el ordenamiento jurídico vigente.

En Murcia, a 11 de ABRIL de 2024

Firmado por GOMEZ GARCIA
LORENA - ***2182** el día
11/04/2024 con un certificado
emitido por AC FNMT Usuarios

Fdo.:

Información básica sobre protección de sus datos personales aportados

Responsable:	Universidad de Murcia. Avenida teniente Flomesta, 5. Edificio de la Convalecencia. 30003; Murcia. Delegado de Protección de Datos: dpd@um.es
Legitimación:	La Universidad de Murcia se encuentra legitimada para el tratamiento de sus datos por ser necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. art. 6.1.c) del Reglamento General de Protección de Datos
Finalidad:	Gestionar su declaración de autoría y originalidad
Destinatarios:	No se prevén comunicaciones de datos
Derechos:	Los interesados pueden ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, limitación del tratamiento, olvido y portabilidad a través del procedimiento establecido a tal efecto en el Registro Electrónico o mediante la presentación de la correspondiente solicitud en las Oficinas de Asistencia en Materia de Registro de la Universidad de Murcia

AGRADECIMIENTOS.

Esta Tesis Doctoral es el resultado de un largo camino, un largo viaje que ha trascendido entre mis dos gestaciones, mientras que mi cuerpo formaba una nueva vida, se iba hilando y desarrollando este trabajo. Pues ellos, mis hijos han sido el motor para llegar a este momento.

Mi primer agradecimiento es para mis directores. A, Dra. Ana Myriam Seva Llor por ser una fuente de inspiración, por creer en mí, por ser guía y consejera, y por tus conocimientos inagotables. A Dra. M. ^a Dolores Roldán Valcárcel, por la pasión que le dedicas a tu trabajo y que transmites a todos los que hemos tenido la oportunidad de trabajar contigo, me has ayudado a dar un toque y enfoque diferente a este trabajo. A Dra. M.^a Fuensanta Hellín Gil por tu admirable dedicación a esta investigación, tu determinación y tu constancia. Por fijarte en todos aquellos detalles necesarios para potenciar este proyecto. Ha sido un grandísimo privilegio trabajar con vosotras, y agradecer todo el tiempo que habéis invertido en mí, sois un referente para mi vida profesional.

A cada uno de mis compañero/as que conforman la unidad de partos del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Hospital General Universitario Santa Lucia y el Hospital Comarcal del Noroeste, donde me sentí una más desde el primer día. Gracias por vuestra entrega a esta investigación, por el trabajo bien hecho, pues sin vosotros/as este trabajo no hubiera sido posible.

A mis hijos, Javier y Leo, gracias por vuestra paciencia, y pediros perdón por haberos robado parte de vuestro tiempo y dedicación como madre, para la persecución de un sueño profesional. Espero ser un ejemplo de constancia y esfuerzo para vuestras vidas. Sois la mejor fuente de amor, alegría e ilusión.

A mis padres, M. ^a Cruz y Felipe, a los que le debo lo que soy. Estoy eternamente agradecida por todos los sacrificios que han hecho y siguen haciendo por mí; por vuestro apoyo en cada paso que doy. Por vuestra lucha por enseñarme a no darme por vencida, a superarme y a ser constante para la consecución de mis objetivos. Y por creer en mí, en cada uno de mis proyectos que me ha llevado a tener el trabajo de mis sueños, ser matrona. A ellos que para mí son un ejemplo de vida.

A Fran, Mi gran aliado. Gracias por tu paciencia, por tu apoyo incondicional, por entenderme, por acompañarme siempre en mis decisiones y por crear conmigo el mejor proyecto de nuestras vidas. En definitiva, por ser el mejor compañero de viaje y padre. La vida no me pudo dar mejor regalo.

A mis hermanos, Rosa y Pedro por tener paciencia en mis malos momentos y por acompañarme siempre a celebrar los buenos.

A mis suegros, Mati y Diego, gracias por escucharme, por sus apoyos y ánimos incondicionales en cada momento de mi vida. Muchas gracias por estar siempre a mi lado.

En general quisiera agradecer a todas y cada una de las personas que han vivido conmigo la realización de esta tesis doctoral, con sus altos y bajos y que no necesito nombrar porque tanto ellas como yo sabemos que desde los más profundo de mi corazón les agradezco el haberme brindado todo el apoyo, colaboración, ánimo y sobre todo cariño.

INDICE

RESUMEN.....	16
ABSTRACT.....	19
INTRODUCCIÓN.....	23
1. ESPECIALIDAD OBSTÉTRICA- GINECOLÓGICA (MATRONA).....	23
1.1. La figura de la Matrona.....	23
1.2. Competencias Profesionales de las matronas	24
Tabla 1. Competencias internaciones y nacionales de las matronas.	25
1.3. Ámbito de actuación de las matronas: partos, planta de gestantes y puérperas y seguimiento en Atención Primaria.....	28
Tabla 2. Actividades de las matronas en el transcurso del parto.	30
1.4. Actuaciones de las matronas a lo largo de la historia en referente al trabajo de parto.....	31
1.5. Situación Actual de la atención al parto.	34
2. GESTIÓN CLÍNICA Y ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	36
2.1. Gestión por procesos.	36
2.2. La gestión del proceso de parto.....	39
Figura 1: Flujograma de la unidad de partos de la Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad.....	40
2.3. Gestión de RRHH por Competencias en Enfermería.....	41
2.4. Gestión de RRHH por Competencias en Enfermería Obstétrico-Ginecológico (Matrona).	43
2.5. Modelos Organizativos de cuidado de las matronas en el SNS.	46
2.6. Modelos de Atención y Organización Sanitaria de las matronas en el servicio de partos en los distintos países de la organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en Europa.....	49
2.7. La Ratio matrona-gestante en la atención al parto en los distintos países de la organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en Europa.....	53

Figura 2: Número de matronas por cada 1000 habitantes (Mujeres y Hombres).....	55
Figura 3: Ratio de matronas por cada 1000 nacimientos en la última década.	56
Figura 4: Número de matronas por cada 100.000 mujeres.....	57
3. CARGA DE TRABAJO.....	58
3.1. Definición de Cargas de Trabajo del personal de Enfermería.	58
3.2. Instrumentos validados para la medición de carga de trabajo en Enfermería.....	60
Tabla 3. Instrumentos basados en medidas directas.....	61
Tabla 4. Instrumentos basados en medidas indirectas.....	62
Tabla 5. Instrumentos basados en medidas directas para UCI.....	63
Tabla 6. Instrumentos basados en medidas indirectas para UCI.....	64
Tabla 7. Escalas para evaluar la gravedad del paciente en UCI.	66
Tabla 8. Otras Escalas.....	67
3.3. La Clasificación de Intervenciones Enfermeras (NIC) como instrumento de medición de cargas de trabajo.....	68
3.4. La carga de trabajo de las matronas y el impacto que tiene una deficiente ratio matrona-gestante.	71
4. CALIDAD ASISTENCIAL.	72
4.1. Calidad Asistencial: Definición y Dimensiones.....	72
Figura 5. Los tres niveles del concepto de calidad.....	73
Tabla 9. Dimensiones de la calidad de la atención según diversos autores.	75
4.2. Calidad Asistencial en la Atención al parto.....	77
JUSTIFICACIÓN.	83
OBJETIVOS.	86
Objetivo General	86
Objetivos Específicos.....	86
MATERIAL- MÉTODO.	88
Ámbito.....	88
Temporalidad y Cronograma.	88

Figura 6: Diagrama de Gantt. Secuencia temporal del estudio.	91
Tratamiento Estadístico y Análisis de datos.	92
Aspectos ético-legales.....	93
RESULTADOS Y PÚBLICACIONES.....	95
ARTÍCULO 1. Análisis de la situación de las matronas y necesidad de medir sus cargas de trabajo.	97
ARTÍCULO 2. Diseño de un instrumento para medir cargas de trabajo de matronas basado en intervenciones NIC.	98
ARTÍCULO 3. Validación de una escala para medir la carga de trabajo de las matronas.	99
DISCUSIÓN	101
CONCLUSIONES	113
FINANCIACIÓN	116
BIBLIOGRAFIA	118
ANEXOS	144
Anexo 1. Perfil del puesto de trabajo de matrona especializada HCUVA.....	145
Anexo 2. Entrevista semiestructurada a las matronas para conocer la necesidad de tener un instrumento de medición de cargas de trabajo.	155
Anexo 3. Mapeo de las actividades en relación a las intervenciones NIC que son realizadas por las matronas en paritorio.	157
Anexo 4. Cuaderno de datos para recoger los tiempos en la ejecución de las intervenciones NIC por las matronas en partos. (HCUVA).	165
Anexo 5. Tiempos determinados por los tres grupos focales para la ejecución de las intervenciones NIC realizadas en la unidad de partos por las matronas.....	170
Anexo 6. Comparativa de los tiempos para la ejecución de las intervenciones NIC determinados por el grupo NIC, con respecto a los medidos realmente en la unidad de partos del HCUVA y con el consenso establecido por los tres grupos focales.	175

Anexo 7. Diseño de la escala de medición de cargas de trabajo para las matronas de la unidad de partos.	180
Anexo 8. Cuaderno de datos para el pilotaje y estudio multicéntrico, utilizado en las tres unidades de partos.	182
Anexo 9. Consentimiento informado del Jefe de servicio del Paritorio HCUVA para la investigación sobre la recogida del tiempo destinado a cada intervención NIC por las matronas.	183
Anexo 10. Consentimiento informado del Jefe de servicio del Paritorio HGU Santa Lucia para la investigación sobre la recogida del tiempo destinado a cada intervención NIC por las matronas	184
Anexo 11. Aprobación del Comité de Ética de Investigación para realizar estudio en HCUVA.	185
Anexo 12. Aprobación del Comité de Ética de Investigación para realizar estudio en HGUSL.	186
Anexo 13. Aprobación del Comité de Ética de Investigación para realizar estudio en HCN.	187
Anexo 14. Consentimiento Informado y acuerdo de confidencialidad para participar en pilotaje y estudio multicéntrico en HCUVA.	188
Anexo 15. Consentimiento Informado y acuerdo de confidencialidad para participar en estudio multicéntrico en HGUSL.	198
Anexo 16. Consentimiento Informado y acuerdo de confidencialidad para participar en estudio multicéntrico en HCN.	208
Anexo 17. Beca del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España.	219

MATERIAL COMPLEMENTARIO 220

ABREVIATURAS.

AHQR: Research and Quality de Estados Unidos.

AMU: Unidades de Matronas.

APACHE: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation.

ATS: Ayudante Técnico Sanitario.

CEE: Comunidad Económica Europea.

CIMS: Coalition for Improving Maternity Services.

CINAHL: Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature.

ICM: Confederación Internacional de Matronas.

DNS: Dependence Nursing Scale.

EFQM: European Foundation for Quality Management

EVECTE: Escala de Evaluación de la Carga de Trabajo de Enfermería.

FAME: Federación de Asociaciones de Matronas de España.

FRICE: Foundation for Reseach on Intensive Care in Europe

FMU: Unidades de Matronas Independientes.

GPCAPN: Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal.

GRASP: Grace Reynolds Application and Study of PETO.

HCUVA: Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

HGUSL: Hospital General Universitario Santa Lucia.

HCN: Hospital Comarcal del Noroeste.

IPSI: Índices de Pondération des Soins Infirmiers.

ISO: International Organization for Standardization.

MAP: Modelo de asignación de pacientes.

MEE: Modelo de enfermería por equipos.

MEP: Modelo de Enfermería Primaria.

MF: Modelo Funcional.

MIDENF®: Mediciones de Intervenciones de Enfermería.

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

NAS: Nursing Activities Score.

NCR: Nursing Care Recording.

NEMS: Nine Equivalentents of Nursing Manpower Use Score.

NIC: Clasificación de Intervenciones de Enfermería.

NICE: National Institute for Health and Care Excellence.

NISS: Nursing Intervention Scoring System.

NOC: Clasificación de objetivos de Enfermería.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.

PAE: Proceso de Atención de Enfermería.

PRN: Proyect Research Nursing.

PUBMED: US National Library of Medicine.

RCOG: Royal College of Obstetricians & Gynecologist.

RCM: Royal College of Midwives.

RRHH: Recursos humanos.

SAF: Nursing Care System. Sociedad de Anestesiología Sueca.

SAPS: Simplified Acute Physiology Score.

SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

SIIPS: Soins Individualisés la Personne Soignée.

SNS: Sistema Nacional de Salud.

SOFA: Sequential Organ Failure Assessment

TISS: Therapeutic Intervention Scoring System.

TOSS: Time Oriented Score System

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

UE: Unión Europea.

VACTE: Valoración de Cargas de Trabajo y Tiempos de Enfermería.

RESUMEN.

Introducción. La evidencia disponible demuestra que una escasez en el número de matronas, pone en peligro la calidad del cuidado materno-neonatal que éstas prestan. Para planificar las dotaciones de matronas dentro de una organización, los gestores se ven en la necesidad de utilizar instrumentos de medida, pero ninguno de los validados actualmente incluye todas las intervenciones que se ejecutan durante su jornada laboral ni tiene en cuenta todas las funciones del trabajo de la matrona (asistencial, de gestión, docente e investigador). La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), permite conocer el trabajo y cuidados realizados por las matronas. Por ello, el objetivo de esta tesis, fue diseñar y validar una escala de medición de cargas de trabajo mediante aplicación multicéntrica, específica para las enfermeras obstétrico-ginecológicas (matronas), dentro de la unidad de partos, basada en intervenciones enfermeras NIC. **Método.** Se trata de un estudio analítico, descriptivo, prospectivo y observacional, utilizando metodología mixta (cualitativa y cuantitativa). Durante la primera fase de la investigación se realizó estudio cualitativo (entrevistas en profundidad, grupos focales y comité de expertos), para conocer la necesidad de medir las cargas de trabajo de las matronas, de tener una herramienta validada para la medición de las mismas, y de conocer y enumerar las distintas actividades profesionales de este personal. Para ello, se realizó un mapeo de las actividades de las matronas dentro del paritorio, y así poder catalogarlas con su correspondiente NIC. A continuación, se comenzó la confección de un borrador de la escala ad hoc de medición de cargas de trabajo por parte del grupo investigador. La escala quedó estructurada en 4 dimensiones, en correlación con las cuatro funciones de la enfermería: función asistencial (en donde se integraron los 11 patrones funciones de Marjory Gordon), función gestión, dividida en dos: por un lado, la gestión del paciente (referente a las intervenciones de gestión que realizan las matronas sobre cada mujer que cuidan) y, por otro lado, la gestión de la unidad (actuaciones de gestión relacionadas con la unidad de paritorio en general), función docencia y función investigación. También se incluyó un apartado de intervenciones suplementarias, integrado por aquellas

intervenciones que se realizan de forma extraordinaria, pero que ocasionalmente se pueden realizar en un paritorio. Una vez construido el instrumento en lenguaje estandarizado (NIC), fue validado cualitativamente en cuanto a contenido y construcción por los tres grupos focales de matronas, realizados de forma virtual a través de la plataforma Zoom. Tras obtener el borrador de la escala, se pasó a la segunda fase de la investigación, el análisis cuantitativo (pilotaje y estudio de carácter multicéntrico), realizado entre los años 2020-2021, en tres unidades de partos, de tres hospitales públicos de la Región de Murcia, España. Los datos se analizaron a través del software específico para investigación cualitativa (Atlas.ti) y cuantitativa usando el paquete estadístico SPSS versión 23.0, obteniendo el coeficiente alfa de Cronbach para conocer la confiabilidad (validez y fiabilidad) de la escala ad hoc. **Resultados.** De las encuestas, entrevistas, grupos focales y de expertos, se deduce la preocupación y necesidad de adecuar las plantillas de estos profesionales a la demanda actual de cuidado, al manifestar la sobrecarga continuada que experimentan durante su actividad profesional. Durante un turno de trabajo, se pueden llegar a identificar 96 intervenciones NIC en cada parto, los tiempos de ejecución determinados durante la fase de medición, dictan de los propuestos por el grupo NANDA, pues se obvia el consenso y no están cuantificados en situaciones reales. Tras las reuniones con los grupos focales se obtiene el borrador de la escala diseñada ad hoc; escala conformada por 24 ítems, cada ítem contiene una o más intervenciones de enfermería (NIC) asociadas a un mismo tiempo de intervención. La aplicación de la escala de forma multicéntrica, muestra como las intervenciones NIC que llevan aparejada una mayor carga de trabajo, tanto en turno diurno como nocturno, son las integradas en la función asistencial, como: monitorización fetal, acompañamiento y actuación ante situaciones de urgencia. En cuanto a la función gestión, el tiempo total invertido en la gestión del cuidado a una mujer en proceso de parto, es de 960,61 minutos (16 horas) para el turno diurno y de 840,29 minutos (14 horas) para el turno nocturno. Asimismo, al evaluar el tiempo de dedicación con respecto al tipo de inicio de parto, se detecta que la carga de trabajo, en el parto inducido (1035,94 minutos-17,3 horas) es superior al parto

espontáneo (1032,74 minutos-17,2 horas). Esto supone un exceso de tiempo dedicado a la ejecución de sus funciones, con respecto a la duración de su jornada laboral (12 horas). Pero, además, si atendemos a la ratio, las matronas del estudio, atienden de forma habitual y constante a tres mujeres en proceso de parto, lo que conlleva una ratio matrona/gestante 1:3, ratio no acorde con las distintas guías obstétricas para una atención de excelencia. El análisis de los datos obtenidos, corrobora la consistencia interna de la herramienta, al obtener un alfa de Cronbach de 0.786, lo que nos indica un valor aceptable en la validez y fiabilidad de la escala ad hoc. **Conclusión.** Las matronas del estudio, están sometidas a un aumento en su carga de trabajo, con respecto al número y tiempo dedicado a la realización de intervenciones NIC. La evidencia encontrada en esta investigación aporta valiosas contribuciones, al análisis y evaluación en cuanto a la carga de trabajo de las matronas, y determina que la herramienta diseñada ad hoc es válida y fiable para medir el cuidado realizado por estos profesionales durante el proceso de parto, al establecer y predecir la dotación y proporción de personal que es necesario según el flujo de demanda real en paritorio. Además, nos muestra como la ratio matrona/gestante, no presenta la proporción idónea para establecer cuidados de calidad, por lo que debe redefinirse. Este trabajo nos ofrece datos objetivos que corroboran afirmaciones teóricas o supuestas basadas en experiencias subjetivas.

Palabras Claves: Matrona; Parto; Carga de trabajo; Escala; Terminología Estandarizada Enfermería; Administración de Personal.

ABSTRACT.

Introduction. The available evidence shows that a shortage in the number of midwives jeopardizes the quality of maternal and newborn care they provide. In order to plan the number of midwives within an organization, managers need to use measuring instruments, but none of those currently validated includes all the interventions that are carried out during their working day or takes into account all the functions of the midwife's work (care, management, teacher and researcher). The Classification of Nursing Interventions (NIC) provides information on the work and care provided by midwives. Therefore, the aim of this thesis was to design and validate a scale to measure workloads through multicenter application, specific for obstetric-gynecological nurses (midwives), within the delivery unit, based on NIC nursing interventions. **Method.** This is an analytical, descriptive, prospective and observational study, using a mixed methodology (qualitative and quantitative). During the first phase of the research, a qualitative study was carried out (in-depth interviews, focus groups and committee of experts) to determine the need to measure the workloads of midwives, to have a validated tool for measuring them, and to know and list the different professional activities of these personnel. To this end, a mapping of the activities of the midwives within the delivery room was carried out, and thus be able to catalog them with their corresponding NIC. Next, the research group began to prepare a draft of the ad hoc scale for measuring workloads. The scale was structured in 4 dimensions, in correlation with the four functions of nursing: function care (where the 11 patterns of functions of Marjory Gordon were integrated), function management, divided into two: on the one hand, patient management (referring to the management interventions carried out by midwives on each woman they care for) and, on the other hand, unit management (management actions related to the delivery unit in general), function teaching and function research. A section on supplementary interventions was also included, made up of those interventions that are performed extraordinarily, but that can occasionally be performed in a delivery room. Once the instrument was built in standardized language (NIC), it was qualitatively validated in terms of content and construction by the

three focus groups of midwives, carried out virtually through the Zoom platform. After obtaining the draft of the scale, we moved on to the second phase of the research, the quantitative analysis (piloting and multicenter study), carried out between 2020-2021, in three delivery units, of three public hospitals in the Region of Murcia, Spain. The data were analyzed through specific software for qualitative research (Atlas.ti) and quantitative research using the SPSS statistical package version 23.0, obtaining Cronbach's alpha coefficient to know the reliability (validity and reliability) of the ad hoc scale. **Results.** From the surveys, interviews, focus groups and experts, we deduce the concern and need to adapt the staff of these professionals to the current demand for care, by expressing the continued overload they experience during their professional activity. During a work shift, 96 NIC interventions can be identified in each delivery, the execution times determined during the measurement phase dictate those proposed by the NANDA group, since consensus is ignored and they are not quantified in real situations. After the meetings with the focus groups, the draft of the ad hoc designed scale is obtained; scale made up of 24 items, each item contains one or more nursing interventions (NIC) associated with the same intervention time. The application of the scale in a multicenter manner shows how the NIC interventions that entail a greater workload, both in day and night shifts, are those integrated into the care function, such as: fetal monitoring, accompaniment and action in emergency situations. Regarding the management function, the total time invested in managing the care of a woman in labor is 960.61 minutes (16 hours) for the day shift and 840.29 minutes (14 hours) for the night shift. Likewise, when evaluating the time dedicated to the type of labor initiation, it is detected that the workload in induced labor (1035.94 minutes-17.3 hours) is higher than spontaneous labor (1032.74 minutes -17.2 hours). This represents an excess of time dedicated to the execution of their duties, with respect to the duration of their working day (12 hours). But, in addition, if we look at the ratio, the midwives in the study regularly and constantly care for three women in labor, which entails a midwife/pregnant ratio of 1:3, a ratio not in accordance with the different obstetric guidelines for excellent care. The analysis of the data obtained corroborates the internal

consistency of the tool, obtaining a Cronbach's alpha of 0.786, which indicates an acceptable value in the validity and reliability of the ad hoc scale. **Conclusion.** The midwives in the study are subject to an increase in their workload, with respect to the number and time dedicated to performing NIC interventions. The evidence found in this research provides valuable contributions to the analysis and evaluation regarding the workload of midwives, and determines that the ad hoc designed tool is valid and reliable to measure the care provided by these professionals during the birth process. , by establishing and predicting the staffing and proportion of personnel that is necessary according to the flow of real demand in the delivery room. Furthermore, it shows us how the midwife/pregnant mother ratio does not present the ideal proportion to establish quality care, which is why it must be redefined. This work offers us objective data that corroborates theoretical or supposed statements based on subjective experiences.

Keywords: Midwife; Delivery; Workload; Scale; Standardized Nursing Terminology; Staff Administration.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN.

1. Especialidad obstétrica- ginecológica (matrona).

1.1. La figura de la Matrona.

La definición de matrona ha evolucionado con los años, actualmente en España tomamos como referencia la desarrollada a nivel internacional por el Consejo de la Confederación Internacional de Matronas (ICM), del año 2005 y a nivel nacional la normativa del SAS 1349/2009.

Para la ICM, la matrona es *“Una persona que, habiendo sido admitida para seguir un programa educativo de partería, debidamente reconocido por el Estado, ha terminado con éxito el ciclo de estudios prescritos en partería y ha obtenido las calificaciones necesarias que le permitan inscribirse en los centros oficiales y/o ejercer legalmente la práctica de la partería. La matrona está reconocida como un profesional responsable y que rinde cuentas y que trabaja en asociación con las mujeres para proporcionar el necesario apoyo, cuidados y consejos durante el embarazo, parto y el puerperio, dirigir los nacimientos en la propia responsabilidad de la matrona y proporcionar cuidados al neonato y al lactante. Este cuidado incluye las medidas preventivas, la promoción de nacimiento normal, la detección de complicaciones en la madre y niño, el acceso a cuidado médico u otra asistencia adecuada y la ejecución de medidas de emergencia. La matrona tiene una tarea importante en el asesoramiento y la educación para la salud, no solo para la mujer, sino también en el seno de sus familias y de la comunidad. Este trabajo debe incluir la educación prenatal y preparación para la maternidad y puede extenderse a la salud de mujeres, la salud sexual o reproductiva, y el cuidado de los niños. Una matrona puede ejercer en cualquier emplazamiento, incluyendo la casa, la comunidad, los hospitales, las clínicas o las unidades de salud”¹.*

A nivel nacional, la orden del SAS 1349/2009 en su apartado 3, define el perfil profesional de las matronas como: *“La matrona es el profesional que, con una actitud científica responsable y utilizando los medios clínicos y tecnológicos adecuados al desarrollo de la ciencia en cada momento, proporciona una atención integral a la salud*

INTRODUCCIÓN

sexual, reproductiva y maternal de la mujer, en sus facetas preventivas, de promoción y de atención y recuperación de la salud, incluyendo así mismo la atención a la madre, en el diagnóstico, control y asistencia del embarazo, parto y puerperio normal y la atención al hijo recién nacido sano, hasta el 28 día de vida. El ámbito de actuación de las matronas abarca tanto la Atención Primaria (que incluye centros de salud, comunidad, familia, y domicilio) como la Atención Especializada, (que incluye el hospital u otros dispositivos dependientes del mismo). Así mismo las matronas pueden ejercer su profesión en el sector público, en el privado, por cuenta ajena y por cuenta propia”².

Ambas definiciones reconocen que las matronas pueden ejercer en diferentes ámbitos, y respecto a su campo de actuación, destacando la atención integral que proporcionan en materia de salud sexual, salud reproductiva y maternal.

Entre las funciones de las matronas, en ambas definiciones se reconocen las de: prevención, promoción, atención, recuperación, asesoramiento y educación para la salud. Estas funciones son coherentes con las reconocidas a los profesionales de la enfermería en la ley 44/2003 de Ordenación de profesiones sanitarias, que hacen referencia a la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades³.

1.2. Competencias Profesionales de las matronas.

El desarrollo y gestión por competencias profesionales es una forma de concebir a las distintas profesiones.

La formación recibida dota a las matronas de competencias que le capacitan para la docencia, investigación y gestión de los servicios de atención a la mujer⁴. Este perfil competencial se ajusta a las directrices derivadas de: la Conferencia Internacional de matronas, las directrices de la Unión Europea contenidas en el artículo 55 del Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, y en España de la Orden SAS/1349/2009, que establece en el apartado 7 las competencias profesionales. Competencias que le permiten dar respuesta a las necesidades de la sociedad y del sistema sanitario, afrontar los cambios sociales y profesionales a los que tendrá que enfrentarse y participar en su

construcción. Además, determinan que la matrona debe ser competente y en consecuencia estar capacitada para desempeñar las competencias internacionales y nacionales asignadas (tabla 1):

Tabla 1. Competencias internaciones y nacionales de las matronas.

Confederación Internacional de Matronas (ICM)¹	Real Decreto 1837/ 2008 de 8 noviembre, en su art. 55 se reconocen⁵:	Orden del SAS/ 1349/2009²
Las matronas tienen el conocimiento y las destrezas requeridas, de obstetricia, neonatología, ciencias sociales, salud pública y ética, que constituyen la base del cuidado de alta calidad, relevante desde el punto de vista cultural, apropiado para mujeres, recién nacidos y familias en edad fértil.	Prestar información y asesoramiento adecuados sobre planificación familiar.	Participar y, en su caso, liderar y dinamizar programas de salud materno- infantil, atención a la mujer, salud sexual, salud reproductiva y climaterio.
Las matronas suministran a todos en la comunidad educación en salud y servicios de alta calidad, culturalmente sensibles, para promover la vida familiar saludable, los embarazos planificados y la crianza positiva de los niños	Diagnosticar el embarazo y supervisar el embarazo normal; realizar los exámenes necesarios para la supervisión del desarrollo de los embarazos normales.	Prestar atención al binomio madre hijo en el diagnóstico, control y asistencia durante el embarazo, auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados
Las matronas suministran cuidados de alta calidad para el cuidado pre-embarazo para maximizar la salud durante el embarazo, lo que influye la detección temprana y tratamiento o derivación para una selección de complicaciones.	Prescribir o asesorar sobre los exámenes necesarios para el diagnóstico precoz de los embarazos de alto riesgo.	Prestar atención al binomio madre-hijo en el diagnóstico, control y asistencia durante el parto, auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados.
Las matronas suministran cuidados de alta calidad, sensibles culturalmente, durante el trabajo de parto, realizan un parto limpio y seguro y manejan situaciones de emergencia selectas, para maximizar la salud de las mujeres y sus recién nacidos.	Facilitar programas de preparación parental y preparación completa al parto, incluida la información relacionada con la higiene y la nutrición.	Prestar atención al binomio madre-hijo en el diagnóstico, control y asistencia durante el puerperio, auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados.
Las matronas suministran a las mujeres cuidados posparto integrales, de alta calidad, sensibles culturalmente.	Prestar cuidados y asistencia a la madre durante el parto y supervisar la condición del feto en el útero mediante los métodos clínicos y técnicos apropiados.	Prestar atención al neonato dirigida a favorecer los procesos de adaptación y detectar precozmente las situaciones de riesgo.

INTRODUCCIÓN

Confederación Internacional de Matronas (ICM)¹	Real Decreto 1837/ 2008 de 8 noviembre, en su art. 55 se recogen⁵:	Orden del SAS/ 1349/2009²
Las matronas suministras cuidado integral, de alta calidad al infante esencialmente sano, desde el nacimiento hasta los dos meses de edad.	Atender el parto normal, cuando se trate de una presentación de vértice, incluyendo, si es necesario, la episiotomía y, en caso de urgencia, atender el parto en presentación de nalgas.	Detectar precozmente los factores de riesgo y problemas de salud en el binomio madre-hijo durante el embarazo, parto y puerperio, llevando a cabo actividades de diagnóstico, control, derivación y seguimiento de los mismos, y, en caso necesario, tomar las medidas de urgencia oportunas.
Las matronas proveen una serie de servicios de salud individualizados y sensibles culturalmente relacionados con el aborto, para mujeres que requieren o experimentan una interrupción del embarazo o una pérdida, congruentes con las leyes y regulaciones aplicables y de acuerdo con los protocolos nacionales	Reconocer en la madre o en el niño los signos indicadores de anomalías que precisen la intervención de un médico y, en su caso, asistir a éste; adoptar las medidas necesarias en ausencia del médico, en particular la extracción manual de la placenta, seguida, en su caso, del reconocimiento manual del útero.	Realizar una adecuada educación para la salud a la mujer, familia y comunidad identificando las necesidades de aprendizaje en relación con la salud materno-infantil, la salud sexual, reproductiva y en el climaterio, llevando a cabo los diferentes programas educativos relacionados con las necesidades detectadas.
	Reconocer y prestar cuidados al recién nacido; adoptar todas las iniciativas precisas en caso de necesidad y practicar, si llega el caso, la reanimación inmediata.	Realizar consejo afectivo sexual y consejo reproductivo a la mujer, jóvenes y familia.
	Asistir y supervisar los progresos de la madre después del parto y prestarle el asesoramiento necesario en relación con los cuidados al niño para que pueda garantizar el progreso óptimo del recién nacido.	Promover una vivencia positiva y una actitud responsable de la sexualidad en la población y asesorar en materia de anticoncepción.
	Realizar el tratamiento prescrito por el médico.	Realizar actividades de promoción, prevención y colaborar en las actividades de asistencia y recuperación de la salud sexual, reproductiva y del climaterio de la mujer.
	Redactar los informes que sean necesarios.	Detectar en la mujer factores de riesgo genético y problemas ginecológicos, para derivar, en su caso al profesional competente.
		Aplicar los principios del razonamiento clínico, detección de problemas, toma de decisiones, plan de actuación y cuidados y evaluación, adecuados a las diferentes situaciones clínicas en el ámbito de actuación de la matrona.

Confederación Internacional de Matronas (ICM) ¹	Real Decreto 1837/ 2008 de 8 noviembre, en su art. 55 se recogen ⁵ :	Orden del SAS/ 1349/2009 ²
		Establecer una comunicación efectiva con la mujer, familia y grupos sociales.
		Trabajar y comunicarse de forma efectiva con el equipo de salud.
		Ejercer la profesión de matrona de forma ética en base a la legislación vigente y asumir la responsabilidad derivada de sus actuaciones.
		Asesorar sobre la legislación vigente encaminada a proteger los derechos de la mujer y su familia.
		Gestionar las actividades y recursos existentes en el ámbito de la atención de salud materno-infantil y la atención de salud sexual y reproductiva.
		Emitir los informes necesarios y registrar de forma efectiva las actividades realizadas.

Fuente: Elaboración propia.

Por lo que las matronas son conocidas como agentes en prevención/ promoción de la salud de la mujer y del recién nacido, ya que sus actuaciones van más allá de las actividades tradicionales en la atención al parto.

En la actualidad, existe una limitación clara en el desarrollo de cada uno de los ámbitos competenciales que determina también una infrautilización del profesional. Lo que supone, una lesión clara de los intereses de un grupo profesional que persigue su desarrollo completo y que coincide con los intereses de la salud de las mujeres y las familias por la clara relación beneficiosa de costo/eficacia/ sostenibilidad⁶.

INTRODUCCIÓN

1.3. Ámbito de actuación de las matronas: partos, planta de gestantes y puérperas y seguimiento en Atención Primaria.

La matrona es un profesional con capacidad de adaptación que le ha servido para sobrevivir como figura reconocida por las distintas sociedades en el transcurrir de los siglos, al saber adecuar su trabajo a los cambios sociales, políticos, científicos-tecnológicos en los momentos que ha sido necesario. Han sabido permanecer junto a la mujer, acompañándola en todas las etapas de su vida sexual y reproductiva, proporcionando un cuidado integral. Son consideradas agentes de salud de la mujer, sus competencias están reconocidas nacional e internacionalmente por la legislación vigente; y van más allá de las actividades tradicionales en la atención a la gestación, parto y postparto⁶.

Sus competencias se extienden a la labor asistencial, gestora, docente e investigadora. A pesar de tener un amplio abanico de actuaciones en varias unidades hospitalarias, como son los servicios de gestantes, puérperas o urgencias materno-infantil; y en el primer eslabón de la atención, como es la Atención Primaria, las matronas, a lo largo de su historia se han ocupado del cuidado a la mujer principalmente en el proceso del parto, bien en domicilio o en instituciones públicas o privadas⁶.

El papel de la matrona es central para la asistencia de la mujer, en el parto normal y en la identificación de complicaciones o desviaciones de la normalidad. En cualquiera de los casos, en los que transcurra dicho proceso, (ya sea un parto normal o complicado), las matronas son el referente en nuestro modelo asistencial para el seguimiento del mismo, y, de hecho, el 95% del tiempo que requiere cada parto, siempre está bajo la atención de una matrona⁷. La propia Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Sanidad, define el Parto Normal, *“Como aquel que comienza de forma espontánea, que tiene bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. La criatura nace espontáneamente en posición cefálica, entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el recién nacido se encuentran en buenas condiciones”*. Definición acorde con la contemplada por la Federación de Asociaciones de Matronas de España (F.A.M.E.) donde el Parto Normal,

es “el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológico y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo⁸. Y por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) que califica el Parto Normal como “el trabajo de parto de una gestante sin factores de riesgo durante la gestación, que se inicia de forma espontánea entre la 37^a-42^a semana y que, tras una evolución fisiológica de la dilatación y el parto, termina con el nacimiento de un recién nacido normal que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina. El alumbramiento y el puerperio inmediato deben igualmente evolucionar de forma fisiológica “⁸.

Por tanto, el parto es una experiencia profunda y única, y al mismo tiempo, un proceso fisiológico complejo. Es un acontecimiento trascendental en la vida de las mujeres y el tipo de atención que se les presta tiene importantes efectos en ellas y en sus hijos e hijas, tanto físicos como emocionales, a corto y a largo plazo, pues el escenario en el que transcurre el trabajo de parto varia, dependiendo de la forma del inicio, finalización del mismo, así como del tipo de mujer a tratar, clasificadas en bajo, medio o alto riesgo⁷⁻⁹. Las distintas circunstancias en las que transcurre el parto, hacen ver la necesidad de que la atención de este periodo, este constituida por un modelo de atención compartido entre matronas y obstetras, con el fin de desarrollar un trabajo en equipo y de colaboración⁷.

Para mantener una atención de colaboración entre el equipo de obstetras y matronas en 2013 se desarrolla la vía clínica de atención al parto normal, dentro de la Región de Murcia, en base al desarrollo en 2010 de la Estrategia al parto normal por el Ministerio de Sanidad, Política Social y Medioambiente. En la vía clínica de atención al parto normal, se desarrollan las distintas fases del proceso de parto, así como la actuación de la matrona en cada una de ellas. Es por ello, que queda dividido el proceso del parto en 3 etapas: Dilatación, Expulsivo y Alumbramiento^{7,9-10} (tabla 2).

INTRODUCCIÓN

Tabla 2. Actividades de las matronas en el transcurso del parto.

ACTIVIDADES DE LAS MATRONAS EN EL TRASCURSO DEL PARTO¹⁰			
DILATACIÓN	EXPULSIVO	ALUMBRAMIENTO	PUERPERIO INMEDIATO
Realizar acogida	Promover bienestar físico-emocional de la mujer	Observar y vigilar el estado general de la mujer	Promover el bienestar físico y emocional de la mujer
Promover el bienestar físico y mental mujer/acompañante	Aplicar medidas de asepsia	Mantener medidas de asepsia	Permitir acompañamiento
Revisar plan de parto	Control de evolución y progreso del expulsivo	Toma de constantes vitales.	Valorar el estado general de la madre.
Control de evolución del parto	Comprobar la presencia de globo vesical	Promover el Bienestar físico y emocional de la mujer	Control de constantes
Venoclisis y analítica	Constantes vitales cada hora	Controlar la duración del alumbramiento	Valorar sangrado y estado uterino
Administrar profilaxis antibiótica, si precisa	Favorecer pujos espontáneos	Atención en el alumbramiento. Manejo activo.	Observación del periné
Registro de formulario en historio clínica	Valorar estado fetal	Comprobar la integridad de placenta, cordón y membranas	Valorar vaciado de vejiga
Control de constantes c/ 4h	No rasurado perineal sistemático	Cuidados del periné, suturar/ reparar, si precisa	Valorar sensibilidad y movilidad, si epidural
Exploración Obstétrica c/2-4h	Minimizar trauma perineal	Valorar sangrado y contracciones uterinas	Retirar catéteres epidural (si procede)
Valorar Micción	No episiotomía selectiva	Administrar profilaxis de hemorragia posparto	Mantener comunicación efectiva con obstetra e informa si signos de alarma
Favorecer posición y movilidad materna	Atender a la salida del bebe	Informar al obstetra del progreso del alumbramiento y signos de alarma	Retirar vía venosa, según hospital.
Ingesta de líquidos, si desea	Informar al obstetra de signos vitales	Registro de los cuidados en partograma e historia clínica de la madre	
Utilización de métodos no farmacológicos de alivio del dolor	Cuidados inmediatos al recién nacido. Contacto piel con piel.	Informar de los cuidados y procedimientos aplicados y de la evolución del parto a la mujer y acompañante	
Si A. epidural, avisar a anestesista y realizar cuidados	Avisar al neonatólogo/pediatra si es necesario	Indicar traslado de la mujer a cama de recuperación.	

ACTIVIDADES DE LAS MATRONAS EN EL TRASCURSO DEL PARTO ¹⁰			
DILATACIÓN	EXPULSIVO	ALUMBRAMIENTO	PUERPERIO INMEDIATO
Comunicación con obstetras sobre la evolución	Registro de cuidados en partograma e historia clínica de la madre		
Actuar junto con obstetras en el retraso de la dilatación	Registro de cuidados en historia del recién nacido.		
Informar a mujer y acompañante	Informar del estado del recién nacido a la madre y acompañante		
Registro de datos en partograma.			

Fuente: Elaboración propia.

1.4. Actuaciones de las matronas a lo largo de la historia en referente al trabajo de parto.

Para comprender el momento en que nos encontramos actualmente con respecto a la atención al parto, es preciso revisar la forma en que esta asistencia ha progresado con el paso de los años.

La profesión de matrona se remonta a los orígenes de la humanidad, en cuanto a que las mujeres siempre han necesitado una ayuda especializada para la atención a su proceso de parto. Tradicionalmente los conocimientos se transmitían de unas matronas a otras por tradición familiar¹¹⁻¹².

A partir del siglo XVII en España se promulgan una serie de leyes con el objetivo de unificar las condiciones requeridas para desempeñar la profesión de matrona^{4,13}.

La formación de matronas, no comenzó a regularse hasta bien entrado en siglo XIX, definiéndose las competencias tanto teóricas como prácticas, las instituciones, el temario y la duración de la formación⁵. Con el desarrollo de la medicina y el nacimiento de las primeras cátedras de obstetricia, se crearon escuelas de matronas vinculadas a las universidades⁴.

INTRODUCCIÓN

A lo largo del siglo XX, la formación de matronas se va adaptando a los cambios sociales, políticos y sanitarios de España. En 1953, se unifican los estudios de practicantes, matronas y enfermeros, en una nueva titulación, Ayudante Técnico Sanitario (ATS). En 1957, por Decreto del 18 de enero, se aprueba el programa para la enseñanza de la especialidad de Asistencia Obstétrica (Matrona), en régimen de internado, con duración de un año intensivo¹⁴⁻¹⁶. La ley General de Educación, de 1970, dispuso que las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios se convirtieran en Escuelas Universitarias, siendo en 1977 cuando los estudios de ATS se integran en la Universidad, creándose la titulación de Diplomados en Enfermería. Años más tarde, en 1980 se suprime la limitación de género a los estudios de matrona y el régimen de internado¹⁷. Pero siete años más tarde, en 1987, quedó derogado el plan de estudios de matronas y cesa la formación durante varios años hasta el desarrollo de un nuevo plan de estudios, acorde a la normativa europea, al incorporarse España en 1986 a la Comunidad Económica Europea (CEE)¹⁷. Su integración entre otros compromisos, conlleva la adecuación de los contenidos formativos de las matronas a las directrices europeas existentes, en concreto, a las directivas 80/154/CEE Y 80/155/CEE. Estas directrices, se transpusieron al ordenamiento jurídico español en 1991, mediante la promulgación del Real Decreto 1017/1991, de 28 junio, lo que permitió establecer el programa formativo de la especialidad de matrona, adaptado a la normativa europea¹⁸. Al año siguiente, se determinan los requisitos para el acceso a la formación de matrona, enmarcada en la formación sanitaria especializada y se establecen las condiciones que deben cumplir las unidades docentes. Se fijó una formación de dos años a tiempo completo, y para su acceso era preciso disponer del título de Diplomado en Enfermería. En 1992, se reinicia la formación de los nuevos especialistas en Enfermería Obstétrico- Ginecológica (Matrona)¹⁷⁻¹⁸.

En España, esta profesión se contextualiza como una especialidad enfermera denominada “Enfermería Obstétrico- Ginecológica”, cuyo programa formativo y perfil competencial actualmente en vigor fue publicado en el año 2009 mediante la orden del SAS 1349/2009². En Europa, la formación de matronas se presenta en dos vías de

acceso: el acceso directo a los niveles de educación superior para la obtener la titulación de matrona tras completar los estudios de bachillerato, o como especialidad de Enfermería. En algunos estados miembros de la Unión Europea, como el caso de Francia y Holanda, se trata de un grado independiente. Sin embargo, en Reino Unido, se contemplan las dos vías de acceso⁴. Mientras que en España, el acceso a la formación de matronas requiere disponer del título de Diplomado o Grado en Enfermería, y desde el año 1992 se optó por el modelo formativo en régimen de Residencia, adaptándose a la normativa de la Comunidad Económica Europea. Por tanto, a nivel internacional el acceso a la formación de matronas es bastante heterogéneo, incluyendo como único punto en común, el acceso a través de estudios universitarios³.

Al realizar un repaso de los inicios en la historia de la formación de la figura de las matronas, se plasma como la asistencia al parto ha precisado de sus cuidados y atenciones, con una actitud expectante y no intervencionista. Durante el periodo clásico, los médicos centraron su interés en el conocimiento teórico del proceso procreativo, actuando únicamente en casos excepcionales^{8,19}.

A partir del siglo XVII esta tendencia cambia, debido a la incorporación de los cirujanos en la atención al parto y al uso de la instrumentación con fórceps (inventados por la familia Chamberlain), iniciándose de este modo la tecnificación de la asistencia al nacimiento, al marcar la hegemonía de éstos sobre las matronas^{8,19}.

Desde finales del siglo XIX, la ciencia biomédica ha ido elaborando modelos mecanicistas de la salud que paulatinamente se han ido implantando en la atención sanitaria. Este contexto explica que el proceso del parto comience a ser atendido en los hospitales, a los que acuden las mujeres con partos complicados^{8,19}.

En pleno siglo XX, la medicalización de los servicios de maternidad pasa a ser un fenómeno global, aunque las prácticas de asistencia al parto difieren de un lugar a otro debido a componentes culturales, o incluso dentro de una misma zona por las diferencias en las políticas hospitalarias o praxis obstétricas^{8,19}.

INTRODUCCIÓN

1.5. Situación Actual de la atención al parto.

Como hemos comentado anteriormente somos espectadores de los cambios en la asistencia al proceso del parto. Los distintos avances sociales y científicos han permitido conocer el proceso del parto, sus mecanismos, fisiología y el desarrollo de complicaciones.

En la primera mitad del siglo XX la atención al parto era dispensada por las parteras en el ámbito domiciliario, pero a partir de la década de los 60 el parto en España sufre una institucionalización. Todos los partos serán atendidos en hospitales, dirigidos por médicos, en el que se realizarán intervenciones sistemáticas, médicas y quirúrgicas, sin la suficiente evidencia sobre su seguridad y eficacia, así el modelo de asistencia imperante, fue el modelo biomédico, caracterizándose por la medicalización, institucionalización, tecnificación y fragmentación del cuidado²⁰.

Además, los grandes descubrimientos de las últimas décadas, marcaron un antes y un después en la atención al parto, como: el uso de la analgesia epidural²¹, el descubrimiento de los grupos sanguíneos con la descripción y profilaxis de la enfermedad hemolítica del recién nacido²²⁻²³, la aplicación de los ultrasonidos²⁴, la monitorización de la frecuencia cardíaca fetal²⁵, y el diagnóstico y manejo de las hemorragias maternas²⁶ y de las enfermedades hipertensivas del embarazo^{25,27-28}. Así como el perfeccionamiento de las inducciones del parto^{25,27,29}.

El parto pasa de ser un proceso natural, a un proceso médico, y como tal hay que tratarlo, aplicando los últimos avances y tecnologías, así las tasas de morbimortalidad en los partos se ven disminuidas, pero a costa de una sobretecnificación del mismo²⁰. La asistencia al parto se convierte en un proceso rutinario, uniforme, sistemático, ritualizado, burocrático y autoritario³⁰, adoptándose el modelo sanitario de enfermedad³¹. La relación entre los profesionales y las mujeres también se ve influenciada, las matronas, a las órdenes del médico, asumieron más que nunca la corriente del paternalismo sanitario; la matrona y el médico saben qué es lo mejor para

la mujer, y qué debe hacerse en cada momento ^{7,32} por lo que se configura una relación clínica asimétrica, en la que las mujeres ejercen un rol pasivo³⁰.

Debido a la despersonalización en la asistencia al parto, en 1985 la OMS publica sus recomendaciones sobre el nacimiento. En éste, se especificó que la mujer, como persona, tiene derecho a una adecuada atención en el parto, una atención centrada en ella, que incluya su activa participación en la planificación, ejecución y evaluación de los cuidados, con una atención holística e integral¹⁹.

Y a raíz de las recomendaciones propuestas por la OMS, surgen numerosas publicaciones por parte de organismos como, el National Institute for Health and Care Excellence (NICE), La Federación de Asociaciones de matronas de España (FAME) y la Coalition for Improving Maternity Services (CIMS), para prevenir el uso sistemático y desproporcionado de ciertas intervenciones en el parto, que deben reservarse para los casos en los que fuera necesario. Se describieron los límites para la tasa máxima de cesáreas e inducciones, el abandono de rutinas que no habían demostrado su efecto beneficioso, como el uso de enemas, el rasurado del periné, la rotura artificial de membranas y la realización de episiotomía³³⁻³⁹.

Con el fin de que los profesionales, en este caso las matronas, realizarán sus actuaciones de acuerdo a las nuevas líneas de investigación y conforme a las buenas prácticas obstétricas. En España, no será hasta el 2007, cuando el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó el documento “Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud”³². Años más tarde, se publicaron “Maternidad Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones”⁴⁰, “Cuidados desde el nacimiento. Recomendación basada en pruebas y buenas prácticas”⁴¹ y la “Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal (GPCAPN)”⁷, siendo su objetivo, el dar a la mujer la mejor atención en sus partos, eliminando practicas innecesarias e incorporando alternativas a las ya existentes, promoviendo la participación informada de la paciente en todo el proceso y en la toma de decisiones sobre la práctica clínica que se le aplique.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día, estamos inmersas en un cambio en la manera de entender el parto, pasando desde una perspectiva de máxima tecnificación e intervencionismo a otra que desmedicaliza el proceso; respetando la fisiología del mismo y aumentando el protagonismo de la mujer, recién nacido y familia, manteniendo en todo momento la calidad y seguridad asistencial³².

2. Gestión Clínica y Organización de los Servicios de Salud.

2.1. Gestión por procesos.

Actualmente, la organización sanitaria se encuentra inmersa en un entorno donde el cambio es el común denominador. En las instituciones sanitarias, en cualquiera de sus niveles y unidades, se realizan una serie de procesos asistenciales que requieren servicios y profesionales de diferentes campos para proporcionar cuidados a los usuarios. La coexistencia de las distintas unidades y departamentos hospitalarios junto con las diversas categorías profesionales, hacen que confluyan una serie de procesos que detallan el itinerario de los usuarios dentro del centro y las actuaciones, decisiones, actividades y tareas que se van a realizar⁴².

Los servicios sanitarios, como cualquier establecimiento, son estructuras en las que interactúan diferentes agentes, tanto internos como externos, que tienen una serie de objetivos variables, en función del poder que se le haya asignado a cada uno. Organizativamente, se estructuran en base a los recursos humanos y materiales que, unidos entre sí, generan los bienes o servicios que precisan los usuarios. Al estudiar descriptivamente la estructura, hallamos: las funciones, las relaciones, los organigramas, los ámbitos de supervisión y los órganos que son los encargados de organizar e informar sobre el funcionamiento de dicha estructura⁴².

El sistema sanitario en los últimos años, está incorporando diversas herramientas que le permitan abordar nuevos retos en un entorno cada día más exigente y complejo, donde las exigencias crecen por delante de los recursos disponibles; los ciudadanos

reclaman de forma expresa un servicio de excelencia y los profesionales necesitan sentir un horizonte de cambio basado en un desarrollo atractivo y motivador⁴³.

En este sentido, la gestión por procesos puede ser un elemento atractivo y dinamizador, no sólo como una herramienta de gestión más adecuada, que lógicamente debe complementarse con otras iniciativas o con el empleo de otros instrumentos, sino como una estrategia capital para impulsar un cambio transformador del sistema⁴³.

La gestión por procesos se considera hoy un instrumento valioso para gestionar de manera idónea los hospitales, ya que permite disminuir la variabilidad de la práctica clínica y contribuye a la efectividad del resultado y a la satisfacción del paciente⁴⁴⁻⁴⁵.

Esta gestión por procesos tiene por objetivo el análisis constante de la forma en que se ejecutan las actividades y procesos en una institución, para la búsqueda de un perfeccionamiento y potenciación de los resultados que se obtienen como producto de dicha gestión. Responde a una visión horizontal de la institución, donde el paciente se convierte en eje esencial en torno al cual se planifican las actuaciones, se toman las decisiones, y se organizan las actividades; este modelo asegura la atención integral al paciente de manera más adecuada que las organizaciones que se desarrollan por funciones o áreas, donde es muy difícil percibir e identificar de forma integrada las necesidades de los pacientes y coordinar las respuestas de atención y cuidados⁴⁶.

El hecho de que en todo proceso asistencial intervengan diversos profesionales, unidades y niveles, determina que todas las personas que trabajan conjuntamente allí se deben comunicar y coordinar entre sí, de manera que la información fluya y entre todos se asegure la mejor atención al paciente; para gestionar esta variable de integración de forma adecuada es importante conocer cómo son las relaciones internas que se establecen dentro de la organización para cada proceso⁴⁷.

La Gestión por Procesos constituye el eje del Modelo Europeo de calidad EFQM (European Foundation for Quality Management). Un sistema de gestión de acuerdo al planteamiento del modelo EFQM, que incluye la gestión de procesos, y que consiste en una estructura de gestión donde los procesos operativos (asistenciales) y los

INTRODUCCIÓN

procedimientos derivados de los mismos, se realizan de manera que, se garantice que, dentro de la organización se realizan todas las tareas necesarias para alcanzar los objetivos previstos para el paciente⁴⁸. Además, la gestión por procesos es uno de los principios básicos de la norma ISO (International Organization for Standardization) 9001-2015, que la definen como “el conjunto de actividades mutuamente relacionadas que utilizan las entradas para proporcionar un resultado previsto”. La ISO 9001 estimula la implantación de este tipo de gestión como medio para la gestión de la calidad y las oportunidades de mejora⁴⁹.

Su metodología aporta las herramientas necesarias para ello, al favorecer el diseño del proceso de acuerdo con el medio y los recursos disponibles, normalizando las intervenciones y la transmisión de información de todo el equipo que participa en el mismo (personal sanitario, personal no asistencial, etc.), posibilitando mejorar la eficiencia, efectividad y calidad del servicio. Al mismo tiempo, apoya la inclusión de forma dinámica de la experiencia de otros clínicos, integrando en nuestro contexto experiencia, conocimientos, habilidades, y lo que es más importante: sentido común, permitiendo establecer con mayor facilidad las cargas de trabajo de un grupo de personas o puestos de trabajo, etc. En el caso de las instituciones de salud, no hay restricción de ningún tipo para su uso: tamaño, complejidad, tipo de atenciones, entre otras⁵⁰.

Los profesionales de las ciencias de la salud tienen que estimular el cambio de modelo asistencial y gestionarlo eficazmente. Médicos y enfermeros están cooperando para dar soluciones a los problemas de los pacientes y sus familias, innovando en modelos de gestión del cuidado. Los profesionales de enfermería, el colectivo más numeroso del sector sanitario, tienen el reto de buscar fórmulas para la mejora en cuanto a la seguridad de los pacientes, la eficacia y eficiencia del cuidado, y el fomento de la autonomía de los mismos mediante su empoderamiento⁴⁸.

2.2. La gestión del proceso de parto.

Dentro de la Enfermería, las matronas han liderado un cambio en la gestión del cuidado durante el proceso de parto, la atención sanitaria en estos casos difiere de la de otros procedimientos clínicos, ya que se encuentra dirigida a un proceso fisiológico tan importante y trascendental para la vida de la mujer, su pareja y la familia. Por ello, el proceso asistencial del parto, pretende ofrecer a las mujeres las mejores condiciones de seguridad, unido a su derecho a parir con intimidad, permitiéndoles participar en la toma de decisiones y en la finalización del mismo, en las mejores condiciones para madre y recién nacido, evitando intervenciones innecesarias, molestas e incluso desaconsejadas que restan intimidad y protagonismo a la mujer⁵¹.

La gestión por procesos en la atención al parto normal y puerperio inmediato tiene por objetivos⁵¹:

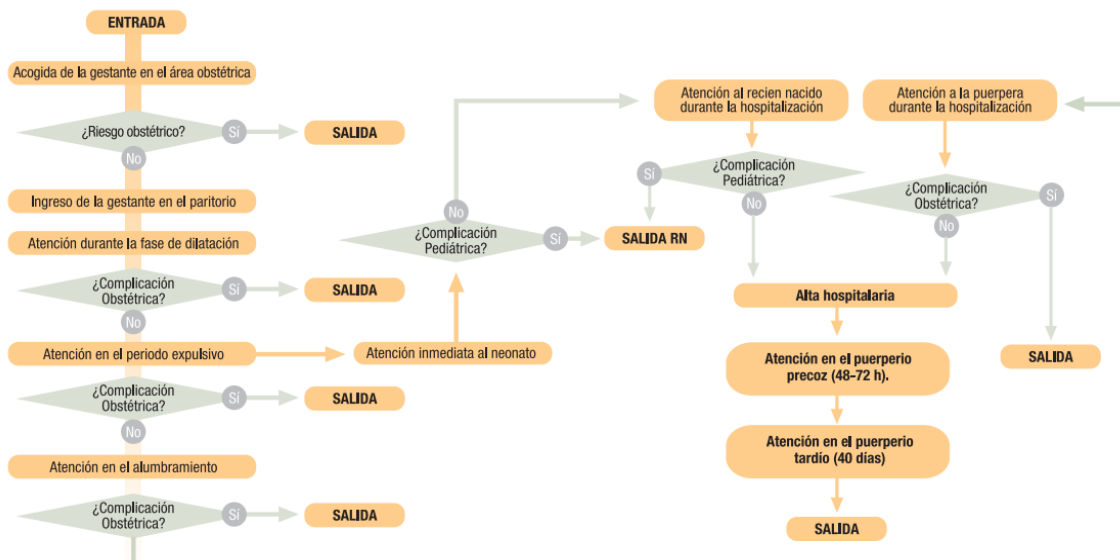
- Reducir el porcentaje de partos instrumentales y las tasas de parto por cesárea.
- Asegurar una atención de excelencia durante el proceso de parto, personificada y centrada en las necesidades particulares de las mujeres y de sus parejas.
- Facilitar la toma de decisiones compartidas entre los profesionales y la paciente, incorporando la participación activa de las gestantes, para sean protagonistas y responsables de su parto.
- Reducir la variabilidad en la práctica clínica en lo referente a la atención al parto normal, así como promover el uso de prácticas clínicas basadas en la evidencia y en el mejor conocimiento disponible.
- Ofrecer cuidados individualizados a las necesidades de cada mujer, respetando su decisión siempre que no comprometa la seguridad y el bienestar de madre y recién nacido.
- Mantener una actitud proactiva en la detección de violencia de género por parte de los profesionales.

INTRODUCCIÓN

- Garantizar la coordinación entre los profesionales implicados en la atención y asegurar la continuidad asistencial entre las distintas unidades gestantes, puérperas y paritorio.

La implantación de la gestión por procesos y de un mapa de procesos en el servicio de partos requiere de las implicaciones de todos los profesionales responsables de la asistencia, para la organización de los recursos, actividades y procedimientos ofreciendo un servicio de calidad excelente⁵¹ (Figura 1).

Figura 1: Flujograma de la unidad de partos de la Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad.



Fuente: Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud Dirección General de Asistencia Sanitaria, Dirección Técnica de Asistencia Sanitaria, Servicio de Organización de Centros Asistenciales.

En este sentido es necesario coordinar la gestión por procesos asistenciales con otras herramientas complementarias como son, por una parte, la gestión clínica, que introduce aspectos interesantes, en tanto que, pone las bases de un modelo de gestión de los servicios de salud más descentralizado y con una mayor implicación profesional en lo que se refiere a una utilización más eficiente de los recursos y, por otra parte, la

gestión por competencias, que permite caracterizar los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para realizar una práctica clínica de calidad, y posibilita el diseño de una adecuada ruta de desarrollo profesional⁴³.

2.3. Gestión de RRHH por Competencias en Enfermería.

Los Sistemas Sanitarios, dentro de la sociedad, prestan servicios a la población, y hacen uso intensivo de personal altamente cualificado. Si pretendemos que los servicios de salud sean excelentes, habrá que garantizar la competencia de sus profesionales. La evaluación de la competencia clínica es, por lo tanto, un objetivo de las instituciones involucradas en la formación y la utilización de los profesionales sanitarios⁵².

Las profesiones sanitarias se han caracterizado por el compromiso y el espíritu de servicio, debiendo asumir la responsabilidad de garantizar la seguridad de los pacientes y la ética y la calidad de los servicios que prestan⁵³⁻⁵⁴.

La gestión por competencias es un modelo total de gestión de los recursos humanos que contribuye a tal fin, detectando, adquiriendo, potenciando y desarrollando las competencias que dan valor añadido a la organización y que le distingue en su sector. La dirección actual evoluciona hacia una gestión estratégica de recursos humanos abandonando el enfoque tradicional de tipo microanalítico, centrado en los costes, y orientando a la atención del personal para la consecución de los objetivos de la organización mediante la gestión de competencias y compromiso organizacional como componentes clave en el proceso de creación⁵⁵.

La gestión por competencias propone un estilo de dirección, donde se prioriza el factor humano, en el que cada persona debe aportar sus mejores dotes a la organización. Por tanto, una organización debe conocer las competencias que cada puesto exige y las que cada uno de sus empleados puede ofrecer. Las competencias, en nuestro modelo, son las cualidades subyacentes de la persona, que están relacionadas con una correcta actuación en su puesto de trabajo y que pueden basarse en la motivación, en los rasgos de carácter, en el concepto de sí mismo, en actitudes y valores, y en una variedad de conocimientos, de capacidades cognitivas o de conducta. Serían

INTRODUCCIÓN

cualquier característica individual que se pueda medir de modo fiable, y que la evidencia demuestre su relación con el desempeño del puesto de trabajo⁵⁵.

Dentro del marco normativo sanitario se hace alusión a este enfoque en la Ley 16/2003, de 28 Mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, en su capítulo III: De los profesionales, artículo 42, donde define la competencia profesional como: “La competencia profesional es la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver los problemas que le plantean”⁵⁶.

Esta idea de competencia y de profesional competente está, desde hace unos años, presente entre la profesión enfermera. Las competencias de enfermería representan un eslabón esencial para mejorar y potenciar la gestión del cuidado y las prácticas de atención, que permiten disminuir las desigualdades, el acceso limitado a los servicios y favorecer una atención segura y de calidad⁵⁷.

Con respecto a las competencias que la enfermera/o debe reflejar en el desempeño de sus funciones, estarían:

- 1) Conocimiento, comprensión y juicio.
- 2) Una serie de habilidades cognitivas, técnicas o psicomotoras e interpersonales.
- 3) Una serie de características y actitudes personales.

De este modo, las competencias se definen como “un conjunto de comportamientos que incluye conocimientos, habilidades y los atributos personales que, en conjunto, son fundamentales para el logro de un trabajo exitoso”⁵⁷.

El concepto de competencia engloba no solo las capacidades requeridas para el ejercicio de una actividad profesional sino también un conjunto de cualidades, comportamientos, facultad de análisis, toma de decisiones, transmisión de información, etc., considerados necesarios para el pleno ejercicio de la ocupación⁵⁷.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) plantea como imprescindible que la formación profesional entregue competencias laborales para responder a demandas complejas y llevar a cabo tareas diversas de forma adecuada⁵⁷. Pues, la enfermera actúa en diversos segmentos en las esferas intra y extrahospitalaria, preparando, organizando, coordinando e implementando acciones de cuidado, cuyo objetivo es posibilitar la rehabilitación de los pacientes, así como su reinserción en la vida familiar y social. Prestan atención como ciencia y como arte, fundamentando sus acciones en el conocimiento técnico-científico y elevando el listón de los supuestos de la profesión⁵⁸.

En este sentido, las enfermeras actúan como gestoras de cuidados, a través de las competencias específicas requeridas, como toma de decisión, liderazgo, comunicación efectiva y razonamiento clínico, entre otras, para la optimización del proceso asistencial en la unidad. En su papel de gestores del cuidado, el enfermero planifica una serie de intervenciones que se transformarán en asistencia, centralizando estas actividades en demandas específicas, donde los pacientes serán los principales consumidores, es decir, el cuidado dirigido se consume tan pronto como se produce⁵⁸.

Es evidente que, para gestionar la atención en enfermería, se requieren competencias específicas, habilidades que, apoyadas en el conocimiento, marcan la forma de gestionar de forma excelente el cuidado enfermero.

2.4. Gestión de RRHH por Competencias en Enfermería Obstétrico-Ginecológico (Matrona).

Como hemos hablado en el apartado anterior, el desarrollo y gestión por competencias profesionales es una forma de liderar a las distintas profesiones relativamente reciente. Acontece por la urgencia de incluir al “proceso productivo” una nueva forma de gestión, organización, capacitación y desarrollo profesional para aumentar la eficiencia en el uso de los recursos y máximo desarrollo creativo e intelectual de los profesionales⁵⁹.

INTRODUCCIÓN

Las matronas, son consideradas unas figuras indispensables dentro de las unidades de obstetricia, reconocidas tanto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como por la Unión Europea (UE) y la Confederación Internacional de Matronas (CIM), al ser una profesión regulada, con un perfil competencial específico.

En el contexto actual, contamos con profesionales, Matronas, altamente capacitadas y específicamente formadas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica, con un marco normativo propio que determina las competencias básicas para el ejercicio de la propia profesión. Estas competencias incluyen principalmente competencias teóricas y metodológicas, dejando entrever una competencia sociocultural, que es de obligada consideración⁵⁹.

En España el principal referente de las competencias de las matronas a nivel nacional lo constituye el Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica, donde exponen y como hemos profundizado anteriormente, el amplio abanico de competencias junto con sus criterios de realización. El objetivo es asegurar que la persona que obtenga el título de matrona haya alcanzado las competencias básicas, no sólo a nivel asistencial, sino también a nivel gestión, docente e investigador que le permita evolucionar como profesional, durante el desarrollo de su profesión².

Un servicio de obstetricia de calidad es aquel que cuenta con una infraestructura adecuada y personal competente, donde las matronas actúan según las Competencias Esenciales en obstetricia. Estas competencias esenciales requieren de la prestación de una asistencia sanitaria cualificada y, además, la implementación de los sistemas de la legislación pertinente, requisitos fundamentales en la formulación y el desarrollo de políticas de la profesión, y especialmente en la toma de decisiones⁶⁰.

Por ello, las matronas, han desarrollado competencias y habilidades para trabajar en un entorno social dinámico y cada vez más complejo, con nuevos modelos familiares, diferentes maneras de afrontar la maternidad, la elevada diversidad cultural y un contexto de atención cada vez más tecnológico. A esto hay que añadir, el

incremento de la carga de trabajo debido al aumento de la morbilidad crónica en las mujeres que quedan embarazadas por los problemas de salud física y mental preexistentes, o el desarrollo de nuevos problemas durante o después del embarazo, todo esto, plantea nuevos desafíos, a los servicios de partos para garantizar que las necesidades de todas las mujeres se satisfagan en un entorno seguro, con una atención respetuosa y de alta calidad⁶¹.

Las competencias sociales y participativas han de tenerse más en cuenta frente a las teóricas y metodológicas, transformación que han de ir unidas a las modificaciones en los contenidos, la provisión de servicios y junto a ello, los procesos de evaluación de la formación de las matronas⁶¹ y la adecuación y descripción del puesto de trabajo, en este caso de las matronas dentro de la unidad de partos, como el desarrollado por la Subdirección de Gestión de Recursos Humanos, Subdirección del Hospital Materno-Infantil y la Supervisora de Unidad de Partorio del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia (Anexo 1). Pero la falta de matronas aún resulta abrumadora en nuestro país, con una amplia oscilación por Comunidades Autónomas, incluso dentro de las mismas, lo que supone uno de los principales impedimentos para ello⁵⁹.

Además, para el crecimiento de las distintas competencias, el reconocimiento social y el máximo desarrollo de la profesión, se ha de contar con el apoyo y colaboración de responsables políticos, gestores sanitarios y resto de profesionales de la salud y agentes sociales y comunitarios con los que trabajar de manera multidisciplinar. Sólo así, las matronas podrán cumplir con la ambición de dar respuesta a las demandas y necesidades actuales de las mujeres y familias, contribuyendo a que la población alcance el mayor nivel de salud sexual y reproductiva posible⁵⁹.

2.5. Modelos Organizativos de cuidado de las matronas en el SNS.

La necesidad de cuidado de la población determina el tipo de actividad a priorizar y a desarrollar en el futuro, así como las necesidades en cuanto a la provisión y organización de las plantillas. Organizar al personal consiste en asegurar la prestación de unos cuidados de calidad con la mínima concurrencia de efectos adversos⁶².

En las últimas décadas, la organización y la gestión de la atención de enfermería se han visto sometidas a presiones cada vez mayores, debido a las políticas de contención del gasto, el aumento de las demandas de atención médica y la escasez en el suministro de enfermeras para brindar atención⁶³.

La organización de los recursos de enfermería es fundamental para el desempeño organizacional, ya que las enfermeras están involucradas en todos los aspectos de la prestación de servicios en todos los establecimientos de salud⁶⁴.

De esta forma, los modelos organizativos de cuidados estipulan como se realiza la asignación de los recursos de enfermería para satisfacer las necesidades de atención de los pacientes. En atención enfermera, el desarrollo de modelos de organización del cuidado está ligado a diferentes hechos históricos y a la evolución académica de la profesión. De forma general encontramos, los siguientes⁶⁴:

1. Modelo de asignación de pacientes (MAP)^{62,65-67}: se considera el modelo más antiguo. Una enfermera asume la responsabilidad de la atención integral de un grupo de pacientes a lo largo de su jornada de trabajo. Este modelo fue usado por enfermeras irlandesas en la guerra de Crimea (1853-1856) y posteriormente fue adoptado por Nightingale. Fue el principal modelo de atención durante el primer tercio del siglo XX. También conocido como modelo de cuidados totales del paciente (Total Patient Care Model).
2. Modelo Funcional (MF) o de asignación de tareas^{62,65-67}: Es un intento de paliar la falta de enfermeras por el aumento de las necesidades de recursos humanos y el desarrollo de infraestructuras hospitalarias durante la Segunda Guerra Mundial (1939-1945), principalmente en los países anglosajones, se inició

la contratación de personal auxiliar. En este modelo, bajo principios industriales, que simula una cadena de producción, el trabajo se distribuye mediante una asignación de tareas por turno, según complejidad de la tarea en términos de juicio y conocimiento técnico de los profesionales. De este modo, las enfermeras tituladas se ocupan de la cobertura de las necesidades más complejas y ejecutan las actividades técnicas, mientras que el personal auxiliar realiza las actividades rutinarias, aunque no por ello menos importantes, como la higiene, la alimentación y el resto de cuidados básicos.

3. Modelo de enfermería por equipos (MEE)^{62,65-67}: Este modelo surge en la década de 1960 como una reacción a la naturaleza impersonal del MF, debido al desarrollo académico de la enfermería y a la adopción de los ideales humanistas. Este modelo utiliza tanto enfermeras como personal auxiliar, con diferentes niveles de competencia y de responsabilidad en la prestación de cuidados a un grupo de pacientes determinado. El objetivo es trabajar de forma colaborativa, con responsabilidad compartida, bajo la supervisión de una enfermera titulada que es la responsable última de los cuidados de los pacientes. El MEE, que combina aspectos del MAP y del MF, vio su auge durante los años 60-70 del pasado siglo, ligado al desarrollo académico de la profesión, ya que parecía considerar al paciente de forma holística, a través de la asignación de un equipo de trabajo, y facilitaba la asignación de las tareas y la supervisión. En España se utilizó hasta mediados de la década de los 80.

4. Modelo de Enfermería Primaria (MEP)^{62,65-67}: Fue desarrollado a finales de los años 60, con la intención de asegurar la continuidad de los cuidados mediante la asignación de una enfermera a cada paciente durante todo el proceso hospitalario. La responsabilidad de esta enfermera consistía en aplicar el método enfermero, valorando e identificando necesidades de cuidado, planificando intervenciones y evaluando resultado, además de asegurar la continuidad asistencial intra e interniveles, asignando la misma enfermera en caso de reingreso de un paciente. El desarrollo de este modelo intentó recuperar

INTRODUCCIÓN

la autonomía y responsabilidad de la enfermera profesional frente a la decisión de tareas de los modelos anteriores.

En los últimos años han surgido modelos de organización diferentes, debido principalmente a la complejidad de los pacientes y al desarrollo de la tecnología sanitaria. Entre ellas destacan⁶²:

1. Enfermeras de Prácticas Clínicas Avanzada: Se trata de enfermeras clínicas posgraduadas, con formación y experiencia avanzadas, que desempeñan un rol de influencia y liderazgo que va más allá de la unidad de cuidados en la que ejercen su actividad, ya que se realizará una función de soporte experto sobre la enfermera asistencial en un campo específico. Como por ejemplo pueden citarse las enfermeras especialistas en estomas, asesoras en cuidados de las úlceras por presión o educadoras en diabetes.
2. Enfermeras Gestoras de Casos: Se trata de enfermeras que asumen la coordinación y continuidad de cuidados entre atención primaria, especializada y socio sanitaria. Son responsables de la coordinación de todo el proceso y de gestionar los recursos y servicios que una persona y su familia necesitan tanto en atención primaria como especializada.

Por otra parte, se define Dotación de Enfermería como un proceso integrado donde se determina la cantidad y la cualificación de los profesionales de enfermería para poder ofrecer un buen nivel de calidad de atención a los pacientes. De este modo, la plantilla ideal es aquella en la que el aumento de un recurso (una enfermera más) no supone un aumento de la calidad de los cuidados. Lo mismo significa que si se suprime un recurso (una enfermera menos), la calidad de los cuidados se ve afectada⁶². Esta dotación de personal se establece a raíz de la carga de trabajo de los profesionales durante su jornada laboral. Por eso, es de suma importancia organizar el trabajo, es decir, coordinar recursos humanos y materiales para alcanzar un objetivo común, evitando la producción errores o efectos adversos.

2.6. Modelos de Atención y Organización Sanitaria de las matronas en el servicio de partos en los distintos países de la organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en Europa.

El modelo de cuidado y el tipo de organización sanitaria del servicio de partos difiere entre los distintos países que conforman la OCDE. Encontramos importantes discrepancias en cuanto al tipo de atención prestada durante el trabajo de parto, el profesional que lidera dicho cuidado y el resultado mismo de la atención⁶⁸. Estos modelos organizativos se encuentran bien definidos, adaptados a los nuevos conocimientos científico-técnicos sobre la práctica clínica actual.

La práctica de la matrona varía mucho a nivel mundial, según la organización de los servicios de partería, la educación y el modelo de atención. En algunos países, los obstetras y los médicos son los principales proveedores de atención perinatal (América del Norte), mientras que en otros la responsabilidad y la prestación de la atención perinatal se comparten entre diferentes trabajadores de la salud (Australia, Reino Unido, España, Francia) o incluso centrado en un modelo dirigido por matronas (Irán, Irlanda)⁶⁹.

Si nos centramos en los diversos modelos de atención de las matronas dentro de Europa, encontramos discrepancias en la forma de organización sanitaria en los siguientes países:

La atención al parto en Reino Unido, se presenta en tres entornos de localización diferentes: Unidades de Obstetricia (Obstetric Units), Unidades de Matrona (Alongside Midwifery Units) y Unidades de Matrona Independientes (Freestanding Midwifery Units). Con diferentes configuraciones de equipos profesionales, que reflejan las nuevas formas de atención e impulsan el desarrollo de las competencias de las matronas⁶⁸.

En las *Unidades de Obstetricia Hospitalaria* (Obstetric Units), la atención al parto es prestada por las matronas, en colaboración con los obstetras. Aunque la matrona sigue siendo la principal cuidadora/responsable durante el parto normal y cuidadora en el parto de alto riesgo. El obstetra está pendiente e interviene en los partos de riesgo o

INTRODUCCIÓN

ante cualquier complicación. Se recomienda a las mujeres con alto riesgo obstétrico dar a luz en estas unidades al localizarse en el mismo edificio hospitalario⁷⁰⁻⁷².

En las *Unidades de Matronas* (AMU), las matronas asumen la principal responsabilidad profesional. Pueden estar localizadas en el mismo edificio o en otro diferente, dentro del propio recinto hospitalario. Las AMU están cerca de las instalaciones médicas y del obstetra, en caso de que la mujer los necesite⁷⁰⁻⁷².

En las *Unidades de Matronas Independientes* (FMU) son dirigidas por las matronas, estas unidades son más cómodas y acogedoras que una unidad maternal del hospital, están separadas del hospital y no cuentan con atención obstétrica, neonatal o anestésica de forma inmediata⁷⁰⁻⁷².

Además, de estos tres tipos de modelos organizativos, cada vez más apuestan por un modelo de organización basado en la gestión de casos, el denominado *Parto en Casa*. El modelo de gestión de casos se basa, en que una matrona brinda atención prenatal, intraparto y posnatal a un grupo selecto de mujeres, dicha atención es ejercida por una o dos matronas, que conocen a la gestante. El objetivo es tener disponible a una matrona conocida cuando se inicie el trabajo de parto. La evidencia demuestra, como este modelo de atención gestionado por matronas, es seguro tanto para la madre como para el recién nacido⁷³⁻⁷⁸.

La política sanitaria del Reino Unido, establecen en sus estándares de calidad y seguridad asistencial, la ratio matrona-gestante adecuada para brindar la atención personalizada, continua y holística por parte de las matronas. Durante el trabajo de parto, tanto en la Unidad Obstétrica como en la Unidad de Matronas, la ratio establecida es una proporción 1:1 (ONE TO ONE), una matrona para una gestante. La distinción de esta ratio se encuentra en el modelo de gestión de casos, donde la matrona presta su atención prenatal, intraparto y postparto a un total de 30-40 gestantes durante un año, es decir, una ratio anual 1:30- 1:40. Manteniendo la ratio 1:1 o en algunos casos 2:1 durante los cuidados intraparto en domicilio^{73-75;79-81}.

En Holanda, la maternidad se centra en la familia, es conocida por su promoción de los partos domiciliarios asistidos en su mayoría por matronas. Las mujeres sin riesgo reciben cuidados de la matrona, derivando al especialista cuando se detecta la presencia de complicaciones.

Un volumen importante de mujeres opta por el parto en casa con su matrona. En este caso estos profesionales se desplazan al domicilio y son responsables del cuidado durante los 8 días siguientes al parto. Aunque todos los hospitales también cuentan con áreas para la atención al parto de bajo riesgo obstétrico, pero esta opción no es muy demandada⁶⁸.

El sistema de organización en Irlanda, es muy parecido al de Reino Unido, cuentan con unidades gestionadas por matronas separadas de la unidad obstétrica convencional. Cuentan con centros de nacimiento, espacios donde se ofrecen atención al embarazo y parto a mujeres sanas, con embarazos sin complicaciones, en los que la matrona es la principal proveedora de cuidados y responsable de los mismos. Los centros de nacimiento pueden estar situados en un edificio independiente (centros de nacimiento extrahospitalarios) o junto a una unidad obstétrica (centros de nacimiento hospitalarios)⁶⁸.

La atención al parto en Francia, sigue un modelo más tradicional, liderado por una atención compartida entre la matrona y el obstetra dentro del medio hospitalario. El cuidado del parto en casa, no se encuentra financiado por el sistema sanitario, y es poco demandado por las gestantes⁶⁸.

Debido a la peculiaridad en el cuidado, vamos a comentar otro país no perteneciente a la Unión Europea, pero que es miembro de la OCDE, como es el caso de Australia, donde su sistema sanitario es complejo, existen varios modelos de atención materno-infantil, tanto públicos como privados, así como diferentes proveedores e instalaciones, lo que genera que la gestante sea atendida por diversos servicios. La atención a la maternidad se articula según el riesgo obstétrico: un nivel primario para atender a mujeres sin complicaciones, dirigido por matronas y con colaboración del

INTRODUCCIÓN

obstetra, siendo la matrona el principal cuerpo profesional implicado en la atención al parto, aunque en los niveles segundos y terceros, las matronas trabajan en colaboración con el médico general y obstetra⁶⁸.

Para finalizar, dentro de nuestro país, España, la mayoría de mujeres continúan dando a luz en unidades obstétricas convencionales atendidas por equipos de matronas y obstetras en ambientes profundamente hospitalarios y cuasi quirúrgicos, y las alternativas a este modelo de atención se presentan rara vez en el Sistema Nacional de Salud. No obstante, y pese a este contexto, la asistencia de las matronas en las unidades obstétricas se asocia con tasas más bajas de partos quirúrgicos y daño perineal grave, entre otros beneficios⁸².

Existe evidencia sólida que sostiene la importancia de proponer una variación en el modelo de atención en las maternidades españolas, de tal forma que se fomente mayor presencia de estos servicios liderados por matronas para atender a las mujeres con gestaciones normales y de bajo y/o medio riesgo. La visión de este nuevo modelo se basa en la toma de decisiones compartidas, en el empoderamiento de las mujeres, y en poner en el eje de la atención las necesidades sociales y de salud de las mujeres y familia, no sólo en la atención al proceso de parto, sino tener en cuenta todas las esferas de la salud sexual y reproductiva de la mujer⁸², es decir, una atención holística desde el modelo bio-psico-social durante la atención a la vida sexual y reproductiva. Si nos centramos en la atención al proceso de parto, ya existen experiencias en la implantación de Centros de Nacimientos liderados por matronas a nivel nacional e internacional con muy buenos resultados obstétricos y de satisfacción⁸².

Por lo tanto, las matronas trabajan dentro de una variedad de modelos de atención, desde un modelo estándar basado en el trabajo por turnos tradicional hasta un modelo dirigido por matronas, en el que las matronas tienen una casuística de pacientes⁶⁹.

En la actualidad, existe un número creciente de datos contrastados que señalan que la atención continuada y liderada por matronas es la indicada para mujeres sanas,

con embarazos sin complicaciones, en entornos con matronas formadas y en sistemas sanitarios de calidad. Esta evidencia se ha convertido en un marco de referencia en muchos países. Sin embargo, existen todavía muy pocas unidades en el mundo lideradas por matronas que estén disponibles, respaldadas y tengan recursos. Esto, a la luz de la evidencia citada, limita la oportunidad de brindar una asistencia óptima, constante, de calidad, segura y costo-efectiva a las mujeres y sus recién nacidos⁸³⁻⁸⁴.

2.7. La Ratio matrona-gestante en la atención al parto en los distintos países de la organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en Europa.

Las matronas representan uno de los grupos profesionales clave en el sector de la salud. La calidad de su trabajo es un predictor fundamental de la satisfacción de las mujeres con el parto y los resultados de salud de los recién nacidos. Es un profesional con alta exposición al estrés, por la alta exigencia física y psicológica que conllevan sus actuaciones⁸⁵.

Actualmente encontramos un incremento en la demanda de sus servicios, debido a los cambios demográficos, sociales, multiculturales, así como el incremento y desarrollo de nuevas patologías; y el tipo de cliente actual, cada día más informado tanto de la diversidad de los servicios como de sus derechos, por lo que demanda una mayor exigencia de calidad en la atención⁸⁶⁻⁸⁸.

El conjunto de estos factores citados tiene un gran impacto en la función de “cuidar” que es en definitiva la razón de ser de las matronas. Por ello, sus actuaciones requieren de competencias técnicas de alto nivel, máxima rapidez, capacidad de análisis, intuición, habilidades pedagógicas y relacionales, visión interdisciplinar y una atención a la familia y al entorno del paciente⁸⁹.

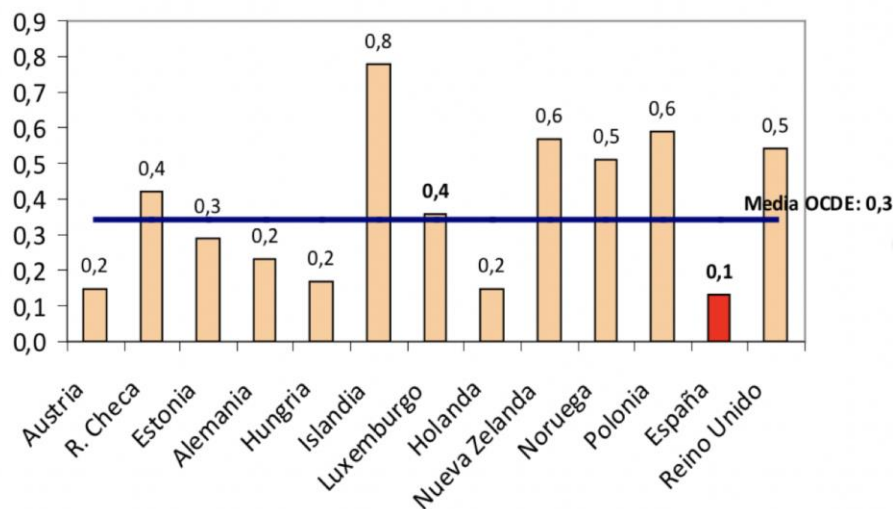
Desempeñan un papel vital en la mejora de la salud materna – neonatal, y en la prestación y promoción de atención sexual-reproductiva de alta calidad. Ciertamente un número desproporcionado de matronas en comparación con las mujeres embarazadas (ratio) reduce la calidad de la atención en maternidad, pues la escasez de este personal cualificado y capacitado puede conducir a fallos en el proceso de atención al parto, por

INTRODUCCIÓN

la premura y presión en sus actuaciones, provocando una reducción del tiempo total que este personal dedica a cada actividad⁹⁰⁻⁹¹.

Esta ratio matrona / gestante se traduce como el número mínimo de matronas a cargo de cierta cantidad de usuarias. Diversas organizaciones internacionales, como: el Royal College of Obstetricians & Gynecologists (RCOG), el Royal College of Midwives (RCM), y National Institute for Health and Care Excellence (NICE); y a nivel nacional, la Federación de Asociación de Matronas de España (FAME), sugieren que las mujeres de parto deben recibir una atención personalizada por parte de la matrona, con una ratio matrona/gestante 1:1, para alcanzar una asistencia individual, segura y continua^{88,92-93}. Con el fin de asegurar una asistencia exclusiva por parte de la matrona durante todo el proceso de parto de cada mujer, y sin tener obligaciones externas⁹².

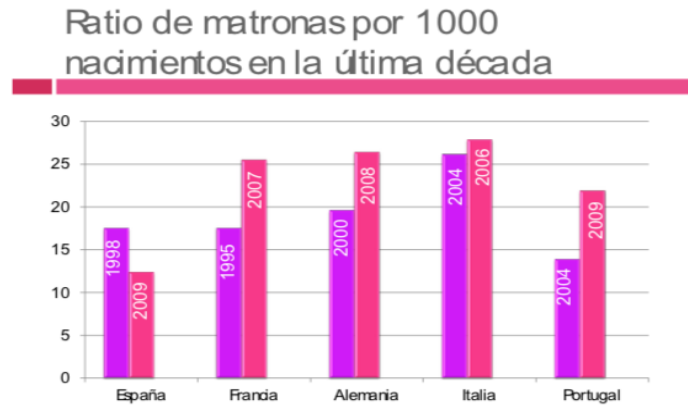
Por ello, la mayoría de países del entorno europeo apuestan por un modelo de cuidado liderado por matronas. Según los datos ofrecidos de las ratios cuantificadas del estudio realizado por la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico), en cuanto al número de matronas por cada 1.000 habitantes (mujeres y hombres), la media dentro del espacio europeo se sitúa en 0,34 matronas. En España dicha ratio es de 0,13 matronas por 1.000 habitantes, por lo que se sitúa muy por debajo de la media, con las cifras más bajas de todos los países estudiados (Figura 2)⁹⁴⁻⁹⁸.

Figura 2: Número de matronas por cada 1000 habitantes (Mujeres y Hombres).

Fuente: OCDE Health data 2009.

En cuanto a la evolución del número de matronas a lo largo de los años, en los países de la Unión Europea estudiados en dicho informe, se estima la media de ratio de matronas por cada 1.000 nacimientos, situándose en 25,9. Mientras en España se ha producido un descenso notable en los últimos 10 años en relación a la dotación de matronas por cada 1000 nacimientos, pasando de 17,50 en 1998 a 12,4 matronas por cada 1000 nacimientos en el año 2009 (Figura 3), nuevamente muy por debajo de la media de países de nuestro entorno⁹⁴⁻⁹⁸.

Figura 3: Ratio de matronas por cada 1000 nacimientos en la última década.



Fuente: OCDE Health data 2009.

De los datos del informe realizado por la OCDE se extrae que en España el número de matronas por cada 100.000 mujeres en 2009 era de 31,6, frente a la media de los países que componen la gráfica, que se establecían en 69,8 matronas por cada 100.000 mujeres (Figura 4). A su vez, estudiando el incremento de matronas en el periodo de 2000-2009, vemos que en España dicho incremento, durante el periodo mencionado, es prácticamente insignificante, un 0,1; mientras que en la gran mayoría de los países estudiados el incremento en el número de matronas por cada 100.000 mujeres es muy importante⁹⁴⁻⁹⁷. De los datos de la OCDE del 2009, se extrae que en España el número de matronas por cada 100.000 mujeres es de 31,6 frente a la media de los países que componen la gráfica que se establece en 69,8 matronas por cada 100.000 mujeres⁹⁵⁻⁹⁸.

Figura 4: Número de matronas por cada 100.000 mujeres.

Fuente: OCDE Health data 2009.

Dentro de España se observan diferencias importantes entre comunidades autónomas respecto al ratio matrona por 100.000 mujeres, siendo las comunidades de Galicia, Madrid, Asturias y Andalucía las que tienen un ratio menor, y tan solo Baleares es la comunidad autónoma con un ratio de 36,49 matronas por 100.000 mujeres, superando el ratio de todo el territorio español, y estando el resto de comunidades muy por debajo de dicho ratio⁹⁵⁻⁹⁸.

La determinación de los ratios permite hacer una aproximación objetiva del volumen de trabajo. Dentro de la institución sanitaria, el servicio de partos es clasificado según el organigrama hospitalario como un servicio de urgencias. Como cualquier unidad de urgencias, presenta importantes peculiaridades a tener en cuenta, pues las actuaciones del personal (las matronas), son dinámicas y constantes debido a la gran presión asistencial y premura en la ejecución de las distintas intervenciones⁹⁷. Siempre unidas a la organización y coordinación con diversos servicios asistenciales y profesionales sanitarios y no sanitarios.

En los últimos años, las cargas de trabajo de las matronas dentro de estas unidades, se ha visto incrementada por diversos factores, entre los que se encuentran: el incremento de patologías materno-fetales, la prevalencia de comorbilidad médica, el

INTRODUCCIÓN

aumento de los procesos programados (cesáreas electivas, versiones cefálicas externas e inducciones de parto), la atención a los procesos crónicos (al acrecentarse la gemelaridad, la edad materna, los partos pretérmino); las actuales exigencias profesionales a nivel jurídico e investigador, y el desarrollo de nuevas tecnologías dentro del campo de obstetricia, que implican la realización de nuevos procedimientos^{87,99-101}.

Por ello, las matronas se encuentran ante el dilema que supone ofrecer unos cuidados excelentes y no tener el tiempo suficiente para llevarlos a cabo, y que además el entorno, en lugar de hacer más liviana su tarea, pone impedimentos que obstaculizan su trabajo. La presión asistencial experimentada impide reflexionar y emitir juicios profesionales, lleva a la realización de tareas fragmentadas que conducen a prácticas rutinarias para asegurar la ejecución de toda la actividad delegada y sistemática, y no permiten responder a la complejidad de las situaciones que se producen en el entorno hospitalario¹⁰²⁻¹⁰⁴.

3. Carga de Trabajo.

3.1. Definición de Cargas de Trabajo del personal de Enfermería.

El término "carga de trabajo" comenzó a surgir como un concepto de estudio a finales de la década de 1930, cuando se implementó la Ley de Normas Laborales Justas. Estas leyes limitaron la duración de la semana laboral, aumentaron el salario mínimo y pusieron fin al trabajo infantil. Debido a estos cambios, los supervisores necesitaban saber cuánto tiempo de inactividad tenían los trabajadores para maximizar la producción de cada individuo dentro del día de trabajo asignado. Lo que supuso la definición de carga de trabajo, como "la cantidad de trabajo realizado o capaz de realizarse generalmente dentro de un período específico"¹⁰⁵. En la profesión de enfermería, la carga de trabajo se describe como la cantidad de desempeño que se requiere en un trabajo¹⁰⁵⁻¹⁰⁸. El trabajo de enfermería incluye tanto la actividad que realizan las enfermeras en suplencia del paciente como el trabajo administrativo. Lo que en definitiva se conoce coloquialmente como, la atención directa (actividades realizadas

en presencia del propio paciente o familia), y la atención indirecta (aquellas actividades, condiciones y circunstancias que se realizan y van más allá de la atención directa)¹⁰⁵.

En 1997 Needham, define la carga de trabajo de enfermería, como un concepto más allá del tiempo requerido para llevar a cabo todas las actividades de enfermería (atención directa e indirecta) además de las tareas no relacionadas con la enfermería¹⁰⁵.

Además, Prescott (1991) argumentó que el cuidado directo de enfermería es el resultado de las actividades que enfermería realizadas en presencia del paciente o de la familia, y el cuidado indirecto, representa cualquier trabajo realizado fuera del paciente, que difiere del tiempo que podría participar en actividades que no sean de enfermería, tales como administrar una unidad de enfermería, educar a estudiantes de enfermería, asistir a reuniones o seminarios del personal y otras tareas similares¹⁰⁵.

También se describe carga de trabajo como un aumento en la demanda de servicios o habilidades de las enfermeras, que permiten satisfacer las necesidades del paciente. El propio termino, en definición, lleva aparejado 5 atributos imprescindibles¹⁰⁵:

- I. La cantidad del "tiempo de enfermería" que se dedica a realizar todos los cuidados de enfermería.
- II. El nivel de conocimiento, habilidades y comportamiento (competencia) que se espera que las enfermeras exhiban para satisfacer las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente (dependencia del paciente).
- III. El peso de la intensidad de enfermería (atención directa al paciente) que se lleva a cabo directamente al paciente, excluyendo el trabajo no relacionado con el paciente, como la gestión de unidades de enfermería u otro trabajo administrativo.
- IV. Todo el esfuerzo físico, el proceso mental y el esfuerzo emocional se realizaron durante el tiempo de trabajo, incluidos, entre otros, agacharse, levantar, empujar, mover, cargar, cuidar, pensar, planificar, resolver problemas y tomar decisiones.

INTRODUCCIÓN

V. La capacidad de la enfermera para cambiar el plan durante el cambio entre diferentes pacientes con diferentes niveles de agudeza, atender complicaciones inesperadas del paciente y cambios repentinos en la gravedad de la enfermedad, cambiar el procedimiento de enfermería y la falta de suministros (se ha denominado la complejidad de la atención).

Las palabras de Beckmann U., resaltan la necesidad de una buena dotación de personal de enfermería debiendo ser una prioridad para una mejor calidad y seguridad del paciente, refiriéndose a que no únicamente se debe mejorar en cuanto a la nueva tecnología y a los nuevos equipos, sino, en el buen reparto del equipo de enfermería y sus cargas de trabajo¹⁰⁹.

Por tanto, determinar las cargas de trabajo, calcular el personal y la asignación de pacientes, apoyado en un método cuantitativo validado, constituye una herramienta imprescindible para la gestión del cuidado y del servicio de enfermería¹¹⁰.

3.2. Instrumentos validados para la medición de carga de trabajo en Enfermería.

Tradicionalmente, los estudios de cargas de trabajo se han realizado en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), por ser esta unidad una de las que cuenta con pacientes más demandadores de cuidados debido a su situación crítica, y las consecuencias que se derivan de ésta, ya sean de tipo económico (costes de recursos materiales y humanos), de especialización del personal, en cuanto al grado y características de la atención y cuidados demandados, etc., hasta el punto de que se han creado escalas de medición de cargas de trabajo específicas para UCI¹¹¹.

Actualmente, como hemos visto, queda latente la continua necesidad de instrumentos que lleguen a adecuarse y, que nos permitan medir y clasificar, así como valorar las cargas de trabajo basados en medidas directas e indirectas, con el fin de dar una visión cualitativa y cuantitativa de los cuidados enfermeros. Los instrumentos basados en medidas directas, miden el tiempo de cuidado a partir de las actividades que se han realizado o se prevé realizar a un paciente durante un período de tiempo

determinado (Tabla 3), y los instrumentos basados en medidas indirectas no permiten reflejar las actividades de enfermería debido a su diseño (Tabla 4)¹¹².

Tabla 3. Instrumentos basados en medidas directas.

INSTRUMENTO	AUTOR	AÑO	PROCEDIMIENTO	OBSERVACIONES
PRN	M.Chagnon	1969	Basado en medida de: 1. Cuidados directos e indirectos requeridos. 2. Transmisiones o comunicaciones del paciente. 3. Act. Administrativas y de mantenimiento. 4. Desplazamientos no relacionados con el paciente.	Falta un valor de referencia de medida de los Cuidados. Elevado coste de comercialización
SIIPS	Gobierno francés	1986	Basado en necesidades básicas V. Henderson.	No hay evidencia sobre su validez externa.
PROYECTO SIGNO II	Ministerio de sanidad	Años 90	Cada actividad tiene una URV y 4 niveles de dependencia. Relación dependencia /tiempo de atención.	No hay estudios que lo validen. No tiene suficiente validez interna

Fuente: Hellín Gil M^ªF, Adecuación de un instrumento de medida de cargas de trabajo y análisis de su nivel de cumplimiento en una Unidad de Cuidados Intensivos: propuesta de oportunidad de mejora. [Tesis doctoral].Murcia: Universidad de Murcia; 2015. Recuperado a partir de: <http://hdl.handle.net/10201/45705>¹¹².

INTRODUCCIÓN

Tabla 4. Instrumentos basados en medidas indirectas.

INSTRUMENTO	AUTOR	AÑO	PROCEDIMIENTO	OBSERVACIONES
MEDICUS	Jelinek	1974	Basado en 37 indicadores de cuidado que determinan el nivel de dependencia.	No se ha evaluado su fiabilidad. Alta correlación con otros sistemas como el GRASP o el PRN.
M. EXCHAQUET	N.Exchaquet y L. Zumblin.	1971	Guía para calcular y planificar la plantilla en función de las necesidades de los pacientes y su grado de dependencia.	La duración de los cuidados directos dispensados es proporcional a la gravedad y grado de dependencia, mientras que el cuidado indirecto no varía.
M.MONTESINOS	A.Montesinos	1979	Basado en el análisis y valoración del nivel de dependencia del paciente.	Se presenta en forma de parrilla donde se identificaron 16 criterios.
IPSI	EE.UU-Francia	1985	La carga de trabajo depende de la clasificación del paciente en los diferentes GRD	No pudo ser validado.
DNS	E.Clini	1999	Valora el nivel de dependencia del paciente con patología respiratoria a partir de la intensidad del trabajo de enfermería en unidades de semicriticos.	Validez muy limitada. No hay estudios de fiabilidad ni valorado en estudios multicéntricos. Buena correlación con el NEMS.

Fuente: Hellín Gil M^ªF, Adecuación de un instrumento de medida de cargas de trabajo y análisis de su nivel de cumplimiento en una Unidad de Cuidados Intensivos: propuesta de oportunidad de mejora. [Tesis doctoral]. Murcia: Universidad de Murcia; 2015. Recuperado a partir de: <http://hdl.handle.net/10201/45705>¹¹².

Por eso en los últimos años, dentro del servicio de UCI, se han desarrollado herramientas orientadas a medir mediante un sistema de puntuación, la cantidad de trabajo a desarrollar por una enfermera en un turno de trabajo, estas escalas se dividen en dos grupos¹¹³:

- **Basados en medidas directas:** miden el tiempo consumido en el cuidado de los pacientes. Tres de los más destacados son el GRASP, el TOSS y la NAS (Tabla 5).

Tabla 5. Instrumentos basados en medidas directas para UCI.

INSTRUMENTO	AUTOR	AÑO	PROCEDIMIENTO	OBSERVACIONES
GRASP	Meyer	1978	Calcula el cuidado necesario a partir de la suma del cuidado directo, indirecto, un factor de educación y apoyo emocional, y un factor de tiempo improductivo.	Imprescindible validarlo en cada unidad antes de aplicarlo. Esa informatizado. Validez de criterio mediante su correlación con otros instrumentos.
TOSS	GIRTI	1991	A partir del tiempo (min), necesario para realizar las actividades, se calcula la ratio enfermera-paciente.	Precisa validación externa, pero no hay estudios que lo validen en nuestro país.
NAS	Miranda	2003	Identificación de actividades de enfermería que mejor reflejan la carga de trabajo en UCI, y atribución a estas una puntuación específica basada en el tiempo de enfermería empleado en su realización	Mide el tiempo de las actividades de cuidado con mucha precisión, aumentando la fiabilidad, validez de contenido y validez externa, independientemente de la gravedad.

Fuente: Hellín Gil M^ªF, Adecuación de un instrumento de medida de cargas de trabajo y análisis de su nivel de cumplimiento en una Unidad de Cuidados Intensivos: propuesta de oportunidad de mejora. [Tesis doctoral].Murcia: Universidad de Murcia; 2015. Recuperado a partir de: <http://hdl.handle.net/10201/45705>¹¹².

- **Basados en medidas indirectas:** miden variables que permiten la estimación del tiempo de indicadores de cuidado. Entre ellos se encuentran el TISS, NEMS, SAF, NISS, Omega, NCR y Crew System, y la escala PRISM para cuidadas intensivos pediátricos (Tabla 6).

INTRODUCCIÓN

Tabla 6. Instrumentos basados en medidas indirectas para UCI.

INSTRUMENTO	AUTOR	AÑO	PROCEDIMIENTO	OBSERVACIONES
TISS	Cullen	1974	Adjudica una puntuación a cada actividad según tiempo consumido.	Última versión: TISS-28. Sin datos sobre fiabilidad.
NEMS	FRIDE	1994	Basada en asignar una puntuación a los 9 ítems. Cada 46 puntos se necesitaría una enfermera a tiempo completo.	Registro sencillo, no sensible a pequeños cambios en estado del paciente. Alta correlación con TISS-28, que determina fiabilidad y validez de criterio.
SAF	Soc. Anestesiología Sueca	1975	Mide alteraciones de funciones vitales. 5 niveles de gravedad, a cada uno se le calcula un tiempo medio (min/h).	Válido solo para la unidad de estudio. No incluye indicador de validación ni de significación estadística.
NISS	Estudio Hjortso	1992	Similar al TISS. 117 ítems.	
SISTEMA OMEGA	Grupo de Estudios Multicéntricos de Sociedad Reanimación de Lengua Francesa.	1985	Consta de 45 act. Terapéuticas puntuadas de 1 a 10 y divididas en 3 categorías. Puntuación total: suma de puntuaciones en 3 grupos.	
CREW SYSTEM	A.D.Crew	1987	33 actividades clasificadas según objetivo de evaluación y tipo de intervención. Registra las realizadas cada min. Durante 24 h, expresándolas en relación a 1 h.	No se describe el proceso de validación ni hay datos de significación estadística.
NCR	Equipo danés de Hjortso	1992	Necesidad de cuidados según intervenciones terapéuticas requeridas. 10 indicadores de cuidados, clasificados según nivel dependencia.	

Fuente: Hellín Gil M^ªF, Adecuación de un instrumento de medida de cargas de trabajo y análisis de su nivel de cumplimiento en una Unidad de Cuidados Intensivos: propuesta de oportunidad de mejora. [Tesis doctoral]. Murcia: Universidad de Murcia; 2015. Recuperado a partir de: <http://hdl.handle.net/10201/45705>¹¹².

Pero no es hasta el inicio de la década de los setenta, cuando los investigadores comenzaron a idear sistemas capaces de medir de forma objetiva, reproducible, fiable y sensible las actividades del personal dedicado a la atención del paciente¹¹⁴.

Los primeros esfuerzos corresponden al equipo dirigido por Cullen y Civetta en 1974, quienes crearon y desarrollaron el sistema de puntuación Therapeutic Intervention Scoring System (TISS), modificado en 1995 por Reis, Rijk y colaboradores, en Alemania, los cuales simplificaron la escala, pasando de 76 ítems a 28 (TISS-28). Dicha escala es destinada a medir el esfuerzo asistencial de enfermería en pacientes críticos. Este método sirve para medir la intensidad de la carga de trabajo en relación a la gravedad del paciente y establecer la relación enfermera-paciente adecuada⁶⁷. Aunque esta escala fue reemplazada debido a su complejidad y el elevado tiempo que requería su cumplimiento.

Veinte años después, será en 1994 cuando la FRICE (Foundation for Research on Intensive Care in Europe), validó y definió la escala NEMS (Nine Equivalents of Nursing Manpower use Score), derivada de los TISS-28. La cual determina de manera sencilla a través de nueve variables, la carga de trabajo que se deriva de la gravedad del paciente, y se propuso una clasificación de las UCI según el número de enfermos tratados por enfermera¹¹⁵. Con el paso del tiempo y bajo el prisma de enfermería, la escala NEMS presenta una serie de limitaciones¹¹⁶:

1. Mide los cuidados derivados de la intervención médica, por lo que no refleja, en absoluto, los cuidados propios de la actividad enfermera.
2. Está directamente relacionada con la gravedad del paciente, y sin embargo muchas actividades enfermeras no lo están.

También se desarrollaron otras escalas para UCI, con el fin de evaluar la gravedad del paciente y clasificarlos en función de ésta. (Tabla 7)¹¹².

INTRODUCCIÓN

Tabla 7. Escalas para evaluar la gravedad del paciente en UCI.

INSTRUMENTO	AUTOR	AÑO	PROCEDIMIENTO	OBSERVACIONES
APACHE II	W.Knaus	1981	Alteraciones fisiológicas y de laboratorio, cuya puntuación predice mortalidad. Aplicada en 1º 24h, más puntos > riesgo de muerte.	Índice válido para un amplio rango de diagnósticos, fácil de usar y puede sustentarse en datos disponibles en casi todas las UCI.
SAPS II	Le Gall	1993	Para pacientes \geq 15 años y 24 h después de ingresar. Es un nº entero (0-163), y mortalidad predicha (0-100%).	Si reingresa volver a calcularlo. Resultado es una mortalidad prevista. Proporciona valor promedio para un grupo de pacientes.
SOFA	European Society of Intensive Care Medicine	1994	Sistema mide al día 6 disfunciones orgánicas. Cada órgano clasificado de 0(normal)-4 (anormal), proporciona puntuación diaria de 0a 24 ptos.	Buen indicador de pronóstico. Independiente de la inicial, el aumento de la puntuación en 1º 48 h predice tasa de mortalidad de al menor 50%.

Fuente: Hellín Gil M^ªF, Adecuación de un instrumento de medida de cargas de trabajo y análisis de su nivel de cumplimiento en una Unidad de Cuidados Intensivos: propuesta de oportunidad de mejora. [Tesis doctoral].Murcia: Universidad de Murcia; 2015. Recuperado a partir de: <http://hdl.handle.net/10201/45705>¹¹².

Por ello, en un intento de reflejar el trabajo enfermero no derivado de la intervención médica, en el 2003, fue creada y validada por Miranda et al, el Nursing Activies Score (NAS), que mide el esfuerzo asistencial, es decir, calcula el tiempo invertido en los cuidados del paciente sin evaluar su gravedad. Escala recientemente adaptada al castellano¹¹⁵.

Con esta misma inquietud, pero a nivel español, se crearon algunas escalas para UCI, como en el año 2007, cuando Braña et al. crearon y validaron la Valoración de Cargas de Trabajo y Tiempos de Enfermería (VACTE), escala más extensa que la NAS, en donde también se reflejan los cuidados que realiza la enfermera, la cual puntúa en cada ítem el tiempo medio que se invierte en la realización de cada una de las tareas¹¹⁵ (Tabla 8).

Tabla 8. Otras Escalas.

INSTRUMENTO	AUTOR	AÑO	PROCEDIMIENTO	OBSERVACIONES
EVECTE	A.Padrón	2003	Puntuaciones de 4 (mínima carga) a 50 puntos (máxima).	Confeccionado por método subjetivo de selección de ítems.
VACTE	B.Braña Marcos	2007	Consta de 13 apartados que reflejan cuidados. La puntuación de cada subapartado, equivale al tiempo medio(min) que invierte enfermería para su realización en 24 h.	Realizado tras una amplia consulta bibliográfica y consenso con el personal de enfermería.
Mediante NIC	De Córdoba	2010	Terminología NIC como base para capturar una medida válida de carga de trabajo de enfermería.	Las intervenciones de enfermería identificadas no abarcan el trabajo de la enfermera en su totalidad. Se refieren sólo a la unidad de estudio y no se pueden generalizar.

Fuente: Hellín Gil M^ªF, Adecuación de un instrumento de medida de cargas de trabajo y análisis de su nivel de cumplimiento en una Unidad de Cuidados Intensivos: propuesta de oportunidad de mejora. [Tesis doctoral].Murcia: Universidad de Murcia; 2015. Recuperado a partir de: <http://hdl.handle.net/10201/45705>¹¹².

Por tanto, se puede afirmar que los sistemas de medición de cargas de trabajo, han respondido a estrategias gestoras puramente económicas en la asignación del personal y la dotación de plantillas, poniendo hincapié en la medición cuantitativa del trabajo enfermero¹⁰⁹. Como indica Calvo Sánchez MD, la planificación de los recursos de enfermería requiere de una serie de instrumentos, el primero sería conocer la carga de trabajo derivada de la actividad estandarizada, correspondiente a cada unidad y a cada turno de la organización, que existe en una división de trabajo¹⁰⁹.

3.3. La Clasificación de Intervenciones Enfermeras (NIC) como instrumento de medición de cargas de trabajo.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un método de trabajo lógico, dinámico, ordenado, homogéneo y sistemático, que permite proporcionar cuidados de alta calidad según la evidencia científica actual¹¹⁷. Definición acorde con la realizada por Alfaro-Lefevre, que lo define como: “método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del usuario (individuo, familia o comunidad) a procesos vitales/alteraciones de la salud reales o potenciales”¹¹⁸. Por tanto, es un proceso que sigue un orden lógico en cada una de sus etapas, las cuales se encuentran relacionadas entre sí, a través de la concepción holística de la persona, y donde el profesional aplica sus conocimientos y habilidades para dar respuestas en salud.

Se organiza en cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Su objetivo es unificar criterios de atención, procurando la máxima calidad en el cuidado. Además, permite emplear un lenguaje normalizado y taxonomías, lo que proporciona universalizar el conocimiento enfermero ¹¹⁹⁻¹²¹.

Históricamente, el PAE ha ido acompañado del desarrollo a nivel internacional de las clasificaciones para los diagnósticos de enfermería North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)¹²², consensuados por primera vez en la década de los 70. Más tarde, en 1992 se publica la primera edición de Nursig Interventions Classification (NIC)¹²³, y en 1998, la primera edición de los Nursing Outcomes Classification (NOC)¹²⁴, ambas taxonomías completaron la NANDA, pues su objetivo era mejorar y afianzar el PAE.

El uso de este lenguaje estandarizado (NANDA-NIC-NOC) en el PAE, ha proporcionado que las actuaciones enfermeras sean más precisas y rápidas, con respecto a las necesidades de cuidados de los pacientes, al seleccionar el diagnóstico enfermero más adecuado, lo que deriva en la efectividad de sus intervenciones, con el fin de lograr el mejor resultado en términos de salud¹²⁵.

La aplicación de las taxonomías NANDA-NIC-NOC (NNN), es la búsqueda hacia la excelencia en los cuidados enfermeros, al aplicar el pensamiento crítico y el método científico, lo que permite el desarrollo de un sistema de información que ofrece la oportunidad de explorar los datos y agilizar la comunicación enfermera¹²⁵⁻¹²⁷. La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) es un medio para identificar el tratamiento que las enfermeras realizan, organizar esta información en una estructura coherente y proporcionar el lenguaje para comunicarse con las personas, familias, comunidades, miembros de otras disciplinas y la población en general. Cuando se utiliza la NIC para documentar el trabajo de las enfermeras en la práctica, tenemos los medios para determinar el impacto de los cuidados de enfermería en los resultados de los pacientes¹²³.

La NIC es una clasificación completa y normalizada de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería. Es útil para la planificación de los cuidados, la comunicación de cuidados en distintas situaciones, la documentación clínica, la cuantificación de la productividad, la integración de datos entre sistemas y situaciones, la investigación eficaz, la evaluación de la competencia, la retribución, la docencia y el diseño de programas. La clasificación incluye las intervenciones realizadas por los profesionales de enfermería en función de los pacientes, intervenciones tanto independientes como en colaboración, y cuidados tanto directos como indirectos¹²³.

En España, el Real Decreto 1093/2010 de 3 de septiembre, establece la obligatoriedad de uso de los diagnósticos NANDA-I, las intervenciones (NIC) y los resultados (NOC), en los informes de cuidados de enfermería¹²⁸. La utilización de estas clasificaciones aumenta la capacidad práctica y la eficacia en el tratamiento de los datos enfermeros¹²⁹.

La obligatoriedad en la utilización del lenguaje estandarizado NIC, posibilita conocer de manera pormenorizada, el trabajo efectuado por las enfermeras en cualquier ámbito laboral, al identificar gran parte de las funciones de la enfermería real, al describir las acciones enfermeras independientes e interdependientes, directas e

INTRODUCCIÓN

indirectas, de carácter cuantitativo y cualitativo, planificadas o no planificadas, en sus múltiples ámbitos de actuación^{121-128,130}.

En la 7ª edición NIC encontramos un total de 565 intervenciones clasificadas en 7 campos o dominios (fisiológico: básico, fisiológico: complejo, conductual, seguridad, familia, sistema sanitario y comunidad) y dividido en 30 clases. Tanto en la 5ª como en 7ª edición publicada de las intervenciones NIC, se incluye una estimación de tiempos de ejecución para cada intervención (consensuados en contexto americano) y la figura ejecutora. Por lo que este lenguaje no sólo permite planificar y unificar intervenciones de los profesionales, sino que podría convertirse en una herramienta básica para desarrollo de investigaciones y de la enfermería basada en la evidencia, pues las NIC podrían aplicarse como instrumento en el análisis costo-efectividad de la actividad enfermera y de su carga de trabajo¹²³, al permitir cuantificar el tiempo requerido para cada intervención.

Encontramos en la bibliografía, trabajos científicos en relación al uso de la taxonomía NIC y la cuantificación de la carga de trabajo de enfermería. En un estudio del 2016 fruto de una tesis doctoral, se realiza una escala “Adaptación NEMS-NIC REA”, para el servicio de reanimación, de forma independiente de la NEMS, que permite reflejar igualmente la carga del paciente de forma rápida y sencilla, y mediante un lenguaje enfermero, con un registro de cuidados estandarizado, a la vez que deja constancia del tiempo empleado para cada intervención¹³⁰. Otro estudio llevado a cabo en el año 2022, evidencia como la aplicación una escala validada para la medición de cargas de trabajo en Unidades de Hospitalización (la escala MIDENF®), asociada a NIC, permite ajustar el personal de enfermería a las demandas reales de cuidados de los pacientes, y constatar las horas de cuidado dedicadas a cada paciente, teniendo en consideración las cuatro Funciones de Enfermería (asistencial, gestión, docencia e investigación)¹³¹.

El empleo de esta escala validada (la escala MIDENF®), permite a los gestores mejorar las previsiones de recursos humanos de enfermería, al conocer el tiempo real

que este gremio profesional dedica a cada una de las intervenciones NIC en las unidades de hospitalización, y así determinar de forma eficaz la proporción de pacientes para cada profesional de salud, según las demandas asistenciales y movilizar los recursos humanos según la estimación del trabajo¹³¹.

3.4. La carga de trabajo de las matronas y el impacto que tiene una deficiente ratio matrona-gestante.

Los instrumentos de medición permiten hacer una aproximación objetiva de la magnitud de trabajo y rendimiento real que el equipo de enfermería puede alcanzar, para proporcionar un cuidado ajustado a las necesidades de los usuarios/pacientes, de acuerdo con la gravedad de su problema de salud y con los recursos humanos y tecnológicos con los que cuenta. De esta manera, se interviene directamente en la calidad del cuidado y en la satisfacción que el equipo de enfermería puede experimentar y en la propia satisfacción del paciente¹¹⁰. En consecuencia, pueden aparecer cambios en la calificación y cuantificación de los profesionales que trabajan en cada turno de trabajo, siendo necesario determinar de la manera más precisa posible las necesidades de personal de enfermería mediante una adecuada medición de cargas de trabajo, sobre todo en los servicios de elevada especialización.

La evidencia científica afirma que una dotación insuficiente de profesionales de enfermería, provoca la concurrencia de efectos adversos y errores humanos; teniendo un alto impacto sobre los índices de morbilidad y mortalidad de los pacientes, y del tiempo de ingreso, generando implicaciones ético- legales y elevación del costo hospitalario¹³².

Además, se debe resaltar el impacto que aparece sobre los profesionales, como son, la sobrecarga de trabajo, los factores inherentes a la gestión de la institución, y el cuadro insuficiente de personal, que se reflejan en su quehacer profesional, al realizar actuaciones mecanizadas, repetitivas, y estrictamente burocráticas, sin atender a las características individuales de cada paciente. Por lo que se debe resaltar, que un equipo sobrecargado, aunque motivado, va a generar, una caída de producción, calidad y de

INTRODUCCIÓN

implicaciones negativas para la institución; así como poner en evidencia el descontento del cliente¹³².

Todo esto afecta a la salud psíquica y física de los trabajadores sanitarios. Diversos factores como: los turnos a los que se ven sometidos, los riesgos laborales a los que están expuestos, los pinchazos accidentales, lesiones de columna por sobreesfuerzo en la movilización de personas o cargas, el riesgo de sufrir agresiones de los pacientes o los familiares, contribuyen a estos sentimientos de frustración junto a la elevada carga de trabajo. Esta situación conlleva a un aumento del absentismo laboral, que es un problema con el que tienen que encontrarse a diario los gestores, y que repercute directamente y de forma negativa en la asistencia sanitaria¹³³.

Partiendo de la base de que la carga de trabajo del personal de enfermería es determinante de los resultados, tanto asistenciales como en términos de gestión⁷¹, se pone de manifiesto la necesidad de disponer de sistemas de medición objetivos de cargas de trabajo¹¹³.

En nuestro caso, el estado de la cuestión se centra en el servicio de paritorio, lugar donde se establecen cuidados de enfermería, generados por un perfil profesional con alta cualificación, como son las enfermeras especialistas en obstetricia-ginecológica, las matronas.

4. Calidad Asistencial.

4.1. Calidad Asistencial: Definición y Dimensiones.

Actualmente existe un interés creciente en torno a la calidad en todos los sectores y también dentro del sector salud, unido a la preocupación por la seguridad del paciente. Este interés afecta a todos los implicados: pacientes, profesionales de la salud y gestores¹³⁴.

La sociedad de nuestro tiempo, está cada vez mejor informada, y exige más calidad de los servicios y cuidados prestados. Los profesionales de la salud siempre han estado interesados en la calidad de su cuidado debido a su ética profesional, que les

obliga a ofrecer una asistencia de calidad, teniendo en cuenta tres factores: generar confianza y satisfacción en los pacientes, ser consecuentes con el compromiso científico y ser responsables de sus competencias profesionales. Por último, los gestores centran su preocupación en mantener un nivel de calidad al menor coste¹³⁴.

Por todos estos motivos, los profesionales y proveedores directos de los servicios de salud, deben ser los primeros en defender la calidad, para que no se vea afectada por recortes indiscriminados del gasto sanitario¹³⁴.

La calidad puede estructurarse en varios niveles, un primer nivel de calidad en general, aplicable a cualquier producto o servicio, un segundo nivel para un tipo determinado de producto o servicio de salud en general, y un tercer nivel para un producto o servicio concreto (Figura 5).

Figura 5. Los tres niveles del concepto de calidad.



Fuente: Saturno PJ: Cómo definimos calidad. Opciones y características de los diversos enfoques y su importancia para los programas de gestión de la calidad. Manual de Master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo I: Conceptos básicos. Unidad temática 1. 2ª Ed. Universidad de Murcia, 2008. ISBN: 978-84-8371-752-3. Depósito legal: MU-1653-2008¹³⁴.

INTRODUCCIÓN

Estos tres niveles han de ser consistentes entre sí, los dos primeros niveles más generales son marcos de referencia necesarios, que orientan pero que no sirven para medir, frente al tercer nivel que si nos permite medir la calidad de un servicio concreto. Definir la calidad asistencial en atención sanitaria es complejo, y no hay una definición universalmente aceptada¹³⁴.

La calidad, de manera genérica, la podríamos definir como el conjunto de características o atributos de los productos o servicios que cuando es alta denota superioridad en su género¹³⁵. Se concibe como un fenómeno multifacético, que incluyen componentes susceptibles de ser medidos y capaces de ser definidos¹³⁶. Por lo que, buscar una definición exacta de calidad asistencial es una tarea difícil.

Desde los años 60 se ha tenido un especial interés por este término “calidad”, término que procede del latín *qualitas*, que significa “perfección” y “satisfacción”⁹⁹. Una de las personas que dedico su carrera profesional al estudio en la aplicación científica de este término, y es considerado el padre de la calidad asistencial, Avedis Donabedian¹³⁷⁻¹³⁸, definió la calidad como “*el cambio en el estado actual y futuro del paciente que puede atribuirse a la atención precedente en salud*”¹³⁹. Para él, la atención de calidad es aquella que produce la mayor mejoría precisa del estado de salud, entendiendo la salud en términos generales en sus dimensiones físicas, fisiológicas y psicológicas, y teniendo en cuenta los conocimientos y las técnicas médicas actuales¹⁴⁰. Así insiste en la variedad de definiciones que pueden existir, y en la total legitimidad de cada una de ellas, ya que los autores deben conceptualizarla de acuerdo al enfoque empleado y a cuáles sean los sujetos empleados¹⁴¹.

Lo cierto es que, en nuestros días, la calidad asistencial constituye uno de los grandes pilares sobre el que se asienta la gestión de las organizaciones. Es prioritario repasar las principales dimensiones que componen el término de calidad, como la calidad científico-técnica, efectividad, eficiencia, accesibilidad, satisfacción, adecuación, continuidad y seguridad (Tabla 9).¹³

Tabla 9. Dimensiones de la calidad de la atención según diversos autores¹³⁴.

Vuori (1982)	Palmer (1983)	Nutting et al (1987)	Joint Comm (1989)	Joint Comm. (1990)	Programa Ibérico (1990)	IOM (2001)	WHO(2006)
Calidad científico-técnica	Competencia profesional	Competencia profesional			Calidad científico-técnica		
	Accesibilidad Equidad	Distribución de la asistencia/ integralidad	Accesibilidad	Accesibilidad Disponibilidad	Accesibilidad Equidad	Equidad	Accesibilidad Equidad
	Accesibilidad satisfacción		Participación	Aceptabilidad	Satisfacción	Servicio Centrado en el paciente	Aceptabilidad centrada en el paciente
Efectividad	Efectividad	Efectividad	Efectividad	Efectividad		Efectividad	Efectividad
Eficiencia	Eficiencia	Eficiencia	Eficiencia	Eficiencia		Eficiencia	Eficiencia
Adecuación			Adecuación	Adecuación			
		Continuidad/ Coordinación	Continuidad	Continuidad			
			Eficacia				
			Oportunidad/ Temporal			Oportunidad	Accesibilidad
			Privacidad				
			Confidencialidad				
			Seguridad			Seguridad	Seguridad
			Apoyo estructural				

Fuente: Saturno PJ: Cómo definimos calidad. Opciones y características de los diversos enfoques y su importancia para los programas de gestión de la calidad. Manual de Master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo I: Conceptos básicos. Unidad temática 1. 2ª Ed. Universidad de Murcia, 2008. ISBN: 978-84-8371-752-3. Depósito legal: MU-1653-2008¹³⁴.

INTRODUCCIÓN

- Calidad Científico –técnica, Competencia Profesional: Capacidad de los profesionales a utilizar el más avanzado nivel de conocimientos para abordar los problemas de Salud ¹³⁴⁻¹³⁵.
- Efectividad: Grado en que una determinada práctica mejora el estado de salud o satisfacción de la población¹³⁴⁻¹³⁵.
- Eficiencia: Grado en que se consigue el máximo de efectividad al mínimo coste¹³⁴⁻¹³⁵.
- Continuidad: Grado en el que la atención se realiza de forma longitudinal sin interrupción en el tiempo por los mismos profesionales y coordinada en todos sus niveles¹³⁴⁻¹³⁵.
- Adecuación: Grado en que una determinada practica se realiza cuando está indicada, y se corresponde con las necesidades de la población¹³⁴⁻¹³⁵.
- Satisfacción: Grado en que una determinada practica cumple con las expectativas del cliente¹³⁴⁻¹³⁵.
- Accesibilidad: Facilidad para obtener una determinada práctica¹³⁴⁻¹³⁵.
- Aceptabilidad: Grado de colaboración del paciente¹³⁴⁻¹³⁵.
- Seguridad: Ausencia de lesiones a causa de la atención sanitaria que se supone debe ser beneficiosa¹³⁴⁻¹³⁵.

Gestionar la calidad supone materializar el compromiso de una estructura organizativa y unas actividades que lo hagan real y operativo, cuyo objetivo es la mejora continua, avanzar en la efectividad, eficiencia y satisfacción de todos los integrantes de la asistencia, que suponga un proceso consciente y cuantificable hacia la excelencia de los cuidados.

4.2. Calidad Asistencial en la Atención al parto.

Analizar la calidad asistencial del proceso de parto es una tarea ardua por la multitud de dimensiones que comprenden. La asistencia hospitalaria que recibe una mujer gestante, puede tener distintos niveles de calidad al estar influido por diversos factores como, el tipo de embarazo, el nivel sociocultural, sus necesidades y expectativas¹³⁵.

Como se refleja en el objetivo principal de la *“Estrategia de Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud”*, la calidad asistencial constituye un elemento central de la política sanitaria. Dicho objetivo, pretende potenciar la atención al parto normal, mejorando la calidad asistencial y manteniendo los niveles de seguridad actuales. En este documento *“el nacimiento es un proceso fisiológico en el que sólo se tiene que intervenir para corregir desviaciones de la normalidad y los profesionales sanitarios que participan atendiendo al parto tienen que favorecer un clima de confianza, seguridad, intimidad respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad”*³².

Por eso distintas instituciones, tanto nacionales, como la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), el Sistema Nacional de Salud (SNS), e internacionales, como el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Midwives, Royal College of Anaesthetists, Royal College of Paediatrics and Child o la Agency for Healthcare Research and Quality de Estados Unidos (AHQR), han desarrollado un amplio conjunto de indicadores para medir la calidad de atención recibida en el parto y aunque la mayoría de ellos están enfocados a sus dimensión científico-técnica, también se desarrollan indicadores de satisfacción que ayudan a valorar la dimensión de la calidad percibida por la usuarias¹³⁵.

La calidad percibida de las parturientas, es un indicador adecuado para valorar la asistencia sanitaria. Sino tenemos en cuenta la opinión de las mujeres la evaluación de la calidad está incompleta¹⁴²⁻¹⁴⁴.

INTRODUCCIÓN

La experiencia al parto marca un antes y un después en la vida de la mujer y de su entorno. Tiene efectos inmediatos y a largo plazo en la salud de la mujer, y en su relación con el recién nacido¹⁴⁵⁻¹⁴⁷. Las experiencias de parto negativas suponen un incremento de intervenciones en el parto, como el aumento de cesáreas, que traen consigo un incremento del riesgo para la madre, por la mayor incidencia de infecciones, sangrados excesivos, procesos tromboembólicos y lesiones de órganos abdominales; como para el recién nacido, con mayor frecuencia de uso de soporte respiratorio al nacimiento e incidencia de asma en el futuro¹⁴⁸⁻¹⁶¹. Además, estas experiencias negativas generan alteraciones en la salud mental de la madre, con un aumento de depresión postparto y trastorno de estrés postraumático. Dificultando el inicio de la lactancia materna y el establecimiento del vínculo con el recién nacido¹⁶¹⁻¹⁶⁴.

Encontramos multitud de factores que se han relacionado con la calidad percibida de las mujeres con la experiencia de parto y el nacimiento de su hijo¹⁶⁵, como son: el cumplimiento de las expectativas, la calidad de la atención basada en la atención continua de los profesionales y la implicación de la mujer en las tomas de decisiones¹⁶⁶. Aunque estos factores se consideran esenciales para una experiencia de parto satisfactoria, deben de estar ligados a la atención continua y al apoyo de los profesionales, estableciendo un vínculo físico, emocional, informativo o dinamizador para la toma de decisión de la mujer¹⁶⁷.

Vivancos en 2009 resalta el papel de la matrona en la búsqueda de la excelencia de los cuidados prestados en el proceso de parto, postparto y cuidados al recién nacido¹⁶⁸. Las matronas destacan en la prestación de apoyo, que incluye: el apoyo emocional, físico e informativo. Ese apoyo se refleja en la actitud de cuidado y atención a las necesidades de la mujer y la pareja, la preservación de la intimidad junto con la presencia constante de estas durante el trascurso del parto. Además, durante el mismo, las matronas brindan información en forma de sugerencias o instrucciones¹⁶⁵.

La presencia de una única matrona por mujer (one-to-one) resulta fundamental puesto que se relaciona con una mayor sensación de control y empoderamiento. La

evidencia científica destaca que la falta de personal, de matronas en la sala de partos, pone en peligro el poder ofrecer esa atención personificada, continuada y de apoyo¹⁶⁹, y, en consecuencia, la mujer experimentará una sensación de insatisfacción en relación a su experiencia de parto, produciendo efectos inmediatos y a largo plazo sobre su propia salud y en establecimiento del vínculo con el recién nacido¹⁷⁰. Asimismo, la sobrecarga de trabajo experimentada por las matronas en los últimos tiempos, incide en la calidad del cuidado prestado, y por tanto, en la seguridad del binomio madre-hijo durante el proceso de parto; esta situación supone una repercusión directa en la calidad percibida de la madre sobre su proceso de parto^{7, 171-173}.

Las matronas brindan atención al parto bajo diversos modelos de cuidado. Independientemente del tipo de modelo de atención de partería empleado en la organización sanitaria, las matronas, al igual que otros profesionales de la salud, están continuamente expuestas a factores estresantes, como son: las elevadas cargas de trabajos, la ineficiencia organizacional o los cambios dentro de las instituciones de salud. Y como resultado, el personal puede experimentar agotamiento y estrés mental⁶⁹.

El síndrome de burnout fue descrito por primera vez por el psiquiatra Herbert Freudenberger en 1974¹⁷⁴. Dicho síndrome, es definido en 1982 por la psicóloga Chistine Maslacha partir de 1976, como “síndrome caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que se encuentra especialmente en personas que realizan un trabajo para el servicio público, como educadores y sanitarios”¹³⁰. Hoy en día, la definición de agotamiento, más ampliamente aceptada, lo describe como un concepto tridimensional, caracterizado por¹⁰⁶:

- Agotamiento emocional o agotamiento de los recursos emocionales y sentimientos de esfuerzo físico, producido por la actividad laboral.
- Despersonalización, o actitudes clínicas e indiferentes hacia los demás, con respuestas de forma impersonal, fría y/o desconsiderada.
- Baja realización personal, reflejada en insatisfacción y baja autoestima, implica sentimientos de incompetencia y fracaso en el ejercicio de la profesión.

INTRODUCCIÓN

Es un concepto psicológico, que a menudo es utilizado en un contexto de trabajo como respuesta a estresores emocionales e interpersonales a largo plazo. En su etiología intervienen varios factores relacionados con la ocupación, como: niveles elevados de estrés, desequilibrio entre habilidades y obligaciones, exceso de trabajo y fallas organizacionales (malas condiciones de trabajo, largas jornadas de trabajo y falta de apoyo y recursos)^{69,175}.

Para Schaufeli y Greenglass, el burnout es “un estado de agotamiento físico, emocional y mental que resulta de una participación prolongada en situaciones laborales que son emocionalmente exigente”⁹⁷.

El agotamiento puede reducir la concentración y la capacidad de comunicarse, que son habilidades esenciales para las matronas. Los estudios muestran cómo el agotamiento puede afectar al desempeño de las matronas y a la calidad de la atención prestada^{97,176}. El colectivo de matronas es considerado uno de los más vulnerables a experimentar altos niveles de ansiedad e incertidumbre profesional, ligado a las expectativas erróneas por parte de las gestantes, e incluso de los propios compañeros, las interrupciones en el trabajo, la carga de trabajo y la influencia del trabajo en la vida familiar⁶⁹.

El Royal College of Midwives ha descrito “las presiones asistenciales que pesan sobre las matronas”. Esta presión no solo es debida a un aumento en el número y complejidad de los partos, sino también a los importantes problemas laborales, en cuanto a la dotación y organización de este personal, lo que conlleva una alta exposición al estrés. Las matronas se ven sometidas a múltiples exigencias laborales que sumado a la escasez de personal y a una carga de trabajo inmanejable provoca una fuerte insatisfacción profesional^{97,175-177}.

Las matronas en diversas encuestas científicas describen: “*sentirse laboralmente abrumadas y fuera de su alcance [...] haciendo un trabajo a medias*”, y además afirman que pasan tiempo fuera del trabajo “*preocupadas por haber cometido un error debido a las presiones de gestión del tiempo que sentían*”¹⁷⁷.

Hildingson et al. estudió el agotamiento en una población de 475 parteras suecas y reportaron niveles más altos de desgaste personal debido a las altas demandas en el trabajo, la presión del tiempo, las altas exigencias profesionales, las altas exigencias físicas y las altas expectativas de las mujeres en edad fértil y sus familias ⁹⁷.

Esto es muy preocupante, ya que el bienestar físico y emocional del personal es un antecedente poderoso de la experiencia positiva del paciente. El compromiso profesional se encuentra estrechamente relacionado con la calidad y la seguridad de la atención¹⁷⁷. Es cierto que la mala salud emocional de las matronas repercute en la atención segura, respetuosa y de alta calidad prestada al binomio madre-hijo.

Se requiere un cambio en los recursos humanos para garantizar que el sistema de salud tenga un número suficiente de matronas. Sobre esta base, se podrían diseñar políticas de atención de la salud para una mejor gestión y prevención del desgaste profesional. Si esto se puede lograr, puede tener un efecto positivo no solo en las matronas, sino también en la calidad de la atención brindada y en la satisfacción de las mujeres⁶⁹.

Conocer la experiencia del parto de las mujeres se sitúa en el centro de la atención, según el paradigma de cuidados centrados en el paciente¹⁷⁸. Los servicios de obstetricia durante el proceso de parto deben formular las condiciones ideales que se tienen que cumplir para que la práctica asistencial sea considerada de calidad.

JUSTIFICACIÓN

JUSTIFICACIÓN.

La adecuación de los recursos humanos es un componente indiscutible en la gestión sanitaria de cualquier organización. Entre los problemas más relevantes de la gestión sanitaria se encuentra el relacionado con la distribución del personal de enfermería en las distintas unidades¹⁷⁹⁻¹⁸¹. En la unidad de paritorio, se establecen cuidados de enfermería generados por un perfil profesional de alta cualificación, como son las matronas. Las matronas dentro del servicio de partos, brindan cuidados prenatales, intrapartos y postparto con importantes variaciones en cuanto a la dotación de personal con respecto al número de intervenciones o actividades a realizar¹⁸².

Actividades que buscan la excelencia en la calidad al servicio prestado y seguridad en los cuidados al binomio madre- hijo¹⁸³. Al estar considerado el servicio de partos como servicio de urgencias, en multitud de ocasiones estas intervenciones enfermeras son dinámicas y constantes debido a la gran presión asistencial y premura en la ejecución. En los últimos años, las demanda asistencial de estas unidades ha aumentado, por el incremento en la variación del número de nacimientos, la mayor expectativa de las pacientes, los problemas sociales, la prevalencia de patologías materno- fetales, las actuales exigencias profesionales a nivel jurídico e investigador, y el desarrollo de nuevas tecnologías dentro del campo de la obstetricia, que implican la realización de nuevos procedimientos, lo que ha generado sobrecarga asistencial del personal que conforma estas unidades, además aparece el dilema ético de cómo priorizar la atención, pues la falta de matronas, se considera una barrera para el cuidado humanizado en el parto^{87,184-186}. Tanto la FAME (Federación de Asociación de Matronas de España), como El Royal College of Obstetricians & Gynecologist (RCOG) Y el Royal College of Midwives (RCM), determinan una ratio matrona/gestante 1:1 para alcanzar la asistencia individual y continuada^{88,93}.

Este incremento de la carga de trabajo de las matronas tiene un impacto en la calidad de la atención, y en la seguridad del paciente. Una dotación adecuada de este personal a las demandas reales de cuidado genera entornos más seguros. Pues una ratio

JUSTIFICACIÓN

matrona-gestante idónea, promueve un entorno de atención seguro, aumentando la calidad de la atención, al tiempo que permite el logro de los objetivos profesionales relacionados con un ambiente de satisfacción laboral^{7,173}. Por lo tanto, identificar y medir adecuadamente la carga de trabajo de estos profesionales es un indicador importante para lograr una gestión eficiente y eficaz de los recursos humanos, y establecer la cantidad de personal necesaria para una adecuada atención en salud, con base en la evidencia científica¹⁸⁷.

Esta situación de las matronas, es un problema mundial de todo el colectivo enfermero y de todas sus áreas de especialización. La carga de trabajo de las matronas, y por ende la determinación de la ratio, dentro de la unidad de partos, a menudo es difícil de predecir, debido a las condiciones de trabajo estresantes, al uso de tecnologías en el punto de atención, a una ratio matrona-gestante mal definida, todo ello genera un sentimiento de agotamiento y frustración profesional. A esto se añade los pocos o nulos estudios científicos disponibles sobre las cargas de trabajo de este gremio profesional, en la unidad de paritorio, y es evidente la necesidad de profundizar en este tema, al tratarse de un análisis novedoso^{7, 173}. Por ello, es de importancia, evaluar la carga de trabajo a la que se encuentran expuestas las matronas, mediante la generación de un instrumento, que valide las diversas actividades desarrolladas en paritorio, a través del lenguaje enfermero estandarizado internacionalmente, como es la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), al proporcionar un apoyo para la planificación y evaluación del personal, identificándose las cargas de trabajo reales, expresadas en intervenciones, con respecto al número de matronas que componen el equipo multidisciplinar¹⁸⁸⁻¹⁸⁹.

OBJETIVOS

OBJETIVOS

OBJETIVOS.

- **Objetivo General:**

El objetivo general es medir las cargas de trabajo mediante una herramienta validada, utilizando metodología cualitativa y cuantitativa, incluyendo su aplicación multicéntrica, específica para las enfermeras obstétrico-ginecológicas, (matronas), dentro de la unidad de partos, basada en intervenciones NIC.

- **Objetivos Específicos:**

Para ello planteamos tres objetivos específicos:

- Identificar y conocer la necesidad de medir la exposición de las cargas de trabajo, las actividades e intervenciones NIC de las matronas dentro de la unidad de paritorio.
- Diseñar una escala de medición de cargas de trabajo, específica para las enfermeras obstétrico- ginecológica (matronas), dentro de la unidad de partos, basada en intervenciones enfermeras NIC, completa, ajustada a la realidad, al tiempo real de ejecución y codificada de forma que sea operativa y sencilla de aplicar, y analizar los resultados, definiendo su procedimiento de aplicación e implantación en la práctica clínica diaria.
- Validar mediante aplicación multicéntrica, el instrumento de medida de cargas de trabajo, así como la aplicación y el nivel de adecuación de la escala diseñada para medir cargas de trabajo de matrona en la unidad de paritorio de distintos hospitales.

MATERIAL-MÉTODO

MATERIAL-MÉTODO

MATERIAL- MÉTODO.

- **Ámbito:** El ámbito de aplicación del estudio es la Unidad de Paritorio. Para ello, se seleccionaron tres hospitales de carácter público del Servicio Murciano de Salud, con características organizativas, poblacionales y asistenciales distintas. El Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA), perteneciente al Área I de Salud Murcia-Oeste, de tercer nivel asistencial y de referencia a nivel regional; el Hospital General Universitario Santa Lucia de Cartagena, perteneciente al Área II de salud, de tercer nivel asistencial, y el Hospital Comarcal del Noroeste, perteneciente al Área IV de salud, de primer nivel asistencial. Todos los centros hospitalarios manifestaron su interés y compromiso para participar en el estudio, mediante el cumplimiento del consentimiento firmado.
- **Temporalidad y Cronograma:** Este estudio se ha realizado en varias etapas y fases para llegar a los resultados y dar respuesta a los objetivos planteados.
 - **Fase 1.** Revisión bibliográfica, de los artículos científicos tanto nacionales como internacionales, de los últimos 5 años de las bases de datos Pubmed, Dialnet, Scopus, Embase, Scielo; empleando los descriptores siguientes: parto, cargas de trabajo, matrona, paritorio, instrumento de medida, intervenciones NIC, y los operadores booleanos and - or.
 - **Fase 2.** Entrevistas individuales, semiestructuradas y en profundidad a las matronas de partos, para conocer la necesidad de medir sus cargas de trabajo, en formato digital, con grabación de audio, para posterior análisis utilizado un software específico para investigación cualitativa (Atlas. Ti, versión 9.0). (Anexo 2).
 - **Fase 3.** Enumeración de las actividades que las matronas realizan en partos, a raíz de las entrevistas realizadas y las consultas de los documentos publicados por organismos de reconocido prestigio como son: a nivel internacional la Conferencia Internacional de Matronas

(IMC); y a nivel nacional, la estrategia del parto normal propuesta por el Ministerio de Sanidad, Política Social y Medio Ambiente en 2010. Y de carácter legislativo el Real Decreto 1837/ 2008 de 8 noviembre, y la Orden del SAS/ 1349/2009.

- **Fase 4.** Mapeo de las actividades seleccionadas, con la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (7ª Edición, 2018), a través de la plataforma NNN Consult, correlacionando cada actividad con su correspondiente intervención NIC. (Anexo 3).
- **Fase 5.** Diseño del cuaderno para la recogida de datos, con el fin de cuantificar el tiempo real que las matronas destinan en la realización de cada intervención NIC en partos. (Anexo 4).
- **Fase 6.** Cuantificación real tanto en frecuencia y tiempo en minutos, de cada una de las intervenciones NIC, que las matronas realizan en paritorio. Para ello, se seleccionó el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA), por ser el de referencia a nivel regional.
- **Fase 7.** Diseño de un borrador por parte del equipo investigador de la escala de medición de cargas de trabajo de las matronas en la unidad de partos. Esta se estructuró en función de las cuatro funciones enfermeras (asistencial, gestora, docente e investigadora).
- **Fase 8.** Configuración de tres grupos focales formado por matronas de ámbito regional (Murcia), Nacional (España) y sénior (comité de expertos), con el fin de consensuar el borrador de la escala propuesta por el equipo investigador. Tras las reuniones se procede al análisis y codificaciones de los datos obtenidos a través de un software específico para investigación cualitativa (Atlas.ti versión 9.0).
- **Fase 9.** Comparación del tiempo consensuado por parte de los tres grupos focales en la ejecución de cada intervención NIC incluida en el borrador de la escala ad hoc (Anexo 5), con el tiempo real de ejecución de esas intervenciones medido en la unidad de partos del Hospital

MATERIAL-MÉTODO

Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia). Y estos a su vez se compararon con los tiempos estandarizados por la NANDA (Anexo 6).

- **Fase 10.** Diseño final de la escala de cargas de trabajo, teniendo en cuenta las aportaciones y modificaciones por los tres grupos focales. La escala diseñada consta de 24 ítems, cada ítem contiene una o más intervenciones de enfermería NIC asociadas al mismo tiempo de ejecución. (Anexo 7).
- **Fase 11.** Pilotaje de la escala diseñada ad hoc, en la unidad de partos del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia), comenzó el día 26 de octubre de 2021, con una duración de 5 días, recogiendo una muestra de 30 partos, para ello se confeccionó un cuaderno de recogida de datos, agrupando en filas el tiempo y número de intervenciones realizadas, y en columnas la descripción de cada una de las intervenciones NIC a medir (Anexo 8).
- **Fase 12.** Aplicación multicéntrica de la escala diseñada ad hoc, en tres unidades de partos, de tres hospitales públicos de la Región de Murcia, con estructuras organizativas distintas. Los datos obtenidos son analizados mediante el paquete estadístico SPSS versión 23.0.

En cuanto a la temporalidad del estudio ha seguido la secuencia de cada fase mostrada en el Diagrama de Gantt (Figura 6)

Figura 6: Diagrama de Gantt. Secuencia temporal del estudio.

	2019			2020										2021									
	O	N	D	E	F	M	J	J	A	S	O	N	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Fase 1	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Fase 2						■	■																
Fase 3								■															
Fase 4								■	■														
Fase 5										■	■	■											
Fase 6													■	■									
Fase 7														■	■								
Fase 8															■								
Fase 9																■							
Fase 10																	■	■	■				
Fase 11																				■			
Fase 12																				■	■	■	

MATERIAL -MÉTODO

- **Tratamiento Estadístico y Análisis de datos:** Los datos obtenidos fueron procesados a través de softwares específicos, según el tipo de metodología empleada, cualitativa y cuantitativa. Los resultados obtenidos durante la fase de los grupos focales y comité de expertos, fueron analizados a través del programa estadístico Altas. Ti, versión 9.0, para determinar la validez cualitativa del constructo, según las opiniones, sugerencias, aportes o cambios en el borrador de la escala preestablecida. Estas sugerencias fueron esquematizadas mediante una red de códigos asignados a cada tema común discutido. Por otra parte, los datos recabados en el pilotaje y estudio multicéntrico se sometieron a un análisis descriptivo y análisis de confiabilidad, mediante el paquete estadístico SPSS 23.0. Para comprobar si el instrumento detectaba diferencias estadísticamente significativas, se realizó un análisis descriptivo de los valores obtenidos, con cálculo de frecuencias, porcentajes, medias, desviaciones estándar y medianas; utilizando el test estadístico Anova de un factor y HSD de Tukey, para evaluar la diferencia de tiempos medidos. Se cruzaron las variables dependientes con las independientes, por medio de Anova de dos vías, para calcular el tiempo empleado por las matronas en aquellas actividades y tareas relacionadas con las intervenciones de enfermería (NIC) seleccionadas, medidas en cada unidad de partos escogidas y turno de trabajo. Además, se analizó la consistencia interna, con el objetivo de determinar si la escala tiene la capacidad de exhibir resultados consistentes en las mediciones sucesivas de un mismo fenómeno, para ello se determinó el coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach. Coeficiente, que proporciona información sobre la consistencia interna de la escala, siendo una aproximación a la validación y fiabilidad del constructor, que consiste en la cuantificación de la correlación existente entre los ítems que la componen.

- **Aspectos ético-legales:** Se ha cumplido escrupulosamente con el compromiso de las normas éticas de investigación y de los requerimientos legales imprescindibles para realizar este estudio. Se solicitaron los permisos correspondientes tanto al jefe de servicio de paritorio del H.C.U.V.A (Anexo 9) y del H.G.U. Santa Lucia (Anexo 10), como a los Comités de Ética de los tres hospitales participantes, el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Anexo 11), el Hospital General Universitario Santa Lucia (Anexo 12), y el Hospital Comarcal del Noroeste (Anexo 13), siguiendo sus protocolos. El estudio ha sido aprobado por todos los hospitales, manteniendo la confidencialidad, anonimato y voluntariedad, tal y como establece la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos personales y garantías de derechos digitales, y el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) 2016/679, de 27 de abril. Además, se obtuvo el consentimiento informado y el acuerdo de confidencialidad de los datos y de la estructura de la escala, de todas las matronas involucradas en este estudio, en cada uno de los hospitales participantes, el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, (Anexo 14), el Hospital General Universitario Santa Lucia (Anexo 15), y el Hospital Comarcal del Noroeste (Anexo 16).

RESULTADOS Y PÚBLICACIONES

RESULTADOS Y PÚBLICACIONES.

Los resultados obtenidos en esta investigación, se muestran en los artículos publicados en 3 revistas científicas, indexadas en diversas bases de datos (SCOPUS, PubMed (US National Library of Medicine), CINAHL (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature), entre otras, y con factor de impacto: Q3, Q3 Y Q2.

El primer artículo, titulado: “Análisis de la situación de las matronas y necesidad de medir sus cargas de trabajo”, nos revela como las matronas del estudio sufren una sobrecarga habitual en su trabajo, piensan que la ratio matrona/gestante no está bien establecida, y consideran que es necesario la medición de sus cargas de trabajo a través de una herramienta validada y específica para la unidad de partos. Además, los datos medidos durante el estudio de campo nos indican como el volumen de tiempo medido real de las distintas intervenciones NIC, discrepa con el tiempo estandarizado consensuado por el grupo internacional taxonómico (NANDA).

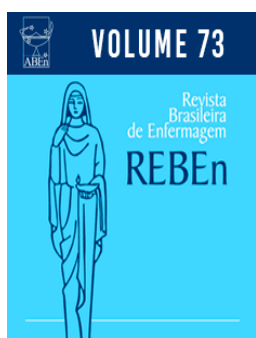
En el segundo artículo, titulado: “Diseño de un instrumento para medir cargas de trabajo de matronas basado en intervenciones NIC”, los datos analizados evidencian la necesidad de medir las cargas de trabajo en todas las funciones de las matronas con una terminología estandarizada, pues los participantes de los distintos grupos focales mostraron coincidencias en las afirmaciones y opiniones sobre el borrador de la escala diseñada ad hoc, sus ítems y las dimensiones funcionales implicadas en la misma. Aportando su visión profesional para la gestión del personal dentro de la unidad de paritorio.

En el tercer artículo titulado: “Validación de una escala para medir la carga de trabajo de las matronas”, los resultados obtenidos tras la aplicación multicéntrica de la escala ad hoc, refutan las aportaciones subjetivas de los otros artículos publicados, pues los datos nos indican de forma objetiva, como las matronas se encuentran sometidas a un aumento de sus cargas con respecto al número y al tiempo medio dedicado para la asistencia al parto, al cuantificar el tiempo real en la ejecución de las intervenciones NIC, a través de la escala diseñada ad hoc. Además, los datos aportados en esta investigación, permitieron el cálculo de la consistencia interna de la herramienta, utilizando el alfa de Cronbach, obteniendo un $\alpha = 0.786$, valor de confiabilidad adecuado para el manejo de la escala.

ARTÍCULO 1. Análisis de la situación de las matronas y necesidad de medir sus cargas de trabajo.

Gómez García L, Seva Llor AM, Hellín Gil MF, Roldán Valcárcel MD, Paredes Cerezo P, Iglesia Cano E, Ruiz Merino G, Navarro Guerrero FJ. Analysis of midwives' situation and the need to measure their workloads. Rev Bras Enferm. 2022;75(Suppl 3):e20210920.

Disponibile en: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0920esp>.



Resumen

Objetivo: Analizar la situación laboral de las matronas y detectar sus necesidades de medición de cargas de trabajo. **Método:** Estudio de metodología mixta (cuantitativo y cualitativo), observacional, descriptivo y transversal. Se realizaron dos fases: La primera fase metodológica, consistió en la realización de entrevistas individuales semiestructuradas. Y en la segunda fase metodológica, se analizaron las intervenciones de enfermería (NIC) que las matronas efectúan en paritorio durante su jornada asistencial. **Resultados:** El 90,3% de las matronas presentan sobrecarga en el trabajo, pues para el 80,6% la ratio matrona- gestante no se encuentra bien establecido; pues tiempo medio de ejecución de una intervención de enfermería (NIC), es de 20 minutos. Por ello, el 100% de la muestra considera de máxima utilidad el desarrollo de herramientas de medición de cargas de trabajo. **Conclusiones:** Se ratifica la necesidad de generar un instrumento que considere la diversidad de intervenciones de enfermería (NIC) que desarrollan dentro del paritorio.

Palabras claves: Matrona; Cargas de Trabajo; Terminología Estandarizada Enfermería; Escala; Burnout.

ARTÍCULO 2. Diseño de un instrumento para medir cargas de trabajo de matronas basado en intervenciones NIC.

Gómez García L, Hellín Gil MF, Roldán Valcárcel MD, Seva Llor AM, Navarro Guerrero FJ, Ruiz Merino G, Iglesia Cano E. Diseño de un instrumento para medir carga de trabajo de matronas basado en intervenciones NIC. *Texto & Contexto Enfermagem*.2023; 33.

Disponible en : <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0120es>.



Resumen

Objetivo: Diseñar cualitativa y cuantitativa, una escala de medición de cargas de trabajo, específica para las enfermeras obstétrico-ginecológicas (matronas), dentro de la unidad de partos y basada en la Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). **Método:** Estudio mixto cualitativo mediante grupos focales y cuantitativo con mediciones reales de tiempos NIC, descriptivo y transversal. Durante los meses de septiembre de 2020 a mayo de 2021, se realizó una extensa búsqueda bibliográfica, mapeo, elaboración ad hoc de la escala, y la configuración de tres grupos focales, para consensuar el diseño de la escala. Además, se ejecutó una comparativa sobre la percepción subjetiva del tiempo empleado en la prestación de cuidados (intervenciones NIC) durante el proceso de parto por parte de los grupos focales, con respecto a los tiempos medidos realmente entre marzo y abril del 2021 en una unidad de partos. **Resultados:** Se analizaron y relacionaron los datos cualitativos obtenidos de los grupos focales, coincidiendo en la estructura final del instrumento ad hoc de medida, y en la importancia de tener este instrumento de medida representativo de su trabajo, con un lenguaje estandarizado y adaptado a la demanda sanitaria real. Además, al comparar los tiempos subjetivos y reales de ejecución de cada una de las intervenciones NIC, encontramos una correlación significativa, al presentar distintos promedios de tiempos de ejecución con una variación de 13 minutos. **Conclusión:** Las matronas de este estudio determinaron la validez del constructo del instrumento de medición para sus cargas de trabajo.

Palabras Claves: Matrona; Sala de partos; Trabajo de parto; Terminología normalizada de enfermería; Administración de los servicios de Salud; Gestión de personal en salud.

ARTÍCULO 3. Validación de una escala para medir la carga de trabajo de las matronas.

Gómez García L, Roldan Valcárcel MD, Seva Llor AM, Hellín Gil MF, Ruiz Merino G, Navarro Guerrero FJ, Iglesia Cano E. Validation of a scale to measure the workload of midwives. Acta Paulista de Enfermagem.2023; 37(2):eAPE02632.

Disponible en : <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2024A000026322>.



Resumen

Objetivo: validar el diseño de una escala para medir las cargas de trabajo de las matronas basada en intervenciones NIC, mediante su aplicación multicéntrica en distintas unidades de partos. **Método:** Estudio cuantitativo, longitudinal, de carácter multicéntrico, realizado en tres hospitales generales universitarios del sistema público de salud. La muestra estuvo conformada por 50 matronas, que examinaron la validez del constructo de la escala diseñada, para un total de 370 partos. Se inició la recolección de datos a través de la escala diseñada ad hoc por el equipo investigador, contabilizando el tiempo y número medio de intervenciones NIC, realizadas en cada parto. **Resultados:** las matronas del estudio, se encuentran sometidas a un aumento en su carga de trabajo con respecto al número y al tiempo medio dedicado a la realización de intervenciones NIC en cada parto atendido. En su jornada laboral (12 horas) destinan 960.61 minutos (16horas en turno diurnos) y 840.29 minutos (14 horas en turno nocturno), para ejecutar sus funciones en la asistencia al parto. **Conclusiones:** los datos nos indican la validez de la escala diseñada ad hoc, ya que este instrumento refleja la real carga de trabajo experimentada por las matronas del estudio.

Palabras claves: Matronas; Partos; Cargas de Trabajo; Escala; Terminología estandarizada enfermería; Administración de personal.

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN.

Se ha presentado el proceso metodológico de diseño y validación de una escala dirigida a conocer las cargas de trabajo de las matronas. Así como el instrumento final y su aplicación para conocer cuál es el nivel de cargas de trabajo que tienen las matronas en la unidad de parto en distintos contextos hospitalarios.

Construir un instrumento de medición en salud tiene su proceso, y cuando lo centramos en el área de la partería nos encontramos con el reto de la construcción original. Debido a la novedad de esta investigación, este estudio no puede ser comparado específicamente con otros, al no encontrar trabajos científicos dentro del marco nacional ni internacional, que identifiquen las cargas de trabajo de las matronas en la unidad de partos de manera multicéntrica, aunque sí que encontramos estudios que resaltan la importancia de implementar una herramienta de planificación y dotación de personal de enfermería en determinadas unidades, como neurología, traumatología, pediatría, o en unidades médico-quirúrgicas¹⁹⁰, pero no dentro del área de la partería.

Otro aspecto relevante de esta investigación, radica en la utilización de ambas metodologías: cualitativa y cuantitativa, para la validación del instrumento. Esto proporciona un análisis más completo de su fiabilidad y validez. Cada vez es más necesario utilizar ambas metodologías, no solo la cuantitativa, ya que la metodología cualitativa complementa los datos numéricos¹⁹⁰. Por lo que, al recoger las manifestaciones de los profesionales, enriquece el diseño del instrumento, al reflejar la atención sanitaria real de las unidades de partos, y en consecuencia facilitar su aplicabilidad y asimilación por parte de las matronas. Todo ello, para mejorar la gestión de los recursos humanos y mejorar la calidad de la atención que prestan a sus pacientes¹¹¹. Sin olvidarnos de otro aspecto trascendental de este estudio, como es la medición real del tiempo destinado a cada intervención NIC o actividad de las matronas, ya que dentro de la literatura científica no encontramos estudios que versen sobre la medición de las cargas de trabajo de matronas junto con la identificación de intervenciones específicas, actividades, prevalencia de intervenciones y tiempo requerido para realizarlas, ya que las revisiones sistemáticas consultadas se basan en la enfermería¹⁹¹⁻¹⁹², utilizando la metodología en relación enfermera-paciente mínima requerida, y muy pocos evalúan el número de horas de enfermería por paciente-día.

DISCUSIÓN

En los últimos años, las cargas asistenciales de las matronas dentro de la unidad de partos, se ha visto incrementada debido a diversos factores, entre los que se encuentran: el incremento de patologías materno- fetales, los cambios socioculturales en cuanto a la vivencia del parto, las actuales exigencias profesionales junto con el bajo reconocimiento social de la profesión, los factores de gestión organizacional, el incremento de los procesos programados y el desarrollo de nuevas tecnologías dentro del campo de la obstetricia, que implican la realización de nuevos procedimientos, lo que ha generado una sobrecarga asistencial del personal que conforma estas unidades⁸⁷. A esto se añade la situación de pandemia sanitaria, que ha conllevado a una reorganización estructural y de dotación de personal del propio paritorio¹⁸⁴⁻¹⁸⁶.

Este alto nivel de estrés laboral al que están sometidos estos profesionales de salud, debido a las inadecuadas condiciones de trabajo por el incremento de la carga en sus funciones y la falta de recursos, afecta a la salud y satisfacción laboral de las matronas. En consonancia, con las encuestas y entrevistas realizadas en esta investigación, donde las matronas han expresado su preocupación y necesidad de adecuar las plantillas de profesionales a las demandas asistenciales actuales, debido a la sobrecarga de trabajo que el 90,3% han experimentado, al afirmar: *“La sobrecarga es experimentada por la falta de dotación de personal, estoy sola para todo lo que suceda en el servicio, trabajamos realizando multitud de tareas y actividades al mismo tiempo y además a esto hay que sumarle la falta de planificación de procesos programados, el aumento de la patología materna- fetal y la estructura organizativa actual debido a la pandemia sanitaria”*. Opiniones en línea con varios estudios desarrollados en matronas australianas, suecas y noruegas, en los que se concluye que la prevalencia de agotamiento laboral o burnout experimentado por este personal, es del 57%, 39,5% y 20% respectivamente⁹⁷⁻⁹⁸. Más tarde en 2017, se estudió la relación entre el burnout y las cargas de trabajo de las matronas, demostrado una asociación positiva, pues el 42,6% de las matronas consultadas consideran que las ratios de matronas no son adecuadas al volumen de trabajo que manejan¹⁷². Además, investigaciones en otras áreas de conocimiento afirman que el bienestar emocional de las matronas tiene implicaciones considerables para la atención segura de la maternidad, así como en la satisfacción de la mujer^{7,173}, coincidiendo los resultados de este estudio con otros que afirman que, la

sobrecarga de trabajo, el cuadro insuficiente de personal, y los factores inherentes a la gestión de la institución, se reflejan en el quehacer profesional, adoptando acciones mecanizadas, repetitivas, y estrictamente burocráticas, sin atender a las características individuales de cada paciente¹⁹³. A todo esto hay que sumar, la deficiente ratio matrona/gestante, que en multitud de ocasiones obstaculiza el poder prestar un cuidado individualizado, continuo y de empoderamiento de la gestante sobre su propio proceso de parto, como manifestaron el 80.6% de las matronas entrevistadas en nuestro estudio: *“En las condiciones actuales de trabajo no es posible cumplir el one to one, lo que supone una merma importante en la atención individualizada de la madre- hijo”*, afirmación que se ratifica en otros estudios ¹⁷¹.

La adecuación de este personal sanitario tiene como fin, mejorar no solo la calidad del cuidado prestado al binomio madre - hijo, sino también la calidad laboral del propio personal sanitario, asegurando el modelo de cuidados durante el parto propuesto por la OMS en 2018 ¹⁷⁸. Puesto que, se ha demostrado la existencia de una asociación entre la densidad de profesionales de la salud y los índices de mortalidad materna, mortalidad infantil y tasas de inmunización, pues la predicción del número necesario para atender las necesidades de los usuarios no ha sido tarea fácil ⁹⁷. Sin embargo, las maternidades no cuentan con el mismo número de efectivos las 24 horas del día, ni todos los días del año, habiéndose demostrado, en otros estudios, que en los momentos en los que se cuenta con menos personal, el riesgo de muerte perinatal se incrementa un 45%¹⁷².

Esta situación, pone de manifiesto la prioridad de esta investigación, para determinar la gestión de los profesionales de matronas, examinando sus cargas de trabajo en el cuidado madre-hijo durante el parto. Pues es limitante, cómo se refleja en los estudios coste-efectivos que han evaluado el trabajo desempeñado por este gremio, que se han basado en la cuantificación del número de partos y cesáreas; sin valorar el cuidado humanizado que las matronas desempeñan en un momento tan trascendental como es el parto en la vida de la mujer⁸⁷. Tradicionalmente, se ha intentado ajustar la proporción de este personal sanitario con escasa base científica, adaptado las ratios matrona/gestante en función del número de partos atendidos, sin atender a las circunstancias y demandas reales de las gestantes ingresadas en estas unidades,

DISCUSIÓN

existiendo como hemos comentado anteriormente, un importante vacío de evidencia científica en cuanto al método para una dotación de personal de matonas adecuadas, que permitan equilibrar sus cargas de trabajo con el fin de proporcionar una atención segura y de calidad.

Por ello, en este estudio se desarrolla un método basado en la evidencia, un instrumento que proyecta de manera confiable y valida las necesidades de dotación de matronas que son necesarias en los distintos entornos clínicos dentro de las unidades de partos, al medir las cargas de trabajo de manera objetiva, basada en las demandas reales de atención al paciente según las cuatro funciones de la enfermería (asistencial, gestión, docencia e investigación). Además, incorpora un lenguaje estandarizado, conocido internacionalmente, como es la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Por tanto, nuestra herramienta tiene en cuenta todas las intervenciones realizadas en el turno de trabajo, así como las distintas competencias profesionales, al describir actividades específicas del acto de cuidar desde su visión holística, y permite realizar comparaciones entre los cuidados practicados en diferentes escenarios. Al estar basada en intervenciones NIC, se tiene en cuenta la estimación del tiempo real que es necesario para llevar a cabo dichas actividades, junto con su actualización periódica, lo que hace que sea una herramienta dinámica en continua evolución con los cuidados que demanda la sociedad actual, al liderar la gestión sistemática del cuidado, y, por tanto, dar visibilidad del trabajo en equipo de los profesionales de matrona.

Visibilidad que se pone de manifiesto al estudiar el tiempo real de cuidado prestado por las matronas, encontrando que el tiempo máximo de ejecución de las intervenciones NIC, es de 60 minutos, asignado a las actividades de: monitorización fetal electrónica: antes y durante el parto, inducción al parto, supervisión de personal: gestión de calidad; desarrollo de vía clínica, desarrollo de un programa y control de calidad, administración de hemoderivados, supresión de las contracciones y, manejo del instrumental del quirófano, como se ratifica en el estudio de Tabatabaee y Daghighbin (2020)⁹¹. El cuantificar de forma objetiva y fehaciente el tiempo real empleado en la ejecución de las intervenciones NIC, nos permitió realizar comparaciones con los tiempos consensuados por el grupo NANDA, encontrando importantes diferencias, ya que los tiempos que dicta la NANDA son establecidos por consenso entre un grupo de

matronas, sin tener en cuenta los imprevistos o desviaciones del proceso normal de parto, mientras que los tiempos medidos en nuestro estudio son reales, pues se han determinado en una unidad de partos, teniendo en cuenta todas las peculiaridades de la asistencia directa e indirecta, como son: las múltiples realidades que rodean el proceso de parto; la sobrecarga de trabajo existente que dificulta el cuidado integral e individualizado de alta calidad; la realización consecutiva de actividades múltiples y solapadas; la estructura organizativa de las distintas unidades de partos y los distintos modelos de cuidado y las actuaciones desarrolladas por un mismo perfil profesional.

Ahora bien, para llegar al diseño final del instrumento ad hoc, los integrantes de los distintos grupos focales conformados, criticaron y discutieron nuestro boceto hasta llegar a un acuerdo, exponiendo la imperiosa necesidad de tener una escala que mida sus cargas de trabajo¹¹⁰, debido a que en multitud de ocasiones se encuentran con obstáculos, tanto a nivel de dotación de personal como de recursos materiales para poder prestar los cuidados de calidad que madre-hijo reclaman. Estas elevadas cargas de trabajo a las que las matronas están sometidas, repercuten en la parturienta, ya que solo pueden dedicar su tiempo de trabajo a las tareas que durante el proceso de parto son imprescindibles, dejando de hacer aquellas prescindibles, pero no menos importantes, para la satisfacción y empoderamiento de la madre, que espera que la atención del parto sea una experiencia amorosa, placentera y positiva⁹. También hay que añadir la sobrecarga física y mental, debido a los cambios estructurales y de la forma de trabajo, provocados a veces, por los entornos altamente cambiantes y llenos de incertidumbre, como ocurrió durante pandemia sanitaria¹⁸⁴. Ese detrimento de dotación de personal, manifestado, genera que sus actuaciones sean múltiples (realizan varias intervenciones al mismo tiempo), aparece la multitarea, con la consiguiente repercusión tanto para el propio profesional, es este caso las matronas, como para la parturienta⁸⁷.

Por ende, tenemos que destacar que la validación de esta escala por medio de los instrumentos metodológicos cualitativos utilizados, nos muestra una adaptación en su diseño a las condiciones asistenciales reales, facilita su puesta en marcha y establece un acuerdo para la gestión eficaz del personal de matronas.

DISCUSIÓN

Una vez validado el diseño de la escala ad hoc a través de la metodología cualitativa por parte de las matronas que conforman el presente estudio, se procedió a la aplicación de la herramienta en las unidades de parto seleccionadas, demostrando como la plantilla de matronas, se encuentra sometida a un aumento en su carga de trabajo, con respecto al número y al tiempo medio dedicado a la realización de intervenciones NIC, en cada uno de los partos atendidos. Se refuta, que las intervenciones NIC estudiadas, que traen consigo una mayor carga de trabajo, tanto en turno diurno como nocturno, son la monitorización fetal (supone en turno diurno 294.04 minutos y turno nocturno 252.23 minutos), el acompañamiento (implica en turno diurno 151.64 minutos y en turno nocturno 132.84 minutos) y la actuación ante situaciones de urgencias (tanto en turno diurno como nocturno es de 150 minutos). Hallazgos que concuerdan con otros estudios ^{89,98}, que sugieren que las matronas, tienen que evaluar y redefinir constantemente el modo de prestación de la atención, ya que la experiencia al parto influye no solo en la mujer, sino en su pareja, la relación con el hijo y toda la familia, por lo que, se evidencia la importancia de la presencia constante de la matrona, durante el proceso de parto.

Los resultados de esta investigación, determinan como la presencia y atención de la matrona, no pueden ser continuas, debido a la presión asistencial a la que se encuentran sometidas. Pues las matronas del estudio, tienen que atender de forma habitual y constante, a tres mujeres durante su proceso de parto, lo que conlleva mantener una ratio matrona/gestante de 1:3. Una proporción no acorde con la ratio 1:1 recomendada por los organismos internacionales como: el Royal College of Obstetricians & Gynecologist (RCOG), el Royal College of Midwives (RCM), y National Institute for Health and Care Excellence (NICE) y a nivel nacional, por la Federación de Asociación de Matronas de España (FAME), para una atención de excelencia⁹²⁻⁹³.

Además, la escala nos permite estudiar la práctica clínica de las matronas, integrada por las cuatro funciones, evidenciando como, la función asistencial, les entraña un mayor tiempo de dedicación tanto en el turno diurno y nocturno (siendo la media de tiempo de 887.64 minutos), seguida de la función de gestión (de media 79.21 minutos), docencia (su media es de 25.59 minutos) e investigación (con una media de tiempo de 41.48 minutos). El total de tiempo medio invertido por las matronas, con

respecto, a las cuatro funciones en la atención a una mujer en proceso de parto es de 960.61 minutos (16 horas) para el turno diurno y de 840.29 minutos (14 horas) para el turno nocturno. Esto supone, un exceso en el tiempo dedicado a la ejecución de sus funciones, con respecto a la duración de su jornada laboral (12 horas), al incrementar una media de 2 horas y 4 horas más, fuera de ese turno; y por tanto, esto genera afectación en la ratio matrona/gestante preestablecida. Datos en línea con otros estudios ^{87,92-93}, pues nos muestra como la ratio prefijada (1:2) de los hospitales del estudio, no está bien determinada para prestar esos cuidados de calidad, tan exigidos en la sociedad actual.

Así mismo, si atendemos al tipo de hospital, el hospital de tercer nivel asistencial, presenta tiempos medios de las cargas de trabajo de las matronas (1051,60 min-17,5 horas) mayores con respecto, al hospital de segundo nivel asistencial (1001,36 min-16,7 horas) y al hospital comarcal (945,40 min-15,7 horas). Resultados compatibles con la literatura, que indica como la estructura organizativa, el tamaño de las unidades de parto y el aumento de la tecnificación del proceso de parto, hace variar la frecuencia y el número de las intervenciones realizadas por las matronas ⁹⁹.

También se abordó la carga de trabajo de las matronas con relación al turno de trabajo y tipo de paciente a tratar, encontrando un aumento de la carga en sus funciones durante el turno diurno con respecto al turno nocturno, situación debida al aumento experimentado de los procesos programados como, cesáreas electivas (con un tiempo medio dedicación de 955.42 minutos), versiones cefálicas externas (698.39 minutos de media) e inducciones al parto (una media de 1035.94 minutos), afirmación que concuerda con la evidencia actual ^{98,100,182}. Y en lo referente al tipo de paciente a tratar, hayamos que los tiempos para la ejecución del cuidado necesarios son para la etnia sudamericana (1113.77 minutos), las nulíparas (1049.59 minutos) y las mujeres que presentan comorbilidades médicas-obstétricas(1158.18 minutos), observando un aumento de la carga de trabajo de este perfil profesional, hallazgo consistente con otros estudios^{93,98,183,194}, pues actualmente nos encontramos ante un incremento en la atención a procesos crónicos, generados por el aumento de la gemelaridad, el aumento de la edad materna, los partos pretérmino, así como el auge de las técnicas de reproducción asistida.

DISCUSIÓN

Por eso, al evaluar los resultados a raíz del inicio y finalización del parto, se detecta una mayor la carga laboral en parto inducido (1035.94 minutos-17,3 horas) con respecto al parto espontaneo (1032,74 minutos-17,2 horas), como refutan determinados estudios¹⁹⁵ que afirman ,el aumento de la tasa de inducciones de parto, ha supuesto un aumento de la carga de trabajo de las matronas en las unidades de maternidad, y la guía del Instituto Nacional de Excelencia Clínica (NICE), que reconoce que las inducciones del parto ejercen un aumento en la presión asistencial sobre la sala de partos, en comparación con el parto de inicio espontáneo. Y en cuanto a la finalización del mismo, las matronas dedican una media de tiempo a la asistencia al parto distócico (1104,41 minutos-18,4 horas), parto eutócico (1047,07 minutos-17,45 horas) y cesárea (955,42 minutos-16 horas). Dicha discrepancia observada, está condicionada por la actuación y coordinación de varios profesionales en un mismo proceso asistencial, lo que conlleva a un incremento en el tiempo dedicado a la coordinación y comunicación entre las distintas unidades implicadas en el proceso del parto⁹⁹.

En definitiva, los datos de este estudio, permiten afirmar que nuestra escala se puede considerar una herramienta de gestión relevante a la hora de equilibrar las necesidades del personal tanto en términos cuantitativos como cualitativos, al incorporar el lenguaje estandarizado enfermero e internacionalmente reconocido propuesto por NANDA. Las intervenciones NIC reflejan todas las actividades, y su uso para el desarrollo de las mediciones de la carga de trabajo de enfermería se muestran en estudios consultados¹⁹⁶⁻¹⁹⁷ en los que los autores también han adoptado el uso de las intervenciones NIC como referencia para medir las cargas de trabajo en los equipos de enfermería, y esto es lo que hemos incorporado con nuestro estudio, en este caso, centrado en las matronas de las unidades de partos, pues, las matronas están a la vanguardia de los servicios de partos y deben ser percibidas por las Gerencias y las Direcciones de Enfermería de los hospitales como tales. La aplicación de la escala dentro del Servicio de Partorio en cualquier momento, permite evidenciar la necesidad de reforzar o aumentar la plantilla del turno, tanto en el que se mide, como para el turno siguiente. La provisión de los recursos humanos y materiales, incluido un buen ambiente de trabajo, es esencial para garantizar la prestación de servicios de calidad. Esta

planificación de personal deber ser un proceso integrado, que incorpore una amplia perspectiva demográfica, epidemiológica, cultural y social, para hacer frente a la demanda de personal sanitario por parte de la sociedad actual.

Cabe destacar también que esta herramienta ha demostrado su validez y fiabilidad no solo de forma predictiva o en condiciones ideales, sino también cuando se aplica en condiciones reales, a través del estudio multicéntrico en los diferentes hospitales públicos, con distintas circunstancias en cuanto al paciente, organización asistencial, categoría del hospital (de tercer nivel asistencial a comarcal), características estructurales de las unidades de partos, entre otras, manteniendo o incrementando todos los análisis estadísticos a pesar de aplicarse en unidades de partos diversas. Lo que demuestra que nuestra escala es válida y fiable para cualquier unidad de partos con diferentes realidades, al presentar un alfa de Cronbach de 0.786, considerado como aceptable.

Por último, dada la situación actual de las unidades de partos, las implicaciones prácticas de nuestro estudio son evidentes debido a la clara necesidad de medir las cargas de trabajo, convirtiéndose nuestra escala en una herramienta de manejo imprescindible por los gestores sanitarios del área de partos, para ajustar y predecir las necesidades de personal de matronas de forma real y objetiva a las curvas reales de demandas de cuidados, garantizando una atención sanitaria de calidad y seguridad a la mujer en el contexto hospitalario actual, tal y como se ha demostrado en este estudio tanto en su fase piloto como en el estudio multicéntrico y de forma cualitativa por los propios profesionales que se han expresado.

LIMITACIONES GENERALES DEL ESTUDIO:

Las limitaciones encontradas en la realización del presente estudio están relacionadas con el uso de la escala y la complejidad de la realidad:

Las inherentes a la actividad asistencial que influyen en la recogida de datos, como el hecho de que muchas intervenciones se realizan en forma de multitarea, durante el mismo tiempo y las cargas de trabajo a las que se vieron sometidas las matronas durante la recogida de datos, que pueden haber influido o dificultado el correcto registro de los datos. Además, de la disponibilidad a participar en el estudio,

DISCUSIÓN

mediante la cumplimentación del cuaderno de datos utilizado, y el ambiente existente en el personal, debido a los cambios en las condiciones laborales.

También hay que señalar como limitación que tanto la fase cualitativa (conformación de los grupos focales, a través el formato online) y la fase cuantitativa de pilotaje y estudio multicéntrico se llevó a cabo durante la pandemia de COVID-19 a lo largo del año 2021. La cual generó variaciones en cuanto a la organización, infraestructura y personal de las matronas que conformaron el estudio cualitativo como cuantitativo, pudiendo obstaculizar la recogida de los datos, debido a la carga emocional, física y laboral que esto implicó para las matronas que participaron en este estudio.

La determinación de tiempos en la ejecución de cada una de las intervenciones fue tema de debate, por la controversia suscitada; pues el poner un tiempo a cada tarea a realizar no es sencillo, ya que se debe de contar con las situaciones habituales, pero también con aquellas extraordinarias o complicadas, que requieren un mayor tiempo en la ejecución como en la implicación del personal. La ejecución múltiple de intervenciones, supuso la agrupación de los ítems que componen la escala, con la finalidad de facilitar el manejo y la rapidez en su aplicación.

PROPUESTA PARA FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.

Tras la realización de este estudio, y como se detalla en los resultados y discusión, se requiere la implantación de esta escala en las unidades de partos, al proporcionar un reparto de trabajo objetivo y una mejor utilización de los recursos humanos disponibles.

La creación de un registro digital, un software específico para la medición de las cargas de trabajo de las matronas en el servicio de partos, que permitiera posteriormente el análisis de los datos, facilitara la toma de decisiones a los directivos y permitiera establecer la distribución objetiva según la ratio matrona- gestante, teniendo en cuenta las cargas de trabajo reales de cada unidad de partos, supone dar resultados óptimos en términos de gestión, al tener en cuenta tanto la calidad asistencial como la seguridad. Además de seguir concienciando al personal de matrona de la importancia de sus registros, para reflejar su trabajo sin que esto suponga más carga, sino todo lo

contrario, permita de forma simple demostrar su trabajo, lo que ayudaría a una mayor aplicación del instrumento entre el personal en cada jornada laboral.

Para cumplir con estas mejoras, este software debe volcar de forma automática desde el partograma digital de la gestante, los resultados de las intervenciones y valoraciones efectuadas por los profesionales de matrona, en cada turno de trabajo, de manera que, se puedan establecer las cargas de trabajo de cada parturienta por turno, y visibilizar el tiempo real de cuidado.

Además, permitiría analizar los datos de manera retrospectiva para poder establecer los meses del año en los que hay más cargas de trabajo, comparar los períodos de docencia de estudiante de enfermería y residentes de matrona, así como los ciclos vacacionales y festivos, para realizar gráficos que muestren la tendencia en cuanto a las cargas de trabajo o demandas de cuidados, sirviendo de base para mejorar la gestión de las matronas en partos.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES.

1. Las matronas que han participado en este trabajo manifiestan la necesidad de medir sus cargas de trabajo debido a la sobrecarga continúa experimentada durante su actividad asistencial, con repercusión en el cuidado madre-neonato durante el proceso de parto, así como en la salud física y psíquica de los profesionales.
2. El diseño de la escala ad hoc para medir cargas de trabajo, se estructura en las cuatro funciones enfermeras (asistencial, gestión, docencia e investigación) de las matronas, evidenciando una adaptación a la situación real donde será utilizada, e incorpora las intervenciones y actividades, empleando un lenguaje propio, basado en taxonomía NIC. Esto aumenta y corrobora la validez obtenida al reflejar y determinar la carga de trabajo experimentada por las matronas del estudio.
3. Los tiempos reales en la ejecución de las intervenciones NIC por parte de las matronas del estudio, dictan mucho de los tiempos propuestos por consenso por el grupo de trabajo NANDA. La carga de trabajo asociada a las intervenciones reales en las unidades de partos, medida durante el turno de trabajo, y calculada a partir de tiempos confirmados y mapeados con estándares NANDA, e incluyendo todas las posibles actividades realizadas en estas unidades, se presenta como el indicador más fiable para determinar el número de personal de matronas requerido, considerando la escala como una herramienta de gestión relevante a la hora de equilibrar el número de personal.
4. La escala diseñada ad hoc es fiable y válida para cuantificar el trabajo realizado por las matronas en la prestación de cuidados a la mujer durante su proceso de parto, y muestra el tiempo real de trabajo que necesita una matrona según la evolución de parto. Al asignar tiempos a las intervenciones NIC en función de la situación real de los cuidados de las matronas, tal y como afirman tanto los expertos consultados como los profesionales que implementarán esta escala en su actividad diaria.

CONCLUSIONES

5. La escala confeccionada por el equipo investigador permite mejorar la gestión de los recursos humanos, adecuando las demandas de cuidados de las usuarias, a las plantillas de matronas necesarias para satisfacerlas, garantizando la seguridad y calidad asistencial. Además, es aceptado por los profesionales de la salud que, al ver su trabajo reflejado en el instrumento, pueden facilitar su aplicabilidad en la práctica.
6. La aplicación de esta escala validada para la medición de las cargas de trabajo en las unidades de partos, asociada a intervenciones NIC, por parte de los gestores sanitarios, permitirá ajustar y predecir el número de profesionales necesarios en relación a los flujos temporales de demanda real de cuidado. Lo que permite confirmar su compromiso con la mejora de la gestión de los recursos humanos de matronas.

FINANCIACIÓN

FINANCIACIÓN

FINANCIACIÓN.

Investigación financiada con la beca del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España, en su 1ª edición en el año 2022 y en su 2ª edición en el año 2023 (Anexo 17). La cuantía económica aportada fue utilizada para la traducción y publicación de los artículos científicos confeccionados.

REFERENCIAS
BIBLIOGRAFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFIA

1. Internacional Confederation of Midwives. Definición de matrona [Internet].2005. [Consultado 2020 may 30]. Disponible en:
<http://www.internationalmidwives.org/pdf/ICM%20Definition%20of%20the%20Midwife%202005-SPA.pdf>.
2. Orden SAS/1349/2009,6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). (Boletín Oficial del Estado, número 129, de 28 de mayo de 2009). [Consultado 2020 feb 2]
<http://www.boe.es/boe/dias/2009/05/28/pdfs/BOE-A-2009-8881.pdf>.
3. Fernández-Martínez E, Gómez-Pulgar MM, Pérez-Martín A, Onieva- Zafra MD, Parra-Fernández ML, Beneit-Montesinos JV. Análisis de la definición de la matrona, acceso a la formación y programa formativo de este profesional de la salud a nivel internacional, europea y español. Educación Médica Elsevier.2018; 19(3):360-65. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.10.017>.
4. Paz-Pascual C, Terán-Moreno GG. Llegar a ser matrona en España. Parte I. Educación Médica.Elsevier.2022; 23(5). Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.edemud.2022.100768>.
5. Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del parlamento europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2008 relativas al reconocimiento profesional, así como a determinados aspectos del ejercicio de la profesión de abogado.(Boletín Oficial del Estado,Número280, de 20 de noviembre de 2008) [Consultado 2020 feb 2]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/profesionales/docs/REAL_DECRETO_1837_2008.pdf.
6. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA). Situación y Expectativas de Futuro de las Matronas de la Comunidad Valenciana: documento de consenso. Valencia: CECOVA; 2013; 51p.

7. Guías Práctica Clínica en el SNS. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Servicio central de publicaciones del gobierno vasco. (Ministerio De Sanidad y Política Social, Octubre 2010). [Consultado 2019 nov 22]. Disponible en:

<https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracticaClinicaParto.pdf>.

8. Arnau-Sánchez J, Martínez-Roche ME, Nicolás-Vigueras MD, Bas-Peña E, Morales-López R, Álvarez-Munárriz L. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del Área 1 de Salud de la región de Murcia. AIBR. 2012; 7(2): 225-47.

9. Rottenstreich M, Rotem R, Mor P, Reichman O, Rottenstreich A, Grisaru-Granovsky So et al. Midwife annual delivery workload and maternal and neonatal adverse outcomes, is there an association? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2021; 262: 147-154. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.05.024>.

10. Vía Clínica de Atención al Parto Normal. Consejería de sanidad y política social. Dirección general de planificación, ordenación sanitaria, farmacéutica e investigación. (Boletín oficial de la Región de Murcia, Julio 2013).

11. Pérez-Aguirre L. La condición femenina. 1th. Montevideo Uruguay: Ed. Trilce; 1995. ISBN: 9974-32-113-1. [Consultado 2022 jul 26].

12. Serrano-Monzó I. La formación de la matrona a lo largo de la historia. Navarra. 2002 [consultado 2022 jul 26]. Disponible en: <http://matronasdenavarra.com/wp-content/uploads/2015/04/historia.pdf>.

13. Terán-Moreno GG. Cuidando desde el comienzo. En Enfermería en primera persona. 1th. Bilbao: Ed. OSI Bilbao Basurto (Osakidetza); 2020. [Consultado 2022 jul 26]. Disponible en: <file:///C:/Users/portatil/Downloads/12M2020.Enfermeraenprimerapersona.pdf>.

14. Valle-Racero JI. El saber y la práctica de las matronas: desde los primeros manuales hasta 1957. Matronas prof. 2002; 3 (9):28– 35 [Consultado 2022 jul 29]. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wpcontent/uploads/2018/01/vol3n9pag28-35.pdf>.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

15. Decreto de 18 de enero de 1957 por el que se establece la especialización de Matronas para los Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos. 12 de febrero de 1957. BOE-A-1957- 2051; 2022 [Consultado 2019 oct 29].

Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1957-2051>.

16. Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, sobre integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería. 22 de agosto de 1977. BOE-A-1977-20006; 2022 [Consultado 2019 oct 29]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOEA-1977-20006>.

17. Orden de 1 de junio de 1992, por la que se aplica con carácter provisional, el programa de formación y se establecen los requisitos mínimos de las Unidades Docentes y el sistema de acceso para la obtención del título de Enfermero especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). 2 de junio de 1992. BOE-A-1992-12549; 2022[Consultado 2019 oct 20].

Disponible en: [https://www.boe.es/eli/es/o/1992/06/01/\(1\)](https://www.boe.es/eli/es/o/1992/06/01/(1)).

18. Real Decreto 1017/1991, de 28 de junio, por el que se regula el reconocimiento de diplomas, certificados y otros títulos de matrona o asistente obstétrico de los Estados miembros de la Comunidad Económica Europea, así como el ejercicio efectivo del derecho de establecimiento y de libre prestación de servicios. BOE-A-1991-16714; 2022 [Consultado 2019 oct 20]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/1991/06/28/1017>.

19. Biurrun-Garrido A, Goberna-Tricas J. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Matronas Prof.* 2013; 14(2): 62-6.

20. Suarez Cortes, M. Situación actual del plan de parto y Nacimiento en la Región de Murcia. [Tesis Doctoral]. Murcia: Universidad de Murcia; 2017. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10201/53799>.

21. Gonzalo- Rodríguez V, Rivero- Martínez MD, Pérez-Albacete M, López-López AI, Maluff-Torres A. Historia de la raquianalgia y de la anestesia epidural en España. *Arch Esp Urol.* 2007; 60(8):973-78.

22. Lefrère JJ, Berche P. Karl Landsteiner discovers the blood groups. *Transfus clin Biol.*2010; 17(1):1-8. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.tracli.2009.11.001>.
23. Hass M, Finning K, Massey E, Roberts DJ. Anti-d prophylaxis: past, present and future. *Transfus Med.*2014; 24(1):1-7. Disponible en: <http://doi.org/10.1111/tme.12099>.
24. Campbell S. A Short History of Sonography in Obstetrics and Gynecology. *Facts Views Vis Obgyn.*2013; 5(3):213-29.
25. Sedano M, Sedano C, Sedano R. Reseña histórica e hitos de la obstetricia. *Rev Med Clin Condes.*2014; 25(6):866-73.
Disponible en: [http://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70632-7](http://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70632-7).
26. Dueñas-García OF, Díaz-Sotomayor M, Controversia e historia del monitoreo cardiaco fetal. *Rev.Invest. Clin.* 2011; 63(6):659-63.
27. O'Dowd MJ, Philipp MJ. Historia de la ginecología y obstetricia. 1st.Barcelona: ed. Erika Med; 1995. [Consultado 26 jul 2022].
28. Hunter LA, Gibbins KJ. Magnesium Sulfate: Past, Present and Future. *J Midwifery women Health.*2011; 56(6):566-74. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2011.00121.x>
29. Den-Hertog CE, Groot AN, Van-Dongen PW. History and use of oxytocic. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*2001; 94(1):8-12. Disponible en: [http://doi.org/10.1016/s0301-2115\(00\)00311-0](http://doi.org/10.1016/s0301-2115(00)00311-0).
30. Hernández-Garre J, Echevarría-Pérez P. Sociología del parto. Conflictos asistenciales en el marco del "paradigma tecnocrático". *Revista Internacional de Sociología.*2016; 74(1):e025. Disponible en: <http://doi.org/10.103989/ris.2016.74.1.025>.
31. Maroto-Navarro G, García-Calvente M, Mateo-Rodríguez I. El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias. *Gac Sanit.* [Internet].2004. [Consultado 2019 nov 22]; 18(2), 13-23.
Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500004&lng=es.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

32. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid. (Ministerio de Sanidad y Consumo 2007). [Consultado 2019 nov 22]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf.
33. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience: transforming care of women and babies for improved health and well-being: executive summary. World Health Organization.2008. [Consultado 2020 agos 20]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/272447>
34. World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. Birth.1997; 24(2):121-23. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.1997.00121.pp.x>
35. Charlmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal and postpartum care course. Birth.2001; 28(3):202-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2001.00202.x>.
36. CIMS. The mother-friendly childbirth initiative. Consensus initiative for Coalition for Improving Maternity Services. Publicado online 2015. [Consultado 2020 nov 26]
37. FAME. Iniciativa Parto Normal. Guía para Madres y Padres. 1st ed. FAME; 2011.
38. NICE. Intrapartum care for healthy women and babies. Publicado online 2014. [Consultado 2020 Nov 26]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>.
39. World Health Organization. Recomendaciones para la estimulación del parto. Publicado online 2015. [Consultado 2020 nov 26]. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/key-msgs-augmentation-labour/es/es.
40. Maternidad Hospitalaria. Estándares y recomendaciones. (Boletín Oficial del Estado. Ministerio de Sanidad y Política Social.2009). [Consultado 2020 nov 26]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/equidad/SaludGenero/SaludSexualReproduccion/maternidadHospital.htm>.

41. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. (Boletín Oficial del Estado. Ministerio de Sanidad y Política Social.2010) [Consultado 2020 nov 26]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/equidad/saludGenero/SaludSexualReproduccion/maternidadHospital.htm>.
42. Rojas-González AA. Modelos de gestión por procesos integrados en salud. Scielo. [Internet]. 2014 [Consultado 2023 oct 27]; 8(3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988348X2014000300008&lng=es. <https://doi.org/10.4321/S1988-348X2014000300008>.
43. Torres-Olivera A. La gestión por procesos asistenciales integrales: una estrategia necesaria. Aten Primaria. 2003; 31(9):561-63.
44. Aranaz-Andrés JM, Mira-Solves JJ, Beltrán-Llera J. La gestión por procesos asistenciales integrados. Neurología. 2003; 18(4):48-56.
45. Hernández- Nariño A, Nogueira-Rivera D, Medina-León A, Marqués-León M. Inserción de la gestión por procesos en instituciones hospitalarias. Concepción metodológica y práctica. R.Adm.2013; 48(4):739-56. Disponible en: <https://doi.org/10.5700/rausp1118>.
46. Beltrán-González BM, Vega-Díaz T, Sarduy-Pérez G, Santandreu-Uriarte EM. Gestión por procesos en los servicios de salud y el trabajo en equipo: consideraciones metodológicas. EDUMECENTRO. [Internet].2018 [Consultado 2020 nov 26]; 10(1):236-42. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742018000100017&lng=es.
47. Guías integradas asistenciales. (2001). Metodología para la estandarización de actividades basadas en la calidad y en los sistemas de clasificación de pacientes GRD. Instituto Nacional de Salud. Madrid.
48. Maciá-Soler L. Gestión Clínica. 2ª ed. Barcelona: Elsevier España, S.L.U; 2021.143p.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

49. Saturno PJ. Modelos de gestión de la calidad aplicados a la atención primaria. Opina la Universidad. Universidad de Murcia; 2005.

50. Hernández-Rodríguez AR. Bases metodológicas para la gestión por procesos en los servicios hospitalarios. Infodir [Internet].2021. [Consultado: 2023 oct 31] ;(35):e785. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S199635212021000200016&lng=es.

51. Cortés-Sancho R; Echevarría- Zamanillo MM; Velasco- Velado MC. Proceso asistencial Integrado de atención al parto normal y el puerperio. 1ªed. Castilla y León: Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud Dirección General de Asistencia Sanitaria, Dirección Técnica de Asistencia Sanitaria, Servicio de Organización de Centros Asistenciales; 2019.84p.

52. Pérez-Gorostegui E, Oteo-Ochoa. Evaluación de la competencia clínica: métodos y experiencias. En: Gimeno A, Repullo J, Rubio S, editores. Manuales de dirección médica y gestión clínica. Madrid: Díez Santos; 2006. p. 335-64.

53. Martínez-Carretero JM. Los métodos de evaluación de la competencia profesional: la evaluación clínica objetiva estructurada (ECO). Educ. Médica [Internet]. 2005. [Consultado 2023 oct 30]; 8(2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S157518132005000600007&lng=es&nrm=iso.

54. Oriol-Bosch A, Oleza R. Libro blanco de las profesiones sanitarias de Cataluña. 1st.Barcelona: secretaria general; 2003.

55. Villa-Andrada JM, Garví-García M, García-Retamar S, Galindo-Casero A, Merchán-Felipe N, Rojo-Durán RM. La gestión por competencias: un modelo para la gestión de recursos humanos en las organizaciones sanitarias. Enf.Global [Internet].2004 [Consultado 2023 nov 2]; 3(2). Disponible en:<https://revistas.um.es/eglobal/article/view/558>.<https://doi.org/10.6018/eglobal.3.2.558>

56. Ley 16/2003 de 28 mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. (Boletín Oficial del Estado, número 128 de 29 mayo de 2003). [Consultado 2022 may 24]. Disponible en: [BOE 128 de 29/05/2003 Sec 1 Pag 20567 a. 20588](https://www.boe.es/boe/Ley_16_2003.html).
57. Soto-Fuentes PE, Reynaldos-Grandón K, Martínez-Santana D, Jerez-Yáñez O. Competencias para la enfermera/o en el ámbito de gestión y administración: desafíos actuales de la profesión. *Aquichan*.2014; 14(1): 79-99.
58. Araújo-Jesús J, Pazetto-Balsanelli A. Relationship between emergency nurses' professional competencies and the Nursing care product. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2023; 31:e3938. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6585.3938>.
59. Martínez-García E, Baena-Antequera F, Rodríguez-Soto C. Evolución y futuro de las competencias de las enfermeras especialistas obstétrico-ginecológicas (Matronas). *Enfer.Clinica*.2018; 28(5):279-82.
Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.08.007>.
60. Henrique-Duarte SJ, Miranda-Machado R. Competencias esenciales de la formación en obstetricia. *Rev Panam Salud Publica*. 2016; 40(5):382–87.
61. Luyben A, Barger MK, Avery MD, Bick D. What is next? Midwifery education building partnerships for tomorrow's maternal and neonatal health care. *Midwifery*.2018; 64:132–35. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.06.014>.
62. González- chordá V, Maciá-Soler L, Mena-Tudela D, Cervera-Gasch Á, Salas- Medina P, Román P. Gestión de cuidados en el ámbito sociosanitario-UJI.1st. Castellón de la plana: Ed. Universitat Jaume I; 2017.
Disponible en: <https://doi.org/10.6035/Sapientia122>.
63. Dubois CA, D'Amour D, Tchouaket E, Rivard M, Clarke S, Blais R. A taxonomy of nursing care organization models in hospitals. *BMC Health Services Research*. 2012; 12 (286):1-15. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-286>.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

64. Butler M, Collins R, Drennan J, Halligan P, O'Mathúna D, Schultz T et al. Modelos de personal de enfermería hospitalaria y resultados de los pacientes y los relacionados con el personal (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews .2011; 6 (7). Art. No.: CD007019.

Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007019>.

65. Torres-Esperón M, Velázquez-Aznar A, Martínez-Trujillo N, Urbina-Laza O, Otero-Ceballos M. La organización de los servicios hospitalarios de enfermería en Cuba. Una nueva alternativa. INFODIR [Internet]. 2008[Consultado el 2021 jun 8]; 0(7). Disponible en: <https://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/339>.

66. Rodríguez M, Aulet A. Dotación del personal de enfermería. Federación Uruguaya de la Salud, PIT-CNT. Octubre 2012.

67. Meza-Galván MA. Dotación de recursos humanos en enfermería con base en las necesidades de pacientes hospitalizados. Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2009; 17 (3):153-57.

68. Escuriet R, Pueyo M, Biescas H, Espiga I, Colls C, Sanders M, et al. La atención al parto en diferentes países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Matronas Prof. 2014; 15(2): 62-70.

69. Albendín-García L, Suleiman-Martos N, Cañadas-De la Fuente GA, Ramírez-Baena L, Gómez-Urquiza JL, De la Fuente-Solana EI. Prevalence, Related Factors, and Levels of Burnout Among Midwives: A Systematic Review. Journal of Midwifery & Women's Health. 2021; 66 (1): 24-44. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jmwh.13186>.

70. Overgaard C, Fenger-Grøn M, Sandall J. Freestanding midwifery units versus obstetric units: does the effect of place of birth differ with level of social disadvantage? BMC Public Health.2012; 12:478. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-478>.

71. Walsh D, Spiby H, Grigg CP, Dodwell M, McCourt C, Culley L, et al. Mapping midwifery and obstetric units in England.Midwifery.2018;56:9-16.

Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.09.009>.

72. Bączek G, Tataj-Puzyna U, Sys D, Baranowska B. Freestanding Midwife-Led Units: A Narrative Review. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2020; 25(3):181-88. Disponible en: https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_209_19.

73. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016; 4(4): CD004667.

Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667>.

74. Hodnett E, Gates S, Hofmeyr G, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Review*.2013; 7:CD003766. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub5>.

75. Sandall J, Homer C, Sadler E, Rudisill C, Bourgeault I, Bewley S et al. Staffing in maternity units: getting the right people in the right place at the right time.1st. London: King's Fund; 2011.

76. Queensland Government. Delivering continuity of midwifery care to Queensland women - a guide to implementation.1st.Brisbane: Queensland Government; 2012.

77. Schultz T, Kruske S, Eales S, Maier B.Lessons from Mareeba: strengthening primary maternity services in rural Queensland.1st. Brisbane: Queensland Centre for Mothers and Babies, University of Queensland; 2014.

78. Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comandé D, et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway toward evidence-based, respectful maternity care worldwide.*The Lancet*, 2016; 388(10056):2176-192.Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6).

79. Hartz D, White J, Lainchbury A, Gunn H, Jarman H, Welsh A, et al. Australian maternity reform through clinical redesign. *Australian Health Review.* 2011; 36 (2): 169-75.

80. Queensland Government, Draft Nurses and Midwives (Queensland Health) Award – State.1st. Brisbane: Queensland Government; 2015.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

81. Kruske S, Schultz T, Eales S, Kildea S. A retrospective, descriptive study of maternal and neonatal transfers, and clinical outcomes of a Primary Maternity Unit in rural Queensland, 2009-2011. *Women Birth*. 2015; 28(1):30-9.
82. González-Darías A, Escuriet-Peiró R. Necesidad de cambio en el modelo de atención obstétrica en España, ¿estamos preparados? *Enfermería Clínica*. 2022; 32(S1): S2-S4. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2022.03.002>.
83. Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comandé D, et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*. 2016; 388(10056): 2176-192.
84. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*. 2014; 384(9948):1129-45. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3).
85. Jasiński AM, Derbis R, Walczak R. Workload, job satisfaction and occupational stress in Polish midwives before and during the COVID-19 pandemic. *Med Pr*. 2021; 72(6):623-32. Disponible en: <https://doi.org/10.13075/mp.5893.01149>.
86. Velho M, Oliveira M, Santos E. Reflexiones sobre la asistencia de enfermería prestada a la parturienta. *Revista Brasileira de Enfermería*. 2010; 63(4):652-59.
87. Gabarre-Asín AB, Fajardo-Flores C, Gómez-Benito N, Garrido-Santamaría R, Garrido-Rivas AE, Ruiz-Sacristán A. Optimización del trabajo de la matrona en el hospital San Pedro de Logroño. *Crónicas de Enfermería*. 2011 ;(31):5-9.
88. Gialama F, Saridi M, Panagiotis P, Pollalis Y, Contiades X, Souliotis k. The Implementation process of the workload indicators staffing need (wisn) method by who determining midwifery staff requirements in Greek hospitals. *Eur J Midwifery*. 2019; 3(1):13. Disponible en: <https://doi.org/10.18332/eim/100559>.
89. Hausman BL. Risky Business: Framing Childbirth in Hospital Settings. *J Med Humanit*. 2005; 26, 23–38 .Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10912-005-1050-3>.

90. Jeniawaty S, Mairo RKN, Ginarsih Y. Analysis midwife workload with Nasa-TLX method. Médico-legal Update.2020; 20(2):697-702.

Disponible en: <https://doi.org/10.37506/mlu.v20i2.1195>.

91. Tabatabaee SS, Daghighbin E. Estimating of the required midwife in maternity ward in hospital using workload indicator of staffing need method. Research square.2020.

Disponible en: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-17278/v1>.

92. Sosa GA, Crozier KE, Stockl A. Midwifery one-to-one support in labour: More than a ratio. Midwifery. 2018; 62:230-39. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.midw>.

93. Bradfield Z, Hauck Y, Kelly M. et al. “De eso se trata la partería”: las experiencias de las parteras de Australia Occidental de estar 'con la mujer' durante el trabajo de parto y el nacimiento en el modelo de partera conocido. BMCEmbarazoParto.2019; 19(1):29.

Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2144-z>.

94. Brenne MF, Dahlo R, Nielsen R, Laache I, Vanky E. Proactive versus standard support of labour in nulliparous women; study protocol for a randomized, controlled trial. Trials.2020; 21(1):1-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13063-020-4191-9>.

95. Federación de Asociación de Matronas de España. Informe de situación de las matronas en España.2014; 10. [Consultado: 2019 nov 7]. Disponible en: <http://www.federacionmatronas.org/wpcontent/uploads/2018/01/informe-situacion-matronas-espana2014-mod3.pdf>.

96. Asociación Española de Matronas. Informe del estado actual de las matronas en España. Competencias de las matronas reguladas en el ordenamiento español y europeo.2017. [Consultado: 2019 nov 7]. Disponible en: <https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2018/02/DOCUMENTO-COMPETENCIAS.pdf>

97. Henriksen L, Lukasse M. Burnout among Norwegian midwives and the contribution of personal and work-related factors: A cross-sectional study. Sex Reprod Healthc Off J Swedish Assoc Midwives. 2016; 9:42–7.

Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.08.001>.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

98. Creedy DK, Sidebotham M, Gamble J, Pallant J, Fenwick J. Prevalence of burnout, depression, anxiety and stress in Australian midwives: A cross-sectional survey. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2017; 17(1):13. [Consultado: 2020 Dic 20]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1212-5>.

99. Robertson K, Hardingham I, D'Arcy R, Reddy A, Clacey J. Delay in the induction of labour process: a retrospective cohort study and computer simulation of maternity unit workload. *BMJ Open*. 2021; 11(9): e045577.

Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045577>.

100. Martín-Arribas A, Vila-Candel R, O'Connell R, Dillon M, Vila-Bellido I, Beneyto MÁ, et al. Transfers of Care between Healthcare Professionals in Obstetric Units of Different Sizes across Spain and in a Hospital in Ireland: The MidconBirth Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(22):8394.

101. Coates D, Donnelly N, Henry A. The Attitudes and Beliefs of Australian Midwives and Obstetricians About Birth Options and Labor Interventions. *J Midwifery Womens Health*. 2021; 66(2):161-73. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jmwh.13168>.

102. Campos MS, Oliveira BA, Perroca MG. Workload of nurses: observational study of indirect care activities/interventions. *Rev. Bras. Enferm*. 2018; 71(2):297-05. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0561>.

103. Oliveira APCD, Ventura CAA, Galante ML, Padilla M, Cunha A, Mendes IAC, et al. The Current state of obstetric Nursing in Brazil. *Rev. Latinoamericana de Enfermagem*. 2021; 29: e3510.

Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3510>.

104. Oliveira PS, Januário CDF, Vieira LT, Sérvio TDA, Tavares GB. Carga de trabajo de enfermería requerida por los pacientes durante la hospitalización en una UCI: estudio de cohortes. *Enfermería Global*. 2020; 19(3):450-78.

Disponible en: <https://doi.org/10.6018/eglobal.400781>.

105. Alghamdi MG. Nursing workload: A concept analysis. *J Nurs Manag*. 2016; 24(4):449–57. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ionm.12354>.

106. Gaudine AP. What do nurses mean by workload and work overload? *Can J Nurs Leadersh*. 2000; 13(2):22–7. Disponible en: <https://doi.org/10.12927/cjnl.2000.16286>.
107. Morris R, MacNeela P, Scott A, Treacy P, Hyde A. Reconsidering the conceptualization of nursing workload: Literature review. *J Adv Nurs*. 2007; 57 (5):463–71. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04134.x>.
108. Swiger PA, Vance DE, Patrician PA. Nursing workload in the acute-care setting: A concept analysis of nursing workload. *Nurs Outlook*. 2016; 64 (3):244–54. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.outlook.2016.01.003>.
109. Esnarriaga AM, Directora V, Ma D, Fernández BM. Propuesta Para La Medición De Cargas De Trabajo De Enfermería En Uci Hospital Universitario De Donostia. 2013; 58. [Consultado 2019 nov 19].
Disponible en: <https://academica-e.unavarra.es/handle/2454/14322>.
110. Romero-Massa E, Lorduy-Bolívar JP, Pájaro-Melgar C, Pérez-Duque CA. Relación entre la carga laboral de enfermería y la gravedad del paciente en unidades de cuidado intensivo de adultos. *Aquichan*. 2011; 11(2):173–86.
Disponible en: <https://doi.org/10.5294/aqui.2011.11.2.4>.
111. Hellín-Gil, MF, López-Montesinos MJ, Seva-Llor AM, Ferrer-Bas MP, Maciá-Soler ML. Valoración de dos escalas de medición de cargas de trabajo por profesionales de enfermería. *Rev Enferm Atenção Saúde*. 2017; 6(1):18–29.
112. Hellín-Gil MF, Adecuación de un instrumento de medida de cargas de trabajo y análisis de su nivel de cumplimiento en una Unidad de Cuidados Intensivos: propuesta de oportunidad de mejora. [Tesis doctoral]. Murcia: Universidad de Murcia; 2015. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10201/45705>.
113. Criado CB. Cómo calcular la ratio enfermera-paciente. *Rev esp pediatr* [Internet]. 2016; 72(1):83–7. [Consultado 2020 enero 12]. Disponible en: <http://secip.com/wp-content/uploads/2018/05/Ratio-Enfermera-paciente-C-Bravo.pdf>.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

114. Cadenas-González NE, Cantero-Santamaría JI, Mirat-Quiruela C, Castelao-Bárcena LM, Castelao-Bárcena C. ¿Se puede instaurar un sistema de medición de carga asistencial de los servicios de urgencias de atención primaria? MED GEN FAM.2018; 7(5):188-94. Disponible en: <https://doi.org/10.24038/mgyf/2018.057>.
115. Braña-Marcos B, Campos- Ugidos RM, Fernández-Méndez E, Villa-Santoveña M. Propuesta de una nueva escala de valoración de cargas de trabajo y tiempos de enfermería (VACTE©). Enfermería intensiva. 2007; 18 (3):115–25. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1130-2399\(07\)74393-6](https://doi.org/10.1016/S1130-2399(07)74393-6).
116. Valls-Matarín J, Salamero-Amorós M, Roldán-Gil C. Análisis de la carga de trabajo y uso de los recursos enfermeros en una unidad de cuidados intensivos. Enferm Intensiva. 2015; 26 (2):72–81. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2015.02.002>.
117. Miranda-Limachi KE, Rodríguez-Núñez Y, Cajachagua-Castro M. Proceso de Atención de Enfermería como instrumento del cuidado, significado para estudiantes de último curso. Enferm. univ [Internet]. 2019. [citado 2023 Ene 04]; 16(4):374-389. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.623>.
118. Alfaro-Lefevre R. Aplicación del proceso de enfermería. Guía práctica .4ª Ed. Madrid: Harcourt Brace; 1999.
119. Vázquez JM, Muñoz A. Metodología del Proceso Enfermero. Del Fundamento a la Práctica Clínica. 2º. España: FUNCIDEN; 2020.
120. Bellido-Vallejo JC, Lendínez-Cobo JF. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. Jaén: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010.
121. Mora- Martínez JR. Guía metodológica para la gestión clínica por procesos. Aplicación en las organizaciones de enfermería. Madrid: Díaz de Santos; 2003.
122. Herdman Heater T. Nursing Diagnoses 2012-14: Definitions and Classification. 1º. John Wiley & Sons; 2011.

123. Howard K. Butcher, Gloria M. Bulechek, Joanne M. Dochterman, Cheryl Wagner. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).7st. Barcelona: Elzevir; 2018.

Disponible en:<https://books.google.com/books?hl=es&lr=&id=UsQcHuBuNHYC&pgis=1>

124. Moorhead S, et al. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 6st.Barcelona: Elsevier; 2009.

125. Pérez-Rivas FJ, Martín-Iglesias S, Pacheco-Cerro JL, Minguet-Arenas C, García-López M, Beamud-Lagos M. Effectiveness of Nursing Process Use in Primary Care. Int J Nurs Knowl. 2016; 27(1):43-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12073>.

126. Müller-Staub M, Lavin MA, Needham I, Van-Achterberg T. Nursing diagnoses, interventions and outcomes - application and impact on nursing practice: systematic review. J Adv Nurs. 2006; 56(5):514-31. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04012>.

127. Pérez-Rivas FJ, Santamaría-García JM, Minguet-Arenas C, Beamud-Lagos M, García-López M. Implementation and evaluation of the nursing process in primary health care. Int J Nurs Knowl. 2012; 23(1):18-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2011.01199.x>

128. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. (Boletín Oficial del Estado, número255, de 16 noviembre de 2010. [Consultado 2020 feb 2]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2010/09/16/pdfs/BOE-A-2010-14199.pdf>.

129. Company-Sancho MC, Estupiñan-Ramirez M, Sánchez- Janáiz H, Trisancho-Ajamil, R. Relación entre diagnósticos de enfermería y uso de recursos sanitarios. Enfermería Clínica. 2017; 27(4):214-21.

Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.04.002>.

130. Roldan-Valcárcel MD, Escala de medición de cargas de trabajo en relación a las intervenciones de enfermería en una Unidad de Anestesia y Reanimación[Tesis Doctoral]. Murcia. Universidad de Murcia; 2016.

Disponible en: <http://hdl.handle.net/10201/50067>.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

131. Hellín-Gil MF, Mikla M, Seva-Llor AM, Roldán-Valcárcel MD, Ibáñez- López FJ; López-Montesinos MJ. Multicenter application of a nursing workload measurement scale in adult hospitalization units. *International Journal of Nursing Sciences*.2022; 9(4):460-66. Disponible en: <https://doi.org/:10.1016/j.ijnss.2022.09.011>.
132. Hellín-Gil MF, López-Montesinos MJ, Seva-Llor AM, Ferrer-Bas MP, Maciá-Soler ML. Adecuación de escalas para medir cargas de trabajo mediante metodología de Calidad. *Rev Bras Enferm*.2017; 70 (1):39-6. Disponible en: <https://doi.org/:10.1590/0034-7167-2016-0246>.
133. Soares M, Resck-Rodrigues Z, Camelo-Henriques S, Terra de Souza F. Gestión de recursos humanos y su interfaz en la sistematización de la asistencia de enfermería. *Enfermería.Glob*.2016; 15(42):341–52.
134. Saturno PJ: Cómo definimos calidad. Opciones y características de los diversos enfoques y su importancia para los programas de gestión de la calidad. Manual de Master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo I: Conceptos básicos. Unidad temática 1. 2ª Ed. Universidad de Murcia, 2008. ISBN: 978-84-8371-752-3. Depósito legal: MU-1653-2008.
135. Garrido-Comas N, Goberna-Tricas J. Components of care quality during normal hospital delivery: bibliographic revisión. *Revista de Enfermagem da UFPI*.2012; 1(3):205-2010. Disponible en: <https://doi.org/:10.26694/reufpi.v1i3.900>.
136. Villegas-Periñán MM, Rosa-Díaz IM. La calidad asistencial: concepto y medida. Dirección y organización: *Revista de dirección, organización y administración de empresas*.2003; 29:50-8. Disponible en: <https://doi.org/:10.37610/dyo.v0i29.142>.
137. Ocampo-Oliveto AA, Murillo- Becerra M, Silva-Tiscareño L, Hernández-Lozoyo M, Flores-González SP. Calidad percibida de los cuidados de enfermería por pacientes en relación con servicio de hospitalización. *Lux Médica*.2019 4(40):73-80 Disponible en: <https://doi.org/:10.33064/40lm20191707>.
138. Suñol R, Frenk J. Editorial. *Rev. Calidad Asistencial*.2001; 16(1):16-7.

139. Donabedian A. The quality of medical care. *Science*. 1978; 200(4344):856-64.
140. Donabedian A, Wheeler JR, Wyszewianski L. Quality, Cost, and health: an integrative model. *Med.Care*.1982; 20(10):975-92.
- Disponibile en: <https://doi.org/10.1097/00005650-198210000-00001>.
141. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*.1988; 260(12): 1743-748.Disponibile en: <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>.
142. Hodnett ED. Pain and Women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*.2002; 186(5):160-72.
- Disponibile en: <https://doi.org/10.1067/mob.2022.121141>.
143. World Health Organization. Making Pregnancy Safer: The Critical Role of the Skilled Attendant. 1st ed. World Health Organization; 2014. [Consultado 2019 nov 20].
Disponibile en:
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241591692/en/.
144. Larkin P, Begley CM, Devane D. "Not enough people to look after you": an exploration of women's experiences of childbirth in the Republic of Ireland. *Midwifery*.2012; 28(1):98-105.
- Disponibile en: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.11.007>.
145. Darvill R, Skirton H, Farrand P. Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition. *Midwifery*.2010; 26(3):357-66.
- Disponibile en: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.074.006>.
146. Nelson AM. Transition to motherhood. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*.2003; 32(4):465-77.Disponibile en: <https://doi.org/10.1177/088421750355199>.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

147. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs*.2004; 46(2):212-19.

Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2003.02981.x>

148. Nilson C, Bondas T, Lundgren I. Previous birth experience in women with intense fear of childbirth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*.2010; 39(3):298-09.

Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2010.0139x>.

149. Fuglenes D, Aas E, Botten G, Oian P, Kristiansen IS. Why do some pregnant women prefer cesarean? The influence of parity, delivery experiences and fear. *Am J Obstet Gynecol*.2011; 205(1):45. e1-9.

Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2011.03.043>.

150. Karlström A, Nystedt A, Johansson M, Hildingsson I. Behind the myth—few women prefer caesarean section in the absence of medical or obstetrical factors. *Midwifery*.2011; 27(5):620-27.

Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.05.005>.

151. Kringeland T, Daltveit AK, Moller A. What characterizes women in Norway who wish to have a caesarean section? *Scand J Public Health*.2009; 37(4):364-71.

Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1403494809105027>.

152. Lindstad-Løvåsmoen EM, Nyland-Bjørge M, Lukasse M, Schei B, Henriksen L. Women's preference for caesarean section and the actual mode of delivery - Comparing five sites in Norway. *Sex Reprod Healthc*. 2018; 16: 206-212.

Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.04.009>.

153. Wah-Pang M, Ngong-Leung T, Kin-Lau T, Hang-Chung TK. Impact of first childbirth on changes in women's preference for mode of delivery: follow-up of a longitudinal observational study. *Birth*. 2008; 35(2):121-8.

Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2008.00225.x>.

154. Ryding EL. Psychosocial indications for cesarean section. A retrospective study of 43 cases. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1991; 70(1):47-9.

Disponible en: <https://doi.org/10.3109/00016349109006177>.

155. Ryding EL. Investigation of 33 women who demanded a cesarean section for personal reasons. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1993; 72(4):280-5.

Disponible en: <https://doi.org/10.3109/00016349309068038>.

156. Devendra K, Arulkumaran S. Should doctors perform an elective caesarean section on request? *Ann Acad Med Singap.* 2003; 32(5):577-81.

157. Häger RM, Daltveit AK, Hofoss D, Nilsen ST, Kolaas T, Øian P, et al. Complications of cesarean deliveries: rates and risk factors. *Am J Obstet Gynecol.* 2004; 190(2):428-34.

Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2003.08.037>.

158. Kennare R, Tucker G, Heard A, Chan A. Risks of adverse outcomes in the next birth after a first cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2007; 109(2 Pt 1):270-6.

Disponible en: <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000250469.23047.73>.

159. Hansen AK, Wisborg K, Uldbjerg N, Henriksen TB. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. *BMJ.* 2008.12; 336(7635):85-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.39405.539282.BE>.

160. Tollånes MC, Moster D, Daltveit AK, Irgens LN. Cesarean Section and Risk of Severe Childhood Asthma: A Population-Based Cohort Study. *The Journal of Pediatrics.* 2008; 153(1): 112-16.

Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2008.01.029>

161. Ballard C, Stanley A, Brockington I. Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) after Childbirth. *The British Journal of Psychiatry.* 1995; 166(4):525-28.

Disponible en: <https://doi.org/10.1192/bjp.166.4.525>.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

162. Weisman O, Granat A, Gilboa-Schechtman E, Singer M, Gordon I, Azulay H, et al. The experience of labor, maternal perception of the infant, and the mother's postpartum mood in a low-risk community cohort. *Arch Womens Ment Health*. 2010 Dec; 13(6):505-13. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00737-010-0169-z>.
163. Reynolds JL. Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. *CMAJ*. 1997; 156(6):831-35.
164. Emmanuel E, St John W. Maternal distress: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2010; 66(9):2104-15. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05371.x>
165. Sánchez-Fortis A, Sánchez-Fortis C, Pozo-Cano MD. Satisfacción de las mujeres con la atención al parto. *Matronas hoy*. 2018; 6(1):31–5.
166. Fernández-Méndez FS, Vera-Ferrer LT, Novo-Muñoz MM, Rodríguez-Gómez JA, Aguirre-Jaime A. El empoderamiento de la gestante y su satisfacción durante el parto. *Dilemata*. [Internet].2018. [Consultado 2020 jun 10] ;(26):207-15. Disponible en: <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000189>.
167. Mas-Pons R, Barona-Vilar C, Carreguí-Vilar S, Ibáñez-Gil N, Margaix-Fontestad L, Escribà-Agüir V. Satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto: validación de la Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale. *Gac Sanit*. [Internet].2012 [Consultado 2020 jun10]; 26(3):236–42.
168. Montes LV. Análisis de la satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en un hospital público de tercer nivel de la Comunidad de Madrid. Validación y adaptación transcultural de la escala de satisfacción COMFORTS. *ResearchGate*.2009; 1(2):275–99.
169. Brown JB, Beckhoff C, Brickford J, Stewart M, Freeman TR, Kasperski MJ. Women and Their Partners' Perceptions of the Key Roles of the Labor and Delivery Nurse. *Clin Nurs Res*. 2009; 18(4):323–35.

170. Conesa- Ferrer MB. Comparativa de Dos Modelos Diferentes de Asistencia al Parto y su Influencia en la Satisfacción de la Mujer con la Experiencia del Parto. [Tesis Doctoral]. Murcia: Universidad de Murcia; 2014.

Disponible en: <https://digitum.um.es/xmlui/handle/10201/41147>.

171. Llobera, Rosa. Humanización de la atención obstétrica: qué opinan las matronas. *Matronas Prof.* 2018; 19(1):12-20. [Consultado: 2019 sept 19]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6444676>.

172. Cabello-Alcalá P, Ruiz-Porras D, Mena-García M, López-García D, López-Morales MÁ. Prevalencia del síndrome de desgaste profesional entre las matronas de paritorio. *NureInvestig.* [Internet].2017; 14(91):10. [Consultado: 2020 Dic 2]. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6279753>.

173. Rodrigues CCFM, Santos VEP, Sousa P. Patient safety and nursing: interface with stress and Burnout Syndrome. *Rev Bras Enferm.* 2017; 70(5):1083 -88. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0194>.

174. Salillas- Guillén R. Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería en el ámbito hospitalario: un estudio descriptivo. *Revista Enfermería del Trabajo.* 2017; 7(3): 65-9.

175. Suleiman-Martos N, Albendín-García L, Gómez-Urquiza JL, Vargas-Román K, Ramirez-Baena L, Ortega-Campos E, et al. Prevalence and Predictors of Burnout in Midwives: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2020; 17(2) 641. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph17020641>.

176. Spickard A Jr, Gabbe SG, Christensen JF. Mid-career burnout in generalist and specialist physicians. *JAMA.*2002; 288:1447–50.

Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.288.12.1447>.

177. Ull J, Hunter B, Henley J, Fenwick J, Sidebotham M. "Overwhelmed and out of my depth": Responses from early career midwives in the United Kingdom to the Work, Health and Emotional Lives of Midwives study. *Women Birth.* 2020; 33(6): e549-e557.

Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.wombi>.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

178. OMS. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar. OMS. [Internet]. 2018. [Consultado: 2022 abril 12]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>.

179. Abad-Corpa E; Molina-Durán F, Vivo-Molina MC. Estudio RN4CAST en Murcia: características organizacionales de los hospitales y perfiles enfermeros. Rev. Calid. Asit.2013; 28(6):345-54. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cali.2013.05.007>.

180. Barroso-Díaz A, Fuente-Juárez AI, López-Cid JJ, Millán-Vázquez FJ, Rosado-Muñoz N, Simón-García MJ, et al. Análisis del uso de los recursos humanos enfermeros en una unidad de cuidados intensivos polivalente. Situación con el resto de UCIs europeas. Enfermería Intensiva. 2001; 3(12):127-34.

Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1130-2399\(01\)78030-3](https://doi.org/10.1016/S1130-2399(01)78030-3).

181. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. JAMA. 2002; 288(16):1987-93. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.288.16.1987.AIKE>

182. Turner L, Griffiths P, Kitson-Reynolds E. Midwifery and nurse staffing of inpatient maternity services – a systematic scoping review of associations with outcomes and quality of care. medRxiv. 2021.

Disponible en: <https://doi.org/10.1101/2021.03.27.21254457>.

183. Yelland A, Winter C, Draycott T, Fox R. Midwifery staffing: Variation and mismatch in demand and capacity. British Journal of Midwifery.2013; 21(8):579-89. Disponible en: <https://doi.org/10.12968/bjom.2013.21.8.579>.

184. Champion J, Javed A, Sartorius N, Marmot M. Addressing the public mental health challenge of COVID-19. Lancet Psychiatry.2020; 7(8):657-59.Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30240-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30240-6).

185. González AM, Hernández-Pinto P, Maldonado S, Villalobos I, Sierra N, Melgosa I. Análisis del protocolo de atención a las gestantes COVID y detección de puntos de mejora aplicando metodología de simulación clínica. *Revista Española De Anestesiología Y Reanimación*.2020; 67(9): 487-95.

Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.redar.2020.07.010>.

186. Yörük S, Güler D. La relación entre la resiliencia psicológica, el agotamiento, el estrés y los factores sociodemográficos con la depresión en enfermeras y parteras durante la pandemia de COVID-19: un estudio transversal en Turquía. *Perspectives in Psychiatric Care*.2021; 57(1): 390-98.

Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ppc.12659>.

187. Cucolo DF, Perroca MG. The qualitative dimension of nursing workload: a measurement proposal. *Rev.Latino.AM.Enfermagem*.2019; 27:e3238. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3274.3238>.

188. Córdoba PB, Lucero RJ, Hyun S, Quinlan P, Precio K, Stone PW. Uso de la clasificación de intervenciones de enfermería como medida potencial de la carga de trabajo de la enfermera. *J Enfermeras Cualificacion*.2010; 25(1):39-5.

Disponible en: <https://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e3181b3e69d>.

189. Possari JF, Gaidzinski RR, Lima AFC, Fugulin FMT, Herdman TH. El uso de la clasificación de Intervenciones en enfermería para identificar la carga laboral de un equipo de enfermería de un centro quirúrgico. *Rev.Latino-Am. Enfermagem*. 2015; 23(5):781-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0419.2615>.

190. Hellín-Gil MF, Roldán-Valcárcel MD, Seva-Llor AM, Ibáñez-López FJ, Mikla M, López-Montesinos MJ. Validation of a Nursing Workload Measurement Scale, Based on the Classification of Nursing Interventions, for Adult Hospitalization Units. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Nov 23; 19(23):15528.

Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph192315528>.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

191. Rodríguez-Suárez CA, Rodríguez-Álvaro M, García-Hernández AM, Fernández-Gutiérrez DÁ, Martínez-Alberto CE, Brito-Brito PR. Uso de la clasificación de intervenciones de enfermería y cargas de trabajo de las enfermeras: una revisión del alcance. *Atención sanitaria*.2022; 10 (6): 1141.

Disponible en: <https://doi.org/10.3390/healthcare10061141>.

192. Twigg DE, Whitehead L, Doleman G, El-Zaemey S. El impacto de las metodologías de dotación de personal de enfermería en los resultados de las enfermeras y los pacientes: una revisión sistemática. *J. Adv. Enfermeras*. 2021; 77 (12):4599–611.

Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jan.14909>.

193. Ferrús i Estopa L. Recomendaciones para la dotación de enfermeras en las unidades de hospitalización. Factores que influyen en la práctica enfermera. Cataluña colegio oficial de enfermería, editor. Cataluña; 2006.

194. Vila CR, Martín A, Escuriet R, Castro ES, Soriano FJV. Analysis of caesarean section rates using the robson classification system at a university hospital in spain. *Int, J. Environ. Res. Public. Health*.2020; 17(5):1575.

Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph17051575>.

195. Robertson K, Hardingham I, D'Arcy R, Reddy A, Clacey J. Delay in the induction of labour process: a retrospective cohort study and computer simulation of maternity unit workload. *BMJ Open*.2021; 11(9): e045577.

Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045577>.

196. Gonçalves-Rocha-Martín L, Rapone-Gaidzinski R. Creación y validación de un instrumento para identificar la carga de trabajo en un servicio ambulatorio de oncología y hematología. *Einstein*. 2014; 12(3):323–29.



Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082014AO2996>.

197. Santos de Campos M, Andrade de Oliveira B, Galan-Perroca M. Carga de trabajo de las enfermeras: Estudio observacional de actividades/intervenciones de cuidados indirectos. Rev. Bras. Enferm. 2018; 71 (2): 297–305.

Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0561>.

ANEXOS

Anexo 1. Perfil del puesto de trabajo de matrona especializada HCUVA.

	PERFIL DE PUESTO DE TRABAJO		
Código	MATRON/A ESPECIALIZADA	Fecha Elaboración	07/06/2011
GENERADO POR: Subdirección de Gestión de RRHH. Subdirección de Hospital Materno-Infantil. Supervisora de Unidad de Partorios.		Última Revisión	07/06/2011
APROBADO POR:		Edición	1ª
		Página 235 de 337	

Perfil del puesto: Matron/a Especializada.

A que puesto reporta: Supervisor de unidad, Coordinador de enfermería Del hospital materno-infantil .Y este a su vez de la subdirección del Hospital materno-infantil.

Que puestos le reportan: Administrativos, Celadores, DUE y Auxiliares de Enfermería

Misión organizativa: Atención especializada e integral al periodo prodrómico, periodo de dilatación, periodo expulsivo, cuidados del RN y madre en puerperio inmediato. Llevando el control de bienestar fetal en gestante ingresada por patología durante embarazo o con cualquier motivo de consulta de Urgencias Maternal con instauración de tratamiento si precisa. Ejerciendo a su vez de formador de los E.I.R de la Unidad Docente de Matronas de Murcia.

Funciones:**1. FUNCIÓN: Labor Administrativa.****Tareas:**

- ❖ Revisar la cartilla maternal.
- ❖ Revisar Historia Clínica de la paciente generada por el Ginecólogo a su ingreso.
- ❖ Registrar pruebas de bienestar fetal, constantes y tratamiento en hoja de evolución de Matronas.
- ❖ Anamnesis y Cumplimentar Partograma.
- ❖ Registrar la actividad asistencial en el sistema informático, participando en la elaboración y mejora de dichos programas informáticos.
- ❖ Cumplimentar datos del parto en Historia del RN.
- ❖ Identificación del RN.
- ❖ Certificado de nacimiento.
- ❖ Registro del Parto en un libro exclusivo para control de los mismos.
- ❖ Registro específico de puerperio inmediato.

2. FUNCIÓN: Labor Asistencial.

Tareas:

- ❖ Comprobar la identificación de la paciente previamente generada a su ingreso con pulsera y código de barras que la asocia a su Historia Clínica.(Seguridad del Paciente).
- ❖ Atención de la gestante en Puerta de Urgencias realizando pruebas de bienestar fetal (monitorización fetal, pruebas de oxitocina...) también a las ingresadas en Planta de Hospitalización por cualquier patología durante embarazo.
- ❖ Información y entrega de Consentimiento Informado para libre elección de Anestesia Epidural.
- ❖ Información y entrega de Consentimiento Informado para Donación de sangre de cordón voluntaria o dirigida.
- ❖ Manejo clínico y farmacológico del periodo prodrómico en planta de gestantes.
- ❖ Atención del periodo de Dilatación; diagnóstico del parto y sus fases, revisar con la mujer su plan de nacimiento si lo hubiera, exploración física y obstétrica para control de evolución de condiciones obstétricas y progreso del parto, valoración de bienestar fetal, identificar factores de riesgo materno-filiales y colaboración en técnica anestésica epidural así como ofrecimiento de terapias alternativas farmacológicas y no farmacológicas para el alivio del dolor, proporcionar medidas de confort como la libre elección de posición, elección libre de un acompañante, colaboración en técnica de pH, control de constantes, sondaje vesical, fluido terapia y otros tratamientos que precise. Asesoramiento a gestante y familiar que ella haya elegido de las técnicas empleados y de la evolución facilitando a esta la libre elección si su situación clínica lo permite del tipo de parto que desee, promoviendo Estrategia del Parto Normal del SNS.
- ❖ Ofrecer apoyo a la mujer y familia; apoyo informativo, representativo, físico y emocional, promoviendo la participación de la pareja en el proceso de parto.
- ❖ Atención del periodo de Expulsivo eutócico dando cuidados necesarios a la madre y RN siendo responsable de la realización de episiotomía y posterior episiorrafia si fueran necesarios.
- ❖ Colaboración con Ginecólogo y Pediatra cuando el expulsivo es instrumentado.
- ❖ En Cesáreas anamnesis, acompañamiento, recogida del RN, identificación y colaboración igualmente con pediatra para primeros cuidados, favorecer el vínculo entre el RN y la familia.

- ❖ Toma de muestra de sangre de cordón para determinar grupo y Rh sanguíneo del recién nacido, muestra sanguínea para identificación del RN (ADN) y para donación de células madres si la paciente así lo desea.
- ❖ Atención de Puerperio Inmediato; control de constantes , perfusión de líquidos y medicación necesaria, reidentificación del RN, piel con piel, apoyo e inicio siempre que la madre lo desee a la Lactancia Materna, vigilancia del sangrado uterino, retirada de catéter epidural y vía periférica cuando proceda. Realizar educación para la salud en lo referido al autocuidado en lactancia, loquios, cuidados de la episiotomía, deambulación, cuidados del recién nacido. Valoración de problemas de salud y derivación precoz al profesional adecuado (obstetra, pediatra, anestesista).
- ❖ Vigilar estado de RN y atender sus necesidades, favoreciendo en la medida de lo posible el vínculo madre-hijo-familia.
- ❖ Conocimiento y manejo tecnológico adecuado del aparataje del servicio.
- ❖ Manejo humanizado en los procesos de duelo perinatal.

3. FUNCIÓN: Labor gestión y organización.

Tareas:

- ❖ Gestión de recursos Materiales; fungible, farmacia, sueros, estupefacientes...y de todo el aparataje del Servicio.
- ❖ Gestión de Recursos Humanos.
- ❖ Coordinar y motivar la formación continuada de los profesionales de la Unidad.
- ❖ Coordinar y motivar la Investigación.

4. FUNCIÓN: Labor Docencia e Investigación.

Tareas:

- ❖ Docente en Prácticas Clínicas de los Alumnos de Enfermería.
- ❖ Docente en Prácticas Clínicas de los E.I.R de la Unidad Docente de Matronas de Murcia.
- ❖ Elaboración de sesiones clínicas por parte de las EIR dirigidas a mujeres y profesionales en educación para la salud.
- ❖ Elaboración de sesiones Clínicas dirigidas al resto de profesionales de Enfermería del Hospital Materno Infantil.

ANEXOS

- ❖ Elaboración de proyectos de investigación por parte de matronas de la unidad de paritorio, así como diseño de guías de práctica clínica (protocolos) por parte de las matronas.

Conocimientos:

- ❖ Enfermería Maternal y del RN I; conocimientos bio-psico-sociales en procesos normales.
- ❖ Enfermería maternal y del RN II: conocimientos en procesos patológicos.
- ❖ Enfermería de la Mujer y la Familia.
- ❖ Educación para la Salud y la Mujer.
- ❖ Legislación y Ética en Enfermería Obstétrico-Ginecológica.
- ❖ Conocimientos en estado de salud y el entorno físico y social del ser humano y de sus comportamientos.
- ❖ Administración de los Servicios Obstétricos-Ginecológicos.
- ❖ Investigación en Enfermería Obstétrico-Ginecológico.

Competencias específicas asociadas:

1. Dominio de procesos y procedimientos implantados para organizar la gestión asistencial.
2. Dominio sobre la especialidad.
3. Conocimientos y dominio del aparataje y material.
4. Sistema de registro.
5. Planificación de cuidado de pacientes.
6. Planificación y organización.
7. Aprendizaje y asimilación.

Comportamientos asociados a competencias específicas.

1. **Dominio de procesos y procedimientos implantados para organizar la gestión asistencial.**
 - ❖ Investiga acerca de la satisfacción del paciente y de las nuevas necesidades que plantean, a fin de realizar mejoras y desarrollar nuevos procesos.
 - ❖ Establece y ejecuta los procedimientos implantados para una asistencia eficaz y de calidad.
 - ❖ Organiza los procedimientos y procesos necesarios para la asistencia a sus pacientes.

- ❖ Domina los sistemas informáticos necesarios para la gestión asistencial.
- ❖ Emplea los conocimientos, sistematiza los cuidados y actualiza.
- ❖ Participa en elaboración de programas específicos en relación con la salud de la mujer.

2. Dominio sobre la especialidad.

- ❖ Valora y emplea el conocimiento como su activo principal y promueve esta convicción entre sus compañeros.
- ❖ Sistematiza, reúne y utiliza el conocimiento adquirido, añadiendo valor a los resultados de sus servicios/asistencia.
- ❖ Utiliza sus conocimientos y experiencias con el fin de alcanzar calidad y eficacia en su trabajo y es reconocido por el resto de profesionales por su excelencia.
- ❖ Aprende sobre nuevas técnicas y conocimientos que pueden surgir en su área de trabajo.
- ❖ Demuestra habilidad para el diagnóstico de anomalías y eficacia para derivar al profesional adecuado.
- ❖ Orienta a la mujer en los diferentes trámites legales relacionados con el ámbito de actuación de la especialidad.
- ❖ Identifica y asesora a la mujer sobre la legislación vigente en materia de salud sexual y reproductiva: Maternidad, adopción, contracepción e interrupción del embarazo, reproducción asistida, delitos contra la libertad sexual, violencia de género, donación de células madre y otras que se pudieran producir.
- ❖ Detectar situaciones de riesgo relacionadas con infracciones de derechos de la mujer y su entorno.

3. Conocimientos y dominio del aparataje y material.

- ❖ Aprender nuevas técnicas y materiales que surjan en su área/sección.
- ❖ Dominar el material que el puesto requiere con respeto sus funciones/tareas.
- ❖ Actuar con responsabilidad en cuanto al mantenimiento y cuidados del aparataje y material.
- ❖ Conocer adecuadamente las características técnicas del aparataje sanitario.
- ❖ Manejar las nuevas tecnologías para la actualización de la evidencia científica.

4. Sistemas de registro y/o información.

- ❖ Conocer y cumplimentar los registros de forma adecuada conociendo la legislación.
- ❖ Organizar y registrar cada una de las etapas del proceso de Enfermería en el registro, controlando posibles anomalías.
- ❖ Describir la nomenclatura correcta en los registros de Enfermería.
- ❖ Mejorar la calidad de la atención que se presta, permitiendo diferenciar la actuación propia, de la del resto del equipo.
- ❖ Conocer, manejar y participar en la elaboración de los nuevos sistemas de registro y responsabilizarse del registro veraz.
- ❖ Registrar y emitir informes con rigor de todas las actuaciones que se derivan de la atención a la mujer, neonato y familia.
- ❖ Utilizar las nuevas tecnologías de la información en los sistemas de registro.
- ❖ Mantener actualizados los sistemas de registros relacionados con el ámbito de la especialidad.

5. Planificación de cuidados a pacientes.

- ❖ Conoce bien las responsabilidades y objetivos de su puesto, y organiza el trabajo y distribuye adecuadamente los tiempos para las actividades diarias.
- ❖ Verifica el progreso de las tareas o asignaciones, a medida que se producen los avances.
- ❖ Establece objetivos y puntos importantes de control, cuyo cumplimiento verifica a medida que avanzan los proyectos, instrumentando las herramientas de verificación que corresponda.
- ❖ Dirige varios proyectos simultáneamente sin perder el control, y se anticipa a posibles obstáculos que pueden presentarse en el avance hacia los objetivos.
- ❖ Priorizar problemas y organizar el tiempo con eficiencia.

6. Planificación y Organización.

- ❖ Conoce bien las responsabilidades y objetivos de su puesto, y organiza el trabajo y distribuye adecuadamente los tiempos para las actividades diarias.
- ❖ Verifica el progreso de las tareas o asignaciones, a medida que se producen los avances.

- ❖ Establece objetivos y puntos importantes de control, cuyo cumplimiento verifica a medida que avanzan los proyectos, instrumentando las herramientas de verificación que corresponda.
- ❖ Dirige varios proyectos simultáneamente sin perder el control, y se anticipa a posibles obstáculos que pueden presentarse en el avance hacia los objetivos.
- ❖ Priorizar problemas y organizar el tiempo con eficiencia.

7. Aprendizaje y Asimilación.

- ❖ Permanecer actualizado y llevar las novedades a la práctica diaria de su trabajo, modificando su anterior modo de realizar las tareas.
- ❖ Valorar a su entorno y escuchar tanto iguales como a sus superiores en quienes reconocen mayor experiencia o capacitación respecto algún tema.
- ❖ Visualizar rápidamente situaciones para la aplicación exitosa de conocimientos recientemente adquiridos que lo diferencien del resto de su grupo y considera el conocimiento como un activo decisivo para la competitividad.
- ❖ Ser excelente en su especialidad y permanecer orientado a la investigación sobre mejores herramientas para la gestión, lo que le permite realizar aportes de gran impacto para la organización y propone en su área nuevos métodos que contribuyan a mejorar ésta.
- ❖ Promover la autoformación continuada y de Formar e Informar a nuestras gestantes.
- ❖ Elaborar procedimientos, protocolos y guías de práctica clínica y trabajos científicos propios de su especialidad.
- ❖ Identificar líneas prioritarias de investigación en materia de salud materno-infantil y salud sexual, reproductiva y en el climaterio.
- ❖ Diseñar y desarrollar proyectos de investigación, especialmente en relación al área de su especialidad.

Comportamientos asociados a las competencias genéricas.

1. Comunicación/ escucha activa.

- ❖ Escucha a los demás con empatía, ocupándose en entender sus puntos de vista y evitando ideas preconcebidas y juicios.
- ❖ Ajusta el lenguaje a la terminología, las características y las necesidades de su interlocutor o con el grupo con el cual esta interactuando.

- ❖ Mantiene una actitud empática de escucha activa con el paciente/cliente interno proporcionando la información precisa.
- ❖ Argumenta de forma persuasiva, presentando sus ideas de manera eficaz para lograr transmitir las al receptor del mensaje.
- ❖ Escucha atentamente a los demás, esforzándose por comprender el significado de la información que recibe.

2. Atención/orientación al paciente/ Cliente Interno.

- ❖ Mantiene una actitud de total disponibilidad en relación a los pacientes/cliente interno manteniéndose siempre disponible para recibir y escuchar a estos, tanto en cuestiones formales como informales.
- ❖ Atiende a cada paciente/cliente interno con dedicación y voluntad de satisfacer las demandas que se le planteen promoviendo un entorno favorable.
- ❖ Está disponible para consultas y reclamaciones, que trasladara a su superior si excede de sus funciones específicas.
- ❖ Comprende que el paciente/cliente interno es fundamental para su organización y actúa en consecuencia.
- ❖ Cuida al paciente/cliente interno como parte de su trabajo, además de ser una convicción que promueve a través de un constante ejemplo.

3. Trabajo en equipo.

- ❖ Apoya el desempeño de otras áreas de la organización y fomenta el intercambio de información y experiencia.
- ❖ Realiza acciones para desarrollar un ambiente de trabajo amistoso, un buen clima y espíritu de cooperación.
- ❖ Establecer diálogo directo con los miembros del equipo que permita compartir información e ideas en condiciones de respeto y cordialidad.
- ❖ Respeta criterios dispares y distintas opiniones del equipo.
- ❖ Muestra interés y predisposición para trabajar en equipo mostrando una actitud positiva para colaborar y mantener buenas relaciones.

4. **Ética profesional.**

- ❖ Guía sus decisiones y acciones, tanto las que realiza personalmente como la de los equipos que supervisa, sobre la base de los valores morales del hospital.
- ❖ Establece un marco de trabajo que respeta tanto las políticas de la organización como los valores morales, las buenas costumbres y las buenas prácticas profesionales.
- ❖ Hacer uso de una confidencialidad estricta.
- ❖ Acepta consejos que lo reorientan, si ha cometido un error u omisión en términos de respeto de los valores o buenas costumbres.
- ❖ Prioriza los valores y buenas costumbres, teniendo claramente definida la primacía del bien colectivo sobre los intereses particulares.

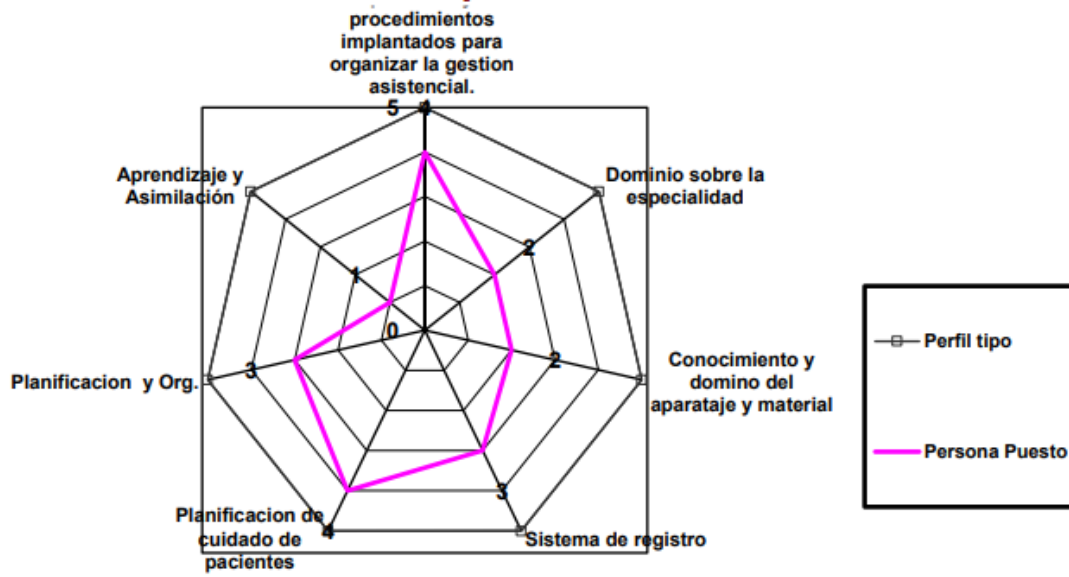
5. **Identificación e integración en la organización.**

- ❖ Asume como propios los objetivos/valores del hospital sintiéndose totalmente identificado/a con ellos.
- ❖ Prioriza la imagen y los objetivos del hospital sobre sus propias ideas, intereses y criterios.
- ❖ Mantiene una actitud y predisposición para la realización de proyectos o tareas sin que ocasión un problema.
- ❖ Respeto la cultura y la imagen corporativa, más allá de sus intereses propios.
- ❖ Reconoce las modificaciones del hospital y reacciona frente a ellas realizando aportaciones valiosas.

Formación y Experiencia

- ❖ Diplomado en Enfermería.
- ❖ E.I.R que son dos años en formación, rotando en diferentes áreas; Primaria, Urgencias Maternal, UDO, Consultas de Ginecología, Planta de Hospitalización de Gestantes, Neonatología y Paritorio.
- ❖ Debe conocer la práctica clínica adquirida en centros acreditados bajo la supervisión de personal cualificado como matronas y obstetras.

Grado competencias



Anexo 2. Entrevista semiestructurada a las matronas para conocer la necesidad de tener un instrumento de medición de cargas de trabajo.

CODIGO:

DIA Y HORA:

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA.

DATOS SOCIOCLINICOS.

1. Centro de trabajo:
2. Ciudad:
3. Tipo de Atención: **1. Primaria 2. Especializada.**
4. Si A. Especializada: **1. Primer nivel. 2. Segundo nivel. 3. Tercer nivel**
5. Años desde la obtención del título de DUE:
6. Ha ejercido la profesión de enfermería: **1. Sí. 2. No**
7. Años desde la obtención del título de Matrona:
8. Cuántos años lleva ejerciendo la profesión de matrona:
9. Durante su carrera profesional, ha ejercido un puesto de gestión: **1. Sí. 2. No**
10. Si ha ejercido puesto de gestión, ¿Qué puesto de gestión ha ejercido dentro del ámbito sanitario?
1. Supervisor/a 2. Subdirector/a de Enfermería 3. Director/a de Enfermería
11. Si ha sido supervisor/a. ¿Dentro de que servicio del ámbito sanitario, ha ejercido dicho mando intermedio?
1. Paritorio. 2. Hospitalización. 3. Servicios Especiales: UCI/ REA/ URG.
4. Coordinador de AP.
12. ¿Cuántos años tiene de antigüedad en este hospital?
13. ¿Cuántos años tiene de antigüedad en el servicio de paritorio de este hospital?

DATOS DEL ESTUDIO

14. ¿Conoce cuáles son las competencias profesionales de las matronas dentro del servicio de partos? **1. Sí. 2. No**
15. Enumera:
16. ¿Esas competencias llevan aparejado una serie de actividades profesionales, que se realizan dentro del área de paritorio, en su quehacer profesional? **1. Sí. 2. No**
17. ¿Podría enumerar alguna actividad?

ANEXOS

18. ¿Cuántas matronas sois dentro del equipo, por turno de trabajo?
 19. ¿Cuántos paritorios hay en su servicio?
 20. ¿Considera que las cargas de trabajo son adecuadas? **1. Sí. 2. No**
 21. ¿Alguna vez has sentido sobrecarga en el trabajo?
 22. Si has sentido sobrecarga ¿A qué factor o factores crees que es debido?
 23. ¿La sobrecarga de trabajo podría tener consecuencias para la gestante? **1. Sí. 2. No**
 24. ¿cuáles serían esas consecuencias para la gestante?
 25. ¿La sobrecarga de trabajo podría tener consecuencias para el futuro hijo? **1. Sí. 2. No**
 26. ¿cuáles serían esas consecuencias para el futuro hijo?
 27. ¿La sobrecarga de trabajo podría tener consecuencias para ti, como profesional de la salud? **1. Sí. 2. No**
 28. ¿cuáles serían esas consecuencias para ti, como profesional de la salud?
 29. ¿Piensa que el ratio matrona/ gestante se encuentra bien establecido, para la prestación de cuidados de calidad? **1. Sí. 2. No**
 30. ¿Piensa que es necesario la medición de las cargas de trabajo a la que se encuentra expuesta/o? **1. Sí. 2. No**
 31. ¿Conoce alguna herramienta de medición de cargas de trabajo? **1. Sí. 2. No**
 32. Enumera alguna herramienta de medición de cargas de trabajo:
 33. ¿Cree en la utilidad de las herramientas de medición de cargas de trabajo? **1. Sí. 2. No**
 34. Si la contestación ha sido afirmativa ¿para que las considera útiles?
 35. ¿La aplicación de una herramienta de medición de cargas de trabajo en el servicio de paritorio, podría generar rentabilidad para prefijar el ratio matrona/ gestante? **1. Sí. 2. No**
- **Si es usted supervisora:**
36. ¿Aplicaría estos instrumentos de medición de cargas de trabajo dentro de su servicio? **1. Sí. 2. No**
 37. ¿Los daría a conocer y los defendería dentro de la dirección de su centro de trabajo? **1. Sí. 2. No**

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS.

38. Edad:
39. Sexo: **1. Mujer 2. Hombre**
40. Estado Civil: **1. Soltero. 2. Casado. 3. Divorciado. 4. Viudo**
41. Tiene usted hijos: **Sí / No**
42. Cuantos hijos tiene: **1. 1 hijo. 2. 2 hijos. 3. 3 hijos 4. más de 3 hijos**

Anexo 3. Mapeo de las actividades en relación a las intervenciones NIC que son realizadas por las matronas en paritorio.

ACTIVIDADES	NIC	DEFINICIÓN DE NIC
Relevo	8140. Traslado del paciente	8140: Intercambio información esencial sobre cuidados del paciente con otro personal de enfermería.
Revisión de material y carro de paradas.	7840. Manejo de suministros.	7840: Asegurar la adquisición y mantenimiento de los artículos apropiados para la provisión de cuidados al paciente
	7660. Revisión del carro de emergencias	7660: Revisión sistemática y mantenimiento del contenido del carro de emergencias según los intervalos de tiempo establecidos.
Acogida	7310. Cuidados de enfermería al ingreso	7310: Facilitar el ingreso del paciente en un centro sanitario.
	6520. Análisis de la situación sanitaria.	6520: Detección de riesgos o problemas para la salud por medio de la anamnesis, la exploración y otros procedimientos.
	6574. Identificación del paciente.	6574: Verificación positiva de la identidad del paciente
Información y apoyo- acompañar.	5618. Enseñanza: Procedimiento/tratamiento	5618: Preparación de un paciente para que comprenda y se prepare mentalmente para un procedimiento o tratamiento prescrito.
	7140. Apoyo a la familia	7140: Fomento de los valores, intereses y objetivos familiares.
	5250. Apoyo en la toma de decisiones	5250. Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre la asistencia sanitaria.
	5270. Apoyo Emocional	5270: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.
	5420. Apoyo Espiritual	5420: Ayuda al paciente a sentir equilibrio y conexión con un poder sobrenatural
	4920. Escucha activa	4920: Prestar gran atención y otorgar importancia a los mensajes verbales y no verbales del paciente
	5440. Aumentar los sistemas de apoyo	5440: Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad

	5340.Presencia	5340: Permanecer con otra persona, tanto física como psicológicamente, durante los momentos de necesidad.
	5460.Contacto	5460: Proporcionar consuelo y comunicación a través de un contacto táctil intencionado
	6710. Fomentar el apego	6710: Facilitar el desarrollo de una relación afectiva y duradera entre el lactante y los progenitores.
	5510. Educación para la salud.	5510: Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de aprendizaje que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades
Confort	6482. Manejo ambiental: confort	6482: Manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima.
Aseo	1801. Ayuda al autocuidado: Baño e Higiene	1801: Ayuda al paciente a realizar higiene personal.
Partograma	6656.Vigilancia al final del embarazo	6656: Recopilación, interpretación y síntesis objetivas y continuadas de los datos materno-fetales para el tratamiento, observación e ingreso.
	7920.Documentación	7920: Registro de los datos pertinentes del paciente en una historia clínica.
Vigilancia Monitor	6771.Monitorización fetal Electrónica: antes del parto	6771: Evaluación electrónica de la respuesta cardíaca fetal al movimiento, estímulos externos o contracciones uterinas durante la prueba anterior al parto.
	6772.Monitorización fetal Electrónica: durante el parto	6772: Evaluación electrónica de la respuesta cardíaca fetal a las contracciones uterinas durante los cuidados del parto.
Monitor	7880. Manejo de la tecnología	7880: Uso de equipo y dispositivos técnicos para monitorizar el estado del paciente o mantener la vida.
Bradycardia Fetal	6972.Reanimación:fetal	6972: Adopción de medidas de urgencia para mejorar la perfusión placentaria o corregir el estado acido-básico del feto.

Constantes vitales	6680.Signos vitales	6680: Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones
Glucemia	4035.Muestra de sangre capilar	4035: Obtención de una muestra de sangre arteriovenosa periférica por punción transcutánea del cuerpo, como en el talón, un dedo u otro lugar.
Vía venosa	4190.Punción intravenosa	4190: Inserción de una aguja hueca en una vena periférica para administrar líquidos, sangre o fármacos.
	4235.Flebotomía: Vía Canalizada	4235: Extracción de una muestra de sangre a través de un catéter vascular permanente para pruebas de laboratorio.
	4238.Flenotomía:muestra venosa	4238: Extracción de una muestra sanguínea venosa de una vena sin canalizar.
Medicación intravenosa	2300. Administración de medicación.	2300: Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.
	2380. Manejo de la medicación.	2380: Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.
	2314. Administración de medicación: intravenosa (IV).	2314: Preparación y administración de medicaciones por vía intravenosa
	4200. Terapia intravenosa(IV)	4200: Administración y control de líquidos y fármacos por vía intravenosa.
	3740. Tratamiento de la fiebre.	3740: Tratamiento de los síntomas y afecciones relacionadas con un aumento de la temperatura corporal causado por pirógenos endógenos.
Medicación Epidural	2400. Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (ACP).	2400: Facilitar el control por parte del paciente de la administración y regulación de los analgésicos.

	2214. Administración de analgésicos: intraespinal.	2214: Administración de agentes farmacológicos en el espacio epidural o intratecal para reducir o eliminar el dolor.
	2319. Administración de medicación: Intraespinal	2319: Administración y monitorización de medicación a través de una vía epidural o intratecal establecida.
	1410. Manejo del dolor: agudo.	1410: Facilitar el control por parte del paciente de la administración y regulación de los analgésicos.
Medicación Inhalatoria	2311. Administración de medicación: inhalatoria	2311: Preparación y administración de medicamentos por inhalación.
Otra medicación	2318. Administración de medicación: vaginal	2318: Preparación e introducción de medicaciones vaginales.
	2313. Administración de medicación Intramuscular(IM)	2313: Preparación y administración de medicamentos por vía intramuscular
	2304. Administración de medicación: oral	2304: Preparación y administración de medicamentos por la boca.
Alternativas para paliar dolor	1480. Masaje	1480: Estimulación de la piel y tejidos subyacentes con diversos grados de presión manual para disminuir el dolor, inducir la relajación y/o mejorar la circulación.
	5880. Técnicas de relajación	5880: Disminución de la ansiedad del paciente que presenta angustia aguda.
	1380. Aplicación calor o frio	1380: Estimulación de la piel y tejidos subcutáneos con calor o frio para disminuir el dolor, los espasmos musculares o la inflamación.
Cuidados tras anestesia	2870.Cuidados posanestésica	2870: Control y seguimiento del paciente que ha sido sometido recientemente a anestesia general o regional.
Cuidados durante el parto	6830 Cuidados intraparto	6830: Monitorización y manejo de las etapas uno y dos del parto.
	6720. Parto	6720: Nacimiento de un niño.

	6834. Cuidados intraparto: parto de alto riesgo	6834: Ayudar en el parto vaginal de fetos múltiples o mal posicionados.
Reanimación neonatal	6974. Reanimación: neonatal	6974: Adopción de medidas de urgencia como soporte de la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina.
Asistencia al recién nacido	6824. Cuidados del lactante: recién nacido	6824: Provisión de cuidados al lactante durante la transición del nacimiento a la vida extrauterina y el período posterior de estabilización
Lactancia	5244. Asesoramiento en la lactancia	5544: Ayudar a establecer y mantener una lactancia materna satisfactoria
Sondaje vesical	580. Sondaje vesical: intermitente	580: Inserción de una sonda en la vejiga para el drenaje temporal o permanente de la orina.
Muestras	7820. Manejo de la muestra	7820: Obtener, preparar y conservar una muestra para un análisis de laboratorio.
Delegación	7650. Delegación	7650: Transferir la responsabilidad de la realización de los cuidados del paciente, manteniendo la responsabilidad del resultado.
Derivación	8100. Derivación	8100: Hacer los preparativos para que el paciente sea atendido por otros cuidadores o institución.
Colaboración Médica	7710. Colaboración médica	7710: Colaboración con los médicos para proporcionar cuidados de calidad al paciente
Aislamiento	6630. Aislamiento	6630: Confinamiento solitario en un ambiente totalmente protector con estrecha vigilancia por parte del personal de cuidados en razón de la seguridad o para el control de determinadas conductas.
Suturas	3620. Sutura	3620: Aproximación de los bordes de una herida mediante material de sutura estéril y una aguja.
	1750. Cuidados del perineales	1750: Mantenimiento de la integridad de la piel perineal y alivio de las molestias perineales.

ANEXOS

Cesárea	6750. Asistencia al parto por cesárea	6750: Proporcionar cuidados a una paciente cuyo parto se produzca a través de una incisión abdominal hasta el útero.
	2880. coordinación preoperatoria	2880: Facilitar las pruebas de diagnóstico y la preparación preingreso del paciente quirúrgico.
	2930. Preparación quirúrgica	2930: Provisión de cuidados a un paciente inmediatamente antes de la cirugía y verificación de los procedimientos/pruebas y documentación requeridos en la historia clínica.
Duelo	5294. Facilitar el duelo: muerte perinatal	5294: Ayuda en la resolución de una pérdida perinatal.
	1770. Cuidados post mortem	1770: Proporcionar cuidados físicos al cuerpo de un paciente fallecido y apoyo a la familia.
Postparto	6930. Cuidados postparto	6930: Proporcionar cuidados a la mujer durante el período de 6 semanas que comienza justo después del parto.
Alta	7370. Planificación para el alta	6574: Verificación positiva de la identidad del paciente
Docencia	7726. Perceptor estudiante	7726: Ayuda y apoyo en las experiencias de aprendizaje de los estudiantes.
	7722. Perceptor empleado	7722: Ayuda y apoyo de un empleado nuevo o trasladado mediante una orientación planificada en un área clínica específica.
Teléfono Interservicio	7980. Informe de incidencias	7980: Notificación por escrito y oral de cualquier suceso en el proceso de cuidados del paciente que sea discordante con los resultados esperados del paciente o con las operaciones rutinarias del centro sanitario.
Teléfono Intraservicio	7960. Intercambio de información de cuidados de salud	7960: Proporcionar información sobre la atención del paciente a otros profesionales sanitarios
Informe	7920. Documentación	7920: Registro de los datos pertinentes del paciente en una historia clínica.

Control de infección	6540. Control de infección	6540: Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos
Investigación	8120. Recogida de datos para investigación.	8120: Recogida de datos de investigación
SUPLEMENTOS		
Reanimación	6140. parada cardiaca	6140: Coordinación de las medidas de urgencia para el soporte vital.
	6320. Reanimación	6320: Administración de medidas de urgencias para mantener la vida.
	4021. Disminución de la hemorragia: útero anteparto	4021: Limitación de la cantidad de pérdida de sangre del útero durante el tercer trimestre de embarazo.
	4026. Disminución de la hemorragia: útero postparto	4026: Limitación de la pérdida de sangre del útero posparto
Amenaza de parto	6860. Supresión de las contracciones	6860: Control de las contracciones uterinas antes de las 37 semanas de gestación
Alimentación con biberón	1052. Alimentación con biberón	1052: Preparación y administración de líquidos a un lactante mediante biberones.
Hemoderivados	4030. Administración de hemoderivados	
Instrumental	2910. Manejo del instrumental de quirófano	2910: Manejar los requerimientos de materiales, instrumentos, equipos y esterilidad del campo quirúrgico.
Nutrición	1100. Manejo de la nutrición	1100: Proporcionar y fomentar una ingesta equilibrada de nutrientes.
Calidad	6468. Manejo del ambiente: seguridad	6486: Vigilar y actuar sobre el ambiente físico para fomentar la seguridad.
	6489. Manejo del ambiente: seguridad trabajador	6489: Control y manipulación del ambiente de trabajo para fomentar la seguridad y la salud de los trabajadores.
	8020. Reunión multidisciplinar sobre cuidados	8020: Planificación y evaluación de los cuidados del paciente con profesionales sanitarios de otras disciplinas.
	7830. Supervisión de personal: gestión de calidad	7830: Facilitar la provisión de cuidados de alta calidad al

ANEXOS

		paciente por parte de otras personas.
	7640. Desarrollo de vía clínica	7640: Elaboración y utilización de una secuencia cronológica de las actividades de cuidados del paciente para mejorar los resultados esperados en él de una manera rentable.
	8700 Desarrollo de un programa	8700: Planificación, aplicación y evaluación de un conjunto coordinado de actividades diseñado para aumentar el bienestar o para prevenir, reducir o eliminar uno o más problemas de salud de un grupo o comunidad.
	7800. Control de calidad	7800: Recopilación y análisis sistemáticos de los indicadores de calidad de un centro para mejorar la asistencia de los pacientes.

Anexo 4. Cuaderno de datos para recoger los tiempos en la ejecución de las intervenciones NIC por las matronas en partos. (HCUVA).

ITEMS		Número de veces que los ítems son medidos										
NIC	OBSERVACION (tiempo en minutos)	1	2	3	4	5	6	7	...	36		
1801. Ayuda al autocuidado: Baño e higiene.	Observación 1.											
	Observación 2.											
6540. Control de infecciones.	Observación 1.											
	Observación 2.											
2300. Administración de medicamentos.	Observación 1.											
	Observación 2.											
2380. Manejo de medicación.	Observación 1.											
	Observación 2.											
2314. Administración de medicamento: intravenosa(IV)	Observación 1.											
	Observación 2.											
4200. Terapia intravenosa (IV).	Observación 1.											
	Observación 2.											
2313. Administración de medicamento: intramuscular(IM)	Observación 1.											
	Observación 2.											
2304. Administración de medicación: oral	Observación 1.											
	Observación 2.											
2318. Administración de medicación: vaginal	Observación 1.											
	Observación 2.											
2311. Administración de medicación: inhalatoria	Observación 1.											
	Observación 2.											
2214. Administración de analgésicos: intraespinal	Observación 1.											
	Observación 2.											
2319. Administración de medicación: interespinal	Observación 1.											
	Observación 2.											
7820. Manipulación de muestras	Observación 1.											
	Observación 2.											
5510. Educación para la salud	Observación 1.											
	Observación 2.											
5244. Asesoramiento en Lactancia	Observación 1.											
	Observación 2.											
5618. Enseñanza: procedimiento/tratamiento	Observación 1.											
	Observación 2.											

ANEXOS

1100. Manejo de la nutrición.	Observación 1.																		
	Observación 2.																		
3740. Tratamiento de la fiebre	Observación 1.																		
	Observación 2.																		
4190. Punción intravenosa	Observación 1.																		
	Observación 2.																		
4235. Canalización venosa	Observación 1.																		
	Observación 2.																		
4238. Flebotomía: muestra venosa	Observación 1.																		
	Observación 2.																		
4035. Sangre capilar	Observación 1.																		
	Observación 2.																		
3620. Sutura	Observación 1.																		
	Observación 2.																		
1750. Cuidado perineal.	Observación 1.																		
	Observación 2.																		
6680. Constantes vitales	Observación 1.																		
	Observación 2.																		
6771. Monitorización fetal electrónica: antes del parto	Observación 1.																		
	Observación 2.																		
6772. Monitorización fetal electrónica: durante el parto	Observación 1.																		
	Observación 2.																		
840. Cambio postural	Observación 1.																		
	Observación 2.																		
6482. Gestión ambiental: confort	Observación 1.																		
	Observación 2.																		
7140. Apoyo a la familia	Observación 1.																		
	Observación 2.																		
5250. Apoyo a la toma de decisiones	Observación 1.																		
	Observación 2.																		
5270. Apoyo emocional	Observación 1.																		
	Observación 2.																		
5420. Apoyo espiritual	Observación 1.																		
	Observación 2.																		
4920. Escucha activa	Observación 1.																		
	Observación 2.																		
5440. Aumento de los sistemas de apoyo	Observación 1.																		
	Observación 2.																		
5340. Presencia	Observación 1.																		
	Observación 2.																		
5460. Contacto	Observación 1.																		

	Observación 2.																				
6710. Fomentando el apego	Observación 1.																				
	Observación 2.																				
6800. Atención al embarazo de alto riesgo.	Observación 1.																				
	Observación 2.																				
7310. Atención de enfermería al ingreso.	Observación 1.																				
	Observación 2.																				
6520. Análisis de la situación de salud (evaluación de enfermería)	Observación 1.																				
	Observación 2.																				
6574. Identificación del paciente	Observación 1.																				
	Observación 2.																				
7960. Intercambio de información sobre el cuidado de la salud	Observación 1.																				
	Observación 2.																				
7920. Documentación	Observación 1.																				
	Observación 2.																				
6656. Vigilancia al final del embarazo	Observación 1.																				
	Observación 2.																				
7650. Delegación	Observación 1.																				
	Observación 2.																				
8100. Derivación	Observación 1.																				
	Observación 2.																				
6720. Parto	Observación 1.																				
	Observación 2.																				
6830. Cuidado intraparto	Observación 1.																				
	Observación 2.																				
6834. Atención intraparto: parto de alto riesgo	Observación 1.																				
	Observación 2.																				
6972. Reanimación: feto	Observación 1.																				
	Observación 2.																				
5294. Facilitación del duelo: muerte perinatal	Observación 1.																				
	Observación 2.																				
1770. Atención Postmontem	Observación 1.																				
	Observación 2.																				
6750. Asistencia durante el parto por cesárea	Observación 1.																				
	Observación 2.																				
2880. Coordinación preoperatoria	Observación 1.																				
	Observación 2.																				
2930. Preparación quirúrgica	Observación 1.																				
	Observación 2.																				
7710. Colaboración medica	Observación 1.																				
	Observación 2.																				

ANEXOS

2870. Cuidados postanestesia	Observación 1.																				
	Observación 2.																				
6824. Cuidados al recién nacido	Observación 1.																				
	Observación 2.																				
6974. Resucitación neonatal	Observación 1.																				
	Observación 2.																				
6930. Cuidados postparto	Observación 1.																				
	Observación 2.																				
7370. Planificación del alta	Observación 1.																				
	Observación 2.																				
8140. Transferencia de atención al paciente	Observación 1.																				
	Observación 2.																				
6850. Inducción del parto.	Observación 1.																				
	Observación 2.																				
7840. Manejo de suministros	Observación 1.																				
	Observación 2.																				
7980. Informe de incidencias	Observación 1.																				
	Observación 2.																				
7880. Manejo de tecnología	Observación 1.																				
	Observación 2.																				
7660. Revisión Del carro de emergencias	Observación 1.																				
	Observación 2.																				
6486. Gestión ambiental: seguridad	Observación 1.																				
	Observación 2.																				
6489. Gestión ambiental: seguridad de los trabajadores	Observación 1.																				
	Observación 2.																				
8020. Reunión multidisciplinar sobre cuidados	Observación 1.																				
	Observación 2.																				
7830. Supervisión del personal: Gestión de la calidad	Observación 1.																				
	Observación 2.																				
7640. Desarrollo de protocolo clínico	Observación 1.																				
	Observación 2.																				
8700. Desarrollo de un programa	Observación 1.																				
	Observación 2.																				
7800. Control de calidad	Observación 1.																				
	Observación 2.																				
7726. Perceptor: estudiante	Observación 1.																				
	Observación 2.																				
7222. Perceptor: empleado.	Observación 1.																				
	Observación 2.																				
	Observación 1.																				

Anexo 5. Tiempos determinados por los tres grupos focales para la ejecución de las intervenciones NIC realizadas en la unidad de partos por las matronas.

NIC	TIEMPOS INDICADOS EN MINUTOS			
	Grupo Regional	Grupo Nacional	Grupo sénior	Consenso de los tres grupos
1801. Ayuda al autocuidado: Baño e higiene.	15	5-20	5-7	11
6540. Control de infecciones.	15	30-60	2-5	21
2300. Administración de medicación.	15-30	10	15	16
2380. Manejo de la medicación	15-30	10	15	16
2314. Administración de medicación: intravenoso (IV)	15-30	10	15	16
4200. Terapia intravenosa (IV)	15-30	10	15	16
2313. Administración de medicación: intramuscular (IM)	15	7	15	15
2304. Administración de medicación: oral	15	7	15	15
2318. Administración de medicación: vaginal	15-30	7	15	15
2311. Administración de medicación: inhalatoria	30	7	15-30	20
2214. Administración de analgésicos: intraespinales	20	10	15	15
2319. Administración de medicación: interespinal	20	10	15	15
7820. Manejo de muestras	15-30	20	15	19
5510. Educación para la salud	15	15-30	15	15
5568. Educación parenteral: lactante	60	15-30	60	60
5244. Asesoramiento en la lactancia	60	15-30	60	60
5618. Enseñanza: procedimiento/tratamiento	15	15-30	15	15
1100. Manejo de la nutrición	15	-	15	15
3740. Tratamiento de la fiebre	15	5-10	15	15
4190. Punción Intravenosa	15	5	15	14

NIC	Grupo Regional	Grupo Nacional	Grupo sénior	Consenso de los tres grupos
4235. Flebotomía: vía canalizada	15-30	5	15	14
4238. Flebotomía: muestra venosa	15	3	15	15
4035. Muestra de sangre capilar	15	1-2	5-7	7
3620. Sutura	30	30	15-30	30
1750. Cuidados perineales	30-60	10	30-60	23
6680. Signos vitales	15	2	15	15
6771. Monitorización fetal electrónica: antes del parto	60	60	60	60
6772. Monitorización fetal electrónica: durante el parto	60	60	60	60
840. Cambio postural	15	3	15	15
6482. Manejo ambiental: confort	15	10-15	15	15
7140. Apoyo a la familia	15-30	15-30	15	22
5250. Apoyo en la toma de decisiones	15-30	15-30	15	22
5270. Apoyo emocional	15-30	15-30	15	22
5420. Apoyo espiritual	15-30	15-30	15	22
4920. Escucha activa	15-30	15-30	15	22
5440. Aumentar los sistemas de apoyo	15-30	15-30	15	22
5340. Presencia	15-30	15-30	15	22
5460. Contacto	15-30	15-30	15	22
6710. Fomentar el apego	15-30	15-30	15	22
6800. Cuidados de embarazo de alto riesgo	60	20-30	30-45	41
7310. Cuidados de enfermería al ingreso	15-30	30	30-45	30
6520. Análisis de la situación sanitaria	15-30	20-30	30-45	28
6574. Identificación del paciente.	15-30	1	30-45	20
7960. Intercambio de información de cuidados de salud	15	5-10	15	15
7920. Documentación	15-30	30	15	22
6656. Vigilancia al final del embarazo	60	20-30	60	33

ANEXOS

NIC	Grupo Regional	Grupo Nacional	Grupo sénior	Consenso de los tres grupos
7650. Delegación	15	5	15	15
8100. Derivación	30-45	60	30-45	49
6720. Parto	240	240	60	240
6830. Cuidados intraparto	60	60	15-30	47
6834. Cuidados intraparto: parto de alto riesgo	60	60	60	60
6972. Reanimación: feto	15-30	5	15	14
5294. Facilitar el duelo: muerte perinatal	60	60	60	60
1770. Cuidados post mortem	60	60	60	60
6750. Asistencia al parto por cesárea	60	60	60	60
2880. Coordinación preoperatoria	15	10	15	15
2930. Preparación quirúrgica	15	10	15	15
7710. Colaboración con el médico	30-60	60	60	60
2870. Cuidados postanestesia	60	10-15	120	64
6824. Cuidados del lactante recién nacido	60	60	15	60
6974. Reanimación neonatal.	30-60	15-30	15	27
6930. Cuidados posparto	60	60	30	60
7370. Planificación para el alta	15-30	15-20	15	18
8140. Traslado de cuidados del paciente	15	5-20	15	15
6850. Inducción al parto.	60	60	60	60
7840. Manejo de suministros	15-30	60	15	32
7980. Informe de incidencias	15	10-15	15	15
7880. Manejo de la tecnología	15	5-10	15	15
7660. Revisión del carro de emergencias	30	15-20	15	21
6486. Manejo ambiente: seguridad	60	-	15	37
6489. Manejo ambiente: seguridad trabajador	60	10	15	37

NIC	Grupo Regional	Grupo Nacional	Grupo sénior	Consenso de los tres grupos
8020. Reunión multidisciplinar sobre cuidados	30	-	30-45	35
7830. Supervisión de personal: Gestión de calidad	15	5		10
7640. Desarrollo de vía clínica	60	60	60	60
8700. Desarrollo de un programa	60	60	60	60
7800. Control de calidad	60	60	60	60
7726. Perceptor estudiante	60	60	15	60
7222. Perceptor empleado	60	60	30	60
8120. Recogida de datos para la investigación	10	10	15	15
6140. Parada cardiaca	20-30	20-30	30-60	45
6320. Reanimación	20-30	20-30	30-60	45
4030. Administración de hemoderivados	15-30	60	60	60
580. Sondaje vesical: intermitente	15	5	15	15
6630. Aislamiento	60	10-15	20	31
1480. Masaje	15-30	10-15	15	17
5880. Técnicas de relajación	15-30	10-15	15	17
1380. Aplicación de calor o frío	15-30	10-15	15	17
2400. Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (APC)	15	10	15	15
1410. Manejo del dolor: agudo	15	10	15	15
4026. Disminución de la hemorragia: útero postparto	30-60	60	15-30	42
6860. Supresión de las contracciones	60	60	60	60
6870. Supresión de la lactancia materna	60	-	60	60
1052. Alimentación con biberón	15	-	15	15
4021. Disminución de la hemorragia: útero anteparto	15	60	30	35

ANEXOS

NIC	Grupo Regional	Grupo Nacional	Grupo sénior	Consenso de los tres grupos
6522. Exploración mamaria	15	-	15	15
2910. Manejo del instrumental de quirófano	60	60	60	60

Anexo 6. Comparativa de los tiempos para la ejecución de las intervenciones NIC determinados por el grupo NIC, con respecto a los medidos realmente en la unidad de partos del HCUVA y con el consenso establecido por los tres grupos focales.

NIC	TIEMPOS INDICADOS EN MINUTOS		
	Tiempo Indicado por la NIC	Tiempo Real Medido en HCUVA	Tiempo Consenso de los tres grupos
1801. Ayuda al autocuidado: Baño e higiene.	15	2.788	11
6540. Control de infecciones.	15	38.1819	21
2300. Administración de medicación.	15-30	3.849	16
2380. Manejo de la medicación	15-30	3.849	16
2314. Administración de medicación: intravenoso (IV)	15-30	3.849	16
4200. Terapia intravenosa (IV)	15-30	3.849	16
2313. Administración de medicación: intramuscular (IM)	15	15	15
2304. Administración de medicación: oral	15	15	15
2318. Administración de medicación: vaginal	15-30	15	15
2311. Administración de medicación: inhalatoria	30	15	20
2214. Administración de analgésicos: intraespinales	20	3.3033	15
2319. Administración de medicación: interespinal	20	3.3033	15
7820. Manejo de muestras	15-30	2.2397	19
5510. Educación para la salud	15	11.9853	15
5568. Educación parenteral: lactante	60	11.9853	60
5244. Asesoramiento en la lactancia	60	11.9853	60
5618. Enseñanza: procedimiento/tratamiento	15	11.9853	15
1100. Manejo de la nutrición	15	11.9853	15
3740. Tratamiento de la fiebre	15	3.849	15
4190. Punción Intravenosa	15	5.0292	14

ANEXOS

NIC	Tiempo Indicado por la NIC	Tiempo Real Medido en HCUVA	Tiempo Consenso de los tres grupos
4235. Flebotomía: vía canalizada	15-30	5.0292	14
4238. Flebotomía: muestra venosa	15	5.0292	15
4035. Muestra de sangre capilar	15	2.8392	7
3620. Sutura	30	14.5563	30
1750. Cuidados perineales	30-60	14.5563	23
6680. Signos vitales	15	1.656	15
6771. Monitorización fetal electrónica: antes del parto	60	60	60
6772. Monitorización fetal electrónica: durante el parto	60	60	60
840. Cambio postural	15	1.4488	15
6482. Manejo ambiental: confort	15	105976	15
7140. Apoyo a la familia	15-30	11.9853	22
5250. Apoyo en la toma de decisiones	15-30	11.9853	22
5270. Apoyo emocional	15-30	11.9853	22
5420. Apoyo espiritual	15-30	11.9853	22
4920. Escucha activa	15-30	11.9853	22
5440. Aumentar los sistemas de apoyo	15-30	11.9853	22
5340. Presencia	15-30	11.9853	22
5460. Contacto	15-30	11.9853	22
6710. Fomentar el apego	15-30	11.9853	22
6800. Cuidados de embarazo de alto riesgo	60	11.9853	41
7310. Cuidados de enfermería al ingreso	15-30	11.9853	30
6520. Análisis de la situación sanitaria	15-30	11.9853	28
6574. Identificación del paciente.	15-30	11.9853	20
7960. Intercambio de información de cuidados de salud	15	1.1703	15
7920. Documentación	15-30	14.6345	22

NIC	Tiempo Indicado por la NIC	Tiempo Real Medido en HCUVA	Tiempo Consenso de los tres grupos
6656. Vigilancia al final del embarazo.	60	11.9853	33
7650. Delegación	15	2.3262	15
8100. Derivación	30-45	23	49
6720. Parto	240	38.1819	240
6830. Cuidados intraparto	60	54.9489	47
6834. Cuidados intraparto: parto de alto riesgo	60	54.9489	60
6972. Reanimación: feto	15-30	1.2384	14
5294. Facilitar el duelo: muerte perinatal	60	38	60
1770. Cuidados post mortem	60	23	60
6750. Asistencia al parto por cesárea	60	48.2902	60
2880. Coordinación preoperatoria	15	48.2902	15
2930. Preparación quirúrgica	15	48.2902	15
7710. Colaboración con el médico	30-60	14.5563	60
2870. Cuidados postanestesia	60	28.9006	64
6824. Cuidados del lactante recién nacido	60	2.4604	60
6974. Reanimación neonatal.	30-60	5.9184	27
6930. Cuidados posparto	60	4.78206	60
7370. Planificación para el alta	15-30	4.78206	18
8140. Tránsito de cuidados del paciente	15	3.6042	15
6850. Inducción al parto.	60	60	60
7840. Manejo de suministros	15-30	8.1908	32
7980. Informe de incidencias	15	0.8143	15
7880. Manejo de la tecnología	15	2.5251	15
7660. Revisión del carro de emergencias	30	8.1908	21
6486. Manejo ambiente: seguridad	60	3	37

NIC	Tiempo Indicado por la NIC	Tiempo Real Medido en HCUVA	Tiempo Consenso de los tres grupos
6489. Manejo ambiente: seguridad trabajador	60	3	37
8020. Reunión multidisciplinar sobre cuidados	30	5.673	35
7830. Supervisión de personal: Gestión de calidad	15	60	10
7640. Desarrollo de vía clínica	60	60	60
8700. Desarrollo de un programa	60	60	60
7800. Control de calidad	60	60	60
7726. Perceptor estudiante	60	23.2293	60
7222. Perceptor empleado	60	23.2293	60
8120. Recogida de datos para la investigación	10	23	15
6140. Parada cardíaca	20-30	38	45
6320. Reanimación	20-30	23	45
4030. Administración de hemoderivados	15-30	60	60
580. Sondaje vesical: intermitente	15	2.4477	15
6630. Aislamiento	60	3.3825	31
1480. Masaje	15-30	11.9853	17
5880. Técnicas de relajación	15-30	11.9853	17
1380. Aplicación de calor o frío	15-30	11.9853	17
2400. Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (APC)	15	3.3033	15
1410. Manejo del dolor: agudo	15	28.9006	15
4026. Disminución de la hemorragia: útero postparto	30-60	53	42
6860. Supresión de las contracciones	60	60	60
6870. Supresión de la lactancia materna	60	23	60

NIC	Tiempo Indicado por la NIC	Tiempo Real Medido en HCUVA	Tiempo Consenso de los tres grupos
1052. Alimentación con biberón	15	38	15
4021. Disminución de la hemorragia: útero anteparto	15	53	35
6522. Exploración mamaria	15	15	15
2910. Manejo del instrumental de quirófano	60	60	60

ANEXOS

Anexo 7. Diseño de la escala de medición de cargas de trabajo para las matronas de la unidad de partos.

HOSPITAL: UNIDAD: PARITORIO													
FECHA: / /2021 TURNO(marcar X): M/T: PARITORIO:													
DOCENCIA (marcar X): Alumno: Residente: Compañero de nueva incorporación:													
SATISFACCIÓN (1-5): Compañeros/Unidad: Trabajo con pacientes: Otros profesionales:													
D. SOCIODEMOGRÁFICOS: Edad: Sexo: Etnia:		EDAD GESTACIONAL: FORMULA OBSTÉTRICA: EMB. RIESGO:											
DIAGNOSTICO MÉDICO:		INICIO DEL PARTO: Espontaneo Inducido											
EVOLUCIÓN DEL PARTO:		FINALIZACIÓN DEL PARTO: Eutóxico Distóxico Cesárea											
PARITORIO A CARGO: (RODEAR)		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
HORA DE ENTRADA A PARITORIO:		HORA DE SALIDA DEL PARITORIO:											
ÍTEMS		TIEMPO REQUERIDO (MIN)				Nº DE VECES QUE SE REALIZA				TIEMPO TOTAL EMPLEADO			
1. AUTOCUIDADO: 1801. Ayuda al autocuidado: Baño e higiene.													
2. PREVENCIÓN: 6540. Control de infecciones.													
3.1. MEDICACIÓN GENERAL: 2300. Administración de medicación. 2380. Manejo de la medicación.2313.Administración de medicación: intramuscular (i.m.). 2314. Administración de medicación: intravenosa (i.v.). 4200. Terapia intravenosa (i.v.).3740.Tratamiento de la fiebre. 2304. Administración de medicación: oral. 2311. Administración de medicación: inhalatoria. 2318. Administración de medicación: vaginal.													
3.2. MEDICACIÓN EPIDURAL: 2319.Administración de medicación: intraespinal. 2214. Administración de analgésicos: intraespinal. 2210. Administración de analgésicos.2400. Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (ACP). 1410. Manejo del dolor: agudo													
4. MUESTRAS: 7820. Manejo de muestras.													
5.1. EDUCACIÓN PARA LA SALUD: 5510. Educación para la salud. 5618. Enseñanza: Procedimiento/tratamiento.													
5.2. EpS LACTANCIA: 5568.Educación parental: lactante. 5244. Asesoramiento en la lactancia.6522. Exploración mamaria.6870. Supresión de lactancia materna.													
6. ELIMINACIÓN: 580. Sondaje vesical.													
7. PROCEDIMIENTOS INVASIVOS HABITUALES: 4190. Punción intravenosa. 4235. Flebotomía: vía canalizada. 4238. Flebotomía: muestra venosa. 4035. Muestra de sangre capilar.4200. Terapia intravenosa.													
8. HERIDAS: 3620. Sutura. 1750. Cuidados perineales.													
9.1. MONITORIZACIÓN MATERNA: 6680 Signos Vitales.													
9.2. MONITORIZACIÓN FETAL: 6771.Monitorización fetal electrónica: antes del parto. 6772Monitorización Fetal electrónica: durante el parto.													
10. POSICIÓN: 840. Cambio de posición.													
11. CONFORT: 6482. Manejo ambiental: confort.													
12. ACOMPAÑAMIENTO: 7140. Apoyo a la familia. 5250. Apoyo en la toma de decisiones. 5270. Apoyo emocional. 5420. Apoyo espiritual. 4920. Escucha activa. 5440. Aumentar los sistemas de apoyo. 5340. Presencia. 5460. Contacto. 6710. Fomentar el apego.													
13. APOYO Y CUIDADO AL PACIENTE: 6656. Vigilancia: al final del embarazo. 6800 Cuidados del embarazo de alto riesgo. 6850. Inducción del parto. 6720. Parto. 6830. Cuidados Intraparto. 6834. Cuidados intraparto: parto de alto riesgo.6972. Reanimación: feto. 5294. Facilitar el duelo: muerte perinatal. 2870. Cuidados postanestesia. 6750. Asistencia al parto por cesárea. 7710. Colaboración con el médico.													

13. APOYO Y CUIDADO AL PACIENTE: 6824. Cuidados del lactante: recién nacido. 6974. Reanimación neonatal. 6930. Cuidados posparto. 1770. Cuidados post mortem.			
14. GESTIÓN PACIENTE: 7310. Cuidados de enfermería al ingreso. 7960. Intercambio de información de cuidados de salud. 7920. Documentación. 6574. Identificación del paciente. 7650. Delegación. 8100 Derivación. 7370. planificación para el alta. 8140. Transferencia de cuidados del paciente. 6520. Análisis de la situación sanitaria (valoración de enfermería). 2880. Coordinación preoperatoria. 2930. Preparación quirúrgica.			
15. GESTIÓN UNIDAD: 8020. Reunión multidisciplinar sobre cuidados. 7840. Manejo de suministros. 7980 Informe de incidencias. 6489. Manejo ambiental: seguridad del trabajador. 7880. Manejo de la tecnología. 7980. Informes de incidencias. 7830. Supervisión de personal. Gestión de calidad. 7640. Desarrollo de vías clínicas. 8700. Desarrollo de un programa (protocolo). 7800 Control de Calidad. 7660. Revisión del carro de emergencias. 6486 Manejo del ambiente: seguridad.			
16. DOCENCIA: 7226. Perceptor Estudiante. 7222. Perceptor Empleado.			
17. INVESTIGACIÓN: 8120. Recogida de datos para investigación.			
SUPLEMENTOS	TIEMPO REQUERIDO (MIN)	Nº DE VECES QUE SE REALIZA	TIEMPO TOTAL EMPLEADO
NUTRICIÓN: 1100. Manejo de la nutrición.			
URGENCIAS: 6140. Manejo de la parada cardiorespiratoria. 6320. Reanimación. 4021 Disminución de la hemorragia: útero anteparto. 4026. Disminución de la hemorragia útero posparto. 6860. Supresión de las contracciones de parto.			
ALTERNATIVAS PARA PALIAR EL DOLOR: 1480. Masaje. 5880 Técnica de relajación. 6040. Terapia de relajación. 1380. Aplicación calor o frío.			
ADMINISTRACIONES COMPLEJAS: 4030. Administración de hemoderivados.			
INTERVENCIONES PARA MANTENER AISLAMIENTO: 6630. Aislamiento			
INSTRUMENTAL: 2910. Manejo de la instrumentación quirúrgica.			
LACTANCIA ARTIFICIAL: 1052 Alimentación con biberón			

ANEXOS

Anexo 8. Cuaderno de datos para el pilotaje y estudio multicéntrico, utilizado en las tres unidades de partos.

FECHA:												
DATOS SOCIODEMOGRAFICOS												
PARTURIENTA	TURNO DE TRABAJO	EDAD	ETNIA	FORMULA OBSTERICA	EDAD GESTACIONAL	EMBARAZO DE RIESGO	DIAG. MÉDICO	INICIO ESPONTANEO	INICIO INDUCIDO	EUTÓCICO	DISTOCICO	CESÁREA

Turno Diurno																				
ESCALA																				
Autocuidado	Prevención	Medicación general	Medicación Epidural	Muestra	Ep5	Ep5 Lactancia	Eliminación	P. Invasivos	Heridas	Monit.Materna	Monit.Fetal	Posición	Confort	Acompañamiento	Apoyo y cuidado al paciente	Gestión del paciente	Gestión de la Unidad	Docencia	Investigación	

SUPLEMENTOS						
Nutrición	Urgencias	Alter. Dolor	Adm. Compleja	Aislamiento	Instrumental	Lactancia Artificial

Turno Nocturno																				
ESCALA																				
Autocuidado	Prevención	Medicación general	Medicación Epidural	Muestra	Ep5	Ep5 Lactancia	Eliminación	P. Invasivos	Heridas	Monit.Materna	Monit.Fetal	Posición	Confort	Acompañamiento	Apoyo y cuidado al paciente	Gestión del paciente	Gestión de la Unidad	Docencia	Investigación	

SUPLEMENTOS						
Nutrición	Urgencias	Alter. Dolor	Adm. Compleja	Aislamiento	Instrumental	Lactancia Artificial

Anexo 9. Consentimiento informado del Jefe de servicio del Paritorio HCUVA para la investigación sobre la recogida del tiempo destinado a cada intervención NIC por las matronas.

D José Eliseo Blanco, Jefe del servicio de Paritorio del Hospital Clínico Universitario Virgen de Arrixaca, expone haber sido informado sobre el estudio "*Diseño, validación y aplicación multicéntrica de una escala de medición de cargas de trabajo de matronas, basadas en intervenciones nic, para unidades de paritorio*", que tiene como investigador principal a D^a Lorena Gómez García, cuya realización es factible en el citado servicio y en los términos planteados según su protocolo, y se hará constar en la Memoria anual de Investigación del Servicio.

En Murcia a 10 de Diciembre de 2020.



Dr. J. Eliseo Blanco
C.I. 3001467.

Anexo 10. Consentimiento informado del Jefe de servicio del Paritorio HGU Santa Lucia para la investigación sobre la recogida del tiempo destinado a cada intervención NIC por las matronas .



(Anexo I)

CONFORMIDAD DEL JEFE DE SERVICIO/UNIDAD CLÍNICA/COORDINADOR CENTRO SALUD)

(Idoneidad del investigador y colaboradores y de las instalaciones)

Proyecto de Investigación de Referencia:

Título: "Diseño, validación y aplicación multicéntrica de una escala de medición de cargas de trabajo de matronas, basadas en intervenciones nic, para unidades de paritorio

Investigador Principal en el Hospital/Centro de Salud: LORENA GÓMEZ GARCÍA
Servicio o Centro: H.G.U. Santa Lucia. Paritorio.

D/Dña PALOMA ORTEGA QUIÑONERO, Jefe Unidad de paritorio, H.G.U. Santa Lucía.

HACE CONSTAR:

- Que conoce el proyecto de investigación referenciado en el encabezamiento.
- Que el Servicio/Unidad/Centro cuenta con los recursos humanos y materiales para realizar el proyecto de investigación.
- Que el equipo investigador es el adecuado para participar en este estudio.
- Que las instalaciones son idóneas para la realización del estudio.
- Que autoriza la realización del estudio en su servicio/unidad.

Cartagena, a 27 de Noviembre de 2020.

Firmado: Paloma Ortega Quiñones VºBº Dirección del Centro
(en su caso)

- **En caso de IP sea el Responsable de la unidad, la conformidad deberá ser firmada por la Dirección o Subdirección del Centro.**

Anexo 11. Aprobación del Comité de Ética de Investigación para realizar estudio en HCUVA.



Dr. D. Antonio Piñero Madrona
Presidente del CEIm Hospital Virgen de la Arrixaca

CERTIFICA

Que el CEIm Hospital Virgen de la Arrixaca en su reunión del día 23/02/2021, acta 02/2021 ha evaluado la propuesta de la investigadora **Lorena Gómez García** referida al estudio:

Título: Diseño, validación y aplicación multicéntrica de una escala de medición de cargas de trabajo de matronas, basadas en intervenciones nic, para unidades de paritorio.

Código Interno: 2021-1-5-HCUVA-TD
Versión Protocolo Evaluada: 1.0 04/02/2021

1º. Considera que

- Se respetan los principios éticos básicos y su realización es pertinente.
- Es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado.
- Se cumplen los requisitos de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

2º. Por lo que este CEIm emite un **DICTAMEN FAVORABLE** y acepta que dicho estudio sea realizado por **Lorena Gómez García** como investigadora principal en el *Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca*.

Lo que firmo en Murcia, a 23 de febrero de 2021

Fdo:



Dr. D. Antonio Piñero Madrona
Presidente del CEIm Hospital Virgen de la Arrixaca

Anexo 12. Aprobación del Comité de Ética de Investigación para realizar estudio en HGUSL.



DICTAMEN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

D^a Laly Gómez Sannicolás, Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Sta. M^a del Rosell, Áreas II y VIII de Salud del Servicio Murciano de Salud

CERTIFICA QUE,

1º El CEI este CEI ha evaluado la propuesta del Promotor/investigador referida al estudio:

Tipo de estudio:

Cod. Protocolo	Nº EudraCT
No consta	No procede
Diseño, validación y aplicación multicéntrica de una escala de medición de cargas de trabajo de matronas, basadas en intervenciones nic, para unidades de partorio.	
Versión Protocolo	Febrero-2021
Consentimiento Informado	Febrero-2021
Promotor:	No consta

Evaluando los aspectos del estudio requeridos por la legislación vigente:

- La realización del estudio en el Área II/VIII de salud es pertinente.
- El estudio cumple con los requisitos reglamentarios correspondientes al tipo de estudio.
- El diseño del estudio es adecuado para obtener las conclusiones objetivo del mismo.
- Los criterios de selección y retirada de los sujetos están indicados y son adecuados.
- Requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación a los objetivos del estudio y justificación de los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- La capacidad de los investigadores y los medios disponibles apropiados para llevar a cabo el estudio.
- El grupo control ha sido adecuadamente elegido y es correcto.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiera con el respeto a los postulados éticos.
- Cumplimiento de los preceptos éticos formulados en la orden SAS 3470/2009 y la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos y en sus posteriores revisiones.

En base a lo expuesto este comité emite el siguiente dictamen:

INFORME FAVORABLE

Investigador y Centros:

D^a Lorena Gómez García, Matrona Partitorio Área II.


Lo que firmo en Cartagena, 23 de febrero de 2021.

Fdo.: D^a Laly Gómez Sannicolás
(Firma y fecha electrónica)


Este es una copia electrónica imprimible de un documento administrativo archivado en la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.2.c) de la Ley 1/2013, de 5 de mayo, y los datos de firma se muestran en los recuadros.
 Su autenticidad puede ser confirmada accediendo a la siguiente dirección: https://sede.carm.es/verificardocumentos e introduciendo el código de verificación (CSV) 04004-06-00667-03-5-015-146-00-005-09-0000



Anexo 13. Aprobación del Comité de Ética de Investigación para realizar estudio en HCN.



Servicio
Murciano
de Salud



Area IV
noroeste

Dra. Mercedes Barba Pérez
Directora Gerente del Área IV-Noroeste

CERTIFICA

Que la Comisión de Docencia e Investigación del Área IV-Noroeste de la Región de Murcia evaluó la propuesta de la investigadora Doña Lorena Gómez García, con DNI número 77721820J, vinculado a Tesis Doctoral de la Universidad de Murcia.

Título: “Diseño, validación y aplicación multicéntrica de una escala de medición de cargas de trabajo de matronas, basadas en intervenciones NIC, para Unidades de Parto”.

Primero: Considera que:

- Se respetan los principios éticos básicos, y su realización es pertinente.
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- La capacidad del investigador y sus colaboradores, las instalaciones y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
- No contradice y respeta la Legislación vigente en confidencialidad e intimidad que asiste a los pacientes y usuarios, refrendada por sendos Comités de Ética Asistencial de las Áreas de Salud I y II, que se asumen en ésta, la IV.


Segundo: La Comisión de Docencia e Investigación del Área emite un Dictamen Favorable.

Lo que firmo en Caravaca de la Cruz, a 16 de marzo de 2021

<p>LA DIRECTORA GERENTE ÁREA IV-NOROESTE</p> <p>Dra. Mercedes Barba Pérez</p>	<p>EL SUBDIRECTOR MÉDICO ASISTENCIAL COORDINADOR DOCENTE DEL ÁREA</p> <p>Dr. Antonio Jesús Sánchez Reales</p>
---	---

GERENCIA ÚNICA DEL ÁREA IV DE SALUD
Avda. Miguel Espinosa, 1. Tlf. 968709154
30400 Caravaca de la Cruz (Murcia)

SÁNCHEZ REALES, ANTONIO JESÚS. LA 01/2021.13.02.21. BARBA PÉREZ, MERCEDES. Este es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y los datos de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificadocumento>, e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) 040640564834467. así: 040640564834467



Anexo 14. Consentimiento Informado y acuerdo de confidencialidad para participar en pilotaje y estudio multicéntrico en HCUVA.



HOJA DE INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTES EN ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN

Título del estudio: “Diseño, validación y aplicación multicéntrica de una escala de medición de cargas de trabajo de matronas, basadas en intervenciones NIC, para Unidades de Paritorio”.

Investigador Principal, servicio/unidad y centro: Lorena Gómez García. Paritorio. H.C.U.V. Arrixaca.

Promotor/financiador: Universidad de Murcia.

Nº de versión y fecha: 1. 26-10-2021.

INTRODUCCIÓN

Considerando el proceso que usted presenta, nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio en el que se le invita a participar. Nuestra intención es que reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Antes de decidir si quiere participar o no, le rogamos lea detenidamente este documento que incluye la información sobre este proyecto. Puede formular todas las preguntas que le surjan y solicitar cualquier aclaración sobre cualquier aspecto del mismo. Nosotros le aclararemos las dudas que puedan surgir en cualquier momento. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

El proyecto cuenta con el informe favorable de un Comité de Ética de la Investigación acreditado en España.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

PROPÓSITO Y PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO:

Las matronas en el ámbito hospitalario desarrollan un gran número de tareas, en términos de eficacia, eficiencia, efectividad, y accesibilidad; buscando la satisfacción de la usuaria, así como la continuidad asistencial. Pues su papel es esencial para la asistencia de la mujer, en el parto normal y en la identificación de complicaciones. Son el referente en nuestro modelo asistencial para el seguimiento del parto, y de hecho, el 95% del tiempo que requiere cada parto siempre está bajo la atención de una matrona.

La evidencia disponible demuestra que una falta de matronas, pone en peligro la calidad en la atención materno-neonatal, así como el cuidado humanizado e individualizado durante el proceso de parto. Pues la falta de matronas provoca un aumento en sus cargas de trabajo. Y a su vez el aumento constante de cargas de trabajo a la que este perfil profesional se encuentra sometido, provoca un sinnúmero de repercusiones, no solo en la esfera física, sino en la psicológica, apareciendo como resultado el cansancio profesional, conocido como burnout.

Por ello, es necesario planificar ese paquete completo de matronas, cuantificando la carga de trabajo, a la que estos profesionales se encuentran expuestos, mediante la generación de un instrumento, considerando las diversas actividades desarrolladas en paritorio, con el fin cuantificar las cargas de trabajo real, y del número de matronas que componen el equipo multidisciplinar.

El objetivo del presente estudio consiste en:

- Diseñar y validar una escala de medición de cargas de trabajo mediante aplicación multicéntrica, específica para las enfermeras obstétrico-ginecológicas (matronas), dentro de la unidad maternal, basada en intervenciones enfermeras NIC, completa, ajustada a la realidad, y codificada de forma que sea operativa y

sencilla de aplicar y de analizar los resultados, definiendo su procedimiento de aplicación e implantación en la práctica clínica diaria.

- Medir la fiabilidad - validez del instrumento de medida de cargas de trabajo, así como la aplicación y nivel de adecuación de la escala diseñada para medir las cargas de trabajo de la matrona en la unidad de paritorio de distintos hospitales, mediante su aplicación multicéntrica.

Para poder cumplir con los objetivos propuestos, requerimos de su colaboración. Para que, durante su proceso de parto, aquellas tareas y actividades de cuidado y vigilancia realizadas por su matrona, sean medidas a tiempo real, a través de una escala. Con el fin de ser conocedores del tiempo que conlleva el prestar cuidados de calidad. Para así poder establecer un ratio matrona / gestante de acuerdo con la visión actual del cuidado humanizado durante el parto.

BENEFICIOS ESPERADOS:

No se espera un beneficio directo por su participación en el estudio. No obstante, los conocimientos obtenidos gracias a los estudios llevados a cabo a partir de sus datos pueden ayudar al avance médico y, por ello, a otras personas. No percibirá ningún beneficio económico por la cesión de los datos proporcionados, ni tendrá derechos sobre posibles beneficios comerciales de los descubrimientos que puedan conseguirse como resultado de la investigación efectuada.

DERECHO DE REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Si cambiara de opinión en relación con los datos proporcionados, tiene derecho a solicitar su destrucción o anonimización, a través de su médico/investigador/investigador principal. No obstante, debe saber que los datos que se hayan obtenido en los análisis realizados hasta ese momento podrán ser utilizados para los fines solicitados y podrán conservarse en cumplimiento de las obligaciones legales correspondientes.

CONFIDENCIALIDAD/PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES:

Sus datos estarán asociadas a un código (codificadas) o anonimizadas. Por el cual no es posible establecer relación entre el dato o muestra con la persona a la que se refiere. Sólo personal autorizado, el/ los investigadores principales, podrán relacionar la información derivada de los análisis realizados con información sobre su identidad.

A este estudio les son plenamente de aplicación la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de datos de carácter Personal y garantía de los derechos digitales y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD). Por ello, es importante que conozca la siguiente información:

- Sus datos personales serán tratados con la finalidad indicada en el documento objeto de firma y serán conservados durante los años necesarios para cumplir con la normativa vigente aplicable.
- El Responsable del Tratamiento es el Hospital Clínico Universitario “Virgen de la Arrixaca” (Área I de Salud-Murcia/Oeste), cuyo **Delegada de Protección de Datos** (DPD) es Doña **Elena García Quiñones** con dirección en Servicio Murciano de Salud, C. / Central nº 7, Edificio Habitamia I, 30100, Espinardo-Murcia (correo electrónico: **dpd-sms@carm.es**).
- La base jurídica que legitima el tratamiento es su consentimiento
- Normativa aplicable: *Reglamento (UE) n 536/2014 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de abril de 2014, sobre los ensayos clínicos de medicamentos de uso humano, y por el que se deroga la Directiva 2001/20/CE; Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y Garantía de los Derechos Digitales, Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica; Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios; Ley 44/ Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, así como la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de autonomía del paciente, y demás legislación vigente en materia sanitaria.*

- Sus datos no serán cedidos, salvo en los casos obligados por Ley o en casos de urgencia médica. No obstante, en todo momento podrá revocar el consentimiento prestado, así como ejercer sus derechos de **acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad**, en la medida que sean aplicables, a través de comunicación escrita al Responsable del Tratamiento de la siguiente manera concretando su solicitud, junto con su DNI o documento equivalente:
 - **Investigador Principal del estudio:** Lorena Gómez García
 - **Domicilio:** Hospital Clínico Universitario “Virgen de la Arrixaca”, Ctra. Murcia-Cartagena s/n, CP 30120, El Palmar-Murcia,
- Asimismo, le informamos de la posibilidad de presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (C/Jorge Juan, 6 Madrid 28001) www.agpd.es

El acceso a su información personal quedará restringido al investigador del estudio/colaboradores, Autoridades Sanitarias en materia de inspección, al Comité Ético de Investigación Clínica, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código, de manera que no se incluya información que pueda identificarle, y sólo su médico del estudio/colaboradores podrá relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica.

Los datos asociados se mantendrán bajo las condiciones de seguridad adecuadas y se garantiza que los sujetos no podrán ser identificados a través de medios considerados razonables por personas distintas a las autorizadas.

Es posible que sea necesario algún dato adicional. En ese caso, el investigador se pondrá en contacto con usted para solicitarle de nuevo su colaboración. Se le informará de los motivos y se le solicitará de nuevo su consentimiento (ver opción sí/no al final de la hoja).

A partir de dichos datos se podrán elaborar comunicaciones científicas para ser presentadas a congresos o revistas científicas siempre manteniendo en todo momento la confidencialidad de sus datos de carácter personal.

Se le informa que de conformidad a lo previsto en la Disposición adicional decimoséptima de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y garantía de los derechos digitales, así como del artículo 89 del Reglamento (UE) 2016/679, en el caso que con sus datos se lleve a cabo un tratamiento con fines de investigación en salud pública y, en particular, biomédica se procederá a:

- Realizar una evaluación de impacto que determine los riesgos derivados del tratamiento en los supuestos previstos en el artículo 35 del Reglamento (UE) 2016/679 o en los establecidos por la autoridad de control. Esta evaluación incluirá de modo específico los riesgos de reidentificación vinculados a la anonimización o pseudonimización de los datos.
- Someter la investigación científica a las normas de calidad y, en su caso, a las directrices internacionales sobre buena práctica clínica.
- Adoptar, en su caso, medidas dirigidas a garantizar que los investigadores no acceden a datos de identificación de los interesados. En el supuesto de que no pueda garantizarse esta separación entre los datos y el investigador, se le garantiza un compromiso expreso de confidencialidad por parte del investigador, así como de no realizar ninguna actividad de reidentificación. Se adoptarán medidas de seguridad específicas para evitar la reidentificación y el acceso de terceros no autorizados.

IMPLICACIONES DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA AL ANALIZAR LOS DATOS

En el caso de que usted lo solicite, se le podrá facilitar información concreta acerca del estudio de investigación en el que se hayan participado, así como de los resultados generales del presente estudio.

INVESTIGACIONES FUTURAS

Autorizo la posible reutilización de datos personales con fines de investigación en materia de salud y biomédica para finalidades o áreas de investigación relacionadas con este estudio.



HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del proyecto: “Diseño, validación y aplicación multicéntrica de una escala de medición de cargas de trabajo de matronas, basadas en intervenciones NIC, para Unidades de Paritorio”.

Investigador Principal, servicio/unidad y centro: Lorena Gómez García. Paritorio. H.C.U.V. Arrisaca.

Promotor/financiador (si aplica): Universidad de Murcia.

Datos del participante/paciente

Nombre: _____

Investigador o persona que proporciona la información

Nombre: _____

1. He leído, he sido informado y comprendo el contenido de la presente hoja de Información, lo que acredito con mi firma en prueba de mi consentimiento en todo lo que en ella se contiene.
2. Entiendo que mi participación es voluntaria y gratuita y comprendo que puedo solicitar la revocación de este consentimiento en cualquier momento, sin tener que ofrecer explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados presentes y/o futuros.
3. Deseo que el médico del estudio me comunique la información derivada de la investigación que pueda ser relevante y aplicable para mi salud o la de mis familiares:
 SI NO Teléfono o e-mail de contacto.....
4. Consiento al almacenamiento de los datos asociados para futuras investigaciones en las condiciones explicadas en esta hoja de información.
 SI NO
5. Consiento a ser contactado en el caso de necesitar más información adicional.
 SI NO Teléfono o e-mail de contacto.....

Fecha: Firma del Participante/paciente

Fecha: Firma del Investigador o persona que proporciona la información

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Dña revoco el consentimiento prestado en fecha y no deseo continuar participando en el estudio “Diseño, validación y aplicación multicéntrica de una escala de medición de cargas de trabajo de matronas, basadas en intervenciones NIC, para Unidades de Paritorio”.

Firma del paciente:

Firma del investigador:

Fecha:

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN “DISEÑO, VALIDACIÓN Y APLICACIÓN MULTICÉNTRICA DE UNA ESCALA DE MEDICIÓN DE CARGAS DE MATRONAS, BASADA EN INTERVENCIONES NIC, PARA UNIDADES DE PARITORIO”



Murcia, a ____ de _____ 2021

COMPARECEN:

De una parte, la Dra. Lorena Gómez García miembro y responsable de la investigación titulada “Diseño, validación y aplicación multicéntrica de una escala de medición de cargas de trabajo de matronas, basada en Intervenciones NIC, para Unidades de Paritorio”, desarrollada en el contexto de tesis doctoral por parte de la Universidad de Murcia.

De otra parte, _____,
con DNI _____, profesional de matrona del Hospital Comarcal del Noroeste, participante en calidad de invitado en la investigación “Diseño, validación y aplicación multicéntrica de una escala de medición de cargas de trabajo de Matronas, basada en Intervenciones NIC, para Unidades de Paritorio”

EXPONEN

Que las partes, reconociéndose entre ellas capacidad jurídica suficiente, van a intercambiar información susceptible de ser protegida mediante condiciones de confidencialidad.

Para proteger toda esta información y salvaguardar su carácter confidencial, las partes, de común acuerdo, formalizan el presente Acuerdo de Confidencialidad con sujeción a las siguientes,

CLÁUSULAS**PRIMERA. – CONFIDENCIALIDAD**

El profesional de Matrona se compromete a mantener en secreto todos los datos e informaciones que puedan tener la consideración de información confidencial y que cualquier otro miembro del equipo investigador en el que esté integrado le proporcionen o revelen de manera oral, escrita, gráfica o por cualquier otro medio de difusión.

Así mismo se obliga a no revelar, comunicar, ceder o divulgar a terceros ninguna información relativa a su trabajo.

El profesional de matrona se obliga a no revelar ninguna información de la investigación en el que participe sin haber obtenido de manera expresa y por escrito, la autorización correspondiente de la investigadora responsable.

El profesional de matrona se obliga a formar los compromisos de confidencialidad que le puedan requerir la investigación responsable.

El compromiso de confidencialidad y secreto continuará en vigor y será vinculante incluso tras haber finalizado la relación administrativa entre la investigadora y la matrona participante.

En las publicaciones se respetará siempre la mención a los participantes. En cualquier de los casos de difusión de resultados se hará siempre referencia especial al presente contrato.

Habiendo leído el presente por sí mismo y hallándose conformes, lo firman por duplicado y a sólo efecto, en el lugar y fecha arriba citados.

Fdo.: Lorena Gómez García.
Matrona.
Investigadora responsable.

Fdo.: _____
Matrona participante.

Anexo 15. Consentimiento Informado y acuerdo de confidencialidad para participar en estudio multicéntrico en HGUSL.



HOJA DE INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTES

EN ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN

Título del estudio: “Diseño, validación y aplicación multicéntrica de una escala de medición de cargas de trabajo de matronas, basadas en intervenciones NIC, para Unidades de Partorio”.

Investigador Principal, servicio/unidad y centro: Lorena Gómez García. Partorio. Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena.

Promotor/financiador: Universidad de Murcia.

Nº de versión y fecha:

INTRODUCCIÓN

Considerando el proceso que usted presenta, nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio en el que se le invita a participar. Nuestra intención es que reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Antes de decidir si quiere participar o no, le rogamos lea detenidamente este documento que incluye la información sobre este proyecto. Puede formular todas las preguntas que le surjan y solicitar cualquier aclaración sobre cualquier aspecto del mismo. Nosotros le aclararemos las dudas que puedan surgir en cualquier momento. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

El proyecto cuenta con el informe favorable de un Comité de Ética de la Investigación acreditado en España.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

PROPÓSITO Y PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO:

Las matronas en el ámbito hospitalario desarrollan un gran número de tareas, en términos de eficacia, eficiencia, efectividad, y accesibilidad; buscando la satisfacción de la usuaria, así como la continuidad asistencial. Pues su papel es esencial para la asistencia de la mujer, en el parto normal y en la identificación de complicaciones. Son el referente en nuestro modelo asistencial para el seguimiento del parto, y de hecho, el 95% del tiempo que requiere cada parto siempre está bajo la atención de una matrona.

La evidencia disponible demuestra que una falta de matronas, pone en peligro la calidad en la atención materno-neonatal, así como el cuidado humanizado e individualizado durante el proceso de parto. Pues la falta de matronas provoca un aumento en sus cargas de trabajo. Y a su vez el aumento constante de cargas de trabajo a la que este perfil profesional se encuentra sometido, provoca un sinnúmero de repercusiones, no solo en la esfera física, sino en la psicológica, apareciendo como resultado el cansancio profesional, conocido como burnout.

Por ello, es necesario planificar ese paquete completo de matronas, cuantificando la carga de trabajo, a la que estos profesionales se encuentran expuestos, mediante la generación de un instrumento, considerando las diversas actividades desarrolladas en paritorio, con el fin de cuantificar las cargas de trabajo real, y del número de matronas que componen el equipo multidisciplinar.

El objetivo del presente estudio consiste en:

- Diseñar y validar una escala de medición de cargas de trabajo mediante aplicación multicéntrica, específica para las enfermeras obstétrico-ginecológicas (matronas), dentro de la unidad maternal, basada en intervenciones enfermeras NIC, completa, ajustada a la realidad, y codificada de forma que sea operativa y

sencilla de aplicar y de analizar los resultados, definiendo su procedimiento de aplicación e implantación en la práctica clínica diaria.

- Medir la fiabilidad - validez del instrumento de medida de cargas de trabajo, así como la aplicación y nivel de adecuación de la escala diseñada para medir las cargas de trabajo de la matrona en la unidad de paritorio de distintos hospitales, mediante su aplicación multicéntrica.

Para poder cumplir con los objetivos propuestos, requerimos de su colaboración. Para que durante su proceso de parto, aquellas tareas y actividades de cuidado y vigilancia realizadas por su matrona, sean medidas a tiempo real, a través de una escala. Con el fin de ser conocedores del tiempo que conlleva el prestar cuidados de calidad. Para así poder establecer un ratio matrona / gestante de acuerdo con la visión actual del cuidado humanizado durante el parto.

BENEFICIOS ESPERADOS:

No se espera un beneficio directo por su participación en el estudio. No obstante, los conocimientos obtenidos gracias a los estudios llevados a cabo a partir de sus datos pueden ayudar al avance médico y, por ello, a otras personas. No percibirá ningún beneficio económico por la cesión de los datos proporcionados, ni tendrá derechos sobre posibles beneficios comerciales de los descubrimientos que puedan conseguirse como resultado de la investigación efectuada.

DERECHO DE REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Si cambiara de opinión en relación con los datos proporcionados, tiene derecho a solicitar su destrucción o anonimización, a través de su médico/investigador/investigador principal. No obstante, debe saber que los datos que se hayan obtenido en los análisis realizados hasta ese momento podrán ser utilizados para los fines solicitados y podrán conservarse en cumplimiento de las obligaciones legales correspondientes.

CONFIDENCIALIDAD/PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES:

Sus datos estarán asociadas a un código (codificadas) o anonimizadas. Por el cual no es posible establecer relación entre el dato o muestra con la persona a la que se refiere. Sólo personal autorizado, el/ los investigadores principales, podrán relacionar la información derivada de los análisis realizados con información sobre su identidad.

A este estudio les son plenamente de aplicación la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de datos de carácter Personal y garantía de los derechos digitales y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD). Por ello, es importante que conozca la siguiente información:

- Sus datos personales serán tratados con la finalidad indicada en el documento objeto de firma y serán conservados durante los años necesarios para cumplir con la normativa vigente aplicable.
- El Responsable del Tratamiento es el Hospital General Universitario Santa Lucía” (Área II de Salud-Murcia/Oeste), cuyo **Delegada de Protección de Datos (DPD)** es Doña **Elena García Quiñones** con dirección en Servicio Murciano de Salud, C. / Central nº 7, Edificio Habitamia I, 30100, Espinardo-Murcia (correo electrónico: **dpd-sms@carm.es**).
- La base jurídica que legitima el tratamiento es su consentimiento
- Normativa aplicable: *Reglamento (UE) n 536/2014 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de abril de 2014 , sobre los ensayos clínicos de medicamentos de uso humano, y por el que se deroga la Directiva 2001/20/CE; Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y Garantía de los Derechos Digitales, Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica; Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios; Ley 44/ Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, así como la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de autonomía del paciente, y demás legislación vigente en materia sanitaria.*

- Sus datos no serán cedidos, salvo en los casos obligados por Ley o en casos de urgencia médica. No obstante, en todo momento podrá revocar el consentimiento prestado, así como ejercer sus derechos de **acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad**, en la medida que sean aplicables, a través de comunicación escrita al Responsable del Tratamiento de la siguiente manera concretando su solicitud, junto con su DNI o documento equivalente:
 - **Investigador Principal del estudio**: Lorena Gómez García
 - **Domicilio**: Hospital General Universitario Santa Lucía. C/ Mezquita, s/n, Paraje Los Arcos, 30202, Santa Lucía, Cartagena.
- Asimismo, le informamos de la posibilidad de presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (C/Jorge Juan, 6 Madrid 28001) www.agpd.es

El acceso a su información personal quedará restringido al investigador del estudio/colaboradores, Autoridades Sanitarias en materia de inspección, al Comité Ético de Investigación Clínica, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código, de manera que no se incluya información que pueda identificarle, y sólo el investigador del estudio/colaboradores podrá relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica.

Los datos asociados se mantendrán bajo las condiciones de seguridad adecuadas y se garantiza que los sujetos no podrán ser identificados a través de medios considerados razonables por personas distintas a las autorizadas.

Es posible que sea necesario algún dato adicional. En ese caso, el investigador se pondrá en contacto con usted para solicitarle de nuevo su colaboración. Se le informará de los motivos y se le solicitará de nuevo su consentimiento (ver opción sí/no al final de la hoja).

A partir de dichos datos se podrán elaborar comunicaciones científicas para ser presentadas a congresos o revistas científicas siempre manteniendo en todo momento la confidencialidad de sus datos de carácter personal.

Se le informa que de conformidad a lo previsto en la Disposición adicional decimoséptima de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y garantía de los derechos digitales, así como del artículo 89 del Reglamento (UE) 2016/679, en el caso que con sus datos se lleve a cabo un tratamiento con fines de investigación en salud pública y, en particular, biomédica se procederá a:

- Realizar una evaluación de impacto que determine los riesgos derivados del tratamiento en los supuestos previstos en el artículo 35 del Reglamento (UE) 2016/679 o en los establecidos por la autoridad de control. Esta evaluación incluirá de modo específico los riesgos de reidentificación vinculados a la anonimización o seudonimización de los datos.
- Someter la investigación científica a las normas de calidad y, en su caso, a las directrices internacionales sobre buena práctica clínica.
- Adoptar, en su caso, medidas dirigidas a garantizar que los investigadores no acceden a datos de identificación de los interesados. En el supuesto de que no pueda garantizarse esta separación entre los datos y el investigador, se le garantiza un compromiso expreso de confidencialidad por parte del investigador así como de no realizar ninguna actividad de reidentificación. Se adoptarán medidas de seguridad específicas para evitar la reidentificación y el acceso de terceros no autorizados.

IMPLICACIONES DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA AL ANALIZAR LOS DATOS

En el caso de que usted lo solicite, se le podrá facilitar información concreta acerca del estudio de investigación en el que se hayan participado, así como de los resultados generales del presente estudio.

INVESTIGACIONES FUTURAS

Autorizo la posible reutilización de datos personales con fines de investigación en materia de salud y biomédica para finalidades o áreas de investigación relacionadas con este estudio.



Hospital General Universitario
Santa Lucía



HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del proyecto: “Diseño, validación y aplicación multicéntrica de una escala de medición de cargas de trabajo de matronas, basadas en intervenciones NIC, para Unidades de Partorio”.

Investigador Principal, servicio/unidad y centro: Lorena Gómez García. Partorio. Hospital General Universitario Santa Lucía.

Promotor/financiador (si aplica): Universidad de Murcia.

Datos del participante/paciente

Nombre _____

Investigador o persona que proporciona la información

Nombre _____

1. He leído, he sido informado y comprendo el contenido de la presente hoja de Información, lo que acredito con mi firma en prueba de mi consentimiento en todo lo que en ella se contiene.
2. Entiendo que mi participación es voluntaria y gratuita y comprendo que puedo solicitar la revocación de este consentimiento en cualquier momento, sin tener que ofrecer explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados presentes y/o futuros.
3. Deseo que el investigador del estudio me comunique la información derivada de la investigación que pueda ser relevante y aplicable para mi salud o la de mis familiares:
 SI NO Teléfono o e-mail de contacto.....
4. Consiento al almacenamiento de los datos asociados para futuras investigaciones en las condiciones explicadas en esta hoja de información.
 SI NO

5. Consiento a ser contactado en el caso de necesitar más información adicional.

SI NO Teléfono o e-mail de contacto.....

Fecha: Firma del Participante/paciente

Fecha: Firma del Investigador o persona que proporciona la información

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Dña revoco el consentimiento prestado en fecha y no deseo continuar participando en el estudio “Diseño, validación y aplicación multicéntrica de una escala de medición de cargas de trabajo de matronas, basadas en intervenciones NIC, para Unidades de Paritorio”.

Firma del paciente:

Firma del investigador:

Fecha:

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN “DISEÑO, VALIDACIÓN Y APLICACIÓN MULTICÉNTRICA DE UNA ESCALA DE MEDICIÓN DE CARGAS DE MATRONAS, BASADA EN INTERVENCIONES NIC, PARA UNIDADES DE PARITORIO”



Hospital General Universitario
Santa Lucía

UNIVERSIDAD DE
MURCIA



Murcia, a ____ de _____ 2021

COMPARECEN:

De una parte, la Dra. Lorena Gómez García miembro y responsable de la investigación titulada “Diseño, validación y aplicación multicéntrica de una escala de medición de cargas de trabajo de matronas, basada en Intervenciones NIC, para Unidades de Paritorio”, desarrollada en el contexto de tesis doctoral por parte de la Universidad de Murcia.

De otra parte, _____,
con DNI _____, profesional de matrona del Hospital Comarcal del Noroeste, participante en calidad de invitado en la investigación “Diseño, validación y aplicación multicéntrica de una escala de medición de cargas de trabajo de Matronas, basada en Intervenciones NIC, para Unidades de Paritorio”

EXPONEN

Que las partes, reconociéndose entre ellas capacidad jurídica suficiente, van a intercambiar información susceptible de ser protegida mediante condiciones de confidencialidad.

Para proteger toda esta información y salvaguardar su carácter confidencial, las partes, de común acuerdo, formalizan el presente Acuerdo de Confidencialidad con sujeción a las siguientes,

CLÁUSULAS**PRIMERA. – CONFIDENCIALIDAD**

El profesional de Matrona se compromete a mantener en secreto todos los datos e informaciones que puedan tener la consideración de información confidencial y que cualquier otro miembro del equipo investigador en el que esté integrado le proporcionen o revelen de manera oral, escrita, gráfica o por cualquier otro medio de difusión.

Así mismo se obliga a no revelar, comunicar, ceder o divulgar a terceros ninguna información relativa a su trabajo.

El profesional de matrona se obliga a no revelar ninguna información de la investigación en el que participe sin haber obtenido de manera expresa y por escrito, la autorización correspondiente de la investigadora responsable.

El profesional de matrona se obliga a formar los compromisos de confidencialidad que le puedan requerir la investigación responsable.

El compromiso de confidencialidad y secreto continuará en vigor y será vinculante incluso tras haber finalizado la relación administrativa entre la investigadora y la matrona participante.

En las publicaciones se respetará siempre la mención a los participantes. En cualquier de los casos de difusión de resultados se hará siempre referencia especial al presente contrato.

Habiendo leído el presente por sí mismo y hallándose conformes, lo firman por duplicado y a sólo efecto, en el lugar y fecha arriba citados.

Fdo.: Lorena Gómez García.

Fdo.: _____

Matrona.

Matrona participante.

Investigadora responsable.

Anexo 16. Consentimiento Informado y acuerdo de confidencialidad para participar en estudio multicéntrico en HCN.

HOJA DE INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTES EN ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN



Título del estudio: “Diseño, validación y aplicación multicéntrica de una escala de medición de cargas de trabajo de matronas, basadas en intervenciones NIC, para Unidades de Paritorio”.

Investigador Principal, servicio/unidad y centro: Lorena Gómez García. Paritorio. H.C.N

Promotor/financiador: Universidad de Murcia.

Nº de versión y fecha: 1. 26-10-21

INTRODUCCIÓN

Considerando el proceso que usted presenta, nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio en el que se le invita a participar. Nuestra intención es que reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Antes de decidir si quiere participar o no, le rogamos lea detenidamente este documento que incluye la información sobre este proyecto. Puede formular todas las preguntas que le surjan y solicitar cualquier aclaración sobre cualquier aspecto del mismo. Nosotros le aclararemos las dudas que puedan surgir en cualquier momento. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

El proyecto cuenta con el informe favorable de un Comité de Ética de la Investigación acreditado en España.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

PROPÓSITO Y PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO:

Las matronas en el ámbito hospitalario desarrollan un gran número de tareas, en términos de eficacia, eficiencia, efectividad, y accesibilidad; buscando la satisfacción de la usuaria, así como la continuidad asistencial. Pues su papel es esencial para la asistencia de la mujer, en el parto normal y en la identificación de complicaciones. Son el referente en nuestro modelo asistencial para el seguimiento del parto, y de hecho, el 95% del tiempo que requiere cada parto siempre está bajo la atención de una matrona.

La evidencia disponible demuestra que una falta de matronas, pone en peligro la calidad en la atención materno-neonatal, así como el cuidado humanizado e individualizado durante el proceso de parto. Pues la falta de matronas provoca un aumento en sus cargas de trabajo. Y a su vez el aumento constante de cargas de trabajo a la que este perfil profesional se encuentra sometido, provoca un sinnúmero de repercusiones, no solo en la esfera física, sino en la psicológica, apareciendo como resultado el cansancio profesional, conocido como burnout.

Por ello, es necesario planificar ese paquete completo de matronas, cuantificando la carga de trabajo, a la que estos profesionales se encuentran expuestos, mediante la generación de un instrumento, considerando las diversas actividades desarrolladas en paritorio, con el fin de cuantificar las cargas de trabajo real, y del número de matronas que componen el equipo multidisciplinar.

El objetivo del presente estudio consiste en:

- Diseñar y validar una escala de medición de cargas de trabajo mediante aplicación multicéntrica, específica para las enfermeras obstétrico-ginecológicas (matronas), dentro de la unidad maternal, basada en

intervenciones enfermeras NIC, completa, ajustada a la realidad, y codificada de forma que sea operativa y sencilla de aplicar y de analizar los resultados, definiendo su procedimiento de aplicación e implantación en la práctica clínica diaria.

- Medir la fiabilidad - validez del instrumento de medida de cargas de trabajo, así como la aplicación y nivel de adecuación de la escala diseñada para medir las cargas de trabajo de la matrona en la unidad de paritorio de distintos hospitales, mediante su aplicación multicéntrica.

Para poder cumplir con los objetivos propuestos, requerimos de su colaboración. Para que durante su proceso de parto, aquellas tareas y actividades de cuidado y vigilancia realizadas por su matrona, sean medidas a tiempo real, a través de una escala. Con el fin de ser conocedores del tiempo que conlleva el prestar cuidados de calidad. Para así poder establecer una ratio matrona / gestante de acuerdo con la visión actual del cuidado humanizado durante el parto.

BENEFICIOS ESPERADOS:

No se espera un beneficio directo por su participación en el estudio. No obstante, los conocimientos obtenidos gracias a los estudios llevados a cabo a partir de sus datos pueden ayudar al avance médico y, por ello, a otras personas. No percibirá ningún beneficio económico por la cesión de los datos proporcionados, ni tendrá derechos sobre posibles beneficios comerciales de los descubrimientos que puedan conseguirse como resultado de la investigación efectuada.

DERECHO DE REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Si cambiara de opinión en relación con los datos proporcionados, tiene derecho a solicitar su destrucción o anonimización, a través de su médico/investigador/investigador principal. No obstante, debe saber que los datos que se hayan obtenido en los análisis realizados hasta ese momento podrán ser utilizados para los fines solicitados y podrán conservarse en cumplimiento de las obligaciones legales correspondientes.

CONFIDENCIALIDAD/PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES:

Sus datos estarán asociadas a un código (codificadas) o anonimizadas. Por el cual no es posible establecer relación entre el dato o muestra con la persona a la que se refiere.

Sólo personal autorizado, el/ los investigadores principales, podrán relacionar la información derivada de los análisis realizados con información sobre su identidad.

A este estudio les son plenamente de aplicación la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de datos de carácter Personal y garantía de los derechos digitales y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD). Por ello, es importante que conozca la siguiente información:

- Sus datos personales serán tratados con la finalidad indicada en el documento objeto de firma y serán conservados durante los años necesarios para cumplir con la normativa vigente aplicable.
- El Responsable del Tratamiento es el Hospital Comarcal del Noroeste (Área IV de Salud-Noroeste), cuyo **Delegada de Protección de Datos (DPD)** es Doña **Elena García Quiñones** con dirección en Servicio Murciano de Salud, C. / Central nº 7, Edificio Habitamia I, 30100, Espinardo-Murcia (correo electrónico: **dpd-sms@carm.es**).
- La base jurídica que legitima el tratamiento es su consentimiento
- Normativa aplicable: *Reglamento (UE) n 536/2014 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de abril de 2014, sobre los ensayos clínicos de medicamentos de uso humano, y por el que se deroga la Directiva 2001/20/CE; Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y Garantía de los Derechos Digitales, Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica; Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios; Ley 44/Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, así como la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de autonomía del paciente, y demás legislación vigente en materia sanitaria.*

- Sus datos no serán cedidos, salvo en los casos obligados por Ley o en casos de urgencia médica. No obstante, en todo momento podrá revocar el consentimiento prestado, así como ejercer sus derechos de **acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad**, en la medida que sean aplicables, a través de comunicación escrita al Responsable del Tratamiento de la siguiente manera **concretando su solicitud, junto con su DNI o documento equivalente**:
 - **Investigador Principal del estudio**: Lorena Gómez García
 - **Domicilio**: Hospital Comarcal del Noroeste. Avenida Miguel Espinosa, 1,30400. Caravaca de la Cruz. Murcia
- Asimismo, le informamos de la posibilidad de presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (C/Jorge Juan, 6 Madrid 28001) www.agpd.es

El acceso a su información personal quedará restringido al investigador del estudio/colaboradores, Autoridades Sanitarias en materia de inspección, al Comité Ético de Investigación Clínica, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código, de manera que no se incluya información que pueda identificarle, y sólo su médico del estudio/colaboradores podrá relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica.

Los datos asociados se mantendrán bajo las condiciones de seguridad adecuadas y se garantiza que los sujetos no podrán ser identificados a través de medios considerados razonables por personas distintas a las autorizadas.

Es posible que sea necesario algún dato adicional. En ese caso, el investigador se pondrá en contacto con usted para solicitarle de nuevo su colaboración. Se le informará de los motivos y se le solicitará de nuevo su consentimiento (ver opción sí/no al final de la hoja).

A partir de dichos datos se podrán elaborar comunicaciones científicas para ser presentadas a congresos o revistas científicas siempre manteniendo en todo momento la confidencialidad de sus datos de carácter personal.

Se le informa que de conformidad a lo previsto en la Disposición adicional decimoséptima de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y garantía de los derechos digitales, así como del artículo 89 del Reglamento (UE) 2016/679, en el caso que con sus datos se lleve a cabo un tratamiento con fines de investigación en salud pública y, en particular, biomédica se procederá a:

- Realizar una evaluación de impacto que determine los riesgos derivados del tratamiento en los supuestos previstos en el artículo 35 del Reglamento (UE) 2016/679 o en los establecidos por la autoridad de control. Esta evaluación incluirá de modo específico los riesgos de reidentificación vinculados a la anonimización o seudonimización de los datos.
- Someter la investigación científica a las normas de calidad y, en su caso, a las directrices internacionales sobre buena práctica clínica.
- Adoptar, en su caso, medidas dirigidas a garantizar que los investigadores no acceden a datos de identificación de los interesados. En el supuesto de que no pueda garantizarse esta separación entre los datos y el investigador, se le garantiza un compromiso expreso de confidencialidad por parte del investigador así como de no realizar ninguna actividad de reidentificación. Se adoptarán medidas de seguridad específicas para evitar la reidentificación y el acceso de terceros no autorizados.

IMPLICACIONES DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA AL ANALIZAR LOS DATOS

En el caso de que usted lo solicite, se le podrá facilitar información concreta acerca del estudio de investigación en el que se hayan participado, así como de los resultados generales del presente estudio.

INVESTIGACIONES FUTURAS

Autorizo la posible reutilización de datos personales con fines de investigación en materia de salud y biomédica para finalidades o áreas de investigación relacionadas con este estudio.

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.



Título del proyecto: “Diseño, validación y aplicación multicéntrica de una escala de medición de cargas de trabajo de matronas, basadas en intervenciones NIC, para Unidades de Paritorio”.

Investigador Principal, servicio/unidad y centro: Lorena Gómez García. Paritorio. Hospital Comarcal del Noroeste.

Promotor/financiador (si aplica): Universidad de Murcia.

Datos del participante/paciente

Nombre: _____

Investigador o persona que proporciona la información

Nombre: _____

1. He leído, he sido informado y comprendo el contenido de la presente hoja de Información, lo que acredito con mi firma en prueba de mi consentimiento en todo lo que en ella se contiene.
2. Entiendo que mi participación es voluntaria y gratuita y comprendo que puedo solicitar la revocación de este consentimiento en cualquier momento, sin tener que ofrecer explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados presentes y/o futuros.
3. Deseo que el investigador del estudio me comunique la información derivada de la investigación que pueda ser relevante y aplicable para mi salud o la de mis familiares:
 SI NO Teléfono o e-mail de contacto.....
4. Consiento al almacenamiento de los datos asociados para futuras investigaciones en las condiciones explicadas en esta hoja de información.
 SI NO

ANEXOS

5. Consiento a ser contactado en el caso de necesitar más información adicional.

SI NO Teléfono o e-mail de contacto.....

Fecha: Firma del Participante/paciente

Fecha: Firma del Investigador o persona que proporciona la información

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Dña revoco el consentimiento prestado en fecha y no deseo continuar participando en el estudio "Diseño, validación y aplicación multicéntrica de una escala de medición de cargas de trabajo de matronas, basadas en intervenciones NIC, para Unidades de Paritorio".

Firma del paciente:

Firma del investigador:

Fecha:

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN “DISEÑO, VALIDACIÓN Y APLICACIÓN MULTICÉNTRICA DE UNA ESCALA DE MEDICIÓN DE CARGAS DE MATRONAS, BASADA EN INTERVENCIONES NIC, PARA UNIDADES DE PARITORIO”



Murcia, a ____ de _____ 2021

COMPARECEN:

De una parte, la Dra. Lorena Gómez García miembro y responsable de la investigación titulada “Diseño, validación y aplicación multicéntrica de una escala de medición de cargas de trabajo de matronas, basada en Intervenciones NIC, para Unidades de Paritorio”, desarrollada en el contexto de tesis doctoral por parte de la Universidad de Murcia.

De otra parte, _____,
con DNI _____, profesional de matrona del Hospital Comarcal del Noroeste, participante en calidad de invitado en la investigación “Diseño, validación y aplicación multicéntrica de una escala de medición de cargas de trabajo de Matronas, basada en Intervenciones NIC, para Unidades de Paritorio”

EXPONEN

Que las partes, reconociéndose entre ellas capacidad jurídica suficiente, van a intercambiar información susceptible de ser protegida mediante condiciones de confidencialidad.

Para proteger toda esta información y salvaguardar su carácter confidencial, las partes, de común acuerdo, formalizan el presente Acuerdo de Confidencialidad con sujeción a las siguientes,

CLÁUSULAS

PRIMERA. – CONFIDENCIALIDAD

El profesional de Matrona se compromete a mantener en secreto todos los datos e informaciones que puedan tener la consideración de información confidencial y que cualquier otro miembro del equipo investigador en el que esté integrado le proporcionen o revelen de manera oral, escrita, gráfica o por cualquier otro medio de difusión.

Así mismo se obliga a no revelar, comunicar, ceder o divulgar a terceros ninguna información relativa a su trabajo.

El profesional de matrona se obliga a no revelar ninguna información de la investigación en el que participe sin haber obtenido de manera expresa y por escrito, la autorización correspondiente de la investigadora responsable.

El profesional de matrona se obliga a formar los compromisos de confidencialidad que le puedan requerir la investigación responsable.

El compromiso de confidencialidad y secreto continuará en vigor y será vinculante incluso tras haber finalizado la relación administrativa entre la investigadora y la matrona participante.

En las publicaciones se respetará siempre la mención a los participantes. En cualquier de los casos de difusión de resultados se hará siempre referencia especial al presente contrato.

Habiendo leído el presente por sí mismo y hallándose conformes, lo firman por duplicado y a sólo efecto, en el lugar y fecha arriba citados.

Fdo.: Lorena Gómez García.

Matrona.

Investigadora responsable.

Fdo.: _____

Matrona participante.

Anexo 17. Beca del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España.



EL CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE ENFERMERÍA DE ESPAÑA

CERTIFICA

Que **D^a. Lorena Gómez García**, con **DNI 77721820J**, ha resultado beneficiaria del **Programa de Ayudas a Doctorandos y Realización de Tesis del Consejo General de Enfermería**, por su condición de enfermera colegiada y estudiante en un Programa Oficial de Doctorado.

Programa: **Ayudas a Doctorandos y Realización de Tesis.**

Convocatoria: **Ordinaria de ámbito nacional (2^a Edición, año 2023).**

Título de la Tesis: **Diseño, validación y aplicación multicéntrica de una escala de medición de cargas de trabajo de matronas, basadas en intervenciones NIC, para unidades de paritorio.**

Entidad Organizadora: **Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España.**

Entidad Financiadora: **Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España.**

Dotación Económica: **700,00€ brutos.**

Y para que conste a los efectos oportunos, se expide y firma el presente en Madrid, a 25 de enero de 2024.

El Presidente,

Florentino Pérez Raya



El Secretario General,

Diego Ayuso Murillo

MATERIAL
COMPLEMENTARIO

M.C.1. Datos sociodemográficos de las matronas entrevistadas para conocer la necesidad de medir sus cargas de trabajo en partos.

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS DE LA ENTREVISTA A UNA MUESTRA DE 31 MATRONAS.		
DATOS	N	PORCENTAJE
Mujer	27	87.1
Hombre	4	12.69
Soltero	7	22.6
Casado	21	67.7
Divorciado	3	9.7
Si, tienen hijos	24	77.4
No, tiene hijos	7	22.6
Tienen 1 hijo	5	16.1
Tienen 2 hijos	14	45.2
Tienen 3 hijos	5	16.1
DATOS	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
Edad	39.71	6.88
Años trabajados de enfermero	18.29	6.98
Años desde la obtención de titulación de matronas	11.06	6.07
Años trabajados de matrona	10.06	6.73
Antigüedad en el hospital	9.77	7.95
Antigüedad en el servicio de paritorio	7.74	6.92
Número de matronas por turno diurno en partos	4.97	1.77
Número de matronas por turno nocturno en partos	4.90	1.86
Número de paritorios en la unidad de partos	7.97	3.47

M.C.2. Datos socio clínicos de las matronas entrevistadas para conocer la necesidad de medir sus cargas de trabajo en partos.

DATOS SOCIOCLINICOS DE LA ENTREVISTA REALIZADAS A UNA MUESTRA 31 MATRONAS		
DATOS	N	PORCENTAJE
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Palmar. Murcia.	9	29
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario de Canarias, Tenerife.	1	3.2
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Alta Resolución Pirineo, Huéscar.	1	3.2
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Nuestra Señora de los Reyes, el Hierro.	1	3.2
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Comarcal del Noroeste, Caravaca. Murcia.	1	3.2
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Santa Lucia, Cartagena.	10	3.2
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Rafael Méndez, Lorca.	3	9.7
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario virgen del Rocío, Sevilla.	1	3.2
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Tenerife.	1	3.2
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor, San Javier.	1	3.2
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy.	1	3.2
Trabajan en Atención Especializada	31	100
Trabajan en Hospital de primer Nivel	6	19.4
Trabajan en Hospital de Segundo Nivel	1	3.2
Trabajan en Hospital de Tercer Nivel	24	77.4
Si, han ejercido de enfermeras	29	93.5
No, han ejercido de enfermeras	2	6.5
Si, han ejercido puesto de gestión sanitaria	5	16.1
No, han ejercido puesto de gestión sanitaria	26	83.9
Son o han ejercido puesto de supervisor/a	4	12.9
Son o han ejercido puesto de subdirector/a	1	3.2
Han ejercido la supervisión en paritorio	4	12.9
Han ejercido la supervisión en hospitalización	1	3.2
Si, conocen sus competencias profesionales	31	100
No, conocen sus competencias profesiones	0	0
Si, conocen sus actividades profesionales	31	100
No, conocen sus actividades profesionales	0	0

M.C.3. Datos clínicos de las matronas entrevistadas para conocer la necesidad de medir sus cargas de trabajo en partos.

DATOS CLÍNICOS DE LA ENTREVISTA REALIZADAS A UNA MUESTRA DE 31 MATRONAS		
DATOS	N	PORCENTAJE
Si, son adecuadas las cargas de trabajo	12	38.7
No, son adecuadas las cargas de trabajo	19	61.3
Si, he sentido sobrecarga en el trabajo	28	90.3
No, he sentido sobrecarga en el trabajo	3	9.7
Si, tiene consecuencias las sobrecarga en la gestante.	31	100
Consecuencias para la gestante: merma en la atención de Calidad	28	90.3
Consecuencias para la gestante: merma en la atención de Calidad junto con mala organización	2	6.5
Consecuencias para la gestante: mala atención por agotamiento	1	3.2
Si, tiene consecuencias las sobrecarga en el recién nacido.	30	96.8
No, tiene consecuencias las sobrecarga en el recién nacido	1	3.2
Consecuencias para el recién nacido: No prestas cuidados inmediatos e inicio de lactancia materna.	7	22.6
Consecuencias para el recién nacido: Situación de No adaptación a vida extrauterina	6	19.4
Consecuencias para el recién nacido: merma en la calidad de la atención	16	51.6
Consecuencias para el recién nacido: No inicio del contacto piel con piel	1	3.2
Si, tiene consecuencias las sobrecarga para el profesional	31	100
No, tiene consecuencias las sobrecarga para el profesional	0	0
Consecuencias para el profesional: sobrecarga física-mental.	6	19.4
Consecuencias para el profesional: afectación psicológica.	21	67.7
Consecuencias para el profesional: estés y trabajo obsoleto.	1	3.2
Consecuencias para el profesional: burnout	2	6.5
Si, está bien establecido el ratio matrona-gestante	6	19.4
No, está bien establecido el ratio matrona-gestante	25	80.6
Si, es necesario medir las cargas de trabajo	31	100
No, es necesario medir las cargas de trabajo	0	0

MATERIAL COMPLEMENTARIO

DATOS CLÍNICOS DE LA ENTREVISTA REALIZADAS A UNA MUESTRA DE 31 MATRONAS		
DATOS	N	PORCENTAJE
Si, conoce alguna herramienta que mida cargas de trabajo	6	19.4
No, conoce ninguna herramienta que mida cargas de trabajo	25	80.6
Si, creen en la utilidad de estas herramientas	30	96.8
No, creen en la utilidad de estas herramientas	1	3.2
Estas herramientas son útiles para: visualizar actividad, medir de forma objetiva el trabajo	8	25.8
Estas herramientas son útiles para: mejorar la gestión de personal y calidad del cuidado	7	22.6
Estas herramientas son útiles para: adecuación de plantilla y ratio.	10	32.3
Estas herramientas son útiles para: satisfacción profesional.	1	3.2
Estas herramientas son útiles para: mejorar la atención prestada.	1	3.2
Estas herramientas son útiles para: Evitar sobrecarga de profesional	1	3.2
Estas herramientas son útiles para: permiten el One to One	1	3.2
Si, estas herramientas ayudarían para establecer la ratio efectiva.	31	100
No, estas herramientas no ayudarías para establecer la ratio efectiva	0	0

M.C.4. Cruce de variables socio clínicas y cargas de trabajo de las matronas entrevistadas para conocer la necesidad de medir sus cargas de trabajo en partos.

CRUCE DE LA VARIABLE SOCIOCLINICAS Y CARGAS DE TRABAJO						
DATOS	Si, ha sentido sobrecarga de trabajo		No, ha sentido sobrecarga de trabajo		VALOR DE P	
	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE		
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Palmar. Murcia.	8	88.9	1	11.1	0.984	
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Canarias, Tenerife.	1	100	0	0		
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Alta Resolución Pirineo, Huéscar.	1	100	0	0		
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Nuestra Señora de los Reyes, el Hierro.	1	100	0	0		
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Comarcal del Noroeste, Caravaca.	1	100	0	0		
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena.	9	90	1	10		
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Rafael Méndez, Lorca.	2	66.7	1	33.3		
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy.	1	100	0	0		
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.	1	100	0	0		
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Tenerife.	2	100	0	0		
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario los Arcos del mar menor, San Javier.	1	100	0	0		
Trabajan en Hospital de primer Nivel	5	83.3	1	16.7		0.782
Trabajan en Hospital de segundo Nivel	1	100	0	0		
Trabajan en Hospital de tercer Nivel	22	91.7	2	8.3		

MATERIAL COMPLEMENTARIO

CRUCE DE LA VARIABLE SOCIOCLINICAS Y CARGAS DE TRABAJO					
DATOS	Si, ha sentido sobrecarga de trabajo		No, ha sentido sobrecarga de trabajo		VALOR DE P
	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE	
Si, ha ejercido de enfermero/a	27	93.1	1	16.7	0.46
No, ha ejercido de enfermero/a	1	50	1	50	
Si, ha ejercido puesto de gestión	5	100	0	0	0.424
No, ha ejercido puesto de gestión	23	88.5	3	11.5	
Si, las cargas de trabajo son adecuadas	9	75	3	25	0.22
No, las cargas de trabajo no son adecuadas	19	100	0	0	
Si, las cargas de trabajo tienen consecuencia para la gestante.	28	90.3	3.97		
No, las cargas de trabajo tienen consecuencia para la gestante	0	0	0	0	
Si, las cargas de trabajo tienen consecuencia para el recién nacido	27	90	3	10	0.739
No, las cargas de trabajo tienen consecuencia para el recién nacido	1	100	0	0	
Si, las cargas de trabajo tienen consecuencia para el profesional	28	90.3	3	9.7	
No, las cargas de trabajo no tienen consecuencia para el profesional	0	0	0	0	
Si, hay una buena ratio matrona-gestante	4	66.7	2	33	0.029
No, hay una buena ratio matrona-gestante	24	96	1	4	
Si, es necesario medir las cargas de trabajo.	28	90.3	3	9.7	
No, es necesario medir las cargas de trabajo	0	0	0	0	
Si, son útiles las herramientas que miden cargas de trabajo	27	90	3	10	0.739
No, son útiles las herramientas que miden cargas de trabajo	1	100	0	0	

CRUCE DE LA VARIABLE SOCIOCLINICAS Y CARGAS DE TRABAJO					
DATOS	Si, ha sentido sobrecarga de trabajo		No, ha sentido sobrecarga de trabajo		VALOR DE P
	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE	
Si, son rentables estas herramientas para prefijar ese ratio	28	90.3	3	9.7	
No, son rentables estas herramientas para prefijar ese ratio	0	0	0	0	

M.C.5. Resumen de las diapositivas utilizadas en las reuniones con los grupos focales.



ANTECEDENTES

Nos encontramos ante un incremento de la demanda en la calidad de los servicios de salud, derivados de:

- Los cambios demográficos
- Sociales
- Multiculturales
- Incremento y desarrollo de nuevas patologías.
- El tipo de clientes, que demanda una mayor exigencia de calidad en la atención.

Esta demanda de calidad asistencial, ha generado a nivel de gestión:

- Una mayor presión sobre la planificación de recursos humanos.
- Para asignar el número adecuado de profesionales sanitarios, a las demandas reales por parte de los usuarios.

Pues una gestión de personal inadecuado, conlleva a repercusiones negativas en la calidad de la atención.

ANTECEDENTES

Para poder establecer una buena planificación en RRHH, tendremos que:

- Determinar las cargas de trabajo.
- Calcular el personal y la asignación de pacientes. (ratio matrona- gestante).

A través de un método cuantitativo validado, como es una herramienta de medición.

ESCALA	UTILIDAD
TISS- 28	Mide la intensidad de la carga de trabajo, en relación a la gravedad del paciente
NEMS	Se miden nueve variables para determinar la carga de trabajo según la gravedad del paciente de UC
NAS	Calcula el tiempo invertido en los cuidados del paciente sin evaluar su gravedad
VACTE	Se puntúa en cada ítem el tiempo medio que se invierte en la realización de cada una de las tareas

Estos instrumentos de medición permiten hacer una aproximación objetiva al volumen de trabajo y rendimiento real que el equipo de enfermería puede alcanzar para brindar un cuidado ajustado a las necesidades de los usuarios/pacientes

JUSTIFICACIÓN



- El profesional más apropiado para desarrollar el cuidado del parto, por presentar mejores índices de coste-efectividad.
- Países del entorno europeo apuestan por un modelo de cuidado liderado por matrona.

JUSTIFICACIÓN

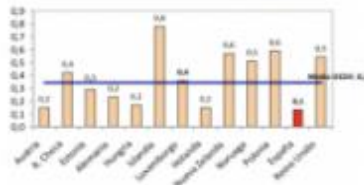


Figura 1: OCEC HÍBRID DYN 2. MATRONAS POR CADA 1000 NACIMIENTOS

PAÍS	PLANTILLA DE 100000 NACIMIENTOS	PLANTILLA DE 1000 NACIMIENTOS
ESPAÑA	22,8	22,8
FRANCIA	29,5	40,4
IRLANDA	27,85	22,8
ALEMANIA	22,4	45,5
ISLANDIA DEPARTAMENTO	22,6	22,8

Figura 2: OCEC HÍBRID DYN 2009

- Estos ratios permiten hacer una aproximación objetiva del volumen de trabajo que se encuentran expuestas las matronas.
- Definir la carga de trabajo de las matronas, como el tiempo y atención física y/o cognitiva que la matrona presta directa o indirectamente al paciente, al lugar de trabajo y al desarrollo profesional.
- Profundizar no solo en el NP de partos atendidos, sino en el NP de intervenciones que la mujer requiere durante su proceso de parto.

OBJETIVO

Diseñar y validar una escala de medición de cargas de trabajo específica para las enfermeras obstétrico-ginecológicas (matronas), dentro de la unidad maternal, basada en intervenciones enfermeras NIC.



TÍTULO	TIEMPO REQUERIDO (MIN)	Nº DE VECES QUE SE REALIZA	TIEMPO TOTAL EMPLEADO
14. AYUDA AL PACIENTE Y LA FAMILIA: 1140. Apoyo a la familia. 1200. Apoyo en la toma de decisiones. 1270. Apoyo emocional. 1400. Apoyo espiritual. 4600. Escucha activa. 5400. Fomentar la adherencia al tratamiento. 6340. Prevención. 5460. Contacto. 6700. Fomentar el apoyo.			
15. CUIDADO DEL PACIENTE: 6000. Vigilancia al final de intervenciones. 6000. Cuidado del paciente de alto riesgo. 6000. Inducción del parto. 7000. Cuidado de enfermos crónicos. 7000. Intervenciones de enfermería de cuidados de salud. 7000. Documentación. 8070. Identificación del paciente. 7000. Delegación. 8100. Derivación. 8700. Parto. 6000. Cuidado intraparto. 8800. Cuidado intraparto: parto de alto riesgo. 8870. Resuscitación fetal. 8200. Facilitar el baño: baño personal. 2200. Cuidado postoperatorio. 8700. Realizar el parto por cesárea. 7700. Colaboración con el médico. 8800. Cuidado de la lactancia materna. 8870. Asesoración neonatal. 6000. Cuidado postparto. 6000. Supervisión de la hemorragia de alto riesgo. 6000. Supervisión de las contracciones de parto. 6000. Analizar la situación ambiental relacionada con el parto. 2000. Coordinación y preparación. 2000. Preparación quirúrgica. 1770. Cuidado postoperatorio. 1770. Preparación para el parto. 8340. Transferencia de cuidados de parto. 8870. Supervisión de lactancia materna.			
16. CUIDADO DE LA UNIDAD: 8000. Atención individual de enfermos. 5040. Manejo de enfermos. 7000. Vigilancia de enfermos. 8000. Manejo ambiental: seguridad del paciente. 8000. Manejo de la tecnología. 1340. Manejo de suministros. 7000. Vigilancia de enfermos. 8000. Supervisión de personal. Cuidado de calidad. 7040. Desarrollo de vías clínicas. 8700. Desarrollo de programas preventivos. 1300. Control de calidad. 7000. Transferencia de cuidados de enfermos. 8000. Manejo del ambiente: seguridad.			

TÍTULO	TIEMPO REQUERIDO (MIN)	Nº DE VECES QUE SE REALIZA	TIEMPO TOTAL EMPLEADO
17. DOCENCIA: 7200. Perceptor Estudiante. 7200. Perceptor Empleado.			
18. INVESTIGACIÓN: 8100. Recopilación de datos para investigación.			
SUPLEMENTOS	TIEMPO REQUERIDO (MIN)	Nº DE VECES QUE SE REALIZA	TIEMPO TOTAL EMPLEADO
PARADA CARDIACA, SÍNCOPE: 6240. Manejo de la parada cardiorrespiratoria.			
LACTANCIA ARTIFICIAL: 5000. Alimentación con biberón.			
ADMINISTRACIONES COMPLEJAS: 8000. Administración de medicamentos.			
ACTUACIONES PARA LA PERCEPCIÓN DEL DOLOR: 2400. Manejo. 5800. Técnicas de relajación. 6040. Terapia de relajación. 2380. Aplicación de calor o frío. 2400. Realización de la analgesia controlada por el paciente (PCP). 6400. Manejo del dolor: agudo.			
PROCEDIMIENTOS OCASIONALES: Realización de electrocardiograma. 580. Señalar vitalidad.			
INTERVENCIONES PARA MANTENER AISLAMIENTO: 6000. Aislamiento.			
PREVENCIÓN: 8000. Prevención de la hemorragia: alto riesgo. 8000. Explicar sobre mamaria. 6000. Reanimación.			
INTERVENCIONES CONJUNTAS CON EL MÉDICO: 7700. Colaboración con el médico.			
INSTRUMENTAL: 2000. Manejo de la instrumentación quirúrgica.			
SATISFACCIÓN CON ESTE MÉTODO DE REGISTRO	SI	NO	
¿Fue necesario mejorar esta escala?			
¿El formato proporciona comprensión de la escala?			
¿Determinación y legitimidad?			

DISEÑO DE LA ESCALA

DIMENSIÓN: FUNCIÓN ASISTENCIAL		
PATRÓN 1. PERCEPCIÓN BIENESTAR DE LA SALUD		
INDICADOR	DEFINICIÓN	DEFINICIÓN
1800. AYUDA AL AUTO-CUIDADO BAÑO E HIGIENE.		Ayuda al paciente a realizar higiene personal
6540. CONTROL DE INFECCIONES	Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos	
2300. ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN	Preparar, administrar y valorar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación	
2380. MANEJO DE MEDICACIÓN	Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre dispensación	
2310. ADMINISTRACIÓN MEDICACIÓN INTERESPINAL	Administración y monitorización de medicación a través de una vía epidural o intratecal anestésica	
2313. ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN INTRAMUSCULAR	Preparar y administrar medicamentos por vía intramuscular	
2314. ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN INTRAVENOSO	Preparar y administrar medicamentos por vía intravenosa	
4200. TERAPIA INTRAVENOSA	Administrar y controlar de líquidos y fármacos por vía intravenosa	
2304. ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN ORAL	Preparar y administrar medicamentos por boca	
2311. ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN INHALATORIA	Preparar y administrar medicamentos por vía inhalatoria	
2318. ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN VAGINAL	Preparación e introducción de medicamentos vaginales	
2214. ADMINISTRACIÓN DE ANALGESIA INTERESPINAL	Administración de agentes farmacológicos en el espacio epidural o intratecal para reducir o eliminar el dolor	
2210. ADMINISTRACIÓN DE ANALGESIA	Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar dolor	
5510. EDUCACIÓN PARA LA SALUD	Desarrollar y proporcionar información y experiencias de aprendizaje que faciliten la adopción voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades	
5560. EDUCACIÓN PARENTAL LACTANTE	Enseñanza de los cuidados, el lactante y los cuidados necesarios durante el primer año de vida	
5444. ASESORAMIENTO EN LACTANCIA	Ayudar a establecer y mantener una lactancia materna satisfactoria	
5610. ENSEÑANZA, PROCEDIMIENTO Y TRATAMIENTO	Preparación de un paciente para que comprenda y se prepare mentalmente para un procedimiento o tratamiento prescrito	
7820. MANEJO DE MUESTRAS	Obtener, preparar y conservar una muestra para un análisis de laboratorio	

MATERIAL COMPLEMENTARIO

PATRÓN 2. NUTRICIÓN	
ETIQUETA NIC	DEFINICIÓN
1300. MANEJO DE LA NUTRICIÓN.	Proporcionar y fomentar una ingesta equilibrada de nutrientes.
3740. TRATAMIENTO DE LA FIEBRE.	Tratamiento de los síntomas y afecciones relacionadas con un aumento de la temperatura corporal causado.
3780. TRATAMIENTO DE LA HIPERTERMIA	Manejo de los síntomas y afecciones relacionadas con un aumento de la temperatura corporal debido a una disfunción de la termorregulación.
4200. FUNCIÓN INTRAVENOSA.	Inserción de una aguja hueca en una vena periférica para administrar líquidos, sangre o fármacos.
4220. FLEBOTOMIA: VIA CANALIZADA.	Extracción de una muestra de sangre a través de un catéter vascular permanente para pruebas de laboratorio.
4230. FLEBOTOMIA: MUESTRA VENOSA	Extracción de una muestra sanguínea venosa de una vena sin canalizar.
4235. MUESTRA SANGRE CAPILAR	Extracción de una muestra de sangre a través de un catéter vascular permanente para pruebas de laboratorio.
3620. SUTURA	Aproximación de los bordes de una herida mediante material de sutura estéril y una aguja.
3750. CUIDADOS PERINEALES	Mantenimiento de la integridad de la piel perineal y área de los músculos perineales.
PATRÓN 4. ACTIVIDAD Y EJERCICIO	
ETIQUETA NIC	DEFINICIÓN
6800. SIGNOS VITALES	Registro y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones.
6770. MONITORIZACIÓN FETAL ANTES DEL PARTO	Evaluación electrónica de la respuesta cardíaca fetal al movimiento, estímulos externos o contracciones uterinas durante la prueba anterior al parto.
6771. MONITORIZACIÓN FETAL DURANTE EL PARTO	Evaluación electrónica de la respuesta cardíaca fetal a las contracciones uterinas durante los cuidados del parto.
6840. CAMBIOS DE POSICIÓN	Colocación deliberada del paciente o de una parte corporal para favorecer el bienestar fisiológico y/o psicológico.

PATRÓN 5. SUEÑO Y DESCANSO	
ETIQUETA NIC	DEFINICIÓN
6480. MANEJO AMBIENTAL: COMFORT	Manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima.
PATRONES: 6. COGNITIVO PERCEPTUAL, 7. AUTO PERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO, 8. ROL RELACIONES, 9. SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN, 10. ADAPTACIÓN TOLERANCIA ESTRÉS Y 11. CREENCIAS.	
ETIQUETA NIC	DEFINICIÓN
7340. APOYO A LA FAMILIA.	Fomento de los valores, intereses y objetivos familiares.
5200. APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES.	Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre la asistencia sanitaria.
5270. APOYO EMOCIONAL.	Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.
5420. APOYO ESPIRITUAL.	Apoyar al paciente a sentir equilibrio y conexión con un poder sobrenatural.
8820. ESCUCHA ACTIVA.	Prestar gran atención y otorgar importancia a los mensajes verbales y no verbales del paciente.
5440 AUMENTAR EL SISTEMA DE APOYO	Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad.
5460. CONTACTO	Proporcionar consuelo y comunicación a través de un contacto táctil.
5340. PRESENCIA	Permanecer con otra persona, tanto física como psicológicamente, durante los momentos de necesidad.
6710. FOMENTAR EL APEGO	Facilitar el desarrollo de una relación afectiva y duradera entre el lactante y los progenitores.

DIMENSIÓN: FUNCIÓN GESTIÓN	
SECCIÓN RELACIONADA (CON EL PACIENTE)	
ETIQUETA NIC	DEFINICIÓN
6630. VIGILANCIA AL FINAL DEL EMBARAZO.	Recopilación, interpretación y síntesis objetivas y continuadas de los datos materno-fetales para el tratamiento, observación e ingreso.
6800. CUIDADOS DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO.	Identificación y manejo de un embarazo de alto riesgo para fomentar los resultados de salud óptimos en la madre y el bebé.
6850. INDUCCIÓN AL PARTO.	Inducción o progresión del proceso de parto mediante métodos mecánicos o farmacológicos.
7320. CUIDADOS ENFERMERÍA AL INGRESO.	Facilitar el ingreso del paciente en un centro sanitario.
7960. INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE CUIDADOS DE SALUD.	Proporcionar información sobre la atención del paciente a otros profesionales sanitarios.
7920. DOCUMENTACIÓN.	Registro de los datos pertinentes del paciente en una historia clínica.
6574. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE.	Verificación positiva de la identidad del paciente.
7650. DELEGACIÓN.	Transferir la responsabilidad de la realización de los cuidados del paciente, manteniendo la responsabilidad del resultado.
6330. DERIVACIÓN.	Hacer los preparativos para que el paciente sea atendido por otros cuidadores o unidades.
6720. PARTO	Realización de un parto.
6830. CUIDADOS INTRAPARTO.	Monitorización y manejo de las etapas uno y dos del parto.
6834. CUIDADOS INTRAPARTO: PARTO DE ALTO RIESGO.	Ayudar en el parto vaginal de fetos múltiples o mal posicionados.
6972. REANIMACIÓN FETAL.	Adopción de medidas de urgencia para mejorar la perfusión placentaria o corregir el estado acidobásico del feto.
6934. FACILITAR EL SUEÑO: MUERTO PERINATAL.	Ayuda en la realización de una pérdida perinatal.
3870. CUIDADOS POSTANESTESIA.	Control y seguimiento del paciente que ha sido sometido recientemente a anestesia general o regional.
6750. ASISTENCIA AL PARTO SIN DESARRO.	Proporcionar cuidados a una paciente cuyo parto se produce a través de una incisión abdominal hasta el útero.

DIMENSIÓN: FUNCIÓN GESTIÓN	
GESTIÓN RELACIONADA CON EL PACIENTE	
ETIQUETA NIC	DEFINICIÓN
7716. COLABORACIÓN MÉDICA	Colaboración con los médicos para proporcionar cuidados de calidad al paciente.
8824. CUIDADOS DE LACTANTE: REDÓN NACIDO.	Provisión de cuidados al lactante durante la transición del nacimiento a la vida extrauterina y el periodo posterior de estabilización.
8874. REANIMACIÓN: NEONATAL	Adopción de medidas de urgencia como soporte de la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina.
8936. CUIDADOS POSTPARTO	Proporcionar cuidados a la mujer durante el periodo de 6 semanas que comienza justo después del parto.
8962. SUPRESIÓN DE LAS CONTRACCIONES	Control de las contracciones uterinas antes de las 37 semanas de gestación.
9026. DISMINUCIÓN HEMORRAGIA UTERO POSTPARTO	Utilización de la presión de la sangre del útero después.
9126. ANALISIS DE LA SITUACIÓN SANITARIA	Detección de riesgos o problemas para la salud por medio de la anatomía, la exploración y otros procedimientos.
2586. COORDINACIÓN PREOPERATORIA	Facilitar las pruebas de diagnóstico y la preparación preoperatoria del paciente quirúrgico.
2536. PREPARACIÓN QUIRÚRGICA	Provisión de cuidados a un paciente inmediatamente antes de la cirugía y verificación de los procedimientos/pruebas y documentación requeridos en la historia clínica.
1776. CUIDADOS POSTMORTEN	Proporcionar cuidados físicos al cuerpo de un paciente fallecido y apoyo a la familia.
7576. PLANIFICACIÓN PARA EL ALTA	Preparación para trasladar al paciente desde un nivel de cuidados a otro dentro o fuera del centro de cuidados actual.
8146. TRANSFERENCIA CUIDADOS PACIENTES	Intercambio información esencial sobre cuidados del paciente con otro personal de enfermería.
8676. SUPRESIÓN DE LACTANCIA MATERNA	Facilitar el cese de producción de leche y minimizar congestión mamaria.

DIMENSIÓN: FUNCIÓN GESTIÓN	
GESTIÓN RELACIONADA CON LA UNIDAD	
ETIQUETA NIC	DEFINICIÓN
6630. REUNIÓN MULTIDISCIPLINAR SOBRE CUIDADOS	Planificación y evaluación de los cuidados del paciente con profesionales sanitarios de otras disciplinas.
7640. MANEJO DE SUMINISTROS	Asegurar la adquisición y mantenimiento de los artículos apropiados para la provisión de cuidados.
7980. INFORME DE INCIDENTES	Notificación por escrito y oral de cualquier suceso en el proceso de cuidados del paciente que sea disfunción con los resultados esperados del paciente o Control y manipulación del ambiente de trabajo para fomentar la seguridad y la salud de los trabajadores.
6480. MANEJO AMBIENTE-SEGURIDAD TRABAJADOR	Uso de equipo y dispositivos técnicos para monitorizar el estado del paciente o mantener la vida.
7630. SUPERVISIÓN DE PERSONAL GESTIÓN DE CALIDAD	Facilitar la provisión de cuidados de alta calidad al paciente por parte de otras personas.
7640. DESARROLLO VÍA CLÍNICA	Elaboración y utilización de una secuencia cronológica de las actividades de cuidados del paciente para mejorar los resultados esperados en él de una manera rentable.
6700. DESARROLLO DE UN PROGRAMA	Planificación, aplicación y evaluación de un conjunto coordinado de actividades diseñado para aumentar el bienestar o para prevenir, reducir o eliminar uno o más problemas de salud de un grupo o comunidad.
7630. CONTROL DE CALIDAD	Recopilación y análisis sistemáticos de los indicadores de calidad de un centro para mejorar la asistencia de los pacientes.
7650. REVISIÓN CARGO EMERGENCIAS	Revisión sistemática y mantenimiento del contenido del carro de emergencias según los intervalos de tiempo establecidos.
6480. MANEJO AMBIENTE SEGURIDAD	Vigilar y actuar sobre el ambiente físico para fomentar la seguridad.

DIMENSIÓN: FUNCIÓN DOCENCIA	
ETIQUETA NIC	DEFINICIÓN
7706. RECEPTOR ESTUDIANTE	Ayuda y apoyo en las experiencias de aprendizaje de los estudiantes.
7722. RECEPTOR EMPLEADO	Ayuda y apoyo de un empleado nuevo o trasladado mediante una orientación clasificada en un área clínica específica.
DIMENSIÓN: FUNCIÓN INVESTIGACIÓN	
ETIQUETA NIC	DEFINICIÓN
8120. RECOLECCIÓN DE DATOS PARA INVESTIGACIÓN	Registro de datos de investigación.
SUPLEMENTOS	
6540. MANEJO FINADA CARGADA.	Coordinación de las medidas de urgencia para el soporte vital.
6680. ADMINISTRACIÓN DE HEMODERIVADOS	Administración de sangre y hemoderivados y mantener la respuesta del paciente.
8086. SONDAS VESICAL: INTERMITENTES	Insertión de una sonda en la vejiga para el drenaje temporal o permanente de la orina.
6480. INSALAMENTO	Confinamiento solitario en un ambiente totalmente protector con estrecha vigilancia por parte del personal de cuidados en razón de la seguridad o para el control de determinadas conductas.
3480. NIVIAJE	Estimulación de la piel y tejidos subyacentes con diversos grados de presión manual para disminuir el dolor, inducir la relajación y/o mejorar la circulación.
6480. TÉCNICAS RELAJACIÓN	Disminución de la ansiedad del paciente que presenta angustia aguda.
2480. ACP	Facilitar el control por parte del paciente de la administración y regulación de los analgésicos.
1410. MANEJO DOLOR AGUDO	Nivel o reducción del dolor a un nivel aceptable para el paciente en el periodo inmediatamente posterior al daño de los tejidos tras traumatismo, cirugía o lesión.

	SUPLEMENTOS
1852. ALIMENTACIÓN CON SIBERÓN	Preparación y administración de líquidos a un lactante mediante biberones
4023. DISMINUCIÓN HEMORRAGIA UTERO ANTERIOR	Limitación de la cantidad de pérdida de sangre del útero durante el tercer trimestre de embarazo
4525. EXFUSIÓN MAMARIA	Exposición y palpación de las mamas a de las zonas relacionadas
4526. REABRINCÓN	Administración de medidas de urgencia para mantener la vida
2506. MANEJO DE LOS INSTRUMENTOS EN QUIRÓFANO	Manejar los requerimientos de materiales, instrumentos, equipos y esterilidad del campo quirúrgico.

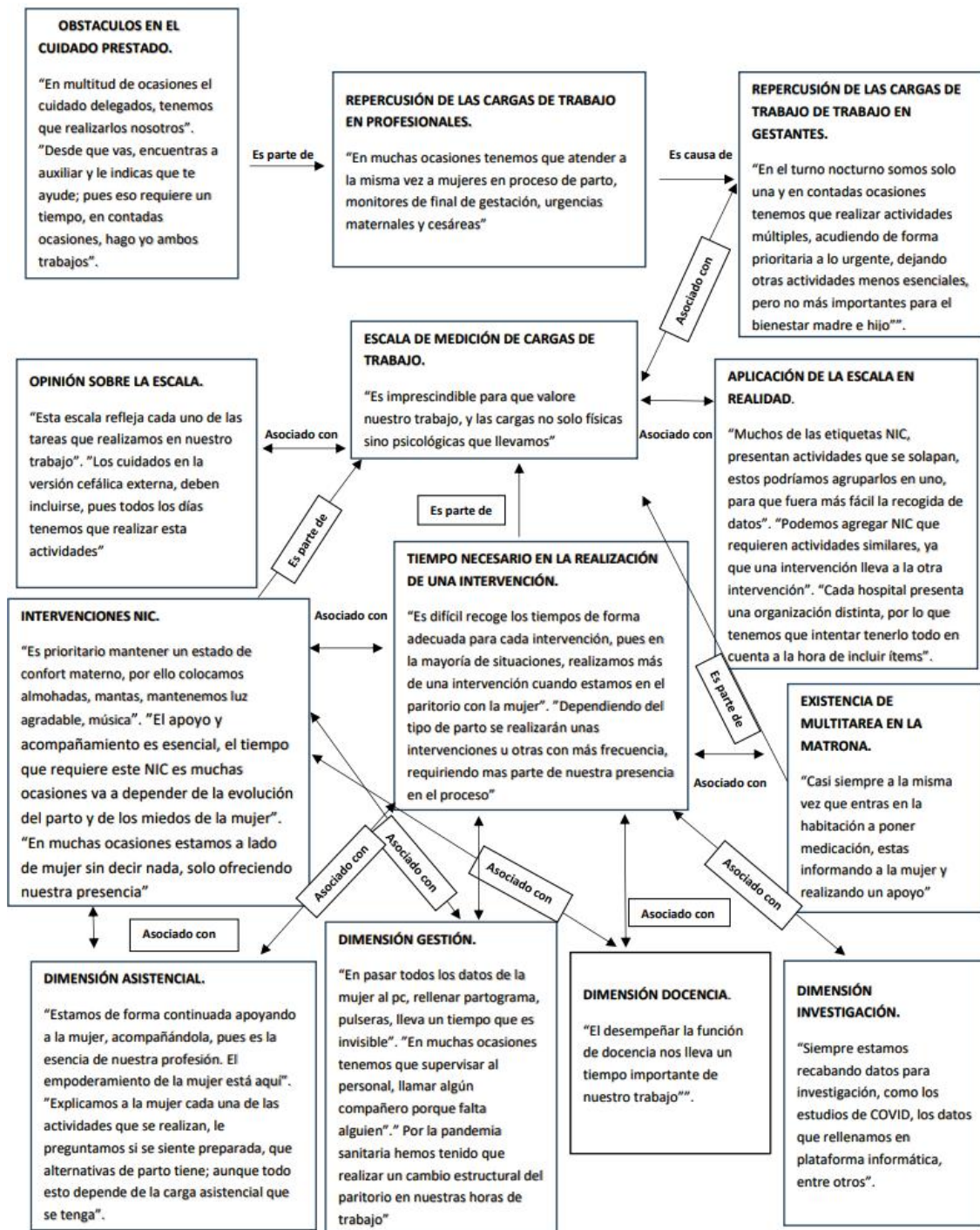
MUCHAS GRACIAS
POR SU
COLABORACIÓN



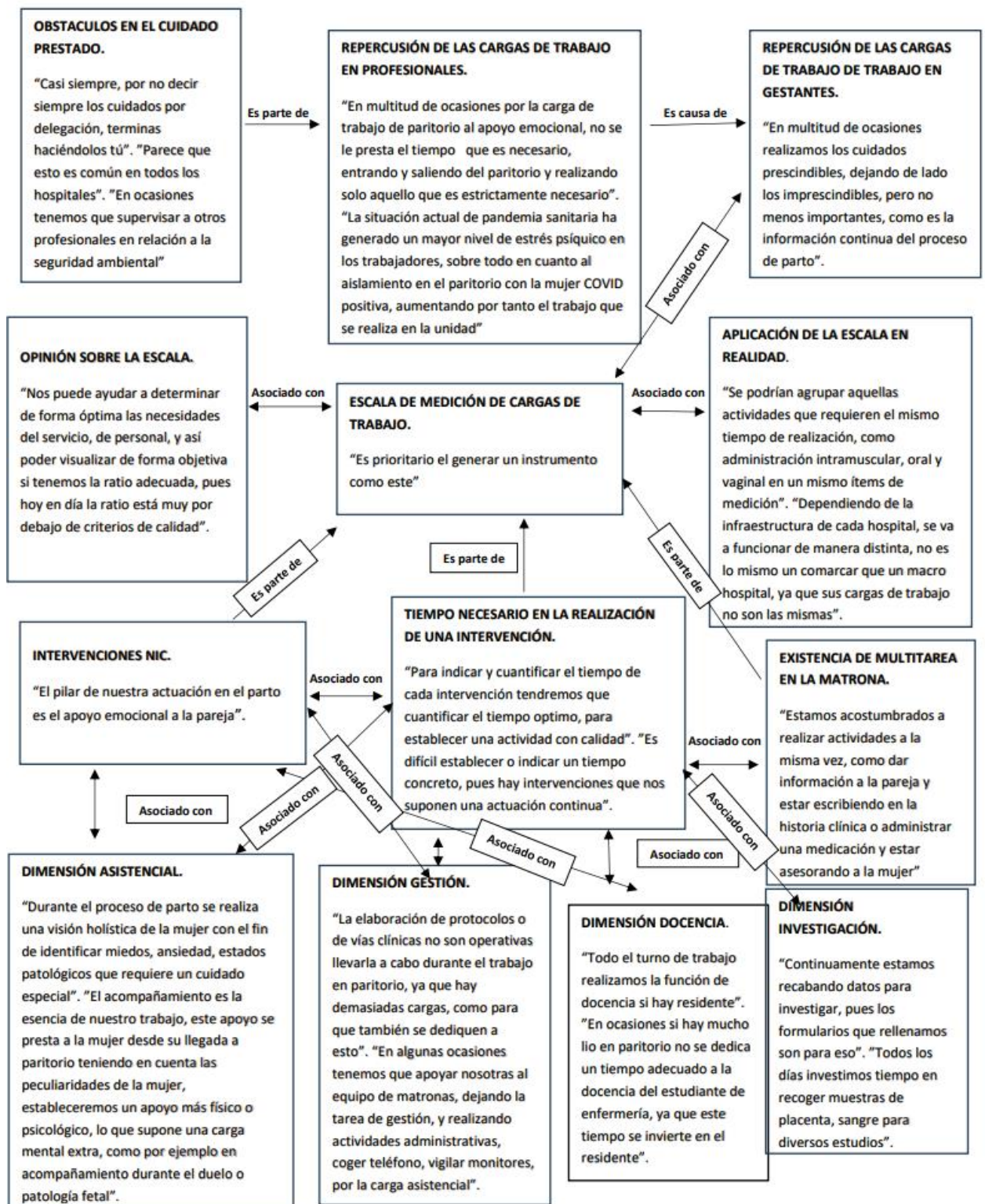
M.C.6. Análisis del grupo focal de las matronas que trabajan en el ámbito nacional. (España).



M.C.7. Análisis del grupo focal de las matronas que trabajan en el ámbito regional. (Murcia).



M.C.8. Análisis del grupo focal del comité de expertos en gestión (matronas senior) que trabajan en el ámbito regional. (Murcia).



M.C.9. Escala diseñada ad hoc tras el consenso llegado por los tres grupos focales.

DIMENSION: FUNCIÓN ASISTENCIAL	
PATRÓN 1. PERCEPCIÓN MANEJO DE LA SALUD	
1. AUTOCUIDADO.	1801: Ayuda al autocuidado: Baño e higiene.
2. PREVENCIÓN.	6540. Control de Infección
3.1. MEDICACIÓN GENERAL.	2300. Administración de medicación. 2380. Manejo de la medicación. 2313. Administración de medicación: intramuscular (IM.). 2314. Administración de medicación: intravenosa (IV). 4200. Terapia intravenosa (IV). 3740. Tratamiento de la fiebre. 2304. Administración de medicación: oral. 2311. Administración de medicación: inhalatoria. 2318. Administración de medicación: vaginal.
3.2. MEDICACIÓN EPIDURAL.	2319. Administración de medicación: intraespinal. 2214. Administración de analgésicos: intraespinal. 2210. Administración de analgésicos. 2400. Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (ACP). 1410. Manejo del dolor: Agudo.
4. MUESTRAS.	7820. Manejo de muestras.
5.1. EDUCACIÓN PARA LA SALUD.	5510. Educación para la salud. 5618. Enseñanza: procedimiento/tratamiento.
5.2. EDUCACIÓN PARA LACTANCIA.	5568. Educación parental: lactante. 5244. Asesoramiento en la lactancia. 6522. Exploración mamaria. 6870. Supresión de lactancia materna.
PATRÓN 2: NUTRICIONAL METABÓLICO	
6. PROCEDIMIENTOS INVASIVOS HABITUALES	4190. Punción intravenosa. 4235. Flebotomía: vía canalizada. 4238. Flebotomía: muestra venosa. 4035. Muestra de sangre capilar. 4200. Terapia intravenosa.
7. HERIDAS.	3620. Sutura. 1750. Cuidados perineales.
PATRÓN 3. ELIMINACIÓN	
8. ELIMINACIÓN.	580. Sondaje vesical.
PATRÓN 4. ACTIVIDAD-EJERCICIO.	
9.1. MONITORIZACIÓN MATERNA.	6680 Signos Vitales.
9.2. MONITORIZACIÓN FETAL.	6771. Monitorización fetal electrónica: antes del parto. 6772 Monitorización fetal electrónica: durante el parto.
10. POSICIÓN.	840. Cambio de posición.

PATRÓN 5. DESCANSO Y SUEÑO	
11. CONFORT.	6482: Manejo ambiente: confort.
PATRÓN 6: 6. COGNITIVO PERCEPTUAL. 7. AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO. 8. ROL RELACIONES. 9. SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN. 10. ADAPTACIÓN TOLERANCIA ESTRÉS Y 11. CREENCIAS.	
12. ACOMPAÑAMIENTO.	7140. Apoyo a la familia. 5250. Apoyo en la toma de decisiones. 5270. Apoyo emocional. 5420. Apoyo espiritual. 4920. Escucha activa. 5440. Aumentar los sistemas de apoyo. 5340. Presencia. 5460. Contacto. 6710. Fomentar el apego
13. APOYO Y CUIDADO AL PACIENTE.	6656. Vigilancia: al final del embarazo. 6800. Cuidados del embarazo de alto riesgo. 6850. Inducción del parto. 6720. Parto. 6830. Cuidados Intraparto. 6834. Cuidados intraparto: parto de alto riesgo. 6972. Reanimación: feto. 5294. Facilitar el duelo: muerte perinatal. 2870. Cuidados posanestésica. 6750. Asistencia al parto por cesárea. 7710. Colaboración con el médico. 6824. Cuidados del lactante: recién nacido. 6974. Reanimación neonatal. 6930. Cuidados posparto. 1770. Cuidados post mortem.
DIMENSION: FUNCIÓN GESTIÓN.	
14. GESTIÓN PACIENTE.	7310. Cuidados de enfermería al ingreso. 7960. Intercambio de información de cuidados de salud. 7920. Documentación. 6574. Identificación del paciente. 7650. Delegación. 8100. Derivación. 7370. planificación para el alta. 8140. Transferencia de cuidados del paciente. 6520. Análisis de la situación sanitaria (valoración de enfermería). 2880. Coordinación preoperatoria. 2930. Preparación quirúrgica.
15. GESTIÓN UNIDAD.	8020. Reunión multidisciplinar sobre cuidados. 7840. Manejo de suministros. 7980. Informe de incidencias. 6489. Manejo ambiental: seguridad del trabajador. 7880. Manejo de la tecnología. 7830. Supervisión de personal. Gestión de calidad. 7640. Desarrollo de vías clínicas. 8700. Desarrollo de un programa (protocolo).

MATERIAL COMPLEMENTARIO

	7800. Control de Calidad. 7660. Revisión del carro de emergencias. 6486. Manejo del ambiente: seguridad
DIMENSION: DOCENCIA	
16. DOCENCIA.	7226. Perceptor Estudiante. 7222. Perceptor Empleado.
DIMENSION: INVESTIGACIÓN	
17. INVESTIGACIÓN.	8120. Recogida de datos para investigación
SUPLEMENTOS	
NUTRICIÓN.	1100. Manejo de la nutrición
URGENCIAS.	6140. Manejo de la parada cardiorrespiratoria. 6320. Reanimación. 4021. Disminución de la hemorragia: útero anteparto. 4026. Disminución de la hemorragia: útero postparto. 6860. Supresión de las contracciones uterinas.
ALTERNATIVAS PARA PALIAR EL DOLOR.	1480. Masaje. 5880. Técnica de relajación. 6040. Terapia de relajación. 1380. Aplicación Calor o Frio.
ADMINISTRACIÓN COMPLEJA.	4030. Administración de hemoderivados.
INTERVENCIONES PARA MANTENER EL AISLAMIENTO.	6630. Aislamiento.
INSTRUMENTAL.	2910. Manejo de la instrumentación quirúrgica.
LACTANCIA ARTIFICIAL.	1052. Alimentación con biberón.

M.C.10. Protocolo realizado para explicar estudio multicéntrico a las supervisoras de las unidades de parto seleccionadas.

PROTOCOLO

TÍTULO:

DISEÑO, VALIDACIÓN Y APLICACIÓN MULTICÉNTRICA DE UNA ESCALA DE MEDICIÓN DE CARGAS DE TRABAJO DE MATRONAS, BASADAS EN INTERVENCIONES NIC, PARA UNIDADES DE PARTO.

Versión: 1.

Fecha: 26/11/2020.

PROMOTOR: LORENA GÓMEZ GARCÍA.

INVESTIGADOR PRINCIPAL/COORDINADOR: LORENA GÓMEZ GARCÍA

CONFIDENCIAL

Este documento contiene información confidencial que no debe ser divulgada o publicada a otras personas distintas de los investigadores clínicos, miembros de los Comités de Ética de Investigación Clínica de los centros hospitalarios participantes y Autoridades Sanitarias Españolas.

2. RESUMEN.

La asignación de personal sanitario en número incorrecto o proporciones incorrectas, puede conducir a un efecto negativo en la calidad de prestación del servicio, una mayor insatisfacción del cliente e incluso del profesional. Dentro del ámbito sanitario, las matronas, juega un papel imprescindible dentro de la gestión del cuidado, desarrollan un gran número de tareas, en términos de eficacia, eficiencia, efectividad, y accesibilidad; buscando la satisfacción de la usuaria, así como la continuidad asistencial. La evidencia disponible demuestra que una falta de matronas, pone en peligro esa calidad del cuidado prestado. El objetivo del presente estudio, es el diseño y validación de una escala de medición de cargas de trabajo mediante aplicación multicéntrica, específica para las enfermeras obstétrico-ginecológicas (matronas), dentro de la unidad de partos, basada en intervenciones enfermeras NIC. La metodología a utilizar, es el desarrollo de un estudio analítico-descriptivo, observacional y prospectivo

3. JUSTIFICACIÓN.

La gestión de recursos humanos desempeña un papel principal en la prestación de servicios de salud óptimos a la comunidad¹. La asignación de personal sanitario en número incorrecto o proporciones incorrectas, puede conducir a un efecto negativo en la calidad de prestación del servicio, una mayor insatisfacción del cliente e incluso del profesional. En última instancia, puede ser un obstáculo para el logro de objetivos principales de la organización¹. Por lo tanto, la necesidad esencial de los servicios de salud es estimar el número óptimo de profesionales para garantizar el uso eficaz y eficiente de sus recursos limitados¹.

Dentro del ámbito sanitario, enfermería, juega un papel imprescindible dentro de la gestión del cuidado, ya que su actuación garantiza la consecución de los objetivos relacionados con la calidad de la atención². Por ello, nuestro estado de la cuestión se centra en el servicio de paritorio, lugar donde se establecen cuidados de enfermería, generados por un perfil profesional con alta cualificación, como son las enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología, las matronas.

Las matronas en el ámbito hospitalario desarrollan un gran número de tareas, en términos de eficacia, eficiencia, efectividad, y accesibilidad; buscando la satisfacción de la usuaria, así como la continuidad asistencial. Pues su papel es esencial para la asistencia de la mujer, en el parto normal y en la identificación de complicaciones. Son el referente en nuestro modelo asistencial para el seguimiento del parto, y de hecho, el 95% del tiempo que requiere cada parto siempre está bajo la atención de una matrona³. Además, el parto es uno de los procesos de salud que con más frecuencia requiere ingreso en los hospitales españoles⁴.

La evidencia disponible demuestra que una falta de matronas, pone en peligro esa calidad del cuidado prestado, así como el cuidado humanizado e individualizado en el parto. La sobrecarga de trabajo a la que están expuestas las matronas en hospitales de tercer nivel; y el gran número de tareas a realizar fue una de las razones principales para que los profesionales no pudiesen prestar un soporte continuo a las mujeres durante su hospitalización⁵. Además de las repercusiones que tienen las elevadas cargas de trabajo, sobre este perfil profesional, hay que resaltar, su influencia en la calidad de la atención materna y neonatal⁶. Por ello, es necesario planificar ese paquete completo de matronas, cuantificando la carga de trabajo, a la que estos profesionales se encuentran expuestos, mediante la generación de un instrumento, considerando las diversas actividades desarrolladas en paritorio, con el fin cuantificar las cargas de trabajo real, y del número de matronas que componen el equipo multidisciplinar.

4. OBJETIVO Y FINALIDAD DEL ESTUDIO.

1. Diseñar y validar una escala de medición de cargas de trabajo mediante aplicación multicéntrica, específica para las enfermeras obstétrico-ginecológicas (matronas), dentro de la unidad de partos, basada en intervenciones enfermeras NIC, completa, ajustada a la realidad, y codificada de forma que sea operativa y sencilla de aplicar y de analizar los resultados, definiendo su procedimiento de aplicación e implantación en la práctica clínica diaria.
2. Medir la fiabilidad - validez del instrumento de medida de cargas de trabajo, así como la aplicación y nivel de adecuación de la escala diseñada para medir las

MATERIAL COMPLEMENTARIO

cargas de trabajo de la matrona en la unidad de paritorio de distintos hospitales, mediante su aplicación multicéntrica.

5. DISEÑO DEL ESTUDIO.

Estudio analítico-descriptivo, observacional y prospectivo. Triangulación metodológica parte cualitativa durante el proceso de validación (grupo focal y comité de expertos), y parte cuantitativa representada por el pilotaje en una unidad de partos, y estudio multicéntrico. Tras realizar la búsqueda bibliográfica se procederá a la recogida de datos.

Para el estudio cualitativo, se efectuarán:

- Mapeo cruzado de las actividades registradas en el partograma versus Actividades NIC.
- Entrevista semiestructurada a matronas y supervisoras de la unidad de paritorio.
- Grupo Focal: Mediante grabaciones digitales, se recogerán todas las aportaciones realizadas por los profesionales de enfermería obstétrico ginecológica (Matronas), referentes de calidad asistencial en la unidad de paritorio, durante la realización del mismo.
- Comité de Expertos: Se contactará con expertos de acreditado conocimiento sobre el tema objeto de la investigación, a nivel nacional e internacional, solicitando su participación para el análisis de la validez de contenido contando, con la valoración sobre la reacción de los ítems, estructura, contenido y final validación de la escala, Los datos los enviaran al correo de la IP en formato electrónico.

Para el estudio cuantitativo la forma de recabar los datos será mediante el Pilotaje y Estudio Multicéntrico, se reclutarán:

- **Datos de la Unidad de Paritorio:** A cada unidad seleccionada, se cumplimentará una plantilla de recogida de datos en papel, donde se incluirá: tipo de unidad, distribución estructural del paritorio, gestión de recursos humanos habitual y específica para determinadas situaciones, análisis de la actividad de la unidad en el último año, organización de los cuidados de matronas, ratio matrona-gestante, sistemas de registro y metodología de

trabajo. Esta recogida de datos se efectuará por el investigador mediante entrevista digital con el supervisor de la unidad de paritorio y supervisor de área de calidad de Enfermería, además de la observación directa en la propia Unidad de Hospitalización.

- **Datos de las gestantes ingresadas:** Se recogerán los datos sociodemográficos y características de los pacientes mediante la revisión de su historia clínica informatizada (Selene), o través de los listados de pacientes, facilitados por los programas Crystal y/ u Open Report a los que se accede a través de selene en cuanto a: edad, sexo, etnia, diagnóstico médico, edad gestacional, formula obstétrica, embarazo de riesgo, tiempo de estancia en la unidad, fecha, tipo de inicio de parto (espontanea, estimulado, inducido), evolución y finalización de parto (eutócico, distócico, cesárea), y otras relativas de interés para el estudio. Estos datos también se recogerán en una plantilla diseñada para este estudio, que será recogida por el investigador. Los datos no registrados en el programa informático Selene, o dudosos, se comprobarán in situ en la unidad mediante entrevista personalizada a la paciente o al personal de matronas.
- **Datos relacionados con la aplicación de la escala:** Se cumplimentará una escala por paciente y día, en formato papel para el pilotaje y para el estudio multicéntrico, registrándose las actividades/ intervenciones de matronas mediante la cumplimentación de los ítems incluidos en la escala validada, por turno y en global diaria siguiendo el procedimiento de aplicación de la escala.

5.1 Métodos de muestreo.

Los sujetos serán reclutados mediante un muestreo probabilístico al azar, entre aquellos profesionales y pacientes que cumplan los criterios de participación en el estudio.

Una vez que se haya verificado que cumple todos los criterios de inclusión y ninguno de exclusión, se considerará que es elegible para ser incluido en el estudio.

Se le asignará a cada participante un código numérico de manera consecutiva a medida que se incluyan en el estudio.

6. POBLACIÓN DEL ESTUDIO.

6.1. Población y muestra.

a. Definición de la población en estudio.

En este estudio se consideran dos tipos de poblaciones, por un lado, las pacientes que están ingresadas en la unidad de partos, y por otro, los profesionales de matrona que las atienden en dicha unidad.

Las pacientes se reclutarán dentro de la unidad de partos. Se seleccionarán a gestantes, con edades comprendidas entre 18 y 45 años, con diagnóstico de proceso de parto activo, Control materno-fetal durante la inducción de parto o en proceso de pródromos de parto.

6.2. Criterios de inclusión.

Los sujetos que participaran en la fase cuantitativa, se incluirán las gestantes que ingresen en la unidad de paritorio con los siguientes criterios:

- Gestantes mayores de 18 años, con ingreso hospitalario en la unidad de paritorio seleccionada durante 24 horas, independientemente del motivo de ingreso.

6.3. Criterios de exclusión.

Los sujetos que participaran en la fase cuantitativa, se excluirán a las gestantes que ingresen en la unidad de paritorio con los siguientes criterios:

- Gestantes ingresadas en otras unidades hospitalarias, con edad inferior a 18 años, que reciben asistencia ambulatoria sin ingreso hospitalario.

6.4. Abandono y sustitución de pacientes.

Los sujetos pueden retirarse en cualquier momento, con o sin motivos, y sin perjuicio para ellos. El sujeto participante en el estudio puede revocar su participación en cualquier momento, sin expresión de causa y sin que por ello se derive para el sujeto participante responsabilidad ni perjuicio alguno. Los individuos que abandonen el

estudio no se someterán a un seguimiento adicional, pero serán sustituidos. El investigador puede retirar a un sujeto del estudio si considera que este ya no puede cumplir con la totalidad de los requisitos del mismo.

7. VARIABLES DEL ESTUDIO.

Las variables independientes y dependientes del estudio, son:

- **Variable Independiente:** Características estructurales de la unidad, situación, organización y distribución de los cuidados e intervenciones de las matronas por turno y día, gestión de recursos humanos de matronas, incluyendo datos relativos al personal sanitario y a su adecuación en momentos de mayores demandas asistenciales. Características relacionadas con las pacientes, sociodemográficas, y relacionadas con su ingreso hospitalario.
- **Variable Dependiente:** Características relacionadas con la cumplimentación de la escala, en cuanto al número de ítems marcados que se corresponderá con el número de actividades/ intervenciones de matronas NIC realizadas a esa gestante ingresa en la unidad de paritorio, que determinará mediante el sistema de puntuación de la escala, la carga de trabajo de matronas correspondiente a ese paciente, y global de la unidad de paritorio.

8. FASES DEL ESTUDIO.

El plan de trabajo se divide en 7 bloques de actividades:

1. Reuniones del equipo investigador: Se realizarán reuniones del equipo investigador cada 1-2 meses, donde se planificará el trabajo, se distribuirán tareas, dividirán competencias, se concretarán los aspectos relacionados con la aplicación del proyecto, se comunicarán incidencias, etc.

2. Reuniones con el personal colaborador de cada hospital para el estudio multicéntrico: se realizará una reunión inicial en cada uno de los centros, del equipo investigador con los colaboradores clínicos que han firmado su consentimiento a participar en este proyecto, donde se explicará la dinámica a seguir para su aplicación en las unidades seleccionadas de cada centro hospitalario. A lo largo del proceso, se realizarán una reunión grupal organizada

antes de empezar, durante y al finalizar la recogida de datos. Por último, se realizará una reunión grupal con todos los colaboradores de cada centro al final del estudio para comunicar los resultados obtenidos globales, y por centro hospitalario colaborador. Estas reuniones tendrán carácter presencial o virtual, y servirán para revisar los criterios del proyecto y homogeneizar los procesos. Independientemente de estas reuniones, se mantendrá un contacto permanente con los colaboradores durante todo el proceso mediante correo electrónico y contacto telefónico.

3. Plataformas/plantillas de recogida de datos: Elaboración de las plantillas destinadas a la recogida de los distintos tipos de datos descritos anteriormente, en formato papel, a utilizar tanto por el equipo investigador como por los profesionales de matrona de la unidad de paritorio. También se elaborarán las bases de datos codificadas correspondientes, donde poder almacenar los datos para su posterior análisis cuantitativo (pilotaje y estudio multicéntrico) o cualitativo.

4. Captación de la población para el pilotaje y el estudio multicéntrico, y de los participantes para el grupo focal y comité de expertos: Se utilizará para cada fase, el protocolo y metodología descritos en el apartado de diseño del estudio.

5. Recogida de datos:

- Estudio Cualitativo: Los datos relativos al grupo focal se recogerán mediante una grabadora digital por el equipo investigador. Los datos correspondientes a la valoración de los miembros del comité de expertos, se enviarán por correo electrónico a la investigadora principal (IP), desde donde se recopilarán.
- Estudio Cuantitativo (pilotaje y el estudio multicéntrico): Los datos de las características estructurales y organizativas de la unidad de paritorio se recogerán al inicio, previamente a la aplicación de la escala por los miembros del equipo investigador, y los datos correspondientes a las pacientes y los registros derivados de la cumplimentación de la escala, se recogerán durante la aplicación de la escala en la unidad de paritorio, por

el investigador, y los profesionales de matrona respectivamente, siguiendo el protocolo descrito anteriormente.

6. Análisis de datos:

- Estudio Cualitativo: Análisis cualitativo del grupo focal y comité de expertos, por miembros del equipo investigador.
- Estudio Cuantitativo: Análisis estadístico del pilotaje, validez y fiabilidad de la escala. Para el estudio multicéntrico, el análisis de los datos se realizará en dos fases, un análisis intermedio que nos permitirá conocer algunos datos de eficacia parcial, pero sobre todo la calidad de los datos recogidos, y tras el reclutamiento de todas las escalas cumplimentadas por día de estudio, y del resto de los datos correspondientes a las variables descritas anteriormente, se realizarán un análisis final, tal y como se describe en la metodología.

7. Difusión de resultados: En cada fase del estudio se elaborará un artículo científico para su publicación en revistas nacionales e internacionales de impacto. Cada uno de estos artículos, se recopilarán, formando un compendio de artículos, que constituirán la memoria final del proyecto.

9. ESTADÍSTICA

9.1. Manejo de datos.

Todos los datos relevantes de los sujetos del estudio se transcribirán con bolígrafo azul al Cuaderno de Recogida de Datos (carpesano de anillas con fundas). Los CRD deben ser rellenados de forma completa y legible para facilitar el posterior procesamiento estadístico. Una vez finalizado el estudio, se evaluarán todos los datos recogidos en los CRD para la redacción del informe final.

Toda la documentación referente al estudio permanecerá almacenada en el Archivo del Investigador (armario bajo llave), en el centro participante, bajo custodia del Investigador Principal hasta la finalización del mismo. Una vez finalizado el estudio, la documentación se indexará y pasará al archivo general del centro, cumpliéndose las recomendaciones establecidas con respecto a las Normas de Buena Práctica Clínica.

MATERIAL COMPLEMENTARIO

El investigador principal se ocupará de que los códigos de identificación de los sujetos se conserven durante al menos quince años después de concluido o interrumpido el estudio.

La investigadora conservará toda la restante documentación relativa al estudio durante el tiempo que exige la legislación. Se asegurará, en todo caso, la confidencialidad de los datos y documentos contenidos en el archivo.

Los datos de todos los CRD serán introducidos en una base de datos creada a tal fin y dotada de márgenes de seguridad y normas de coherencia interna. Esta base de datos estará incluida en el portátil personal de la investigadora, con el fin de que se prevengan y detecten cualquier tipo de inconsistencia o error en el mismo.

La información será validada mediante controles internos de consistencia, estudiando los valores perdidos o "missing". Los datos serán verificados y corregidos hasta que la base de datos esté completamente validada. Reemplazando los sujetos de estudio hasta que la muestra esté completada. Una vez la base de datos sea depurada, las variables se recodificarán generando nuevas variables (reagrupamientos, sumatorios, etc.).

9.2. Tamaño muestral.

⇒ Estudio Cualitativo:

- El grupo focal estará constituido por profesionales de matronas dentro del ámbito de paritorio.
- El Comité de expertos estará constituido por expertos de acreditado conocimiento sobre el tema objeto de la investigación.

En la metodología cualitativa el tamaño muestral está sujeto al principio de saturación, es decir, cuando se obtengan respuestas similares se concluirá el proceso.

⇒ **Estudio Cuantitativo:**

- Para el pilotaje, se cumplimentará una escala a cada gestante, donde estarán registrada la actividad de las matronas realizadas durante el proceso de parto de dicha gestante, manteniendo la continuidad de los cuidados durante las 24 horas de trabajo.
- En el estudio multicéntrico, se cumplimentará una escala a cada gestante ingresada dentro de la unidad de paritorio, seleccionando el primer y tercer lunes de cada mes durante un año natural (si ese lunes fuera festivo, la medición se traslada al martes).

9.3. Análisis estadístico.

9.3.1. Análisis de la variable principal.

⇒ **Estudio Cualitativo:**

- Análisis del Grupo Focal: Como en todo grupo focal, como técnica cualitativa, se desarrollará una entrevista grupal estructurada y abierta, a un grupo representativa de un colectivo, que en este caso estará formado por matronas referentes de calidad asistencial de unidad de paritorio, para que, mediante sus experiencias profesionales y personales sobre el tema objeto de estudio, se discuta y elabore la herramienta de medición. Siguiendo las pautas de un Grupo Focal, el moderador planteará las cuestiones que nos den respuestas concretas, orientadas y a la vez con posibilidad de ampliación, en lo que a opiniones y sugerencias presenten los miembros del Grupo Focal sobre el tema, manteniendo en todo momento la atención de los participantes, y facilitando que puedan expresar sus ideas sin influencias ni rechazos, moderando el orden de palabras, y dirigiendo el contenido hacia el objeto de esta dinámica grupal. Se analizarán los datos mediante software específico para investigación cualitativa (Atlas.ti).
- Análisis del Comité de Expertos: se valorarán las opiniones, comentarios de los expertos.

⇒ Estudio Cuantitativo:

- **Análisis del Comité de Expertos:** Análisis de la validez de contenido de la escala. Cada uno de los expertos consultados, evaluará el borrador de la escala resultante tras la realización del grupo focal. Para cada ítem de la escala, se deberán realizar dos tipos de evaluación. La primera corresponde a la relevancia que le otorgan al ítem para explorar el constructo. Para ello, se seguirá una escala tipo Likert que va del 1 al 4, siendo el 1= nada relevante; 2= algo relevante; 3= muy relevante; 4= alta relevancia. Además, también se conocerá su opinión sobre la redactada comprensión del ítem, valorado como “malo”, “aceptable”, o “bueno”. En “comentarios” se les solicitará que clarifiquen su decisión en caso de que el redactado, sea considerado “malo”. En “sugerencias”, se incluirán aquellas que contemplen ítems nuevos o dimensiones que crean que faltan por explorar. La recogida de estos datos será en formato electrónico, contactando por correo electrónico.
- **Análisis del pilotaje.** Análisis de la fiabilidad y validez de constructo de la escala. Se realizará una base de datos codificada en Excel, para posterior análisis estadístico mediante el programa SPSS 23.0, de carácter descriptivo y los correspondientes análisis inferenciales derivados. Para analizar la fiabilidad de la escala, es decir, el grado de consistencia en que el instrumento diseñado mide lo que debe medir, considerándose fiable cuando los resultados son comparables en situaciones similares, se verificará su consistencia interna mediante el alfa de Cron Bach para todos los ítems, ya que mide el grado de correlación interna entre los ítems. Para que se considere satisfactorio, el resultado deberá ser mayor o igual a 0,7. También se analizará la validez del constructo, que se entiende como el grado en que el instrumento mide la dimensión evaluativa bipolar para la que fue diseñada, mediante un análisis factorial, con el que se reduce un número de variables a factores de variables para distinguir las dimensiones subyacentes que establecen las relaciones entre los ítems, es decir, el grado en que el instrumento refleja adecuadamente la teoría subyacente del fenómeno o constructo a medir. Se considera satisfactorio si el coeficiente ³ 0,3, y los estadísticos de bondad se ajuste ³0,05.

- **Análisis Estudio Multicéntrico:** Se realizará un estudio descriptivo en el que las variables numéricas se describirán, como medias y desviación típica. Se recogerá también la mediana, el mínimo y el máximo. Las variables cualitativas las resumiremos como frecuencias y porcentajes, para la población total y por centros hospitalarios. Para estudiar las posibles diferencias entre las cargas de trabajo, según hospitales, usaremos el test de Anova, calculando a posteriori el test de Tukey para ver las posibles diferencias dos a dos. Usaremos el test de T-student cuando comparemos cargas de trabajo con variables dicotómicas. En caso de no tener una distribución normal en las variables numéricas, usaremos test no paramétricos (kruskal-wallis y U- Mann Whitney). Para estudiar las posibles asociaciones entre variables cualitativas, usaremos la chi-cuadrado con la corrección de Yates en caso necesario. Todos los análisis se considerarán significativos para un nivel alfa menor de 0,05. El estudio se realizará con el programa SPSS v. 23.0.

10. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

- Exención del Consentimiento informado por parte de las gestantes. No es necesario recabar el consentimiento informado a los sujetos de estudio, debido a que no se va a realizar ninguna intervención adicional a su propio proceso de parto.
- Para los profesionales de matrona. Imprescindible para la participación en el estudio la firma del documento de confidencialidad por parte de las matronas, durante el desarrollo y puesta en práctica de la herramienta.

11. PROTECCION DE LOS DATOS

Los datos serán incluidos en una base de datos que cumpla con el Reglamento 679/2016, de 27 de abril, Reglamento General de Protección de Datos y Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Asimismo, la transmisión de dichos datos se hará con las medidas de seguridad adecuadas en cumplimiento de dicho reglamento.

Durante la documentación y el análisis, los pacientes estarán solamente identificados por su código individual de paciente, mientras todos los nombres de los sujetos serán mantenidos en secreto por el investigador.

MATERIAL COMPLEMENTARIO

Los investigadores están obligados a guardar todos los datos del estudio y de la información confidencial y a usar estos datos solo en el contexto con las personas involucradas en la realización del estudio. El material del estudio o la información generada en este estudio no debe estar disponible a terceras partes, excepto por los representantes oficiales del promotor o las autoridades reguladoras.

12. BIBLIOGRAFICA.

1. Doosty F, Maleki MR, Yarmohammadian MH. Una investigación sobre el indicador de carga de trabajo de la necesidad de personal. *J Edu Heal Promot.* 2019; 8:22.
2. Gil MFH, Montesinos MJL, Llor AMS, Bas MPF, Soler MLM. Adecuación de escalas para medir cargas de trabajo mediante metodología de calidad. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 Feb; 70(1):39–46. Available from: <http://eds.b.ebscohost.com.sire.ub.edu/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=7f8e7df7-e071-4dcf-a55f-b7db4cb64244%40sessionmgr102>.
3. Matronas AE de. Informe de estado actual de las matronas en España. Competencias de las matronas reguladas en el ordenamiento español y europeo. 2017.
4. Ministerio De Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Guías Práctica Clínica en el SNS [Internet]. 2010; 173. Available from: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracticaClinicaParto.pdf>.
5. Hausman BL. Risky business: Framing childbirth in hospital settings. *J Med Humanit.* 2005; 26(1):23–38.
6. Bonfim D, Laus AM, Leal AE, Togeiro Fugullin FM, Gaidzinski RR. Application of the workload indicators of staffing need method to predict nursing human resources at a family health service. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2016; 24:9.

M.C. 11. Manual de uso para ayudar en la recogida de los datos del estudio multicéntrico.

MANUAL DE CUMPLIMENTACIÓN DE ESCALA



NOVIEMBRE 2021

MATERIAL COMPLEMENTARIO

PROYECTO DE TESIS DOCTORAL POR UMU: Diseño, validación y aplicación multicéntrica de una escala de medición de cargas de trabajo de matronas, basadas en intervenciones NIC, para unidades de paritorio.

PROYECTO MULTICÉNTRICO A NIVEL REGIONAL EN: H.C.U.V. Arrixaca, H.G.U. Santa Lucia Y H. Comarcal del Noroeste.

MIEMBROS DEL EQUIPO INVESTIGADOR:

- Lorena Gómez García.
- Ana Myriam Seva Llor.
- M^a Fuensanta Hellín Gil.
- M^a Dolores Roldán Valcárcel.

CONTACTO.

- Lorena: 679567350

ÍNDICE

1.- Introducción.....	4
2.- Definiciones, aclaraciones y preguntas frecuentes relacionadas con los ítems de la Escala	7
2.1.- ¿Cómo está estructurada la Escala?.....	7
2.2.- ¿Qué Intervenciones NIC se recogen en la escala?.....	7
2.3.- Definiciones de cada una de las NIC.....	9
2.4.- Suplementos de tiempo.....	15
2.5.- Preguntas Frecuentes y Aclaraciones de los ítems para su correcta cumplimentación.....	16

1. INTRODUCCIÓN.

La gestión de recursos humanos desempeña un papel principal en la prestación de servicios de salud óptimos a la comunidad¹. La asignación de personal sanitario en número incorrecto o proporciones incorrectas, puede conducir a un efecto negativo en la calidad de prestación del servicio, una mayor insatisfacción del cliente e incluso del profesional. En última instancia, puede ser un obstáculo para el logro de objetivos principales de la organización¹. Por lo tanto, la necesidad esencial de los servicios de salud es estimar el número óptimo de profesionales para garantizar el uso eficaz y eficiente de sus recursos limitados¹.

Dentro del ámbito sanitario, enfermería, juega un papel imprescindible dentro de la gestión del cuidado, ya que su actuación garantiza la consecución de los objetivos relacionados con la calidad de la atención². Por ello, nuestro estado de la cuestión se centra en el servicio de paritorio, lugar donde se establecen cuidados de enfermería, generados por un perfil profesional con alta cualificación, como son las enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología, las matronas.

Las matronas en el ámbito hospitalario desarrollan un gran número de tareas, en términos de eficacia, eficiencia, efectividad, y accesibilidad; buscando la satisfacción de la usuaria, así como la continuidad asistencial. Pues su papel es esencial para la asistencia de la mujer, en el parto normal y en la identificación de complicaciones. Son el referente en nuestro modelo asistencial para el seguimiento del parto, y, de hecho, el 95% del tiempo que requiere cada parto siempre está bajo la atención de una matrona³. Además, el parto es uno de los procesos de salud que con más frecuencia requiere ingreso en los hospitales españoles⁴.

La evidencia disponible demuestra que una falta de matronas, pone en peligro esa calidad del cuidado prestado, así como el cuidado humanizado e individualizado en el parto. La sobrecarga de trabajo a la que están expuestas las matronas en hospitales de tercer nivel; y el gran número de tareas a realizar fue una de las razones principales para que los profesionales no pudiesen prestar un soporte continuo a las mujeres durante su hospitalización⁵.

Además de las repercusiones que tienen las elevadas cargas de trabajo, sobre este perfil profesional, hay que resaltar, su influencia en la calidad de la atención materna y neonatal⁶. Por ello, es necesario planificar ese paquete completo de matronas, cuantificando la carga de trabajo, a la que estos profesionales se encuentran expuestos, mediante la generación de un instrumento, considerando las diversas actividades desarrolladas en paritorio, con el fin cuantificar las cargas de trabajo real, y del número de matronas que componen el equipo multidisciplinar.

La finalidad de nuestro proyecto consiste en diseñar una escala de medición de cargas de trabajo de enfermería en Unidades de Partos y comprobar su adecuación mediante su aplicación multicéntrica. La novedad radica en que estará adaptada a las actividades que se realizan en paritorio, definiendo los ítems con lenguaje enfermero, es decir, incluyendo intervenciones NIC⁷ para definir las actividades de las matronas. Se ha tenido en cuenta que el desarrollo de esta taxonomía parte de un modelo de competencias enfermeras americano, y al aplicarlo a la realidad de la enfermería española, se han considerado las diferencias transculturales entre ambos sistemas sanitarios y educativos universitarios de enfermería, optando por la taxonomía NIC⁷ por ser un lenguaje profesional estandarizado internacionalmente. Además, se intentará que el número total de ítems no sea muy elevado, pero que incluya lo más completo posible todas las actividades enfermeras a realizar en Unidades de Hospitalización, al mismo tiempo, que el sistema de puntuación permita calcular de una forma sencilla las necesidades de personal, para que resulte lo más operativo posible en la práctica clínica diaria.

El proyecto no sólo consta del diseño de dicha escala, sino también de su correspondiente proceso de medición de la validez y fiabilidad, que incluye una parte cualitativa representada por la realización de un grupo focal con matronas de algunas Unidades de Paritorio, y un comité de expertos formado por profesionales de acreditado conocimiento sobre el tema objeto de esta investigación, a nivel nacional y regional; además de una parte cuantitativa, que consiste en el pilotaje en una Unidad de Partos, y su aplicación posterior multicéntrica en 3 hospitales de la Región de Murcia. Así, podremos determinar si constituye una herramienta de mejora de la gestión de los recursos humanos de matronas para Unidades de Partos.

Bibliografía.

1. Doosty F, Maleki MR, Yarmohammadian MH. Una investigación sobre el indicador de carga de trabajo de la necesidad de personal. *J Edu Heal Promot*. 2019; 8:22.
2. Gil MFH, Montesinos MJL, Llor AMS, Bas MPF, Soler MLM. Adecuación de escalas para medir cargas de trabajo mediante metodología de calidad. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 Feb; 70(1):39–46. Available from: <http://eds.b.ebscohost.com.sire.ub.edu/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=7f8e7df7-e071-4dcf-a55f-b7db4cb64244%40sessionmgr102>.
3. Matronas AE de. Informe de estado actual de las matronas en España. Competencias de las matronas reguladas en el ordenamiento español y europeo. 2017.
4. Ministerio De Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Guías Práctica Clínica en el SNS [Internet]. 2010; 173. Available from: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracticaClinicaParto.pdf>
5. Hausman BL. Risky business: Framing childbirth in hospital settings. *J Med Humanit*. 2005; 26(1):23–38.
6. Bonfim D, Laus AM, Leal AE, Togeiro Fugullin FM, Gaidzinski RR. Application of the workload indicators of staffing need method to predict nursing human resources at a family health service. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016; 24:9.
7. Bulechek, Buchero, Dochterman, Wagner. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª edición. Editorial: S.A. ELSEVIER ESPAÑA, 2013. ISBN: 9788490224137T

2.-Definiciones, aclaraciones y preguntas frecuentes relacionados con los ítems de la Escala.

2.1.- ¿Cómo está estructurada la Escala?

El formato de la escala está basado en 4 Dimensiones diferentes y los 11 Patrones de M. Gordon (Figura 1)

DIMENSIÓN: FUNCIÓN ASISTENCIAL
PATRÓN 1. PERCEPCIÓN MANEJO DE LA SALUD
PATRÓN 2. NUTRICIONAL - METABÓLICO
PATRÓN 3. ELIMINACIÓN
PATRÓN 4. ACTIVIDAD - EJERCICIO
PATRÓN 5. DESCANSO Y SUEÑO
PATRONES: 6. COGNITIVO PERCEPTUAL. 7. AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO. 8. ROL RELACIONES. 9. SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN. 10. ADAPTACIÓN TOLERANCIA ESTRÉS Y 11. CREENCIAS
DIMENSIÓN: FUNCIÓN GESTIÓN
DIMENSIÓN: FUNCIÓN DOCENCIA
DIMENSIÓN: FUNCIÓN INVESTIGACIÓN

Figura 1: Dimensiones y patrones

2-2.- ¿Qué Intervenciones NIC se recogen en la escala?

1. Dimensión: Función Asistencial

- **En el PATRÓN 1. PERCEPCIÓN MANEJO DE LA SALUD.**

1. AUTOCUIDADO: 1801. Ayuda al autocuidado: Baño e higiene.
2. PREVENCIÓN: 6540. Control de infecciones.
3.1. MEDICACIÓN GENERAL: 2300. Administración de medicación. 2380. Manejo de la medicación. 2313. Administración de medicación: intramuscular (I.m.). 2314. Administración de medicación: intravenosa (i.v.). 4200. Terapia intravenosa (i.v.). 3740. Tratamiento de la fiebre. 2304. Administración de medicación: oral. 2311. Administración de medicación: inhalatoria. 2318. Administración de medicación: vaginal.
3.2. MEDICACIÓN EPIDURAL: 2319. Administración de medicación: intraespinal. 2214. Administración de analgésicos: intraespinal. 2210. Administración de analgésicos. 2400. Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (ACP). 1410. Manejo del dolor: agudo
4. MUESTRAS: 7820. Manejo de muestras.
5.1. EDUCACIÓN PARA LA SALUD: 5510. Educación para la salud. 5618. Enseñanza: procedimiento/tratamiento.
5.2. EpS LACTANCIA: 5568. Educación parental: lactante. 5244. Asesoramiento en la lactancia. 6522. Exploración mamaria. 6870. Supresión de lactancia materna.

- En el **PATRÓN 2. NUTRICIONAL METABÓLICO**

7. PROCEDIMIENTOS INVASIVOS HABITUALES: 4190. Punción intravenosa. 4235. Flebotomía: vía canalizada. 4238. Flebotomía: muestra venosa. 4035. Muestra de sangre capilar. 4200. Terapia intravenosa.

8. HERIDAS: 3620. Sutura. 1750. Cuidados perineales

- En el **PATRÓN 3. ELIMINACIÓN**

6. ELIMINACIÓN: 580. Sondaje vesical.

- En el **PATRÓN 4. ACTIVIDAD-EJERCICIO**

9.1. MONITORIZACIÓN MATERNA: 6680 Signos Vitales.

9.2. MONITORIZACIÓN FETAL: 6771. Monitorización fetal electrónica: antes del parto. 6772. Monitorización fetal electrónica: durante el parto.

10. POSICIÓN: 840. Cambio de posición.

- En el **PATRÓN 5. DESCANSO Y SUEÑO**

11. CONFORT: 6482. Manejo ambiental: confort.

- En los **PATRONES: 6. COGNITIVO PERCEPTUAL. 7. AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO. 8. ROL RELACIONES. 9. SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN. 10. ADAPTACIÓN TOLERANCIA ESTRÉS Y 11. CREENCIAS.**

12. ACOMPAÑAMIENTO: 7140. Apoyo a la familia. 5250. Apoyo en la toma de decisiones. 5270. Apoyo emocional. 5420. Apoyo espiritual. 4920. Escucha activa. 5440. Aumentar los sistemas de apoyo. 5340. Presencia. 5460. Contacto. 6710. Fomentar el apego.

13. APOYO Y CUIDADO AL PACIENTE. 6656. Vigilancia: al final del embarazo. 6800. Cuidados del embarazo de alto riesgo. 6850. Inducción del parto. 6720. Parto. 6830. Cuidados Intraparto. 6834. Cuidados intraparto: parto de alto riesgo. 6972. Reanimación: feto. 5294. Facilitar el duelo: muerte perinatal. 2870. Cuidados postanestesia. 6750. Asistencia al parto por cesárea. 7710. Colaboración con el médico. 6824. Cuidados del lactante: recién nacido. 6974. Reanimación neonatal. 6930. Cuidados posparto. 1770. Cuidados post mortem.

2. Dimensión: Función Gestión

14. GESTIÓN PACIENTE: 7310. Cuidados de enfermería al ingreso. 7960. Intercambio de información de cuidados de salud. 7920. Documentación. 6574. Identificación del paciente. 7650. Delegación. 8100. Derivación. 7370. planificación para el alta. 8140. Transferencia de cuidados del paciente. 6520. Análisis de la situación sanitaria (valoración de enfermería). 2880. Coordinación preoperatoria. 2930. Preparación quirúrgica.

15. GESTIÓN UNIDAD: 8020. Reunión multidisciplinaria sobre cuidados. 7840. Manejo de suministros. 7980. Informe de incidencias. 6489. Manejo ambiental: seguridad del trabajador. 7880. Manejo de la tecnología. 7980. Informes de incidencias. 7830. Supervisión de personal. Gestión de calidad. 7640. Desarrollo de vías clínicas. 8700. Desarrollo de un programa (protocolo). 7800. Control de Calidad. 7660. Revisión del carro de emergencias. 6486 Manejo del ambiente: seguridad.

3. Dimensión: Función Docencia

16. DOCENCIA: 7226. Perceptor Estudiante. 7222. Perceptor Empleado.

4. Dimensión: Función Investigación

17. INVESTIGACIÓN: 8120. Recogida de datos para investigación.

2.3.- Definiciones de cada una de las NIC.

1. Dimensión: Función Asistencial

- En el PATRÓN 1. PERCEPCIÓN MANEJO DE LA SALUD.

1. AUTOCUIDADO: 1801. Ayuda al autocuidado: Baño e higiene.	1801: Ayuda al paciente a realizar higiene personal.
2. PREVENCIÓN: 6540. Control de infecciones.	6540: Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos.
3.1. MEDICACIÓN GENERAL: 2300. Administración de medicación. 2380. Manejo de la medicación. 2313. Administración de medicación: intramuscular (i.m.). 2314. Administración de medicación: intravenosa (i.v.). 4200. Terapia intravenosa (i.v.). 3740. Tratamiento de la fiebre. 2304. Administración de medicación: oral. 2311. Administración de medicación: inhalatoria. 2318. Administración de medicación: vaginal.	2300: Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación. 2380: Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre dispensación. 2313: Preparación y administración de medicamentos por vía intramuscular. 2314: Preparación y administración de medicaciones por vía intravenosa. 4200: Administración y control de líquidos y fármacos por vía intravenosa.

MATERIAL COMPLEMENTARIO

	<p>3740: Tratamiento de los síntomas y afecciones relacionadas con un aumento de la temperatura corporal causado por pirógenos endógenos.</p> <p>2304: Preparación y administración de medicamentos por la boca.</p> <p>2311: Preparación y administración de medicamentos por inhalación.</p> <p>2318: Preparación e introducción de medicaciones vaginales.</p>
<p>3.2. MEDICACIÓN EPIDURAL:</p> <p>2319. Administración de medicación: intraespinal.</p> <p>2214. Administración de analgésicos: intraespinal.</p> <p>2210. Administración de analgésicos.</p> <p>2400. Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (ACP).</p> <p>1410. Manejo del dolor: agudo.</p>	<p>2319: Administración y monitorización de medicación a través de una vía epidural o intratecal establecida.</p> <p>2214: Administración de agentes farmacológicos en el espacio epidural o intratecal para reducir o eliminar el dolor.</p> <p>2210: Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor.</p> <p>1410: Facilitar el control por parte del paciente de la administración y regulación de los analgésicos.</p>
<p>4. MUESTRAS:</p> <p>7820. Manejo de muestras.</p>	<p>7820: Obtener, preparar y conservar una muestra para un análisis de laboratorio.</p>
<p>5.1. EDUCACIÓN PARA LA SALUD:</p> <p>5510. Educación para la salud.</p> <p>5618. Enseñanza: procedimiento/tratamiento.</p>	<p>5510: Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de aprendizaje que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades.</p> <p>5618: Preparación de un paciente para que comprenda y se prepare mentalmente para un procedimiento o tratamiento prescrito.</p>
<p>5.2. EpS LACTANCIA:</p> <p>5568. Educación parental: lactante.</p> <p>5244. Asesoramiento en la lactancia.</p> <p>6522. Exploración mamaria.</p> <p>6870. Supresión de lactancia materna.</p>	<p>5568: Enseñanza de los cuidados afectivos y físicos necesarios durante el primer año de vida.</p> <p>5544: Ayudar a establecer y mantener una lactancia materna satisfactoria.</p> <p>6522: Inspección y palpación de las mamas y de las zonas relacionadas.</p> <p>6870: Facilitar el cese de producción de leche y minimizar congestión mamaria.</p>

• En el PATRÓN 2. NUTRICIONAL METABÓLICO

<p>7. PROCEDIMIENTOS INVASIVOS HABITUALES:</p> <p>4190. Punción intravenosa.</p> <p>4235. Flebotomía: vía canalizada.</p> <p>4238. Flebotomía: muestra venosa.</p>	<p>4190: Inserción de una aguja hueca en una vena periférica para administrar líquidos, sangre o fármacos.</p>
---	--

4035. Muestra de sangre capilar. 4200. Terapia intravenosa.	4235: Extracción de una muestra de sangre a través de un catéter vascular permanente para pruebas de laboratorio. 4238: Extracción de una muestra sanguínea venosa de una vena sin canalizar. 4035: Obtención de una muestra de sangre arteriovenosa periférica por punción transcutánea del cuerpo, como en el talón, un dedo u otro lugar. 4200: Administración y control de líquidos y fármacos por vía intravenosa.
8. HERIDAS: 3620. Sutura. 1750. Cuidados perineales	3620: Aproximación de los bordes de una herida mediante material de sutura estéril y una aguja. 1750: Mantenimiento de la integridad de la piel perineal y alivio de las molestias perineales.

- En el **PATRÓN 3. ELIMINACIÓN**

6. ELIMINACIÓN: 580. Sondaje vesical.	580: Inserción de una sonda en la vejiga para el drenaje temporal o permanente de la orina.
---	---

- En el **PATRÓN 4. ACTIVIDAD-EJERCICIO**

9.1. MONITORIZACIÓN MATERNA: 6680 Signos Vitales.	6680: Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones.
9.2. MONITORIZACIÓN FETAL: 6771. Monitorización fetal electrónica: antes del parto. 6772. Monitorización fetal electrónica: durante el parto.	6771: Evaluación electrónica de la respuesta cardíaca fetal al movimiento, estímulos externos o contracciones uterinas durante la prueba anterior al parto. 6772: Evaluación electrónica de la respuesta cardíaca fetal a las contracciones uterinas durante los cuidados del parto.
10. POSICIÓN: 840. Cambio de posición.	840: Colocación deliberada del paciente o de una parte corporal para favorecer el bienestar fisiológico y/o psicológico.

- En el **PATRÓN 5. DESCANSO Y SUEÑO**

11. CONFORT: 6482: Manejo ambiente: confort	6482: Manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima.
---	--

- En los PATRONES: 6. COGNITIVO PERCEPTUAL. 7. AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO. 8. ROL RELACIONES. 9. SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN. 10. ADAPTACIÓN TOLERANCIA ESTRÉS Y 11. CREENCIAS.

<p>12. ACOMPAÑAMIENTO: 7140. Apoyo a la familia. 5250. Apoyo en la toma de decisiones. 5270. Apoyo emocional. 5420. Apoyo espiritual. 4920. Escucha activa. 5440. Aumentar los sistemas de apoyo. 5340. Presencia. 5460. Contacto. 6710. Fomentar el apego.</p>	<p>7140: Fomento de los valores, intereses y objetivos familiares. 5250: Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre la asistencia sanitaria. 5270: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión. 5420: Ayuda al paciente a sentir equilibrio y conexión con un poder sobrenatural. 4920: Prestar gran atención y otorgar importancia a los mensajes verbales y no verbales del paciente. 5440: Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad. 5340: Permanecer con otra persona, tanto física como psicológicamente, durante los momentos de necesidad. 5460: Proporcionar consuelo y comunicación a través de un contacto táctil intencionado. 6710: Facilitar el desarrollo de una relación afectiva y duradera entre el lactante y los progenitores.</p>
<p>13. APOYO Y CUIDADO AL PACIENTE. 6656. Vigilancia: al final del embarazo. 6800. Cuidados del embarazo de alto riesgo. 6850. Inducción del parto. 6720. Parto. 6830. Cuidados Intraparto. 6834. Cuidados intraparto: parto de alto riesgo. 6972. Reanimación: feto. 5294. Facilitar el duelo: muerte perinatal. 2870. Cuidados postanestesia. 6750. Asistencia al parto por cesárea. 7710. Colaboración con el médico. 6824. Cuidados del lactante: recién nacido. 6974. Reanimación neonatal. 6930. Cuidados posparto. 1770. Cuidados post mortem.</p>	<p>6656: Recopilación, interpretación y síntesis objetivas y continuadas de los datos materno fetales para el tratamiento, observación e ingreso. 6800: Identificación y manejo de un embarazo de alto riesgo para fomentar los resultados de salud óptimos en la madre y el bebé. 6850: Iniciación o progresión del proceso de parto mediante métodos mecánicos o farmacológicos. 6720: Nacimiento de un niño. 6830: Monitorización y manejo de las etapas uno y dos del parto. 6834: Ayudar en el parto vaginal de fetos múltiples o mal posicionados. 6972: Adopción de medidas de urgencia para mejorar la perfusión placentaria o corregir el estado ácido básico del feto. 5294: Ayuda en la resolución de una pérdida perinatal.</p>

	<p>2870: Control y seguimiento del paciente que ha sido sometido recientemente a anestesia general o regional.</p> <p>6750: Proporcionar cuidados a una paciente cuyo parto se produzca a través de una incisión abdominal hasta el útero.</p> <p>7710: Colaboración con los médicos para proporcionar cuidados de calidad al paciente.</p> <p>6824: Provisión de cuidados al lactante durante la transición del nacimiento a la vida extrauterina y el período posterior de estabilización.</p> <p>6974: Adopción de medidas de urgencia como soporte de la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina.</p> <p>6930: Proporcionar cuidados a la mujer durante el período de 6 semanas que comienza justo después del parto.</p> <p>1770: Proporcionar cuidados físicos al cuerpo de un paciente fallecido y apoyo a la familia.</p>
--	---

2. Dimensión: Función Gestión

<p>14. GESTIÓN PACIENTE:</p> <p>7310. Cuidados de enfermería al ingreso.</p> <p>7960. Intercambio de información de cuidados de salud.</p> <p>7920. Documentación.</p> <p>6574. Identificación del paciente.</p> <p>7650. Delegación.</p> <p>8100. Derivación.</p> <p>7370. planificación para el alta.</p> <p>8140. Transferencia de cuidados del paciente.</p> <p>6520. Análisis de la situación sanitaria (valoración de enfermería).</p> <p>2880. Coordinación preoperatoria.</p> <p>2930. Preparación quirúrgica</p>	<p>7310: Facilitar el ingreso del paciente en un centro sanitario.</p> <p>7960: Proporcionar información sobre la atención del paciente a otros profesionales sanitarios.</p> <p>7920: Registro de los datos pertinentes del paciente en una historia clínica.</p> <p>6574: Verificación positiva de la identidad del paciente.</p> <p>7650: Transferir la responsabilidad de la realización de los cuidados del paciente, manteniendo la responsabilidad del resultado.</p> <p>8100: Hacer los preparativos para que el paciente sea atendido por otros cuidadores o institución.</p> <p>7370: Preparación para trasladar al paciente desde un nivel de cuidados a otro dentro o fuera del centro de cuidados actual.</p> <p>8140: Intercambio información esencial sobre cuidados del paciente con otro personal de enfermería.</p>
--	---

	<p>6520: Detección de riesgos o problemas para la salud por medio de la anamnesis, la exploración y otros procedimientos.</p> <p>2880: Facilitar las pruebas de diagnóstico y la preparación preingreso del paciente quirúrgico.</p> <p>2930: Provisión de cuidados a un paciente inmediatamente antes de la cirugía y verificación de los procedimientos/pruebas y documentación requeridos en la historia clínica.</p>
<p>15. GESTIÓN UNIDAD:</p> <p>8020. Reunión multidisciplinar sobre cuidados.</p> <p>7840. Manejo de suministros.</p> <p>7980. Informe de incidencias.</p> <p>6489. Manejo ambiental: seguridad del trabajador.</p> <p>7880. Manejo de la tecnología.</p> <p>7830. Supervisión de personal. Gestión de calidad.</p> <p>7640. Desarrollo de vías clínicas.</p> <p>8700. Desarrollo de un programa (protocolo).</p> <p>7800. Control de Calidad.</p> <p>7660. Revisión del carro de emergencias.</p> <p>6486. Manejo del ambiente: seguridad.</p>	<p>8020: Planificación y evaluación de los cuidados del paciente con profesionales sanitarios de otras disciplinas.</p> <p>7840: Asegurar la adquisición y mantenimiento de los artículos apropiados para la provisión de cuidados al paciente.</p> <p>7980: Notificación por escrito y oral de cualquier suceso en el proceso de cuidados del paciente que sea discordante con los resultados esperados del paciente o con las operaciones rutinarias del centro sanitario.</p> <p>6489: Control y manipulación del ambiente de trabajo para fomentar la seguridad y la salud de los trabajadores.</p> <p>7880: Uso de equipo y dispositivos técnicos para monitorizar el estado del paciente o mantener la vida.</p> <p>7830: Facilitar la provisión de cuidados de alta calidad al paciente por parte de otras personas.</p> <p>7640: Elaboración y utilización de una secuencia cronológica de las actividades de cuidados del paciente para mejorar los resultados esperados en él de una manera rentable.</p> <p>8700: Planificación, aplicación y evaluación de un conjunto coordinado de actividades diseñado para aumentar el bienestar o para prevenir, reducir o eliminar uno o más problemas de salud de un grupo o comunidad.</p> <p>7800: Recopilación y análisis sistemáticos de los indicadores de calidad de un centro para mejorar la asistencia de los pacientes.</p> <p>7660: Revisión sistemática y mantenimiento del contenido del carro de emergencias según los intervalos de tiempo establecidos.</p> <p>6486: Vigilar y actuar sobre el ambiente físico para fomentar la seguridad.</p>

3. Dimensión: Función Docencia

16. DOCENCIA: 7226. Perceptor Estudiante. 7222. Perceptor Empleado.	7726: Ayuda y apoyo en las experiencias de aprendizaje de los estudiantes. 7722: Ayuda y apoyo de un empleado nuevo o trasladado mediante una orientación planificada en un área clínica específica.
--	---

4. Dimensión: Función Investigación

17. INVESTIGACIÓN: 8120. Recogida de datos para investigación	8120: Recogida de datos de investigación.
---	---

2.4.- Suplementos de tiempo

NUTRICIÓN: 1100. Manejo de la nutrición	1100: Proporcionar y fomentar una ingesta equilibrada de nutrientes.
URGENCIAS: 6140. Manejo de la parada cardiorespiratoria. 6320. Reanimación. 4021. Disminución de la hemorragia: útero anteparto. 4026. Disminución de la hemorragia: útero postparto. 6860. Supresión de las contracciones uterinas.	6140: Coordinación de las medidas de urgencia para el soporte vital. 6320: Administración de medidas de urgencias para mantener la vida. 4021: Limitación de la cantidad de pérdida de sangre del útero durante el tercer trimestre de embarazo. 4026: Limitación de la pérdida de sangre del útero postparto. 6860: Control de las contracciones uterinas antes de las 37 semanas de gestación.
ALTERNATIVAS PARA PALIAR EL DOLOR: 1480. Masaje. 5880. Técnica de relajación. 6040. Terapia de relajación. 1380. Aplicación calor o frío.	1480: Estimulación de la piel y tejidos subyacentes con diversos grados de presión manual para disminuir el dolor, inducir la relajación y/o mejorar la circulación. 5880: Disminución de la ansiedad del paciente que presenta angustia aguda. 6040: Uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular o ansiedad. 1380: Estimulación de la piel y tejidos subcutáneos con calor o frío para disminuir el dolor, los espasmos musculares o la inflamación.
ADMINISTRACIÓN COMPLEJA: 4030. Administración de hemoderivados.	4030: Administración de sangre y hemoderivados y monitorizar la respuesta del paciente.

INTERVENCIONES PARA MANTENER EL AISLAMIENTO: 6630. Aislamiento.	6630: Confinamiento solitario en un ambiente totalmente protector con estrecha vigilancia por parte del personal de cuidados en razón de la seguridad o para el control de determinadas conductas.
INSTRUMENTAL: 2910. Manejo de la instrumentación quirúrgica.	2910: Manejar los requerimientos de materiales, instrumentos, equipos y esterilidad del campo quirúrgico.
LACTANCIA ARTIFICIAL: 1052. Alimentación con biberón.	1052: Preparación y administración de líquidos a un lactante mediante biberones.

2.5.- Preguntas Frecuentes y Aclaraciones de los ítems para su correcta cumplimentación

1. Dimensión: Función Asistencial

- En el **PATRÓN 1. PERCEPCIÓN MANEJO DE LA SALUD.**

1. AUTOCUIDADO: 1801. Ayuda al autocuidado: Baño e higiene.	Es un ítem delegado a las auxiliares de enfermería, por lo tanto, si lo realizan sólo ellas, no se marcará, si la matrona colabora en su realización, sí. Dentro de este ítem se encontraría el cambio de empapador o compresas.
2. PREVENCIÓN: 6540. Control de infecciones.	Es un ítem fijo, ya que el NIC que incluye se realiza siempre en cada turno y con todos los pacientes.
3.1. MEDICACIÓN GENERAL: 2300. Administración de medicación. 2380. Manejo de la medicación. 2313. Administración de medicación: intramuscular (i.m.). 2314. Administración de medicación: intravenosa (i.v.). 4200. Terapia intravenosa (i.v.). 3740. Tratamiento de la fiebre. 2304. Administración de medicación: oral. 2311. Administración de medicación: inhalatoria. 2318. Administración de medicación: vaginal.	Se marcará cada vez que se administre cualquier medicación a la paciente. Se tendrá en cuenta la administración de analgesia por vía inhalatoria, marcando cada vez que apoyemos su administración.
3.2. MEDICACIÓN EPIDURAL: 2319. Administración de medicación: intraespinal. 2214. Administración de analgésicos: intraespinal. 2210. Administración de analgésicos. 2400. Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (ACP). 1410. Manejo del dolor: agudo.	Se marcará cada vez que se prepare y administre analgesia epidural. También se marcarán los bolos de epidural.

4. MUESTRAS: 7820. Manejo de muestras.	Todo tipo de muestra, entre ellas la muestra de sangre de cordón. No contar con muestra de sangre de la madre.
5.1. EDUCACIÓN PARA LA SALUD: 5510. Educación para la salud. 5618. Enseñanza: procedimiento/tratamiento.	
5.2. EpS LACTANCIA: 5568. Educación parental: lactante. 5244. Asesoramiento en la lactancia. 6522. Exploración mamaria. 6870. Supresión de lactancia materna.	

• En el PATRÓN 2. NUTRICIONAL METABÓLICO

7. PROCEDIMIENTOS INVASIVOS HABITUALES: 4190. Punción intravenosa. 4235. Flebotomía: vía canalizada. 4238. Flebotomía: muestra venosa. 4035. Muestra de sangre capilar. 4200. Terapia intravenosa.	Incluye muestras sanguíneas. El glucometer se apuntará las veces que se haga, si lo hacen los alumnos, estaría incluido en gestión del paciente y docencia.
8. HERIDAS: 3620. Sutura. 1750. Cuidados perineales	

• En el PATRÓN 3. ELIMINACIÓN

6. ELIMINACIÓN: 580. Sondaje vesical.	Inserción de sonda vesical tanto intermitente como continua.
---	--

• En el PATRÓN 4. ACTIVIDAD-EJERCICIO

9.1. MONITORIZACIÓN MATERNA: 6680 Signos Vitales.	Cada vez que se realice una toma de constantes vitales.
9.2. MONITORIZACIÓN FETAL: 6771. Monitorización fetal electrónica: antes del parto. 6772. Monitorización fetal electrónica: durante el parto.	Vigilancia de RCTG.
10. POSICIÓN: 840. Cambio de posición.	Colaborar en la realización de los cambios posturales de la madre.

• En el PATRÓN 5. DESCANSO Y SUEÑO

11. CONFORT: 6482: Manejo ambiente: confort	Todas las actividades que van enfocadas en mejorar el confort de la pareja durante el parto.
---	--

- En los PATRONES: 6. COGNITIVO PERCEPTUAL. 7. AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO. 8. ROL RELACIONES. 9. SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN. 10. ADAPTACIÓN TOLERANCIA ESTRÉS Y 11. CREENCIAS.

<p>12. ACOMPAÑAMIENTO: 7140. Apoyo a la familia. 5250. Apoyo en la toma de decisiones. 5270. Apoyo emocional. 5420. Apoyo espiritual. 4920. Escucha activa. 5440. Aumentar los sistemas de apoyo. 5340. Presencia. 5460. Contacto. 6710. Fomentar el apego.</p>	<p>Intervenciones con objetivo terapéutico, para mejorar la evolución del proceso de parto.</p>
<p>13. APOYO Y CUIDADO AL PACIENTE: 6656. Vigilancia: al final del embarazo. 6800. Cuidados del embarazo de alto riesgo. 6850. Inducción del parto. 6720. Parto. 6830. Cuidados Intraparto. 6834. Cuidados intraparto: parto de alto riesgo. 6972. Reanimación: feto. 5294. Facilitar el duelo: muerte perinatal. 2870. Cuidados postanestesia. 6750. Asistencia al parto por cesárea. 7710. Colaboración con el médico. 6824. Cuidados del lactante: recién nacido. 6974. Reanimación neonatal. 6930. Cuidados posparto. 1770. Cuidados post mortem.</p>	<p>Todas las intervenciones o actividades que realizamos dentro del cuidado a la mujer durante el proceso de parto, cuidados al recién nacido, postparto. Así como colaboración con pediatra, anestesista o ginecólogo.</p>

2. Dimensión: Función Gestión

<p>14. GESTIÓN PACIENTE: 7310. Cuidados de enfermería al ingreso. 7960. Intercambio de información de cuidados de salud. 7920. Documentación. 6574. Identificación del paciente. 7650. Delegación. 8100. Derivación. 7370. planificación para el alta. 8140. Transferencia de cuidados del paciente. 6520. Análisis de la situación sanitaria (valoración de enfermería). 2880. Coordinación preoperatoria. 2930. Preparación quirúrgica</p>	<p>Intervenciones de comunicación de cuidados con otros perfiles profesiones. Preparación del quirófano en caso de cesárea, versión cefálica externa, o parto gemelar. Realizar informe de parto, y certificado de nacimiento.</p>
--	--

<p>15. GESTIÓN UNIDAD: 8020. Reunión multidisciplinar sobre cuidados. 7840. Manejo de suministros. 7980. Informe de incidencias. 6489. Manejo ambiental: seguridad del trabajador. 7880. Manejo de la tecnología. 7830. Supervisión de personal. Gestión de calidad. 7640. Desarrollo de vías clínicas. 8700. Desarrollo de un programa (protocolo). 7800. Control de Calidad. 7660. Revisión del carro de emergencias. 6486. Manejo del ambiente: seguridad.</p>	<p>Intervenciones propias de gestión de la unidad. Revisión del carro de paradas.</p>
---	--

Pregunta Frecuente:

Avisar al celador para llevarse a la mujer, quirófano, traslado, colocar mesa de partos etc., preparar a la paciente para ese traslado, avisar al médico de guardia por el estado de madre o hijo, solicitar medicación a farmacia para un paciente, verificar medicación o realizar cualquier gestión por un paciente a farmacia, comprobar PCR y solicitar al laboratorio el resultado de la misma, entre otras actividades relacionadas con la gestión de la situación o estados del paciente → **Se considerarán dentro del ítem Gestión del Paciente.**

Pregunta Frecuente:

Cualquier actividad que se delegue a otro profesional → **Cuenta dentro del ítem Gestión del Paciente**, pero no se incluyen en su ítem NIC correspondiente a no ser que la realice enfermería.

Pregunta Frecuente:

Atender los timbres de las pacientes, avisar a la limpiadora, gestionar cambios de habitación, aislamientos o ingresos y altas con admisión, solicitar un doble chequeo al compañero sobre estado de madre- hijo, entre otras actividades relacionadas con la unidad de paritorio.... → **Se considerarán Gestión de la Unidad.**

3. Dimensión: Función Docencia

16. DOCENCIA: 7226. Perceptor Estudiante. 7222. Perceptor Empleado.	Las actividades o intervenciones que realizan los estudiantes de enfermería y residentes de matrona, delegadas por su matrona tutora.
--	---

4. Dimensión: Función Investigación

17. INVESTIGACIÓN: 8120. Recogida de datos para investigación	
---	--

2.4.- Suplementos de tiempo

NUTRICIÓN: 1100. Manejo de la nutrición	Dar dieta prescrita o bebidas durante el proceso de parto.
URGENCIAS: 6140. Manejo de la parada cardiorespiratoria. 6320. Reanimación. 4021. Disminución de la hemorragia: útero anteparto. 4026. Disminución de la hemorragia: útero postparto. 6860. Supresión de las contracciones uterinas.	
ALTERNATIVAS PARA PALIAR EL DOLOR: 1480. Masaje. 5880. Técnica de relajación. 6040. Terapia de relajación. 1380. Aplicación calor o frío.	
ADMINISTRACIÓN COMPLEJA: 4030. Administración de hemoderivados.	
INTERVENCIONES PARA MANTENER EL AISLAMIENTO: 6630. Aislamiento.	Intervenciones destinadas al aislamiento de gestantes COVID positiva o por otra causa.
INSTRUMENTAL: 2910. Manejo de la instrumentación quirúrgica.	
LACTANCIA ARTIFICIAL: 1052. Alimentación con biberón.	

M.C.12. Resolución de inscripción de Escala diseñada ad hoc en la Propiedad Intelectual de la Región de Murcia.



Región de Murcia
Consejería de Educación
Secretaría General

Registro de la Propiedad Intelectual
y Protectorado de Fundaciones

RESOLUCIÓN DE INSCRIPCIÓN DE DERECHOS DE PROPIEDAD INTELLECTUAL

Vista la solicitud de inscripción de derechos de propiedad intelectual correspondiente al solicitante, Lorena Gómez García, con número de expediente: **765-714825**, tramitado en este Registro Territorial, habiéndose calificado y verificado la legalidad de los actos relativos a los derechos inscribibles, en uso de las facultades que tengo atribuidas y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 24 del Real Decreto por el que se aprueba el Reglamento del Registro de la Propiedad Intelectual (BOE núm. 75 de 28 de marzo de 2003), he tenido a bien dictar la siguiente

RESOLUCIÓN

Se acuerda inscribir en el Registro General de la Propiedad Intelectual los derechos del expediente referenciado, conforme queda expresado en el asiento respectivo.

Notifíquese la presente resolución al interesado, con traslado del asiento respectivo, y con indicación de los recursos y acciones que procedan contra el acuerdo del Registrador, en vía en vía administrativa y/o judicial en función del objeto impugnado, de conformidad con lo previsto en el artículo 145 de la Ley de Propiedad Intelectual.

EL REGISTRADOR TERRITORIAL,

Antonio Martínez Nieto

(Este documento contiene fecha y firma digital al margen)

13/03/2023 11:37:41
Este es una copia verificada digitalmente emitida por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.2j) de la Ley 39/2015, de 10 de septiembre, y los artículos 70, 71 y 72 de la Ley 39/2015, de 10 de septiembre. Los documentos y sus firmas de firma se muestran en los secundarios.
La autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificadores/verificadores> o introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CAJAM-000-2019-03050101-7

